Université du Québec en Outaouais

# L'instabilité résidentielle chez les jeunes adultes ayant vécu un premier épisode de psychose : regards croisés sur les savoirs expérientiels et professionnels

Mémoire-TSO6021

Département de travail social

Mémoire en vue de l'obtention du grade de maîtrise en travail social

Septembre 2026

© Aurélie Bourgeois-Paquin

Université du Québec en Outaouais

Département de travail social

---

*Ce mémoire intitulé*

**L'instabilité résidentielle chez les jeunes adultes ayant vécu un premier épisode de psychose : regards croisés sur les savoirs expérientiels et professionnels**

Présenté par

Aurélie Bourgeois-Paquin

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Emmanuelle Larocque (directrice de recherche)**

Université du Québec en Outaouais

**Isabelle Marchand (évaluation interne)**

Université du Québec en Outaouais

**Marie Dumollard (évaluation externe)**

Université de Montréal

# RÉSUMÉ

**Problématique :** Dans un contexte de crise du logement au Québec, les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un premier épisode de psychose (PEP) peuvent rencontrer plusieurs obstacles dans leur intégration et leur maintien en logement. Pourtant, leurs trajectoires résidentielles demeurent peu documentées, particulièrement à partir de leur expérience vécue. **Méthodologie :** Le mémoire adopte un devis qualitatif inductif fondé sur l'approche biographique. Le cadre conceptuel est celui des parcours de vie et inclut des concepts tels que les trajectoires, les transitions, les points tournants et l'expérience vécue. Aussi, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de cinq jeunes adultes ayant vécu un PEP et une période d'instabilité résidentielle, ainsi qu'auprès de sept personnes intervenantes qui œuvrent auprès de cette population. **Questions de recherche et objectifs :** Qu'est-ce que les savoirs expérientiels des jeunes adultes ayant vécu un PEP et ceux des personnes intervenantes nous apprennent-ils sur les trajectoires résidentielles de cette population? Quels sont les enjeux et leviers relatifs à l'accessibilité, à l'intégration et au maintien des milieux résidentiels pour les jeunes adultes vivant un PEP? Les objectifs sont de 1) documenter les trajectoires résidentielles singulières, situées et contextualisées des jeunes adultes ayant vécu un PEP; 2) explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir; 3) explorer les perceptions des personnes intervenantes sur l'intégration et le maintien résidentiel; 4) à partir des expériences de ces deux populations, identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que les personnes intervenantes. **Résultats :** Les résultats démontrent que le PEP agit souvent comme un point tournant dans les trajectoires de soins et résidentielles. L'intégration et le maintien résidentiel sont influencés par des facteurs individuels, relationnels et structurels, notamment les relations familiales, les services, le coût des loyers, les listes d'attente et la stigmatisation. Enfin, la stabilité résidentielle ne se limite pas uniquement au fait d'habiter un endroit, mais aussi à la possibilité de s'approprier un chez-soi.

**Mots-clés :** premier épisode de psychose, instabilité résidentielle, trajectoires résidentielles, jeunes adultes, parcours de vie, intégration résidentielle, maintien résidentiel, savoirs expérientiels.

**TABLE DES MATIÈRES**

**RÉSUMÉ ..... II**

**LISTE DES TABLEAUX ..... VII**

**LISTE DES FIGURES ..... VIII**

**LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS ..... IX**

**REMERCIEMENTS ..... X**

**INTRODUCTION ..... 1**

**1. PROBLÉMATIQUE ..... 3**

1.1. Mise en contexte et objet d'étude ..... 3
1.1.1. De la désinstitutionnalisation à l'insertion communautaire : les impacts sur les services en santé mentale ..... 5
1.1.2. Émergence des groupes alternatifs et communautaires ..... 6
1.2. Organisation des services et politiques publiques en matière d'habitation ..... 8
1.2.1. Modèles résidentiels ..... 9
1.3. Problématique de l'habitation chez les individus vivant un TSM ..... 11
1.3.1. Définitions de jeunes adultes ..... 13
1.3.2. Définitions d'instabilité résidentielle ..... 14
1.3.3. Définitions du concept du trouble de santé mentale ..... 16
1.4. La psychose ..... 17
1.4.1. Définition biomédicale ..... 17
1.4.2. Critique de l'approche biomédicale ..... 18
1.4.3. Facteurs de risque ..... 20
1.4.4. Impacts ..... 21
1.4.5. Services ..... 23
1.4.5.1 Programme pour Premiers Épisodes de Psychoses (PPEP) ..... 23
1.4.5.2 Autres services ..... 24

**2. REVUE DE LA LITTÉRATURE DES TRAJECTOIRES RÉSIDENTIELLES DES JEUNES ADULTES VIVANT UN PEP ..... 25**

2.1. Principaux thèmes issus de la revue de la littérature ..... 26
2.1.1. Impacts de l'accompagnement sur l'intégration et le maintien résidentiel ..... 26
2.1.2. Préférences résidentielles ..... 27
2.1.3. Particularités quant aux trajectoires résidentielles ..... 28
2.2. La pertinence du mémoire, les objectifs et les questions de recherche ..... 30

**3. CADRE CONCEPTUEL ..... 32**

3.1. Le cadre conceptuel du parcours de vie ..... 32
3.1.1. Trajectoires ..... 33
3.1.2. Transitions ..... 34
3.1.3. Point tournant ..... 34
3.1.4. L'expérience vécue ..... 35
3.2. Justification du cadre conceptuel de ce mémoire ..... 36

**4. MÉTHODOLOGIE ..... 38**
4.1. Devis qualitatif fondé sur l'approche biographique ..... 38
4.1.1. Devis qualitatif ..... 38
4.1.2. Approche biographique ..... 39
4.2. Populations à l'étude ..... 40
4.2.1. Modes d'échantillonnage ..... 41
4.2.2. Phase 1 : Jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ..... 41
4.2.2.1 Recrutement ..... 42
4.2.2.2 Enjeux lors du recrutement ..... 43
4.2.3. Phase 2 : Personnes intervenantes œuvrant auprès des jeunes adultes vivant un PEP ..... 44
4.2.3.1 Recrutement ..... 44
4.3. Collecte de données ..... 45
4.3.1. Méthode de collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes ..... 45
4.3.1.1 Outil de collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes ..... 46
4.3.2. Déroulement de la collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes ..... 47
4.3.3. Méthode de collecte de données pour la phase 2 - personnes intervenantes ..... 49
4.3.3.1 Outil de collecte de données phase 2 – personnes intervenantes ..... 49
4.3.4. Déroulement de la collecte de données pour la phase 2 – personnes intervenantes 50
4.4. Analyse des données ..... 51
4.5. Considérations éthiques ..... 52
4.5.1. Consentement ..... 52
4.5.2. Vulnérabilité sociale ..... 53
4.5.3. Confidentialité ..... 53
4.5.4. Conflit d'intérêts ..... 53
**5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ..... 55**
5.1. Phase 1 : Jeunes adultes ayant vécu un PEP ..... 55
5.1.1. Données sociodémographiques des jeunes adultes ..... 56
5.1.2. Définitions expérientielles de la psychose ..... 57
5.1.3. Facteurs déclencheurs ..... 58
5.1.4. Stratégies d'adaptation ..... 59
5.1.5. Définition d'instabilité et de stabilité résidentielle ..... 61
5.1.5.1 Instabilité résidentielle ..... 61
5.1.5.2 Stabilité résidentielle ..... 62
5.1.6. Chronologie des trajectoires résidentielles et points tournants ..... 63
5.1.6.1 Mélanie ..... 63
5.1.6.2 Léandre ..... 63
5.1.6.3 Camille ..... 64
5.1.6.4 Julian ..... 65
5.1.6.5 Hugo ..... 66
5.1.7. Influence des services sur les trajectoires résidentielles ..... 67
5.1.7.1 Services psychiatriques ..... 67
5.1.7.2 Services en dépendance ..... 68
5.1.7.3 Autres services ..... 68

5.1.8. Intégration résidentielle ..... 69
5.1.8.1 Individuel ..... 69
5.1.8.2 Relationnel ..... 70
5.1.8.3 Structurel ..... 71
5.1.9. Maintien résidentiel ..... 73
5.1.9.1 Individuel ..... 74
5.1.9.2 Relationnel ..... 75
5.1.9.3 Structurel ..... 77
5.1.10. Appréciation milieu de vie ..... 79
5.2. Phase 2 : Personnes intervenantes œuvrant auprès des jeunes adultes vivant un PEP ..... 80
5.2.1. Présentation sociodémographique des personnes intervenantes ..... 80
5.2.2. Définition d'instabilité et de stabilité résidentielles ..... 82
5.2.2.1 Instabilité résidentielle ..... 82
5.2.2.2 Stabilité résidentielle ..... 82
5.2.3. Intégration résidentielle ..... 83
5.2.3.1 Individuel ..... 83
5.2.3.2 Relationnel ..... 84
5.2.3.3 Structurel ..... 85
5.2.4. Maintien résidentiel ..... 87
5.2.4.1 Individuel ..... 87
5.2.4.2 Relationnel ..... 89
5.2.4.3 Structurel ..... 90
5.2.5. Le PEP comme point tournant ..... 92
5.3. Perceptives croisées : recommandations et pistes d'action fondées sur l'expérience des jeunes adultes et des intervenantes ..... 94
5.3.1. Agir sur les conditions de vie ..... 94
5.3.2. Conseils des jeunes adultes aux jeunes adultes ..... 95
5.3.3. Conseils des jeunes adultes aux personnes intervenantes ..... 96

**6. DISCUSSION ..... 98**

6.1. Le PEP comme point tournant dans les trajectoires de soins et résidentielles ..... 98
6.2. Intégration et maintien résidentiel : des dimensions sociales et structurelles, au-delà de l'individuel 99
6.2.1. Les relations sociales au cœur des trajectoires résidentielles comme facilitateurs et obstacles ..... 99
6.2.1.1 Relations familiales ..... 99
6.2.1.2 Autres relations ..... 100
6.2.2. Contraintes structurelles et inégalités sociales : l'accès au logement comme enjeu prédominant ..... 101
6.2.2.1 Le contexte et les conditions socio-économiques ..... 101
6.2.2.2 Écart entre les besoins et l'offre en matière résidentielle ..... 102
6.2.2.3 La stigmatisation sociale ..... 102
6.3. La réappropriation du milieu de vie comme reprise de pouvoir d'agir ..... 104
6.4. Implications et recommandations pour l'intervention en matière de logement pour les jeunes adultes vivant un PEP ..... 104

6.4.1. Intervention individuelle : soutenir, sans nuire ..... 105
6.4.1.1 Accompagnement adapté et flexible basé sur les forces et sur le pouvoir d'agir ..... 105
6.4.1.2 Renforcer l'intervention en réseau ..... 107
6.4.2. Vers une organisation de services intégrée pour répondre aux besoins résidentiels ..... 107
6.4.2.1 Arrimage des services résidentiels, en santé mentale et en dépendance ..... 107
6.4.2.2 Adapter les critères et les milieux de vie aux besoins des jeunes adultes vivant un PEP ..... 108
6.4.2.3 Mieux planifier les transitions ..... 108
6.4.2.4 Favoriser un accompagnement socio-professionnel et le développement des opportunités sociales ..... 109
6.4.3. Des politiques publiques pour favoriser le choix, l'accès et le maintien en logement ..... 109
6.4.3.1 Améliorer les conditions d'accès au logement pour favoriser la stabilité résidentielle ..... 109
6.4.3.2 Renforcer l'accès aux droits au logement ..... 110
6.5. Les limites et forces de l'étude ..... 111
**CONCLUSION ..... 113**
**RÉFÉRENCES ..... 116**
**ANNEXE A ..... 141**
**ANNEXE B ..... 142**
**ANNEXE C ..... 144**
**ANNEXE D ..... 151**
**ANNEXE E ..... 157**
**ANNEXE F ..... 158**
**ANNEXE G ..... 159**

# LISTE DES TABLEAUX

**Tableau 1**.....11
**Tableau 2**..... 56
**Tableau 3**..... 79
**Tableau 4**..... 81
**Tableau 5**..... 91
**Tableau 6**..... 105

# LISTE DES FIGURES

**Figure 1** ..... 10
**Figure 2** ..... 36
**Figure 3** ..... 63
**Figure 4** ..... 64
**Figure 5** ..... 65
**Figure 6** ..... 65
**Figure 7** ..... 66
**Figure 8** ..... 75
**Figure 9** ..... 88
**Figure 10** ..... 93

# LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS

AQPPEP : Association Québécoise des Programmes pour Premiers Épisodes Psychotiques.

CER : Comité d'éthique à la recherche

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CREMIS : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté

EQIIP SOL : Équipe d'intervention intensive de proximité

ÉPTC : Énoncé de politiques des trois conseils

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IRIS : Institut de recherche et d'informations socio-économiques

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCH : Organismes communautaires d'hébergement

PEP : Premier épisode de psychose

PPEP : Programme pour Premiers Épisodes de Psychoses

PSL : Programme Supplément au loyer

RRASMQ : Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec

SCHL : Société canadienne d'hypothèques et de logement

SHQ : Société d'habitation du Québec

TSM : Trouble de santé mentale

# REMERCIEMENTS

Avant tout, merci à toutes les personnes participantes de ce mémoire. Vous avez démontré de l'ouverture, de l'implication et énormément de résilience. Merci également aux personnes qui m'ont aidée dans le recrutement.

À Emmanuelle, ma directrice. Tu as réussi à me faire progresser au-delà de mes propres attentes. Tout au long du processus, tu as été rigoureuse et très efficace. Aussi, tu as su gérer mes découragements et ma démotivation par moments. Merci infiniment de ton implication. J'ai grandement appris grâce à toi.

À mes collègues de maîtrise, Jessica, Marie-Pier, Anne-Marie, Vanessa, Anne-Catherine, Jacob, Laurie, ainsi qu'à toutes les autres personnes avec qui j'ai créé des liens et vécu des hauts et de bas à travers ce parcours scolaire. Mon souhait serait que chacun·e d'entre vous termine cette maîtrise.

À Timmy. En premier lieu, c'est toi qui m'as rappelé que j'avais les capacités de faire ce fameux « cahier de notes ». Toi, qui m'as ramassé à la petite cuillère à plusieurs reprises en me remontant le moral. Merci d'avoir cru en moi.

À Joé. Ton parcours en enseignement, ton intelligence des langues et ta passion pour le français m'ont été bien utiles pour ce mémoire. Merci d'avoir pris le temps de le lire et de le corriger.

À Sarah-Maude. Ton expérience en recherche m'a été très précieuse pour le codage.

À Danielle. Merci d'avoir toujours pris le temps de corriger mes travaux, même ceux qui étaient plates à lire. Tu m'as transmis suffisamment de connaissances grammaticales pour qu'aujourd'hui, j'écrive ce mémoire avec cette règle bien ancrée : « une idée = une phrase » et « un sujet = un paragraphe ».

À Mado, Alain et la famille Bourgeois. J'ai pu honorer l'héritage financier qui m'a été légué en m'offrant le meilleur investissement qui soit, celui de poursuivre mes études à la maîtrise.

Finalement, à cette jeune Aurélie de 15 ans qui ambitionnait de faire une maîtrise, un bon matin de long trajet d'autobus, alors qu'elle n'avait aucune idée de ce que ça représentait vraiment. Tu peux maintenant être fière de toi.

« La liberté ne se conquiert pas dans la plainte et la revendication en se posant comme une victime, mais à la pointe des mots et de l'épée. » - Léandre (participant)

# INTRODUCTION

L'habitation est un facteur déterminant pour l'insertion sociale et le rétablissement des personnes aux prises avec un problème de santé mentale (ACSM-Montréal, 2016). L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) souligne qu'à l'échelle provinciale, la crise du logement est une réalité communément reconnue (Posca et Hébert, 2023). Bien que difficile d'en mesurer tous les impacts aujourd'hui, la hausse des coûts du loyer, les difficultés d'accès à la propriété et la diminution du taux d'inoccupation dans plusieurs régions au Québec affectent l'accessibilité au logement et plus particulièrement pour les personnes souffrant d'un problème en santé mentale (Benetti et Morin, 2021). Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL, 2024) quant à la situation géographique d'Ottawa-Gatineau, le taux d'inoccupation des logements sur le marché locatif correspond à moins de 1 % pour les logements de moins de 1 575 $, ce qui rend leur accès difficile pour les ménages à faible revenu. De plus, une synthèse réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) rapporte diverses études montrant que de résider dans un logement dont le coût représente plus de 30 % du revenu brut d'un ménage, considéré inabordable, peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé mentale, menant potentiellement à une situation de précarité résidentielle, voire d'itinérance (Labesse et al., 2021).

Par conséquent, il importe de s'intéresser aux impacts de ce problème social sur les jeunes adultes vivant un premier épisode de psychose (PEP) ainsi que sur les personnes intervenantes qui les accompagnent[1]. Trop souvent, le point de vue des individus vivant un trouble de santé mentale (TSM) est mis à l'écart et dévalorisé. Larose-Hébert (2020) soulève la prétention du domaine de la psychiatrie, globalement influencé par le prisme biomédical, de vanter un soulagement et une diminution des symptômes considérés pathologiques au travers d'un discours d'expert, excluant ainsi le rapport égalitaire, la subjectivité et le vécu des individus vivant un TSM. Sous l'angle d'une perspective épistémologique constructiviste (Mucchielli, 2005), cette recherche aura comme objectif fondamental de mettre en avant-plan l'expérience des jeunes adultes vivant et ayant vécu un PEP pour ainsi adopter une approche inclusive des savoirs expérientiels (Godrie, 2014) et pour mieux comprendre et répondre à leurs besoins en matière résidentielle.

[1] Afin d'alléger le texte, le terme « jeunes adultes » sera utilisé pour désigner les jeunes adultes ayant vécu un PEP et ayant vécu des difficultés relatives au logement et le terme « personnes intervenantes » pour désigner les personnes qui interviennent auprès de cette clientèle.

Les objectifs plus spécifiques visent à documenter qualitativement les trajectoires résidentielles des jeunes adultes ayant vécu un PEP à partir du cadre conceptuel des parcours de vie. Sur le plan méthodologique, cette recherche s'inspire d'une approche biographique afin de mettre en valeur les récits des jeunes adultes et de croiser leurs savoirs expérientiels avec le point de vue complémentaire des personnes intervenantes. Les résultats seront ensuite présentés en mettant en lumière les principaux thèmes : 1) le PEP comme point tournant dans les trajectoires de soins et résidentielles; 2) l'intégration et le maintien résidentiel influencés principalement par des dimensions relationnelles et structurelles et 3) la réappropriation du milieu de vie comme forme de reprise de pouvoir d'agir.

# 1. PROBLÉMATIQUE

Cette section a pour but d'exposer la pertinence de s'intéresser au vécu expérientiel des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP et du point de vue professionnel des personnes intervenantes qui travaillent auprès de cette population. Une mise en contexte sociohistorique critique de la psychiatrie permettra de comprendre l'offre de services résidentiels actuels. Il s'agira ensuite de définir les principaux concepts de ce mémoire afin de mieux situer la problématique.

## 1.1. Mise en contexte et objet d'étude

Propre à la démarche qualitative, le sujet de recherche émerge fréquemment d'une démarche inductive, soit par l'observation et l'interprétation de phénomènes dont l'intérêt est d'y comprendre leurs significations pour les individus touchés (Fortin et Gagnon, 2016). Suivant ce principe, il importe que j'expose une partie de ma propre positionnalité et trajectoire afin d'éclairer les expériences qui m'ont mené à m'intéresser à cet objet d'étude. En effet, la positionnalité influence l'ensemble du processus de recherche (Beaubatie, 2023) et renvoie à une démarche réflexive par laquelle la personne chercheuse prend conscience de l'influence de son positionnement social et de la place qu'elle occupe au sein des structures de pouvoir (Trantili et Topini, 2016, cités dans Auclair et al., 2023). L'idée de réaliser ce projet provient d'une prise de conscience d'une problématique bien spécifique que j'ai pu observer dans mon milieu de travail, au sein d'une clinique PEP en milieu urbain dans la région de l'Outaouais. Mon rôle de travailleuse sociale au sein d'une clinique PEP m'a permis de constater que plusieurs jeunes adultes qui utilisent nos services se retrouvent dans des situations d'instabilité résidentielle. Je suis ainsi fréquemment confrontée à un sentiment d'impuissance lorsqu'il est question d'accompagnement à l'accès et au maintien dans des milieux résidentiels. Différents obstacles rencontrés exacerbent ce sentiment : les listes d'attente pour avoir accès à des services d'habitation, les trajectoires sinueuses et irrégulières des personnes usagères entre les différents milieux, les critères d'admissibilité variables selon les milieux et les personnes qui les appliquent, les milieux inadaptés aux réalités des jeunes adultes et la stigmatisation reliée au PEP. Or, le vécu et le ressenti en tant que professionnelle n'est qu'une minime et incomparable représentation de ce que les individus que l'on accompagne, directement touchés, peuvent vivre. Les trajectoires résidentielles vécues

par les jeunes adultes méritent d'être explorées et documentées davantage, et ce, en complémentarité avec les expériences professionnelles des personnes intervenantes qui peuvent témoigner des leviers et embûches liés à la stabilité résidentielle au quotidien afin d'améliorer les services et l'accès à l'habitation pour cette population en situation de vulnérabilité.

Plus spécifiquement chez les jeunes adultes vivant un PEP, il est difficile d'expliquer simplement les liens entre la psychose et l'instabilité résidentielle, car cette problématique est multifactorielle et complexe. Comme appuyé par Lévesque (2018), peu d'études portant spécifiquement sur cette population abordent les facteurs de risque à l'itinérance. Force est de constater que les trajectoires résidentielles de ces jeunes adultes sont peu explorées et méritent qu'on s'y intéresse davantage. Il en ressort tout de même certaines données permettant de mesurer l'étendue du phénomène.

Avant tout, le portrait résidentiel actuel des jeunes adultes vivant un PEP démontre que certains restent dans leur famille, en foyer de groupe ou vivent de manière autonome, tandis que d'autres sont hébergés dans des établissements tels que des unités psychiatriques, des centres jeunesse et des centres de réadaptation (Deschênes et al., 2021). D'une part, Lévesque et Abdel-Baki (2020) présentent des statistiques issues de méta-analyses indiquant que la prévalence de la psychose chez les personnes en situation d'itinérance est de l'ordre de 11 à 13 % selon une moyenne pondérée. D'autre part, comme révèle plusieurs études recensées par Lévesque (2018), 20 % des jeunes atteints d'un PEP seraient confrontés à une situation d'itinérance. À ce sujet, Doré-Gauthier (2016) indique que le stress lié à l'itinérance peut aggraver les symptômes de la psychose et donc contribuer à maintenir l'itinérance en elle-même. Ainsi, la psychose peut non seulement être un facteur de risque, mais également un symptôme résultant de difficultés en matière d'habitation. Par ailleurs, compte tenu de leur âge moyen, les jeunes vivant un PEP sont particulièrement à risque de précarité résidentielle étant donné la période critique en raison de la consolidation de leurs rôles sociaux, leur identité et leur autonomie (Roy et al., 2013a).

Dans la littérature actuelle, peu d'études explorent les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP au Québec et encore moins selon une approche méthodologique biographique où il est question de mettre au premier plan les vécus expérientiels (Vincent-Ponroy, 2018). Ce mémoire vient ainsi combler un angle mort en cherchant à mieux comprendre les réalités complexes de l'habitation vécues par ces individus et par les personnes qui interviennent auprès de cette population. Il importe d'approfondir ce sujet puisque l'habitation est un déterminant de la

santé et un vecteur de lien social important, permettant des opportunités sociales, de la sécurité et de la dignité nécessaires à une participation active et épanouissante dans la société (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013). Inversement, la précarité résidentielle peut entraîner des conséquences sur la participation sociale et plus particulièrement pour les jeunes adultes vivant un PEP, déjà à risque de stigmatisation (Deschênes et al., 2021).

À la lumière du contexte socioéconomique québécois actuel en matière de logement et de l'importance de comprendre les trajectoires résidentielles singulières des jeunes adultes, les questions qui guideront la problématique sont les suivantes : Quels sont les liens entre le PEP et l'instabilité résidentielle? Comment les trajectoires résidentielles sont-elles vécues par les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP?

### *1.1.1. De la désinstitutionnalisation à l'insertion communautaire : les impacts sur les services en santé mentale*

Afin de comprendre certains des enjeux contemporains en matière d'hébergement pour les personnes ayant un TSM au Québec, un détour historique sur les réformes ayant contribué aux changements dans l'organisation des services en santé mentale et plus particulièrement dans la façon de traiter et d'inclure les personnes ayant un TSM dans la société permettra d'éclairer les principaux points tournants et leurs impacts sur l'organisation des services.

L'asile a longtemps été une source de solution pour « traiter » et héberger les personnes souffrant de TSM au Québec (Bergeron-Leclerc et al., 2019). Toutefois, la période de 1960 à 1980 a été marquée par des vagues de désinstitutionnalisation, où les grands centres de traitement psychiatrique ont diminué de plus de 50 % (Doré, 1987). Dorvil et al. (1997) identifient plusieurs aspects clés de la désinstitutionnalisation en santé mentale : la coupure des lits hospitaliers, la promotion de traitements alternatifs à l'hospitalisation tels que l'investissement dans des services de soutien dans la communauté pour améliorer l'intégration sociale ainsi que la diminution du temps passé en milieu hospitalier. Le rapport Bédard de 1961, faisant suite à la *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques,* recommande des investissements en psychiatrie et des coupures des coûts du système par une diminution des personnes hospitalisées en psychiatrie, ce qui déclenche la première vague de désinstitutionnalisation (Dorvil et al., 1997). Or, le manque de ressources lors de cette première vague a exacerbé d'autres problèmes sociaux, tels que l'itinérance,

l'augmentation de la judiciarisation et un épuisement familial accru (Dorvil et al., 1997) menant à de nouvelles orientations gouvernementales.

C'est dans ce contexte que la réforme Castonguay-Nepveu des années 1970, visant à réorganiser les services en santé mentale, marque un tournant important dans l'intégration de ces derniers aux services généraux (Dorvil et al., 1997; Grenier et Fleury, 2004). Cette réforme n'est pas sans conséquence sur le processus de désinstitutionnalisation déjà entamé. Ainsi, l'hébergement et le logement deviennent des enjeux considérables puisque les sorties des institutions entraînent des besoins de services dans la communauté. À cet effet, plusieurs services extrahospitaliers se développent pour offrir une intégration à la communauté aux individus désinstitutionnalisés, mais ces derniers sont considérés insuffisants (Doré, 1987).

En réponse aux problèmes sociaux qu'elles ont engendrés, la première *Politique de santé mentale* est émise en 1989 visant à rendre les services en santé mentale davantage concertés, régionalisés et communautarisés (Grenier et Fleury, 2004). Plus particulièrement en 2005, par l'adoption du *Plan d'Action en Santé Mentale* (PASM) (MSSS, 2005) des équipes de proximité œuvrant dans la communauté, tel le suivi intensité dans le milieu (SIM), ont été instaurées, ayant pour but de prévenir les hospitalisations, de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et d'offrir un accompagnement médical et psychosocial (Khoury et Chaput, 2021). Par ailleurs, le programme PEP, qui sera défini ultérieurement, s'inscrit, comme le SIM, dans le continuum de services en santé mentale dans la communauté (MSSS, 2024b).

Malgré ces avancées, plusieurs lacunes sont tout de même présentes aujourd'hui, malgré les politiques instaurées au cours des dernières décennies. Parmi celles-ci, on note un sous-financement en santé mentale, des services de soutien à l'hébergement insuffisants et des disparités régionales qui affectent la dispensation des services (Grenier et Fleury, 2004).

### *1.1.2. Émergence des groupes alternatifs et communautaires*

Simultanément aux changements politiques et aux vagues de désinstitutionalisation présentées plus haut, un réseau de groupes alternatifs et communautaires en santé mentale défend et critique les pratiques psychiatriques institutionnelles. Cette mobilisation donne lieu au développement de services parallèles avec, entre autres, des services d'hébergement (Dorvil et al., 1997; Grenier et Fleury, 2004; Bourque et al., 2016).

Plus précisément, c'est à partir des années 1960, jusqu'à son essor dans les années 1980, que différentes ressources alternatives émergent (Rodriguez et al., 2006). À cet égard, la publication du livre de Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours (1961),* est considérée comme un point tournant dans le monde psychiatrique au Québec, où cet ex-personne internée en asile psychiatrique prend publiquement la parole pour critiquer ce type d'institution (Rodriguez et al., 2006). Malgré les revendications provenant des personnes psychiatrisées et des réformes sur le plan des politiques et services en santé mentale, la situation demeure difficile pour les personnes concernées (Rodriguez del Barrio et Cyr, 2018). C'est dans ce contexte qu'en 1983, le Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ) voit le jour (Larose-Hébert, 2020).

Selon Dorvil et al. (1997), ces groupes alternatifs s'inscrivent dans une critique plus large de la déshumanisation des soins en psychiatrie et des rapports de pouvoir pouvant s'exercer au sein de la relation entre les personnes soignantes et soignées. En effet, « [ces] groupes offrent des services de réadaptation, d'hébergement, d'intervention, d'entraide et de défense des droits. Ils entrent souvent en concurrence directe avec le réseau public » (Dorvil et al. 1997, p.18). Dans cette perspective, ils visent à défendre les droits des personnes psychiatrisées et à proposer une façon différente d'intervenir, remettant en question les normes psychiatriques en place (Rodriguez et al., 2006). Ainsi, l'hébergement n'est pas seulement un service parmi les autres, mais bien un levier d'intégration communautaire. D'une part, les services communautaires et alternatifs se distinguent des services étatiques, dans la mesure où une approche « par le bas » est priorisée (Bourque et al., 2016), permettant ainsi aux organismes de décider, de façon autonome, de leurs besoins et de leurs actions (Larose-Hébert, 2020). D'autre part, les milieux alternatifs sont décrits par les personnes qui les fréquentent comme ayant une atmosphère chaleureuse, riche de sens, où les dimensions sociales et relationnelles sont centrales, se distinguant de certains établissements psychiatriques institutionnels (Corin et al., 2011).

En ce sens, le mouvement de défense des droits en santé mentale des dernières décennies a contribué à appuyer la voix des personnes vivant un TSM et à une meilleure considération de ces dernières, à commencer par les modifications apportées dans la *Politique de santé mentale du Québec* de 1989 (Rodriguez et al., 2006). En effet, la politique inclut un volet sur la primauté de

la personne et « les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits » (MSSS, 1989, p.6).

Quels sont donc les résultats de ces différents mouvements aujourd'hui? On observe un véritable réseau alternatif et communautaire, maintenant ancré depuis plusieurs décennies. Quoiqu'aujourd'hui les milieux communautaires sont généralement balisés dans leur pratique et dépendent du financement étatique (Larose-Hébert, 2020), leur vision alternative a fortement influencé le développement des services en santé mentale au Québec, incluant le développement des milieux d'hébergement et des services liés au logement. Ainsi, cette mise en contexte des dernières décennies en matière de politique en santé mentale permet d'approfondir la compréhension des politiques et de l'organisation des services d'habitation pour les personnes vivant un TSM, incluant un PEP.

## 1.2. Organisation des services et politiques publiques en matière d'habitation

Ce bref détour sociohistorique montre que, dans le cadre des vagues de désinstitutionnalisation au Québec, l'accent a été mis sur le développement de services dans la communauté. De ces nouvelles orientations politiques s'ouvre un éventail de services dans le domaine de l'habitation voulant se distinguer des pratiques traditionnelles d'internement institutionnel.

En effet, les ressources résidentielles pour les personnes vivant avec un TSM, qu'elles soient communautaires, chapeautées par les Centres intégrés de Santé et de services sociaux (CISSS), financées par la Société d'Habitation du Québec (SHQ) ou privées, demeurent diversifiées et nombreuses. Parmi les services résidentiels, ceux offerts par le système de santé et de services sociaux sont considérés comme une des parts les plus importantes (Felx, 2013). En 2005, *le Plan d'Action en Santé mentale* du Ministère de Santé et Services sociaux (MSSS) visait à baliser les services de logement avec soutien en promouvant une meilleure concertation intersectorielle entre le réseau de la santé et des services sociaux et la SHQ (Proulx et al., 2013; MSSS, 2005). Depuis, plusieurs politiques et plans d'action ont été réformés dans les dernières années afin d'encadrer les pratiques intersectorielles en matière de logement et de services sociaux. Certaines d'entre elles sont considérées déterminantes au niveau des services d'habitation comme le *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire,* publiée en 2007 et mise à jour

en 2022 (MSSS et SHQ, 2022), le *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026* (MSSS, 2021) et le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (MSSS, 2022a).

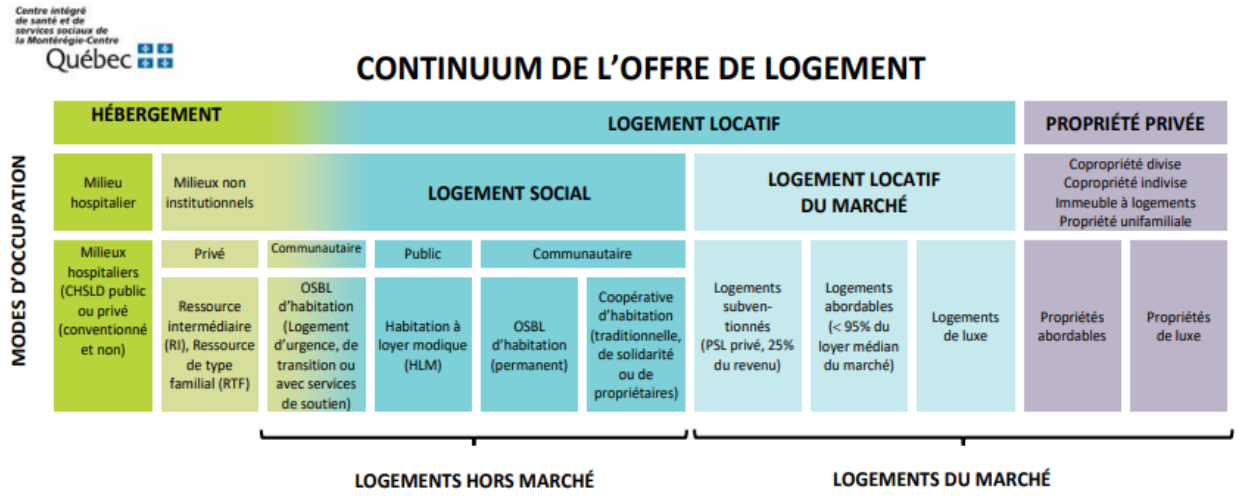
Ces différentes politiques influencent l'offre de services en matière de logement au Québec. En effet, les services proposent davantage des logements autonomes accompagnés, conjugués à des services de soutien dans la communauté (MSSS, 2022a). Ainsi, une importante diversité de mesures reliées au logement existe, allant d'un milieu encadré à un supplément au loyer, ce qui rend l'offre de services difficile à détailler de manière exhaustive.

### *1.2.1. Modèles résidentiels*

Plusieurs modèles existent en santé mentale afin de classifier l'organisation des services résidentiels offerts. Afin de mieux comprendre cette diversité d'options en matière résidentielle, Côté (2002) la résume en quatre grands secteurs : 1) les ressources résidentielles publiques, réglementées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c S-4.2); 2) les organismes communautaires d'hébergement (OCH); 3) les logements sociaux publics, incluant les organismes sans but lucratif d'habitation (OSBLH) et les habitations à loyer modique (HLM) et 4) les logements à but lucratif et privé. L'énumération des principales options résidentielles au Québec permet une vision globale de l'offre en matière de logement et aide à comprendre comment les modèles d'accompagnement s'y intègrent. Autrement, Vincent et Morin (2010, p.25) divisent les modèles d'habitation en deux grandes catégories, soit 1) l'hébergement qui se distingue par le fait d'habiter « chez autrui », davantage développé lors de premières vagues de désinstitutionnalisation de 1960, et 2) le logement où l'on demeure « chez soi ». Selon une autre perspective, la Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre (2020) présente un continuum allant de l'hébergement au logement social, au sein duquel différents modes d'habitation y sont représentés.

**Figure 1**

*Continuum de l'offre de logement du CISSS de Montérégie-Centre*[2]




Selon une autre typologie, Felx (2013) décrit trois grands modèles de logement, issus de différents auteurs. Il définit le modèle traditionnel (*custodial*), le modèle de traitement résidentiel (*supportive housing*) et le modèle de soutien en logement (*supported housing* ou *housing first*). Le premier (*custodial*), correspond à des milieux de vie où le personnel fournit des soins essentiels à des personnes résidentes moins autonomes, qui présentent des problèmes chroniques et nécessitent une prise en charge globale dans une relation personne soignée/personne accompagnée (Parkinson et al., 1999). Le deuxième modèle (*supportive housing*) conçoit l'habitation comme une opportunité de réadaptation où l'objectif est d'y développer des habiletés fonctionnelles en vue d'une intégration dans un milieu plus autonome (Felx, 2013). Celui-ci est décrit comme un continuum résidentiel puisqu'il vise une évolution et un mouvement vers des ressources toujours plus autonomes (Felx, 2013; Proulx et al., 2013). Puis, le modèle de soutien en logement (*supported housing ou housing first*) fonctionne selon le principe d'intégration dans un appartement dans la communauté, correspondant aux préférences des personnes bénéficiaires, afin d'y développer des habiletés en logement, à l'aide de services (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013). Ce dernier modèle se distingue des deux autres en dissociant le logement du traitement et en intégrant un suivi en santé mentale visant à soutenir les individus dans leurs décisions relatives à l'habitation (Proulx et al., 2013; Felx, 2013). À titre d'exemple, la Commission de la santé mentale du Canada a mis

[2] Image tirée de la Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre (2020)

sur pied un projet qui se nomme *Chez Soi* selon l'approche de Logement d'abord (*housing first*). Ce projet vise à fournir un logement abordable et un accompagnement aux personnes en situation d'itinérance qui vivent un TSM (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013). À cet effet, le RRASMQ considère ce modèle en cohérence avec la mission des ressources communautaires et alternatifs par le fait qu'elle favorise l'autonomie, les choix de la personne et où « l'approche médicale n'est pas prédominante » (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2011, p.7). Le tableau ci-dessous de Dorvil et al. (2002) illustre, d'une autre façon, les différentes catégories de logement :

**Tableau 1**

*Modèles d'habitation selon Dorvil et al. (2002) – image adaptée par l'autrice*

<table>
<tr><th colspan="5">Hébergement</th><th colspan="4">Logement</th></tr>
<tr><td colspan="2">Custodial model<br>(longue durée de type hospitalier, ni responsabilité, ni apprentissage)</td><td colspan="3">Supportive Housing<br>(équipe de thérapeutes professionnels favorisant la réhabilitation dans un continuum résidentiel)</td><td colspan="2">Supported housing<br>(encourage le choix personnel du logement, augmente les capacités fonctionnelles)</td><td colspan="2">Habitation autonome<br>(retour dans la vie en société, suivi médical réduit au minimum)</td></tr>
<tr><td>Résidence d'accueil (capacité limitée)</td><td>Pavillon (grande capacité)</td><td>Foyer de groupe (intervenants 24/7)</td><td>Appartement supervisé (intervenants présents dans l'immeuble)</td><td>Appartement relais (intervenants à domicile une fois par semaine)</td><td>Appartement anonyme</td><td>Appartement regroupé pour clientèle spécifique</td><td>Appartement encadré (intervenants sur place)</td><td>Appartement sans encadrement et non dédié à une clientèle spécifique</td></tr>
</table>

Ainsi, bien que certains modèles se chevauchent et se complètent mutuellement (Felx, 2013), ces différents modèles offrent une vue d'ensemble utile pour mieux comprendre l'organisation des services résidentiels au Québec.

En conclusion, conformément avec le contexte actuel de crise du logement au Québec, les services résidentiels en santé mentale, quoique diversifiés et multiples, se voient bousculés par plusieurs enjeux qui incluent le manque de loyers abordables augmentant les temps d'attente (Vérificateur général du Québec, 2023). C'est alors qu'il est nécessaire d'explorer davantage les impacts de ce contexte social chez les individus qui vivent un TSM.

## 1.3. Problématique de l'habitation chez les individus vivant un TSM

Ces différents modèles témoignent de la diversité de l'offre résidentielle. Or, cette diversité ne garantit pas que les milieux soient accessibles ou adaptés aux personnes vivant un TSM. Pour mieux comprendre ces enjeux, il importe de contextualiser les réalités sociodémographiques et

socioéconomiques contemporaines pour comprendre leurs impacts sur le vécu résidentiel. Le contexte socioéconomique actuel engendre des enjeux sur le plan de l'instabilité résidentielle chez les groupes à risque, incluant les individus présentant un problème de santé mentale, qui peuvent mener à des situations d'itinérance (Statistique Canada, 2023). Selon le rapport du dénombrement de l'itinérance du 11 octobre 2022, l'itinérance visible augmente au Québec et une personne en situation d'itinérance sur cinq a moins de trente ans (MSSS, 2023). Dorvil et Boucher-Guèvremont (2013) ont soulevé, en s'appuyant sur de nombreux travaux, qu'il y a une hausse des individus en situation d'itinérance, que leurs conditions d'existence se dégradent progressivement, et que les défis auxquels ils font face deviennent de plus en plus complexes. De plus, Lévesque (2018) rapporte que parmi les causes sociales de l'itinérance, il y a « la désinstitutionnalisation, combinée à un manque de support communautaire pour les personnes vulnérables, la judiciarisation, le manque de logements abordables et la diminution d'emplois aux exigences minimales » (p.5).

De plus, les obstacles à l'accès aux services d'habitation dans le domaine de la santé mentale sont nombreux dans le secteur public. À titre d'exemple, le rapport de 2023 du Vérificateur général du Québec (VGQ) souligne d'importantes difficultés d'accès aux services d'hébergement public pour les personnes ayant un TSM, un manque de ressources adaptées à leurs besoins et une insuffisance de logements abordables, ce qui les confinent dans des hébergements publics malgré la possibilité de vivre dans un milieu plus autonome (VGQ, 2023). De plus, selon l'Association canadienne pour la santé mentale de Montréal (ACSM-Montréal, 2016), les difficultés financières et la stigmatisation rendent l'accès au marché locatif privé difficile pour les personnes ayant un TSM.

Puis, les organismes communautaires et les regroupements alternatifs en santé mentale, historiquement reconnus pour soulever les enjeux structurels et défendre les droits en première ligne (Bourque et al., 2016), dénoncent publiquement dans les médias les impacts de la crise du logement sur les individus vivant un TSM. Selon un sondage fait par le RRASMQ, répondu par 35 membres, plusieurs enjeux sont évoqués : acceptation des personnes usagères dans des conditions de logement mal adaptées, difficultés des ressources à développer du logement dû aux programmes existants, la démarche thérapeutique de certains individus qui est entravée par les situations d'urgence que nécessite les démarches de logement (Boucher, 2024).

Ce contexte sociohistorique et politique concernant les domaines de la santé mentale et de l'habitation permet de mieux situer la problématique. La prochaine section vise à préciser la

problématique en présentant les principaux concepts qui structurent ce mémoire, soit les jeunes adultes, l'instabilité résidentielle, les troubles de santé mentale ainsi que la psychose et ses enjeux associés.

### *1.3.1. Définitions de jeunes adultes*

Dans le cadre du mémoire, il importe de définir ce à quoi correspond une personne jeune adulte en vue de mieux situer la population. Bien que l'âge soit fréquemment utilisé pour caractériser un groupe en raison de la simplicité qu'offre l'utilisation de chiffres, il importe de considérer d'autres dimensions comme les dimensions biologiques, sociales, culturelles et vécues qui permettent de caractériser les populations (Longo, 2016). Pour Arnett (2000), la période « emerging adulthood », qui s'étend de 18 à 25 ans, est une période développementale distincte de l'adolescence en raison du développement de l'indépendance, de l'exploration identitaire et de la transition des rôles sociaux, et ce, surtout dans les pays industrialisés où les attentes normatives sont reliées aux études et au travail. Selon la logique conceptuelle des parcours de vie, qui sera définie en détail dans la section du cadre conceptuel (section 3), Van de Velde (2015) remet en perspective le concept de l'âge en expliquant que : « […] les ‘'âges'' deviennent des ‘'temporalités'' multiples qui peuvent se succéder au fil du temps, mais aussi se superposer, s'interrompre ou se cumuler » (p.24). Ainsi, la période du jeune âge adulte est une représentation qui dépend aussi de normes culturelles selon les contextes sociaux et historiques (Galland, 2011).

Cette étape du parcours de vie est marquée par une transition entre la jeunesse et l'âge adulte qui survient plus tardivement qu'au cours des décennies précédentes (Van de Velde, 2008). Selon Galland (2000), l'indépendance associée à l'âge adulte est notamment liée à la stabilité d'emploi, à la vie de couple et à la capacité financière permettant d'accéder à un logement autonome. Puisque ce dernier constitue « un attribut d'indépendance » (p.20), marquant la transition vers l'autonomie (Galland, 2000), la période de jeune adulte est particulièrement pertinente pour l'étude des trajectoires résidentielles. En effet, Arnett (2000) indique que les changements résidentiels sont plus fréquents durant la période de jeune âge adulte qu'au cours des autres périodes de la vie.

De plus, le choix de retenir la tranche d'âge de 18 à 35 ans tient compte de la période d'émergence du trouble psychotique, soit à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Tsuda et al., 2022; Roy et

al., 2013a). Plus précisément, le pic d'émergence des troubles psychotiques ou des autres troubles associés se situe à 20,5 ans avec un âge médian[3] de 25 ans (Solmi, 2022).

À titre d'appui, selon une recherche de Veilleux et Molgat (2010), des jeunes adultes de 18 à 35 ans ayant vécu des enjeux de santé mentale associent « la période de jeune adulte » à leurs repères personnels, soient des moments marquants de leur parcours de vie, tout en adoptant des définitions plus larges propres à l'âge adulte, soient la responsabilisation, l'autonomie et la maturité. Ces résultats démontrent l'importance de l'indépendance comme caractéristique de la période adulte. Finalement, pour le mémoire, malgré la relativité démontrée de l'âge adulte, « jeune adulte » correspondra à la tranche d'âge de 18 à 35 ans, en cohérence avec la prévalence de l'émergence des troubles psychotiques, la fréquence des changements résidentiels, ainsi qu'avec l'âge d'admissibilité des cliniques PEP, de 12 à 35 ans (MSSS, 2024a).

### *1.3.2. Définitions d'instabilité résidentielle*

En ce qui concerne les définitions d'instabilité résidentielle, il n'en n'existe pas qu'une univoque et consensuelle. Cette section présente ainsi plusieurs d'entre elles afin d'en composer une plus précise, approfondie et pertinente au contexte des jeunes adultes vivant un PEP.

Comme point de départ, il importe de présenter la notion d'itinérance retenue par l'Observatoire canadien sur l'itinérance (OCI) qui inclut les dimensions structurelles et systémiques aux situations résidentielles :

> L'itinérance décrit la situation d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité qui n'a pas de logement stable, sécuritaire, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats, de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouvent un individu ou une famille, et/ou de racisme et de discrimination. (Gaetz et al., 2012, paragr. 1)

L'OCI (Gaetz et al., 2012, paragra. 2) précise qu'il existe quatre contextes différents d'itinérance: « les personnes sans-abris, les personnes utilisant les refuges d'urgence, les personnes logées provisoirement et les personnes à risque d'itinérance ». Alors que cette typologie englobe plusieurs

[3] Ainsi, selon cette étude, 50% des troubles psychotiques émergent avant 25 ans et 50% après cet âge.

situations, le terme d'« instabilité résidentielle » (Paksarian et al., 2015; Ku et al., 2021) quant à lui, engloberait davantage une vision sociologique et géographique des situations résidentielles.

L'instabilité résidentielle peut être défini en dehors de l'itinérance. À cet égard, Paksarian et al. (2015) utilisent, dans leur étude, une classification de l'instabilité résidentielle davantage axée sur le changement et la mobilité géographique, incluant des déménagements entre les municipalités et entre les régions plus grandes, ne créant pas nécessairement une vulnérabilité résidentielle. Selon Ku et al. (2021) et Choi et Oishi (2020), c'est par les migrations internes, c'est-à-dire les changements de résidence, qu'est définit l'instabilité résidentielle, lesquelles perturberaient l'intégration dans des groupes sociaux, augmentant ainsi la vulnérabilité au stress. Inversement, un lien est établi entre la stabilité résidentielle et la cohésion sociale, définie par Sampson (1991) comme : « La capacité d'une structure communautaire à concrétiser les valeurs communes de ses résidents et à maintenir des contrôles sociaux efficaces » [traduction libre] (p.47). Ces études permettent de considérer les liens sociaux d'appartenance à un groupe qui se forment par proximité géographique et sociale, composantes intéressantes pour des jeunes adultes qui développent leur identité en relation avec leurs pair·es (Arnett, 2000).

Afin d'englober les différentes situations qui ne relèvent pas uniquement de l'itinérance, la définition d'instabilité résidentielle utilisée pour ce mémoire renvoie à un concept plus large des situations résidentielles. Elle inclue les situations d'itinérance, mais également les déménagements entre différentes régions ou différents sites d'hébergement au sein d'une même région, le fait de résider temporairement chez des proches et l'influence du lien d'appartenance avec les communautés. Dans la littérature, différentes notions sont mobilisées, notamment l'itinérance (Gaetz et al., 2012; McAll et al., 2019), la précarité (Labesse et al., 2021) ou la mobilité résidentielle (Paksarian et al., 2015). Dans le présent mémoire, celle « d'instabilité résidentielle » met l'accent sur les changements et les ruptures au sein d'une trajectoire. De plus, il est possible de vivre une instabilité résidentielle sans toutefois qu'elle soit défavorable, contrairement à certaines notions qui renvoient davantage à des conditions de fragilité, de précarité ou de vulnérabilité. Plusieurs études citées dans ce mémoire portant sur les trajectoires résidentielles au Québec mobilisent explicitement le terme d'instabilité résidentielle (Roy et al., 2024; Deschênes et al., 2021; Goyette et al., 2019). Qui plus est, ma posture d'intervenante à une clinique PEP m'a également permis de constater que cette terminologie correspond davantage au langage

couramment utilisé sur le terrain, tant par les milieux de pratique que par les personnes concernées. Ce terme apparaît d'ailleurs dans plusieurs formations ou outils développés par des organismes québécois (CREMIS, s.d.; Lain, G., 2017), témoignant ainsi de sa résonance pour les milieux de pratique. En somme, le terme d'« instabilité résidentielle » a été retenu puisqu'il reflète le caractère dynamique et le contexte de déséquilibre associé aux situations d'habitation, ce qui le rattache non seulement à des facteurs individuels, mais aussi relationnels et structurels.

### *1.3.3. Définitions du concept du trouble de santé mentale*

D'emblée, bien que le concept de « trouble de santé mentale » (TSM) soit complexe et fasse l'objet de débats à la fois théoriques et épistémologiques (Morin et Clément, 2019), il importe de le définir afin de mieux comprendre la psychose. Le choix des mots en santé mentale compte en raison de la stigmatisation et de la discrimination subies par les individus (Morin et Clément, 2019).

Avant tout, un débat critique sur la médicalisation de la santé mentale existe entre la sociologie et la psychiatrie depuis la deuxième moitié du 20e siècle (Dorvil, 2007; Collin et Suissa, 2007). D'une part, le domaine de la sociologie aborde : « la maladie mentale comme une étiquette appliquée par la société à des sous-ensembles de comportements […], [alors que], la médecine psychiatrique argue que ces comportements et ces sentiments constituent en soi les signes et les symptômes d'une véritable maladie sous-jacente » (Dorvil, 2007, p.8). D'autre part, depuis 1952, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, vise la classification standardisée des TSM en vue d'objectiver les maladies (Dorvil, 2007). Suivant cette logique, la santé est perçue comme une norme idéale à atteindre, qui, d'un point de vue médical, tient de la responsabilité de l'individu (Larose-Hébert, 2020). À cet égard, la définition de la « santé mentale » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se résume par un état de bien-être jumelé à un bon fonctionnement individuel et social (Doré et Caron, 2017; Morin et Clément, 2019). Alors qu'auparavant, la santé mentale signifiait l'absence de maladie (Doré et Caron, 2017), des définitions plus contemporaines de la santé et la maladie mentale les situent non pas comme deux opposées dichotomiques, mais davantage corrélées (Keyes, 2002). Ainsi, il est possible d'avoir un TSM, mais de jouir d'une bonne santé mentale.

Par ailleurs, il existe aussi une distinction sémantique entre la « maladie mentale », qui explique les problèmes de manière médicale et le « trouble mental » qui prend en compte les facteurs

biopsychosociaux (Morin et Clément, 2019). De plus, le MSSS (2005) classifie les troubles en « troubles mentaux modérées » (TMM) et « troubles mentaux graves » (TMG). Plus précisément, les TMM désignent des difficultés de santé mentale courantes entravant le fonctionnement quotidien, tandis que les TMG, moins fréquents, impliquent « une détérioration plus marquée du fonctionnement social et des capacités cognitives, affectives et relationnelles » (Morin et Clément, 2019, p.40), souvent associés aux troubles psychotiques (Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). Dans le cadre de ce mémoire, le terme (TSM) sera utilisé pour inclure ces deux types. Toutefois, le concept de rétablissement ne sera pas intégré dans ce mémoire étant donné les différentes définitions et postures qui existent pour le décrire. Celui-ci peut être compris à partir du sens que lui donnent les personnes vivant une trajectoire psychiatrique, mais il fait aussi l'objet d'une appropriation médicale (Cyr, 2009). Par ailleurs, ce concept est aussi critiqué par sa visée normalisatrice, susceptible de renforcer la marginalisation des personnes concernées en les classant entre les « bonnes » et « mauvaises » (Roy, 2019).

## 1.4. La psychose

Les difficultés d'accès à un logement de bonne qualité peuvent entraver l'exercice des autres droits sociaux, tels que l'éducation, la santé et le travail (Dorvil et al., 2002), lesquels sont des sphères fondamentales du développement identitaire des jeunes adultes vivant un PEP (Harvey et al., 2012; Lemoine, 2020; Roy et al., 2013a). Il importe donc de reconnaître l'accès à un logement adéquat comme un besoin de base essentiel et non pas comme un privilège difficilement accessible. Or, un PEP peut bouleverser les conditions qui rendent cet accès possible. Afin de mieux comprendre les enjeux d'habitation qui en découlent, la section suivante présente différentes conceptions de la psychose, des symptômes, des impacts chez les jeunes adultes et des services qui sont généralement mobilisés dans le contexte d'un PEP.

### *1.4.1. Définition biomédicale*

D'un regard historique sur la psychiatrie, allant de la démence précoce, à la folie maniaque-dépressive, à la paranoïa et les paraphrénies, ces différents qualificatifs ont évolué selon la classification nosologique du psychiatre allemand, Emil Kraepelin (Haustgen et Sinzelle, 2011). Cette perspective kraepelinienne a longtemps influencé la conception des troubles psychotiques

comme étant un problème incurable, ce qui a d'ailleurs inspiré les critères du DSM-3 (maintenant DSM-5-TR) (Roy et al., 2021). Plus particulièrement pour la psychose, la perspective krapelinenne est reconnue comme une démarche empirique, largement adoptée, où « les maladies vraiment naturelles possèdent toujours les mêmes causes, doivent toujours produire les mêmes symptômes, et donner les mêmes résultats […] » (Lepoutre, 2017, p.541), ramenant ainsi la maladie à un déséquilibre qui requière une intervention médicale, généralement par un médecin (Larose-Hébert, 2020). De façon plus contemporaine et toujours selon la perspective biomédicale, la psychose est généralement définie comme une perte de contact avec la réalité (MSSS, 2024a). Les troubles psychotiques demeurent variés et évolutifs dans le temps, ce qui les rend difficiles à définir. Aussi, le MSSS classifie la psychose en deux sous-divisions qui incluent les psychoses non-affectives et affectives (MSSS, 2024a). Les psychoses non-affectives seraient davantage associées à un trouble schizophrénique, schizophréniforme, délirant et à une psychose non spécifiée tandis que les psychoses affectives concerneraient les troubles schizoaffectif, bipolaire et dépressif avec éléments psychotiques (Lévesque, 2018; MSSS, 2024a). Selon le DSM-5, les symptômes généralement associés à la psychose sont décrits normalement par « des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs » (American Psychiatric Association, 2015, p.109). Plusieurs personnes autrices distinguent les symptômes dits « positifs » par l'ajout de manifestations (hallucinations, idées délirantes, perturbations du comportement) et ceux dits « négatifs » par la réduction du fonctionnement (isolement, perte d'intérêt, s'exprime peu, difficultés à accomplir des tâches) (Lévesque, 2018; Tsuda et al., 2022). Les symptômes évoluent et se manifestent différemment selon chaque individu. Or, malgré son influence, l'approche biomédicale fait l'objet de critiques, notamment parce qu'elle tend à réduire la psychose à un ensemble de symptômes et de catégories déterminées par ce modèle (Larose-Hébert, 2020; Corin et al., 2011; Evrard, 2011). La sous-section suivante explorera des définitions davantage axées sur l'expérience subjective.

### *1.4.2. Critique de l'approche biomédicale*

Comme abordé antérieurement, selon Larose-Hébert (2020), les expériences de santé mentale sont interprétées sous le prisme biomédical, catégorisant d'emblée ces dernières comme des symptômes

de dysfonctionnement à soigner. Or, selon Corin et al. (2011), les individus vivant un TSM ont un rapport subjectif à leur maladie, rapport qui doit être placé au centre du traitement.

Dans cette même logique, Charron-St-Pierre (2020), qui a étudié l'expérience subjective de la psychose de jeunes adultes vivant en milieu transitoire au Québec souligne que la définition que les jeunes retiennent de leur psychose s'inscrit dans l'approche biomédicale, laquelle constitue souvent la seule perspective à laquelle ils ont été exposés au fil des interventions reçues dans leurs trajectoires de soins (Charron-St-Pierre, 2020). Ce constat vient confirmer la position dominante du discours biomédical et de ses pratiques entourant la psychose. À ce sujet, O'Donoghue et Crossley (2020) soulèvent que la définition de la psychose en soi est controversée et qu'une définition issue de la perspective kraepelinienne ne fait pas consensus, alors même qu'elle domine le champ de la psychiatrie.

À cet effet, plusieurs études sur la phénoménologie ont cherché à comprendre les significations des symptômes du point de vue des personnes qui les vivent. À titre d'exemple, Evrard (2011) rapporte l'idée que les expériences inhabituelles peuvent être considérées sur le continuum de la psychose, incluant des symptômes « atténués » qui ne seraient pas nécessairement attribuables à un trouble psychiatrique, ce qui questionne si ces expériences psychotiques doivent être considérées comme pathologiques. De plus, la méta-analyse de Ritunnano et al. (2022) portant sur les expériences subjectives de la psychose conclut par l'importance de s'intéresser avant tout sur les significations des symptômes pour les personnes qui les vivent, plutôt que de prioriser à les réduire. En ce sens, un mouvement alternatif nommé « *Hearing Voices Movement* », issu des années 1980 aux Pays-Bas est issus d'un désir de réappropriation des voix et d'une critique de la réduction psychopathologique attribuée aux voix (Braun et Evrard, 2023). Au Québec, cette approche est bien implantée grâce aux groupes d'entraide mis en place par le Réseau des entendeurs de voix québécois (REVQuébecois). Ainsi, ces groupes permettent aux personnes participantes, par le partage de leur expérience, d'y redéfinir leurs expériences et de dépsychiatriser les voix (Blackman, 2014, cité dans Godrie, 2021b).

En bref, la définition de la psychose demeure largement définie selon l'approche biomédicale, et ce, malgré qu'elle fasse débat. Toutefois, les études recensées soulignent l'importance de considérer le sens subjectif des symptômes et d'ouvrir la réflexion à des perspectives alternatives, ce qu'il importe d'intégrer pour ce mémoire.

### *1.4.3. Facteurs de risque*

Le PEP se manifeste majoritairement vers l'adolescence et au début de l'âge adulte, soit une période critique du développement et de la transition vers la vie d'adulte (Tsuda et al., 2022; Roy et al., 2013a). Il est estimé qu'entre 3% et 3,5 % des individus vivront une forme de psychose au cours de leur vie (Perälä et al., 2007, cités dans MSSS, 2024a; Solmi, 2022). La littérature biomédicale décrit plusieurs interactions complexes entre des facteurs environnementaux et génétiques pour tenter d'expliquer les causes. De nombreux facteurs de risque peuvent entraîner une plus grande vulnérabilité à la psychose, notamment l'abus de substances psychoactives, les antécédents familiaux et les stresseurs environnementaux (Gouvernement du Québec, 2022), tels que la fragmentation sociale, le chômage et les inégalités sociales.

Plus précisément, des facteurs individuels et relationnels ont été documentés. À titre d'exemple, selon une étude danoise, les jeunes hommes seraient susceptibles de développer un trouble schizophrénique en lien avec l'usage de substances telles que le cannabis et, par le fait même, ce risque pourrait être évité en l'absence de consommation de cannabis (Hjorthøj et al., 2023). Sur le plan familial, les déménagements fréquents durant l'enfance et l'adolescence, considérés comme des marqueurs possibles de dysfonctionnement familial (Mok et al., 2016), seraient aussi associés au développement d'une psychose chez les adolescents à risque (Ku et al., 2021). Un milieu familial porté à la critique et à l'hostilité augmenterait les symptômes positifs de la psychose en raison du stress généré, alors qu'inversement, un climat familial chaleureux et un niveau d'implication équilibrée seraient associés à un meilleur fonctionnement (Schlosser et al., 2010).

Par ailleurs, l'accumulation d'expériences traumatiques vécues peut augmenter les probabilités de vivre une psychose (Shevlin et al., 2008). Plus spécifiquement, les expériences adverses vécues en bas âge, telles que les traumatismes et la maltraitance, constituent un facteur de risque important pour la psychose (Varese et al., 2012; Salama et al., 2025). Dans le même sens, une recherche du Royaume-Uni considère l'impact des discriminations vécues comme un facteur de risque sur la vulnérabilité à la psychose et sur la sévérité des symptômes associés (Pearce et al., 2019).

En plus de ces dimensions, des facteurs de vulnérabilité de la psychose reliés aux conditions de vie ont aussi été documentés. À cet effet, le risque de développer un PEP serait deux fois plus élevé chez les individus de moins de 18 ans ayant vécu un processus d'immigration (Anderson et

Edwards, 2020). Le contexte d'exclusion sociale et d'adaptation importante peut également augmenter le risque de psychose chez les personnes immigrantes de première et de deuxième génération (Henssler et al., 2020). Quant aux facteurs socio-économiques, une proportion plus grande de personnes vivant un PEP a été décelée dans les quartiers les plus défavorisés de Montréal, en comparaison avec les quartiers favorisés de l'île (Anderson et al., 2012). Autrement, une méta-analyse souligne que l'exposition à un environnement à densité urbaine augmente le risque de développer une schizophrénie comparativement aux milieux ruraux (Vassos et al., 2012). De plus, une étude ontarienne a démontré qu'un niveau plus élevé de marginalisation[4] était associé à une incidence accrue de troubles psychotiques, cette incidence étant plus élevée dans les milieux urbains (Rotenberg et al., 2022).

Les changements climatiques auraient aussi des impacts significatifs sur l'incidence de la psychose. D'une part, on observe une augmentation accrue des épisodes psychotiques suivant les vagues de chaleur (Christodoulou et al., 2023). D'autre part, les études émergentes montrent que l'anxiété climatique (éco-anxiété) est aussi liée à l'augmentation des psychoses chez les jeunes (Fekih-Romdhane et al., 2024).

En conclusion, une multitude de facteurs individuels, sociaux, structurels et environnementaux peuvent contribuer à expliquer le PEP. Les facteurs de risques du PEP demeurent toutefois complexes et multivariés.

### *1.4.4. Impacts*

La psychose a des impacts à plusieurs niveaux, notamment sur les relations interpersonnelles, le fonctionnement scolaire et professionnel, les difficultés d'usage de substance psychoactives et les interactions avec le système judiciaire (Iyer et Malla, 2014). Une méta-analyse menée par Howes et al. (2021) affirme que la prolongation de la durée de la psychose non traitée a pour conséquences des symptômes négatifs et positifs plus sévères, un risque plus important de psychopathologie à long terme et un fonctionnement général davantage altéré. Les personnes vivant un PEP présentent plus d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de décès par

[4] Les indicateurs de marginalisation selon Rotenberg et al. (2022) concernent l'instabilité résidentielle, la privation matérielle, la concentration ethnique et les taux de dépendance.

suicide (O'Hare et al., 2026). Les idéations suicidaires seraient plus importantes en présence de symptômes positifs et dépressifs (Bornheimer et al., 2021).

Par ailleurs, l'âge moyen des PEP correspond à une période transitoire importante sur le plan développemental qui peut entraîner une expérience traumatisante nécessitant un accompagnement adapté (Bertulies-Esposito et al., 2021; Roy et al., 2013a). Une étude mixte a comparé les marqueurs de transition vers la vie adulte entre ceux vivant un PEP (n=50) et ceux n'en vivant pas (n=50) en se concentrant sur cinq principaux marqueurs du développement : résidentiel/financier, scolaire, professionnel, amoureux et parentalité (Roy et al., 2013b). L'étude révèle des retards significatifs chez les adultes vivant un PEP quant au développement de l'indépendance dans les sphères résidentielles, financières et éducatives. Ces informations soulèvent des enjeux quant à l'acquisition de l'indépendance et de l'autonomie, ce qui influence les trajectoires développementales des personnes vivant un PEP. Une autre recherche phénoménologique, sous l'angle de leur vécu subjectif, rapporte que le PEP, par la désorganisation qui est engendrée, est vécu comme un événement traumatique associé à une sentiment de changement et de perte de soi (André et al., 2021).

Les jeunes vivant un PEP sont également à risque de discrimination et de stigmatisation, ce qui peut mener à l'exclusion sociale du milieu familial et affecter leurs relations d'amitié (Kinson et al., 2018). Ces situations peuvent conduire à développer de la méfiance et des comportements d'isolement social (Ouellet-Plamondon, 2011). Walsh et al. (2016) ont réalisé une méta-analyse sur l'expérience de la schizophrénie, démontrant que la perte la plus importante rapportée par les personnes vivant une schizophrénie est celle des relations sociales, engendrée par la discrimination et la stigmatisation vécue. De plus, la survenue d'un PEP peut entrainer une détresse importante chez les familles, qui se trouve amplifiée lorsque le jeune lui-même présente un niveau de détresse élevé (Addington et al., 2003). Chez les individus ayant vécu un trouble psychotique, variant selon les pays, le taux de réinsertion en emploi est entre 10 % et 30 % dans la première année suivant le diagnostic (Marwaha et Johnson, 2004).

En résumé, la psychose a des impacts multidimensionnels significatifs qui touchent des sphères importantes de la transition vers l'âge adulte. Il est d'autant plus pertinent de s'y intéresser dans la situation des jeunes adultes. Les services d'accompagnement et de soutien destinés aux jeunes

adultes vivant un PEP sont donc essentiels pour diminuer les facteurs de risques et favoriser le mieux-être.

### *1.4.5. Services*

#### *1.4.5.1 Programme pour Premiers Épisodes de Psychoses (PPEP)*

Afin de comprendre le contexte de soins et de soutien qui peuvent s'inscrire dans les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant avec un PEP, cette section vise à faire un survol des services disponibles pour cette population. En raison des impacts importants associés au PEP, des services se sont déployés afin de minimiser les répercussions que peuvent avoir ces troubles sur la qualité de vie d'un individu. La première clinique d'intervention précoce de la psychose a été fondée en Australie dans les années 1980 (Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019; Bertulies-Esposito et al., 2021). Les Programmes pour Premiers Épisodes de Psychoses (PPEP) ont ensuite émergé dans plusieurs autres pays à la suite des données encourageantes sur l'efficacité de ces derniers dans le traitement des psychoses (Malla et al., 2021). Au Québec, la première clinique a été fondée en 1987 à Montréal (L'Heureux et al., 2007), mais le financement récurrent pour le PPEP s'est concrétisé en 2017, ce qui a permis de déployer plusieurs cliniques au travers de la province (Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019). La mise en œuvre de ce service spécialisé est balisée par le *Cadre de référence pour les PPEP*, conçu par le MSSS (Malla et al., 2021). Bien que les cliniques PEP se sont inégalement développées au Québec, chaque établissement de santé et de services sociaux qui offrent des services en santé mentale doit en permettre l'implantation (MSSS, 2024a). À travers le Canada, ces services sont généralement offerts pendant une période comprise entre 3 et 5 ans pour des individus âgés entre 12 et 35 ans, ce qui peut varier selon les programmes (Nolin et al., 2016).

Le but des programmes d'intervention précoce pour la psychose est d'offrir rapidement des services lors des premiers symptômes afin de réduire le temps sans traitement ainsi que d'assurer un suivi global et intégré qui tient compte des besoins singuliers des personnes concernées (Malla et al., 2021; Bertulies-Esposito et al., 2021). Plus précisément, le suivi implique une prise en charge médicale et psychosociale dans la communauté, faisant la promotion d'un traitement antipsychotique et d'interventions axées sur divers aspects du fonctionnement social de la personne qui incluent la famille, les troubles concomitants et l'intégration dans la communauté

(Lévesque, 2018; Bertulies-Esposito et al., 2021). Par ailleurs, les PPEP misent sur le renforcement du partenariat avec la famille, l'entourage et les ressources communautaires et inversement, visent à éviter l'insertion en hébergement dans des foyers spécialisés avec des prestations d'invalidé permanente (Malla et al., 2003). D'un autre point de vue, Larose-Hébert (2020) souligne que la rigidité des critères d'admissibilité ainsi que les délais d'accès aux services des programmes gouvernementaux en santé mentale ne répondraient pas adéquatement aux besoins des personnes concernées et nuiraient à leur reprise de pouvoir quant à leur trajectoire de soins.

*1.4.5.2 Autres services*

Alors que les cliniques PEP ont été fondées par des médecins psychiatres (Bertulies-Esposito et Abdel-Baki, 2019), répondant ainsi à une approche axée sur le biomédical, des services alternatifs se sont également déployés en parallèle. Tel que brièvement soulevé antérieurement dans cette section, le mouvement *Hearing Voices* ou *Mouvement des Entendeurs de voix* a été fondé par deux psychiatres néerlandais en collaboration avec Patsy Hage, une femme expérimentant des voix (Fromentin, 2013). Ce mouvement s'est développé dans une perspective alternative au modèle psychiatrique traditionnel (Corstens et al., 2014). En effet, par l'entraide mutuelle, il ne vise pas à éradiquer les voix, mais plutôt à les comprendre, les contrôler et les réapproprier dans une démarche de contestation de l'autorité médicale et de reprise de pouvoir sur leur vie (May et Hayes, 2012; Fromentin, 2013).

Par ailleurs, divers services d'aide publics, privés et communautaires sont disponibles pour répondre aux besoins médicaux et psychosociaux pour ces jeunes. Parmi eux figurent des cliniques médicales, des cliniques privées, des organismes communautaires spécialisés en santé mentale, des services de réinsertion socioprofessionnelle, d'accompagnement familial et juridiques. Concernant les partenariats, une étude impliquant 23 personnes participantes et portant sur les trajectoires de services des jeunes adultes vivant un PEP et leur famille démontre que durant leur parcours, la majorité de ces jeunes ont utilisé des services communautaires (Morin et Proulx, 2023). En résumé, les services dispensés aux jeunes adultes vivant un PEP visent à intervenir en amont afin de minimiser les risques associés à cette expérience qui peut s'avérer déstabilisante, voire traumatisante.

# 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE DES TRAJECTOIRES RÉSIDENTIELLES DES JEUNES ADULTES VIVANT UN PEP

Par la mise en contexte sociohistorique et politique québécoise la problématique relate l'importance du développement des services en santé mentale axés sur l'intérêt de la personne et le soutien en communauté. Or, il a été démontré que les individus présentant un TSM ont accès à divers services privés, publics et communautaires, basés sur différents modèles résidentiels afin de répondre à leurs besoins. Jusqu'à maintenant, la mise en contexte a permis de définir plusieurs concepts liés au logement, à la santé mentale, plus spécifiquement à la psychose ainsi que la population à l'étude. Afin d'approfondir la problématique principale, cette section inclut une revue de la littérature plus pointilleuse sur les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP. Pour conclure cette section, il sera abordé les objectifs du mémoire.

La revue de la littérature a été réalisée par le biais d'une démarche documentaire (Séguin, 2021). À cet effet, plusieurs mots-clés francophones et anglophones, tels qu'*instabilité résidentielle*, *ressources résidentielles, accessibilité, logement, itinérance, premier épisode de psychose, trajectoire résidentielle*[5] ont été identifiés et entrés dans deux principaux moteurs de recherche : Sofia et Omni. Différentes bases de données scientifiques (Érudit, GoogleScholar, ScienceDirect, Cairn, Canadian Journal of Community Mental Health, Wiley, PubMed) ont été utilisées pour cibler les articles scientifiques. Étant donné que peu d'études se concentrent sur les jeunes adultes ayant un PEP qui vivent une instabilité résidentielle, la recherche a aussi été étendue aux personnes présentant un TSM général et ayant vécu des épisodes d'itinérance. Des critères additionnels ont été appliqués, notamment en ce qui concerne la révision par les pair·es et la période de publication. À cet effet, les études datant des 10 dernières années ont été priorisées afin de mieux saisir le contexte contemporain, tout en incluant des études plus anciennes en raison de leur pertinence. Aussi, le logiciel Zotero a été utilisé afin de classifier et annoter les sources. Les trois thèmes principaux qui en ressortent sont : 1) les impacts de l'accompagnement sur l'intégration et le maintien résidentiel, 2) les préférences résidentielles et 3) les particularités quant aux trajectoires résidentielles.

[5] Voir Annexe A pour la liste complète.

## 2.1. Principaux thèmes issus de la revue de la littérature

### *2.1.1. Impacts de l'accompagnement sur l'intégration et le maintien résidentiel*

Les études portant sur les impacts de l'accompagnement sur l'intégration et le maintien résidentiel des personnes vivant avec un TSM mettent en lumière les avantages du soutien professionnel et de l'implication des pair·es, tout en explorant les défis liés à l'accompagnement.

Pour débuter, une étude canadienne sur le projet *Logement d'abord* (*supported housing ou housing first*) montre que la combinaison des services en santé mentale et d'un accompagnement en logement entraîne une amélioration notable dans la gestion des médicaments, de la consommation et des finances (Nolin et Jetté, 2014). Une étude similaire réalisée à Montréal avec des personnes participantes rapporte des impacts positifs sur leur estime de soi, la réduction des problèmes de toxicomanie, de santé physique et mentale, ainsi que sur le renforcement du lien de confiance avec les personnes intervenantes (Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013). De surcroît, une recherche réalisée auprès des jeunes ayant vécu un épisode d'itinérance montre que le logement accompagné permettrait de bénéficier d'une meilleure intégration communautaire, d'une qualité de vie supérieure et d'une santé mentale améliorée par rapport à un logement autonome (Kidd et al., 2016).

À ce sujet, un plus grand choix au logement serait associé à une meilleure perception de la qualité des logements accompagnés (*supported housing*) chez les individus vivant un TSM (Nelson et al., 2007). Selon Barnes et al., 2022, les services d'accompagnement au logement et le soutien informel améliorent aussi le sentiment de se sentir chez soi. Ainsi, la présence du personnel est soulignée par plusieurs études comme étant un facteur qui influence positivement l'expérience résidentielle des personnes usagères (Nolin et Jetté, 2014; Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013; Nelson et al., 2007). En revanche, l'accompagnement peut également présenter des inconvénients. Selon une étude sur le modèle de logement accompagné, les jeunes adultes peuvent percevoir l'aide comme un obstacle à l'autonomie étant donné qu'un encadrement trop strict peut limiter la prise de décision, laquelle est essentielle au développement de l'autonomie (McAll et al., 2019). Une autre recherche montre que pour certaines personnes usagères, le rapport d'autorité avec les personnes intervenantes ne permettait pas le même genre de rapport qu'avec des pair·es (Barnes et al., 2022). C'est alors qu'il importe de souligner le travail important, mais sous-estimé des

personnes accompagnatrices informelles en santé mentale, comme des membres de la communauté locale, qui peuvent avoir des impacts positifs sur la trajectoire de soins (Hannigan et Allen, 2013).

D'un autre point de vue, les témoignages des jeunes vivant un TSM en situation d'itinérance ainsi que des personnes intervenantes soulèvent que les difficultés d'accès aux services en santé mentale les amènent à devoir se débrouiller par eux-mêmes en raison de l'insuffisance des ressources en santé mentale (Giguère et al., 2019). En effet, l'intervention en accompagnement résidentiel est perçue par les personnes intervenantes comme étant difficile en raison de la complexité à trouver des logements adaptés aux besoins et de la nécessité d'établir un vaste réseau de contacts avec les services institutionnels et communautaires (McAll et al., 2019). En contrepartie, ce qui est favorable est de pouvoir intervenir en dehors du contexte médical ce qui aide à la création du lien de confiance (Giguère et al., 2019).

Ces études rendent compte des impacts de l'accompagnement résidentiel, particulièrement selon le modèle de soutien au logement (*supported housing*). Elles rapportent qu'un soutien professionnel a des avantages, notamment celui de favoriser l'autonomie et la prise de décision au logement (Nelson et al., 2007), de se sentir bien chez soi (Barnes et al., 2022; Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013), ainsi qu'une meilleure gestion de la médication, des finances et de la consommation (Nolin et Jetté, 2014). Il est aussi noté que les pair·es peuvent également contribuer positivement à l'intégration résidentielle (Barnes et al., 2022) tout comme les personnes accompagnatrices informelles (Hannigan et Allen, 2013).

### *2.1.2. Préférences résidentielles*

Dans les recherches sur les préférences résidentielles des individus vivant un TSM, les thèmes du contrôle et du choix sont centraux. Une étude américaine révèle que 60 % des individus vivant un TSM souhaitent demeurer dans un logement indépendant (Tsai et al., 2010), tandis qu'une étude québécoise indique que 52.1 % préfèrent un logement avec soutien et 22 %, un logement indépendant (Piat et al., 2008). Ces deux études concluent sur l'importance de permettre une diversité de ressources afin de combler les besoins variés (Piat et al., 2008; Tsai et al., 2010). Toujours en lien avec les préférences, une étude en milieu urbain auprès de jeunes âgés entre 14 à 25 ans souligne que le contrôle du milieu de vie favorise l'appropriation d'un « chez soi » qui d'ailleurs, n'a pas la même signification d'un individu à l'autre (Kidd et Evans, 2011). Ce contrôle

du milieu résidentiel rejoint l'étude de Nelson et al. (2007) sur le lien entre le sentiment de choix et la satisfaction du logement. Cependant, une autre étude sur des jeunes adultes ayant vécu un PEP révèle que les préférences résidentielles passent au second plan, car elles dépendraient de l'indépendance financière, elle-même liée aux opportunités professionnelles et sociales (Roy et al., 2013a). En conclusion, plusieurs recherches soulignent l'importance du choix dans les trajectoires résidentielles pour les personnes vivant un TSM et parfois avec un trouble concomitant.

### *2.1.3. Particularités quant aux trajectoires résidentielles*

Ce thème aborde les facteurs influençant les trajectoires résidentielles pour les individus souffrant d'un TSM, en mettant un accent particulier sur les défis des trajectoires résidentielles des jeunes en contexte d'itinérance et de PEP.

Plusieurs défis liés à l'accès à un logement indépendant pour les personnes souffrant d'un TSM et d'un trouble de consommation ont été répertoriés par Tsai et al. (2010): enjeux financiers, antécédents criminels et stigmatisation. Pour les logements supervisés, les listes d'attente sont le principal défi rapporté (Tsai et al., 2010). Une étude menée auprès de jeunes suivis par un programme d'intervention précoce démontre que pour les jeunes ayant un logement stable, la famille joue un rôle important dans l'accès aux soins de santé mentale, alors que, pour les personnes vivant de l'instabilité résidentielle, l'implication familiale diminue, ce qui a pour conséquence d'augmenter les services d'urgence et les interventions policières (Lee et al., 2021). Dans cet optique, une recension des écrits de Deschênes et al. (2021) soulève des difficultés d'accès aux services pour les jeunes à risque d'itinérance en raison des délais de prise en charge, de la division des services par secteurs et par groupes d'âge, des critères des programmes, des obstacles administratifs et du manque de réseau social.

Afin de mieux comprendre la trajectoire de services des jeunes étant exposés à des situations d'itinérance, une étude portant sur des individus âgés de 16 à 25 ans ayant vécu un épisode d'itinérance au Canada a permis d'identifier trois étapes lors des trajectoires résidentielles, soit : (1) une certaine stabilité est atteinte malgré la présence d'obstacles importants; (2) les jeunes sont relativement stables, mais demeurent limité·es dans la réalisation de leurs projets et (3) les jeunes parviennent progressivement à concrétiser leurs objectifs de vie (Kidd et al., 2016). Ces résultats

rejoignent ceux de Roy et al. (2013a) qui relèvent que des opportunités éducatives, professionnelles et sociales facilitent la stabilité au logement à long terme.

Une autre étude comparative démontre que les jeunes vivant un PEP et un épisode d'itinérance sont plus souvent hospitalisés et présentent une évolution clinique défavorable par rapport aux jeunes ayant un PEP sans avoir vécu d'itinérance (Lévesque, 2018). Ce constat a conduit à la création d'une équipe d'intervention à Montréal, l'EQUIIP SOL, qui, en partenariat avec des milieux adoptant le modèle de logement accompagné, soutient les jeunes adultes en situation d'itinérance ayant un PEP et un trouble de l'usage de substances (Doré-Gauthier et al., 2019). Parmi ces jeunes, 80 % ont atteint une stabilité de logement et une atténuation des symptômes au début de suivi (Doré-Gauthier et al., 2019).

Finalement, la recherche nommée AMONT, correspondant à l'une des études se rapprochant le plus de cette présente recherche, vise à identifier les facteurs environnementaux et individuels influençant la stabilité au logement chez les individus ayant nouvellement des services psychiatriques au Québec (Roy et al., 2024). Les résultats mettent en lumière que la majorité des personnes participantes vivaient alors des changements résidentiels au moment de l'émergence des troubles de santé mentale, ce qui démontre un point tournant dans la trajectoire résidentielle et de soins. Par ailleurs, cette étude souligne que le soutien obtenu des proches est un facteur de protection important, mais que ces jeunes rapportent un besoin important d'affirmer leur autonomie (Roy et al., 2024).

En résumé, la problématique et la revue de littérature montrent à quel point les défis sont complexes et les trajectoires variées en ce qui concerne l'intégration et le maintien résidentiel pour les personnes vivant en situation d'itinérance ou souffrant d'un TSM, incluant un PEP. Elles soulignent l'importance d'un accompagnement adapté et inclusif, non seulement pour faciliter l'accès au logement, mais aussi pour soutenir les individus dans leur parcours vers la stabilité résidentielle et l'intégration communautaire (Nolin et Jetté, 2014; Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013; Nelson et al., 2007; Barnes et al., 2022; Kidd et al., 2016; Hannigan et Allen, 2013). Du point de vue des personnes intervenantes, cet accompagnement favorise le lien de confiance (Giguère et al., 2019). En outre, le concept de « choix » revient plusieurs fois dans les études comme étant déterminant dans la trajectoire résidentielle vu la multitude de possibilités en matière d'intégration au logement (Nelson et al., 2007; Tsai et al., 2010; Kidd et Evans, 2011; Piat et al.,

2008; Roy et al., 2013a). Par ailleurs, les obstacles à l'accès au logement, tels que les défis financiers, les antécédents criminels, la stigmatisation, les listes d'attente pour les logements supervisés, le manque de soutien familial et les défis pour les personnes accompagnatrices sont des facteurs pouvant aggraver les difficultés résidentielles (Tsai et al., 2010; McAll et al., 2019; Lee et al., 2021; Giguère et al., 2019).

## 2.2. La pertinence du mémoire, les objectifs et les questions de recherche

La revue de littérature rend compte du fait que la majorité des recherches portent sur des clientèles plus élargies en santé mentale. En ce qui concerne les difficultés résidentielles, elles abordent principalement les situations d'itinérance, incluant les facteurs aggravants et de maintien. Peu d'études étudient spécifiquement les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP au Québec. De plus, un angle mort important réfère au manque d'études qui mobilisent les savoirs expérientiels des jeunes vivant avec ou ayant vécu un PEP afin d'explorer les enjeux et facilitateurs de leur trajectoire résidentielle, ainsi leurs capacités actancielles (*agency*) (Carpentier et White, 2013) d'agir sur leurs conditions de vie. De plus, les recherches actuelles n'abordent pas suffisamment les enjeux et facilitateurs liés à la coordination de ces services nécessaires à l'intégration des individus ayant un PEP dans un milieu de vie. Par conséquent, les réalités des personnes intervenantes auprès des jeunes vivant un PEP demeurent peu connues.

À la lumière de ces angles morts, cette recherche a comme objectif d'éclairer les enjeux, les facilitateurs et les obstacles liés à l'habitation en partant du point de vue de deux populations directement concernées, soit les jeunes adultes vivant avec un PEP et les personnes intervenantes. Ainsi, les questions de recherche sont les suivantes : Qu'est-ce que les savoirs expérientiels des jeunes adultes ayant vécu un PEP et ceux des personnes intervenantes nous apprennent-ils sur les trajectoires résidentielles de cette population? Quels sont les enjeux et leviers relatifs à l'accessibilité, à l'intégration et au maintien d'un milieu résidentiel pour les jeunes adultes vivant un PEP? Plus précisément, l'étude vise à :

1) documenter les trajectoires résidentielles singulières, situées et contextualisées des jeunes adultes ayant vécu un PEP;
2) explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir;

3) explorer les perceptions des personnes intervenantes sur l'intégration et le maintien résidentiel;
4) à partir des points de vue ressortis chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que les personnes intervenantes, identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel.

# 3. CADRE CONCEPTUEL

Afin de répondre aux objectifs de ce mémoire, le cadre conceptuel du parcours de vie permettra d'offrir un cadre d'analyse en plus de faciliter l'articulation et l'organisation de la collecte et de l'analyse des données. Plus précisément, les prochains concepts décrits seront ceux qui inspirent et guident ce mémoire, soit les trajectoires, les transitions, les points tournants et l'expérience vécue.

## 3.1. Le cadre conceptuel du parcours de vie

Historiquement, le cadre du parcours de vie a d'abord été mobilisé par Thomas et Znaniecki dès 1918 dans leur recherche longitudinale bien connue *The Polish Peasant in Europe And America,* visant à analyser l'histoire d'un polonais immigrant (Elder et al., 2003). Par la suite, l'intérêt des parcours de vie a émergé aux États-Unis dans les années 60, avant de connaître un essor important au cours des dernières décennies (Gherghel et Saint-Jacques, 2013; Charruault, 2020). Aujourd'hui, le parcours de vie est reconnu comme étant un paradigme en soi, proposant un cadre conceptuel et une méthode de collecte de données utilisé dans diverses recherches en sciences sociales (Gaudet, 2013; Robette, 2011; Morin et Proulx, 2023). À cet effet, la recherche de Thomas et Znaniecki (1918, cités dans Elder et al., 2003) est considérée comme une pionnière à l'utilisation de la méthode biographique (Bessin, 2009), méthode qui a également inspiré ce présent mémoire.

Endossant une posture constructiviste (Mucchielli, 2005), la perspective des parcours de vie est à la croisée des changements individuels, de l'organisation sociale et du contexte sociohistorique afin de comprendre l'expérience vécue (Carpentier et White, 2013; Bessin, 2009). Plus concrètement, le parcours de vie correspond à l'ensemble des différentes trajectoires vécues dans la vie d'un individu, reliées au contexte social et au temps, comme l'âge et l'époque, dans lesquelles elles ont lieu (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Le parcours de vie implique un cheminement individuel continu mais non-linéaire vers un but (Robin, 2016) qui mise sur le savoir expérientiel (Godrie, 2017).

Gherghel et Saint-Jacques (2013) résume cinq principes du cadre de parcours de vie, inspirés de Elder et al. (2003) : (1) « le développement tout au long de la vie » (p.34) réfère à l'idée que le développement est continu et multidimensionnel; (2) « la capacité d'agir » (p.36) correspond au

principe que l'individu est créateur de sens, prend des actions et fait des choix en interaction avec son monde social; (3) « l'emplacement » (p.39) est l'idée selon laquelle le contexte sociohistorique influence le parcours de vie est liée à l'emplacement dans le temps et l'espace; (4) le moment où se produisent les événements d'une vie influence leurs effets, ce qui renvoie au principe de « temporalité des événements » (p.41) et (5) « les vies sont interreliées » (p.46) signifie que selon le contexte social, les parcours des groupes sociaux sont interdépendants.

À titre d'exemple, l'étude de Côté et al. (2023) portant sur les parcours des hommes en situation d'itinérance au Québec mobilise le cadre des parcours de vie afin de comprendre l'expérience de l'itinérance comme une trajectoire située dans son contexte social. Ce cadre permet d'analyser le chevauchement entre les facteurs individuels, relationnels, institutionnels et structurels plutôt que les situations d'itinérance sous un angle d'événements individualisés et prévisibles (Côté et al. 2023).

### *3.1.1. Trajectoires*

Pour poursuivre, les **trajectoires** sont des composantes plus spécifiques du parcours de vie général. Dans le cadre de ce mémoire, ce sera plus précisément la trajectoire résidentielle qui sera mobilisée comme l'un des concepts centraux.

Au Québec, dans la population générale, les trajectoires les plus fréquemment étudiées sont les trajectoires familiales, professionnelles, résidentielles et scolaires (Gaudet, 2013). Elles sont définies comme une suite de changements de vie et d'expériences qui incluent des périodes de stabilité et des périodes d'instabilité (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Les trajectoires correspondent ainsi à des accumulations d'expériences qui sont influencées par les interactions entre les expériences individuelles et le contexte social (Johsua, 2007). Elles suivent généralement une séquence chronologique qui peut présenter une certaine linéarité, mais où peuvent survenir des changements d'orientation, tels que des transitions ou des points tournants (Dumont, 2015). D'ailleurs, l'étude de Longo et al. (2013) portant sur les trajectoires professionnelles des jeunes adultes, rappelle l'importance d'analyser les trajectoires en relation avec les normes sociales qui les balisent.

Plus spécifiquement en lien avec le sujet de l'itinérance, Bellot (2000), inspirée de Dubar (1998, cité dans Bellot, 2000) a exploré davantage le cadre du parcours de vie en distinguant la trajectoire

« objective » de celle dite « subjective ». La trajectoire « objective » réfère davantage aux conditions structurelles qui marquent et façonnent les individus, générant ainsi des conditions sociales propres à orienter une trajectoire chez un groupe, alors que la trajectoire « subjective » implique la réappropriation et l'agentivité d'un individu au sein de ses trajectoires, s'éloignant ainsi de la conception linéaire et conditionnée d'une trajectoire (Bellot, 2000). Ces concepts permettent de renforcer l'interrelation entre facteurs individuels, sociaux et structurels.

Ainsi, les trajectoires ne correspondent pas à un enchaînement prévisible d'expériences déterminées par les normes sociales, mais se construisent plutôt à travers une accumulation d'expériences dont les effets et les possibilités varient selon le contexte social.

### *3.1.2. Transitions*

Au travers des trajectoires, il existe plusieurs **transitions** (Hutchison, 2005). À ce propos, « le concept de transition fait référence au changement d'un stade ou d'une situation à l'autre, d'une période à l'autre, d'un statut ou rôle à l'autre » (Gherghel et Saint-Jacques, 2013, p.18). Elle marque donc le passage d'une situation à une autre, qui structure et donne une forme à la trajectoire (Warner et Sharp, 2016). Autrement dit, la transition s'oppose à la stabilité et au maintien et est définie généralement comme progressive et évolutive (Charruault, 2020). Les transitions révèlent que les rôles sociaux sont changeants dans une vie (Gaudet, 2013) et ces changements réfèrent à des expériences désordonnées et inattendues (Carpentier et White, 2013). Il est soulevé par Gaudet (2013) que les transitions reliées au passage à la vie d'adulte font parties de celles qui sont les plus étudiées, car elles témoignent de changements générationnels importants. Cet élément appuie le choix de la population des jeunes adultes pour ce mémoire, puisque socialement, plusieurs transitions s'y produisent.

### *3.1.3. Point tournant*

Enfin, **les points tournants** sont décrits comme des points charnières, des déclanchements de changements ayant des impacts importants dans un parcours de vie (Charruault, 2020). Ces changements génèrent des modifications dans les trajectoires à plus long terme qui sont généralement durables (Dumont, 2015; Hutchison, 2005), voire dans différentes trajectoires simultanément (Gaudet, 2013). Les points tournants déclenchent parfois la réorganisation d'un

rôle social (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Par exemple, dans une trajectoire résidentielle, un jeune adulte peut demeurer chez ses parents depuis l'enfance et vivre comme point tournant un PEP. Ce point tournant peut influencer sa trajectoire résidentielle où il doit déménager dans un nouveau milieu de vie rapidement, correspondant ici à une transition.

### *3.1.4. L'expérience vécue*

Un concept central au cadre des parcours de vie est celui de l'**expérience vécue**. Selon Godrie (2017), l'expérience vécue dans le domaine psychiatrique réfère à plusieurs dimensions; (1) l'expérience du trouble et des symptômes; (2) la trajectoire institutionnelle; (3) l'entraide entre les pair·es; (4) les expériences connexes; (5) les conséquences sociales et (6) le processus vers le mieux-être. Ainsi, l'expérience vécue peut générer le savoir expérientiel (Godrie, 2017), qui réfère à une légitimation du savoir acquis par une personne et issu de son expérience vécue d'un phénomène (Borkman, 1976, cité dans Gardien, 2025).

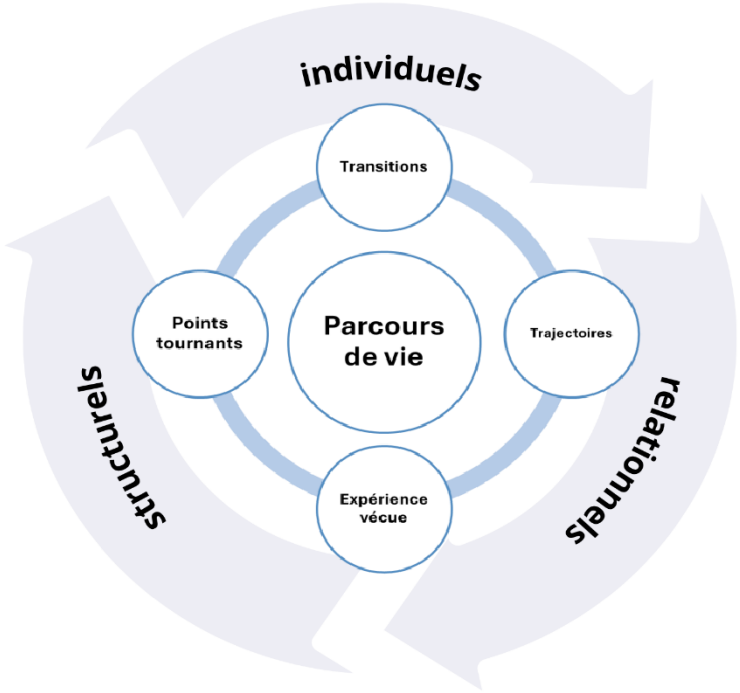
Ce concept permet de mettre au premier plan les savoirs des jeunes adultes et les savoirs pratiques des personnes intervenantes, lesquels sont aussi fondés dans leurs expériences d'accompagnement. Tourner le regard vers l'expérience vécue permet ainsi cette mise en dialogue entre ces deux types d'expertise (Godrie, 2014). Selon une perspective de justice épistémique (Fricker, 2007), ce mémoire vise à privilégier les voix des jeunes adultes, dont les savoirs, connaissances et expériences sont souvent relégués au second plan en raison d'étiquettes stigmatisantes (Godrie, 2014). Les savoirs pratiques des personnes intervenantes sont ainsi mobilisés comme une perspective complémentaire et non supérieure. Ainsi, l'ajout du concept d'expérience vécue permet également de souligner le pouvoir d'agir des personnes dans leur trajectoire résidentielle, principe important dans le cadre des parcours de vie (Gherghel et Saint-Jacques, 2013).

C'est donc en s'inspirant des écrits sur le cadre du parcours de vie qu'il est proposé un modèle théorique qui prend en compte les concepts soulevés, lesquels s'influencent mutuellement, soit : (1) trajectoires; (2) transitions; (3) points tournants et (4) expérience vécue. De plus, trois catégories ont été ajoutées afin de faciliter l'analyse des trajectoires résidentielles : (1) les facteurs individuels, qui renvoient aux expériences personnelles et aux capacités d'agir; (2) les facteurs relationnels, qui s'inscrivent dans le principe selon lequel « les vies sont interreliées » (Gherghel et Saint-Jacques, 2013, p.46) et qui rappellent que les individus sont en interaction avec le monde

social et (3) les facteurs structurels, qui renvoient directement aux conditions sociales, économiques, institutionnelles et politiques. Ces différents concepts et catégories sont illustrés à la figure suivante.

**Figure 2**

*Schéma du cadre conceptuel du parcours de vie*




## 3.2. Justification du cadre conceptuel de ce mémoire

Le cadre des parcours de vie est particulièrement pertinent pour les jeunes adultes vivant un PEP puisque le PEP arrive dans un moment charnière du développement, où se produisent des transitions de rôles dues au passage à la vie adulte (Bertulies-Esposito et al., 2021). Plus précisément, les trajectoires résidentielles vécues sont teintées de plusieurs transitions et points tournants se déroulant sur différentes temporalités qui peuvent changer considérablement le parcours de vie (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). De plus, ce modèle permet d'établir des liens avec le contexte sociopolitique, ce qui enrichit l'analyse. Dans cet esprit, le recours au cadre théorique des parcours de vie s'avère utile pour apporter un éclairage sur les sphères à la fois individuelles (le savoir expérientiel) et structurelles (rôle des structures sociales, du contexte ou de l'organisation des services sur les parcours) (Hannigan et Allen, 2013). À titre d'exemple,

l'organisation de services d'habitation est influencée par diverses politiques sociales, ce qui affecte les trajectoires résidentielles.

En conclusion, le modèle des parcours de vie, mobilisant à la fois le contexte social et structurel ainsi que les concepts de trajectoire, de transitions, de point tournant et expérience vécue, permettra d'encadrer et de soutenir théoriquement les données recueillies sur les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant un PEP en partant de leur point de vue et de celui des personnes intervenantes qui travaillent avec cette population. Il est anticipé que d'autres liens conceptuels seront établis lors de la phase d'analyse selon les données qui émergeront.

# 4. MÉTHODOLOGIE

La prochaine section présente la méthodologie de recherche du mémoire. Cette démarche a pour but de répondre aux objectifs de recherche qui consistent à explorer l'expérience relative aux trajectoires résidentielles des jeunes adultes et des personnes intervenantes. Il s'agira de décrire le devis de recherche, les populations à l'étude, les stratégies et enjeux lors du recrutement, les outils de collecte de données et leur déroulement, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques.

## 4.1. Devis qualitatif fondé sur l'approche biographique

### *4.1.1. Devis qualitatif*

Tel que mentionné dans l'objet d'étude, ce mémoire adopte la perspective épistémologique constructiviste. Selon ce même paradigme, la réalité est relative aux cadres de pensées, aux codes linguistiques et aux particularités sociales de sorte que la réalité se construit par le fait de la partager avec autrui (Berthelot, 2000). Ainsi, ce paradigme implique de mettre en relation le système de sens de l'acteur avec le contexte dans lequel il s'inscrit, en s'appuyant sur une base d'analyse scientifique afin d'en dégager les significations (Mucchielli, 2005). Selon cette posture épistémologique, ce mémoire ne prétend pas établir une vérité unique sur les trajectoires résidentielles, mais à comprendre, au travers du cadre des parcours de vie, comment elles sont vécues, racontées et interprétées. Dans la continuité de cette perspective, le mémoire mobilise un devis qualitatif de type inductif. La méthode inductive réfère au fait « [d'observer] et [de] décrire des tendances et tenter d'établir des interprétations qui pourraient s'appliquer à des cas semblables » (Gaudet et Robert, 2018, p.10). Pour approfondir, la recherche qualitative vise aussi à comprendre le point de vue des individus concernés et l'interprétation qu'ils font de leurs expériences, lesquelles sont influencées par leur contexte social et politique (Anadón, 2006). Ainsi, la construction des connaissances se fait inductivement par l'analyse des données issues de la collecte d'informations afin de générer de nouvelles connaissances sur ce sujet peu exploré.

### *4.1.2. Approche biographique*

De façon plus précise, ce mémoire s'inspire de l'approche méthodologique biographique, laquelle s'agence avec le cadre conceptuel des parcours de vie (Gaudet, 2013). Dépendamment des champs de recherche, plusieurs définitions et appellations existent (Burrick, 2010; Yelle et al., 2011). À titre d'exemple, les termes « d'approche biographique » (Desmarais et Gusew, 2021) ou « d'analyse narrative » (Anadón, 2006), peuvent aussi être adoptés afin d'englober différentes techniques de recherche, telles que le récit et l'autobiographie. Afin de simplifier la compréhension de l'approche méthodologique à travers les différentes terminologies employées dans la littérature, le terme « approche biographique » sera utilisé dans ce mémoire en tant qu'approche méthodologique afin d'examiner les expériences vécues des trajectoires résidentielles. L'entretien semi-dirigé, utilisé comme outil méthodologique et inspiré des principes de l'approche biographique, sera davantage défini au point 4.3.1.

Or, puisque le but est d'explorer les trajectoires vécues des individus dans leur contexte sociohistorique par le biais du cadre des parcours de vie, l'approche méthodologique biographique s'avère pertinente puisqu'elle permet de mieux comprendre le phénomène à l'étude et de saisir le sens que lui attribue le sujet dans le temps (Vincent-Ponroy et Chevalier, 2018). L'approche biographique permet d'établir des liens entre les éléments individuels rapportés du récit et les dimensions structurelles et sociétales dans lesquelles la personne se situe (Nossik, 2011; Anadón, 2006). Dans le cadre du mémoire, cette approche ciblée pour la population des jeunes adultes est pertinente puisque les entretiens ne visent pas uniquement à documenter, mais bien à reconstituer un parcours social à partir de divers événements s'inscrivant dans une temporalité, tels que les périodes d'instabilité, les déménagements et les interactions avec les structures sociales.

Dans ce mémoire, l'approche biographique est mobilisée seulement auprès des jeunes adultes afin de reconstituer leurs trajectoires résidentielles à partir de leur expérience vécue. Les entretiens auprès des personnes intervenantes ont été réalisés au travers d'entrevues semi-dirigées plus classiques. En effet, l'objectif n'était pas de documenter leur parcours mais plutôt de récolter des informations qui permettraient d'appuyer et d'enrichir la compréhension du vécu des jeunes adultes en incluant une perspective professionnelle complémentaire, mais secondaire aux expériences des personnes concernées (Godrie, 2014). De façon plus précise, le Réseau québécois pour la pratique des histoires de vie explique que les récits occupent trois principales fonctions au

sein de cette démarche biographique : « dire, pétrir et agir » (Yelle et al., 2011, p.4). D'une part, par la communication, le « dire » est lié à la construction du récit, ce qui permet l'appropriation de l'expérience vécue. Ensuite, « pétrir » le récit signifie le retravailler en y attribuant du sens, ce qui implique une prise de distance face au récit, un travail de contextualisation et de mise en relation des divers éléments récités. Finalement, « l'agir » ajoute une dimension transformatrice au récit, qui peut être perçue comme un processus permettant des changements. Ceci est particulièrement pertinent pour mettre en relief l'agentivité des personnes jeunes adultes concernées. Ainsi, par la forme des entretiens, comme les questions ouvertes qui portent sur l'appropriation subjective de plusieurs concepts, le « dire » se fera en permettant un espace ouvert et sans jugement, qui a pour but l'expression la plus sincère des jeunes adultes face à leur vécu. Le « pétrir » s'effectuera par un travail d'analyse afin d'en construire le sens, tout en considérant la « temporalité biographique » (Desmarais et Gusew, 2021, p.26) et le contexte social dans lequel le récit s'inscrit, dont il importe de tenir compte. Puis « l'agir » se concrétisera par le résultat des différents éléments ressortis sur les trajectoires résidentielles des jeunes adultes, ayant comme finalité de dégager des recommandations concrètes pour l'intervention sociale.

En conclusion, dans le cadre de ce mémoire, cette démarche méthodologique est utilisée dans le but de mettre en relation les aspects des vécus singuliers, situés et contextualisés des jeunes adultes vivant avec ou ayant vécu un PEP et l'expérience des personnes intervenantes par rapport aux enjeux individuels, organisationnels et structurels qui influencent l'accès et le maintien en habitation, selon une approche rétrospective.

## 4.2. Populations à l'étude

Afin de saisir la complexité des enjeux individuels, relationnels et structurels liés à l'habitation dans le contexte d'un PEP, ce mémoire s'appuie sur les expériences de deux populations distinctes afin d'offrir un regard croisé sur les trajectoires résidentielles, soit les personnes vivant avec un PEP et les personnes intervenantes qui les accompagnent directement. La prochaine section présente les modes d'échantillonnage retenus, les critères d'inclusion et d'exclusion pour chacune des deux populations ciblées et les stratégies de recrutement utilisées.

### *4.2.1. Modes d'échantillonnage*

L'échantillonnage de ces deux populations est de type non probabiliste puisque les individus sont choisis selon des caractéristiques prédéterminées. Contrairement à une méthode probabiliste où le but est de généraliser les résultats, la méthode non probabiliste permet d'approfondir et de détailler une situation spécifique (Fortin et Gagnon, 2016). Plus précisément pour les deux échantillons, la méthode de l'échantillonnage intentionnel (par choix raisonné ou typique ou jugé) a été utilisée. Elle consiste à cibler les individus selon des caractéristiques déterminées (Fortin et Gagnon, 2016). Aussi, afin de multiplier les méthodes de recrutement pour les deux groupes, j'ai eu recours à la méthode d'échantillonnage par réseau (aussi reconnue comme la méthode « boule de neige »). Elle se caractérise par l'utilisation d'un échantillon ciblé permettant d'interpeller d'autres personnes participantes potentielles (Fortin et Gagnon, 2016). Cette façon de procéder est pertinente pour cette recherche, car elle permet de rejoindre les populations moins accessibles (Statistique Canada, 2021).

### *4.2.2. Phase 1 : Jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP*

D'abord, l'objectif initial pour ce mémoire était d'obtenir un échantillon de cinq personnes étant donné : (1) la spécificité du sujet; (2) le bassin populationnel restreint et (3) les limites de temps liées au cadre d'une recherche de maîtrise. Au total, cinq entretiens ont été réalisés avec les jeunes adultes. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

1) Être âgé·e de 18 à 35 ans;
2) Avoir vécu, entre 18 et 35 ans, au moins un épisode de psychose et qu'au moins une période d'instabilité résidentielle[6]);
3) Être apte à consentir;
4) Être en mesure de comprendre et de s'exprimer en français en raison de mon unilinguisme francophone.

L'âge visé pour ce mémoire était entre 18 et 35 ans afin de correspondre aux critères d'âge généralement admissible dans les cliniques PEP au Québec (MSSS, 2024a). De plus, le fait d'aborder les enjeux vécus entre 18 et 35 ans avait pour but d'explorer les trajectoires résidentielles

[6] Les concepts de psychose et d'instabilité résidentielle sont auto-définis par les personnes participantes, conformément au respect du savoir expérientiel.

sur une plus grande période, ce qui concorde avec le cadre conceptuel du parcours de vie (Elder et al., 2003). En ce qui concerne les critères d'exclusion, je ne devais pas connaître les personnes participantes étant donné mon rôle d'intervenante au sein d'une clinique PEP. Puis, considérant l'intérêt pour les parcours des jeunes adultes, les individus âgés de moins de 18 ans étaient exclus. Enfin, les personnes en période de crise liée à la santé mentale (crise psychotique ou suicidaire) étaient aussi exclues. Une première prise de contact par téléphone a permis de vérifier l'admissibilité de la personne à participer à l'étude et d'évaluer, selon mes compétences d'intervenante, si elle était en crise psychotique ou suicidaire à ce moment. Aucune personne ne présentait une crise reliée à la santé mentale au moment du recrutement.

*4.2.2.1 Recrutement*

Après avoir obtenu un certificat éthique du Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (certificat 2025-3604), différentes modalités de recrutement ont été appliquées. D'une part, j'ai pris contact (par téléphone, en présentiel ou par courriel) avec divers organismes communautaires et associatifs qui œuvraient auprès d'une clientèle en santé mentale adulte, idéalement dans le domaine de l'habitation. L'annexe B illustre la liste des organismes que j'ai interpellé par région (n = 37 organismes au total). Les organismes de la région de l'Outaouais (n = 16) ont été priorisés en raison de la proximité géographique de mon lieu de résidence afin de faciliter les entretiens en face-à-face. En raison des difficultés de recrutement rencontrées pour cette population, une demande de modification a été soumise et approuvée par l'éthique dans le but d'élargir le territoire du recrutement. Alors, j'ai contacté des organismes de la région des Laurentides (n = 8), ainsi que d'autres associations québécoises ayant un mandat national en matière de logement ou de santé mentale (n = 13). La majorité des organismes qui ont accepté de diffuser l'affiche de recrutement (n = 9) étaient dans la région de l'Outaouais. Conformément à la méthode d'échantillonnage intentionnel, une affiche d'invitation à participer à la recherche a été imprimée et exposée dans les aires communes de plusieurs organismes qui ont accepté. Les affiches de recrutement étaient conçues dans un langage vulgarisé et accessible à tous. La majorité des organismes ont accepté de diffuser l'annonce via leurs médias sociaux. Par ailleurs, la possibilité de recruter auprès du Centre intégré de santé et de services sociaux l'Outaouais (CISSSO) a été envisagée afin de faciliter le recrutement. Cependant, des consultations avec notre directrice et d'autres personnes professeures ont eu lieu et a permis de conclure qu'en raison du temps limité dans le cadre de la maîtrise et des dédoublements qu'auraient entraînés les démarches

éthiques distinctes auprès de l'UQO et du CISSSO, la recherche a finalement été menée uniquement au sein des milieux communautaires et associatifs.

En ce qui concerne la seconde stratégie de recrutement, elle correspondait à la méthode d'échantillonnage par réseau. Cette stratégie a impliqué d'interpeller les personnes-ressources des milieux communautaires, comme les personnes directrices et coordonnatrices afin de cibler des personnes participantes de leur organisme correspondant aux critères d'admissibilité. Ces personnes-ressources pouvaient ainsi transmettre l'annonce aux personnes qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion, afin que ces dernières communiquent avec moi si elles étaient intéressé·es à participer. La majorité des personnes participantes ont pris contact avec moi par courriel pour me faire part de leur intérêt à participer.

Finalement, afin de reconnaître la contribution des personnes participantes et le temps investi dans cette étude, une compensation (carte cadeau d'épicerie d'une valeur de 25$) leur a été offert.

*4.2.2.2 Enjeux lors du recrutement*

Plusieurs modifications ont dû être apportées à l'éthique lors du recrutement en raison des difficultés rencontrées. D'une part, les critères d'inclusion ont été élargis. Initialement, je cherchais à réaliser des entretiens auprès d'individus ayant vécu un PEP et une période d'instabilité résidentielle au cours des cinq dernières années dans le but d'avoir accès à une rétrospective de leur trajectoire résidentielle relativement récente. Or, le critère de temps a été élargi de manière à inclure des individus ayant vécu un PEP et une période d'instabilité entre l'âge de 18 à 35 ans. Cela a permis de récolter des témoignages sur une ligne du temps plus grande et de faciliter le recrutement. Aussi, il était initialement demandé que la personne ait été admissible dans un PPEP puisque cette condition permettait de vérifier si la personne avait officiellement vécu un PEP. Toutefois, ce critère a été modifié dans le but d'inclure des individus qui n'avaient pas nécessairement eu recours à des services d'une clinique PEP au Québec, mais qui s'identifiaient comme une personne ayant vécu un PEP et qui pouvaient donc tout autant témoigner de leur vécu en lien avec l'instabilité résidentielle. Enfin, comme soulevé antérieurement, le territoire géographique a aussi été élargi au-delà de l'Outaouais.

### *4.2.3. Phase 2 : Personnes intervenantes œuvrant auprès des jeunes adultes vivant un PEP*

La deuxième population implique des personnes intervenantes provenant de différentes professions et ayant directement intervenu auprès de personnes âgées de 18 à 35 ans qui ont vécu un PEP et une période d'instabilité résidentielle. La collecte de données de cette population est souhaitée afin que les personnes intervenantes puissent rapporter leur point de vue en lien avec leurs expériences d'intervention et les trajectoires résidentielles. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

1) Comprendre et s'exprimer en français;
2) Intervenir auprès des personnes de 18 à 35 ans ayant vécu un épisode de psychose;
3) Avoir des connaissances en lien avec l'habitation pour la population concernée;
4) Provenir de différentes organisations comme les PPEP, les organismes communautaires et les cliniques privées.

L'objectif initial était d'obtenir un échantillon de cinq personnes. Finalement, sept personnes intervenantes ont manifesté vouloir participer à la recherche. L'aspect régional a été exclu afin d'élargir cette population à l'ensemble du Québec. Comme critère d'exclusion, les personnes intervenantes ne devaient pas entretenir de relation personnelle ou professionnelle avec moi.

#### *4.2.3.1 Recrutement*

En ce qui concerne le recrutement, la stratégie s'apparente aux méthodes définies précédemment pour les jeunes adultes, soit l'échantillonnage intentionnel et par réseau. Concrètement, les personnes intervenantes ont été principalement recrutées par une affiche de recrutement virtuelle qui a été partagée via des groupes d'intervention sur les réseaux sociaux. Lors de la diffusion de l'affiche, les personnes intervenantes étaient invitées à la transmettre à d'autres personnes intéressées. Puisque des courriels étaient acheminés à des organismes d'habitation pour les jeunes adultes lors de la phase 1, une partie du courriel était aussi adressée afin de faire le recrutement pour les personnes intervenantes. Plusieurs associations rejoignant des personnes intervenantes ont été ciblées pour le recrutement, mais n'ont pas eu à être interpellées étant donné la facilité de recruter cette population.

Finalement, tout comme pour les jeunes adultes, une compensation de temps de 25 $ en cartes-cadeaux d'épicerie a été offerte aux personnes participantes.

## 4.3. Collecte de données

Cette section présente la méthode de collecte de données utilisées pour les deux populations dans le cadre de ce mémoire, soit les entretiens semi-dirigés s'inspirant de la méthode des récits de vie. Aussi, elle vise à décrire en détail le déroulement des deux phases de la recherche. Le déroulement de la collecte de données auprès de jeunes adultes ayant vécu un PEP (phase 1) sera d'abord expliqué, suivi de celui réalisé auprès des personnes intervenantes (phase 2).

### *4.3.1. Méthode de collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes*

La méthode de collecte de données utilisée pour les jeunes adultes est celle des entretiens semi-dirigés fondés sur la méthode biographique. La prochaine section vise à décrire cet outil et la façon dont il a permis de constituer les guides d'entretiens.

D'abord, l'entretien semi-dirigé se caractérise comme une interaction verbale, interactive et co-construite entre la personne chercheuse et la personne participante afin de récolter des données sur le sens donné à un phénomène particulier (Savoie-Zajc, 2021; Fortin et Gagnon, 2016). En effet, la personne chercheuse doit adopter une posture d'écoute empathique tout en demeurant flexible, sensible et curieuse (Desmarais, 2021; Savoie-Zajc, 2021). Les thèmes et sous-thèmes sont généralement planifiés à l'avance, tout en laissant une flexibilité quant à l'ordre, la formulation et l'approfondissement des questions au fil de l'entretien (Sifer-Rivière, 2016). Autrement dit, la structure vise à couvrir un ensemble de thèmes principaux et de sous-thèmes spécifiques, afin d'explorer de façon approfondie les sujets abordés (Desmarais, 2021). Quoique la majorité de la grille d'entretien respecte des thèmes prédéterminés, certaines sections ont été conçues de façon à respecter les principes du récit de l'approche biographique, notamment les sections portant sur l'expérience vécue de la psychose et les définitions subjectives de la stabilité et de l'instabilité résidentielle. Cette formulation de questions vise à permettre aux jeunes adultes de se réapproprier leur parcours, générer le sens qu'iels souhaitent accorder aux évènements vécus et situer leur expérience dans un contexte social (Yelle et al., 2011). Dans le cadre de ce mémoire, ces thèmes principaux ont ainsi permis de constituer une grille de questions servant de repère pour guider les entretiens.

*4.3.1.1 Outil de collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes*

Le guide d'entretien de la phase 1 (voir Annexe D) est cohérent avec les objectifs de recherche qui visent à explorer la perception de l'accessibilité et du maintien des milieux résidentiels de cette population en vue d'identifier les enjeux et besoins spécifiques liés aux trajectoires résidentielles. Les questions du guide ont ainsi été conçues et inspirées des concepts du cadre conceptuel et des objectifs de recherche. Certaines questions du guide pour les jeunes adultes ont été posées de façon similaire auprès des personnes intervenantes afin de permettre de comparer les résultats lors de l'analyse. Ces différentes questions seront abordées dans la section 4.3.3 sous l'explication de la méthode pour les personnes intervenantes.

Plus spécifiquement, cette grille d'entretien semi-dirigé a comporté des questions classées en thèmes et sous-thèmes, et ce, dans le but d'orienter la discussion, tout en restant flexible sur la forme et le contenu du guide (Fortin et Gagnon, 2016; Sifer-Rivière, 2016). Ainsi, les quatre thématiques suivantes ont été abordées :

1) Introduction, intérêts et éléments contextuels;
2) Santé mentale et services ;
3) Trajectoire résidentielle et services ;
4) Questions de clôture.

Le premier thème (1) comportait des questions visant à mettre la personne interviewée au centre de l'entretien, soit en misant sur ses forces, ses aspirations et son identité. En effet, les premières questions revêtent une importance significative pour établir le contact (Kaufmann, 2016), c'est pourquoi elles avaient pour but de prendre connaissance des intérêts de la personne.

Les questions de la deuxième thématique (2) visaient plus précisément une réappropriation de leur expérience et de leur définition reliée au PEP. Par exemple, il a été demandé : « Dans tes mots, et selon tes expériences personnelles, comment définirais-tu un PEP? ».

Le troisième thème (3), représentant le cœur de l'entretien, était davantage orienté vers les concepts du cadre des parcours de vie et les objectifs de la recherche. En effet, des sous-catégories portaient sur les trajectoires de services résidentiels et de services en santé mentale, les interactions entre les facteurs individuels, relationnels, sociaux et structurels (Gherghel et Saint-Jacques, 2013; Hannigan et Allen, 2013), les points tournants (Charruault, 2020) ainsi que les transitions et les

rôles sociaux (Gaudet, 2013; Hutchison, 2005). Afin de pouvoir reconstituer visuellement les trajectoires résidentielles, il a été demandé : « Résume-moi ton parcours résidentiel des dernières années ». Tout au long des entretiens, les dates et événements significatifs ont été consignés dans le cahier de note. Aussi, il a été demandé : « Qu'est-ce qui est marquant pour toi dans ton parcours résidentiel? » (point tournant) ou « Pourrais-tu me décrire comment le fait d'être un(e) jeune adulte influence ce parcours? (transition) ». Toujours pour ce troisième thème (3), les questions reliées plus explicitement aux objectifs portaient sur les enjeux et facilitateurs pour l'intégration et le maintien résidentiel. Les concepts « d'intégration » et de « maintien » ont été divisés et expliqués séparément aux jeunes adultes afin de les distinguer. Sous ce même thème, des questions amenant à réfléchir sur le développement du pouvoir d'agir ont été posées, telles que : « Selon toi, qu'est-ce qui doit être mise en place afin de faciliter la stabilité résidentielle pour les jeunes adultes vivant un PEP? » et « Quels conseils aurais-tu à donner aux personnes qui interviennent auprès des jeunes adultes (et aux jeunes adultes directement) vivant un PEP et des difficultés liées à l'hébergement? ».

Enfin, le quatrième thème (4) comprend des questions permettant une synthèse afin de conclure de manière authentique la rétrospective de leur trajectoire résidentielle, et ce, pour permettre aux personnes participantes de se réapproprier et d'exprimer en leurs mots leur vécu, propre à l'approche biographique (Desmarais et Gusew, 2021).

En plus de la grille d'entretien semi-dirigé, un journal de recherche a été utilisé pour documenter mes impressions et thèmes clés immédiatement après les entrevues. Ce journal permet de renforcer la validité interne en permettant de faire des liens tout au long de la recherche (Baribeau, 2005). Il contribue également à la validité externe en offrant des traces du travail d'analyse réalisé à chaque étape du processus (Baribeau, 2005).

### *4.3.2. Déroulement de la collecte de données pour la phase 1 – jeunes adultes*

Les cinq entretiens se sont déroulés entre décembre 2024 et mars 2025. Étant donné que plusieurs des jeunes adultes habitaient la région de Montréal, la majorité des entretiens a été effectuée en en ligne via la plateforme *Teams,* à l'exception d'une seule personne qui a été rencontrée en présentiel puisqu'elle habitait la région de l'Outaouais. Pour la rencontre en présentiel, la fonction dictaphone sur le cellulaire a été utilisée pour l'enregistrement. Pour les quatre autres rencontres en

visioconférence, les fonctions d'enregistrement et de transcription automatique de *Teams* ont été activées. Des notes manuscrites ont aussi été prises lors des entretiens dans un journal de recherche qui consigne des mots clés et des idées. Les choix du mode et du lieu de rencontre étaient laissés aux personnes participantes afin qu'elles puissent déterminer les conditions leur permettant de se sentir en confiance et en confidentialité. Lors des entretiens réalisés en visioconférence, elles pouvaient décider de garder leur caméra ouverte ou non pour les mêmes raisons. Deux personnes ont choisi de laisser leur caméra fermée. Une brève prise de contact téléphonique avait été effectuée avant les entretiens afin de valider les critères d'inclusion/exclusion, l'aptitude à consentir et pour créer un climat de confiance. Cette prise de contact initiale leur permettait aussi de me poser leurs questions. Par la suite, le formulaire de consentement (voir Annexe C) leur a été acheminé par courriel. Pour chaque personne, il a été signé et réacheminé à mon courriel avant les entretiens. Un questionnaire sociodémographique a aussi été rempli au début de l'entretien, dans le but de mieux saisir les réalités et contextes socioéconomiques des personnes participantes (voir Annexe D).

En début d'entretien, le formulaire de consentement a été revisité afin de donner la chance aux personnes participantes de poser leurs questions et de valider leur consentement à nouveau. Les objectifs généraux de la recherche ont ensuite été rappelés. À la suite du premier entretien, certaines questions du guide ont été légèrement modifiées afin de rehausser la clarté des questions. Pendant l'entretien, les personnes étaient invitées à prendre des pauses au besoin. De plus, il a été mentionné à quelque reprises aux personnes participantes qu'elles pouvaient retirer ou modifier certains de leur propos au besoin. À titre d'exemple lors d'un entretien, une personne participante a démontré de l'ambivalence face aux propos qu'elle avait partagés. Puisque la personne souhaitait continuer l'entretien, mais présentait une inquiétude sur ce qu'elle dévoilait, elle a eu l'opportunité de relire le verbatim de son entretien a posteriori et d'en modifier certaines parties. Elle a pris la décision de ne pas le modifier, tout en validant son consentement à utiliser les données présentées. Tout comme suggéré par Guay et Thibault (2012), cette façon de procéder permet la reconstruction et la valorisation du récit de l'autre, propre à l'approche biographique.

La durée des entretiens a varié entre 45 minutes et 75 minutes (moyenne = 60 minutes). Les personnes participantes avaient la possibilité de réaliser l'entretien en deux séances, mais la totalité a préféré répondre aux questions en une seule. À la fin, comme suggérée par Savoie-Zajc (2021),

une clôture de la rencontre a été effectuée afin de valider l'état émotionnel de la personne et pour explorée avec elle les réflexions survenues pendant l'entretien. À ce moment, un rappel de consulter les ressources disponibles et énumérées dans le formulaire de consentement a été effectué.

### *4.3.3. Méthode de collecte de données pour la phase 2 - personnes intervenantes*

Pour cette seconde population, la méthode de collecte de données choisie est aussi celle de l'entretien semi-dirigé. Les principes de la méthode biographique n'ont pas été appliqués lors de la phase 2 auprès des personnes intervenantes puisque l'objectif des entretiens était non pas d'explorer leurs trajectoires personnelles, mais de cerner les enjeux et leviers relatifs aux trajectoires résidentielles des adultes vivant un PEP. De plus, cette méthode a été priorisée pour la flexibilité qu'elle offre lors des entretiens, permettant d'explorer les expériences professionnelles des personnes intervenantes en adaptant les questions aux différents contextes d'intervention variés.

#### *4.3.3.1 Outil de collecte de données phase 2 – personnes intervenantes*

Toujours en se basant sur les principes de l'entretien de type semi-dirigé, la grille de questions de cette population est composée de thèmes et de sous-thèmes dans le but d'être organisée, mais flexible (Fortin et Gagnon, 2016). En ce qui concerne le déroulement des deux phases de la recherche, mon objectif initial était de m'inspirer des données recueillies à la phase 1 pour construire le guide de questions de la phase 2, selon les enjeux et leviers mentionnés. Or, les difficultés de recrutement avec les jeunes adultes m'ont amenée à débuter la phase 2 par plusieurs entretiens avec les personnes intervenantes avant même d'avoir atteint le nombre d'entretiens visé (n=5) pour compléter la phase 1. Dans ce contexte, le guide d'entretien pour les personnes intervenantes a finalement été rédigé pendant la phase 1. Il demeure que certaines questions ont pu être construites à partir de quelques données récoltées par suite d'un premier entretien effectué auprès des jeunes adultes.

Les questions du guide d'entretien (voir Annexe D) correspondent aux objectifs de recherche qui visent à explorer la perception des personnes intervenantes quant à l'accessibilité et au maintien des milieux résidentiels pour les jeunes adultes et à mieux cibler les besoins en matière résidentielle. Ainsi, les cinq thématiques suivantes ont été abordées :

1) Introduction et éléments contextuels;
2) Réappropriation des concepts;
3) Causes et explications;
4) Trajectoire, intégration et maintien;
5) Développement des pratiques et clôture.

De façon plus générale, ce guide contient moins de questions que celui de la phase 1 puisque la perspective des personnes intervenantes se veut complémentaire à celle des jeunes adultes. Certaines questions du guide pour les jeunes adultes ont été posées de façon identique aux personnes intervenantes afin de permettre une analyse comparative des données. En effet, il a été demandé des questions similaires en lien avec les enjeux et facilitateurs au maintien et à l'intégration, les liens entre le PEP et l'instabilité résidentielle, leur réappropriation des notions d'instabilité et de stabilité résidentielle ainsi que des idées pour améliorer le contexte résidentiel actuel. Ainsi, bien que les thèmes soient similaires pour les deux populations, la principale différence réside dans le dernier thème (5), lequel porte sur le contexte d'intervention ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles.

#### *4.3.4. Déroulement de la collecte de données pour la phase 2 – personnes intervenantes*

Afin d'assurer l'accessibilité aux personnes participantes et considérant l'étendue du territoire québécois, les sept entretiens se sont déroulés uniquement en visioconférence sur la plateforme *Teams,* entre février 2025 et mars 2025, en activant la fonction d'enregistrement. Avant l'entretien, une brève prise de contact par courriel a été effectuée afin de valider les critères d'inclusion/exclusion de la recherche. Par la suite, le formulaire de consentement (voir Annexe C) a été acheminé via l'adresse courriel des personnes intervenantes. Ce dernier a été lu, signé et réacheminé à mon courriel avant les entretiens. En ce qui concerne le questionnaire sociodémographique, tout comme avec les jeunes adultes, il a été rempli au début de l'entretien afin de mieux comprendre le contexte d'intervention de la personne intervenante (voir Annexe D). Lors des entretiens, les fonctions d'enregistrement et de transcription automatique de *Teams* ont été activées et des notes manuscrites ont été prises dans mon journal de recherche. La durée des entretiens était en moyenne de 45 minutes.

## 4.4. Analyse des données

L'organisation de la collecte de données revêt une importance considérable afin de concentrer les données obtenues, parfois volumineuses, sur leur essentiel dans le but de mieux les traiter (Fortin et Gagnon, 2016). Les entretiens ont été en majorité enregistrés en audio et en vidéo via la fonction d'enregistrement et de transcription automatique de *Teams.* Les verbatims ont ensuite été travaillés dans le logiciel *Word* afin d'inclure le plus possible les subtilités méta-communicationnelles dans le but d'être le plus possible fidèles à l'expérience exprimée (Guay et Thibault, 2012) et d'y intégrer toutes les informations, même celles paraissant inutiles (Campenhoudt et Quivy, 2011). Un journal de recherche a été utilisé autant lors de la transcription, de la lecture des verbatims que lors du codage afin de noter les idées spontanées et les réflexions. Pour les deux phases, le logiciel *NVivo* 14 a été utilisé afin d'organiser les verbatims et d'effectuer le codage, permettant ainsi de regrouper les extraits d'entrevue sous des codes thématiques. La prochaine section détaillera le processus d'analyse des deux phases selon la méthode d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2021).

Spécifiquement pour la phase 1, les entretiens ont été retranscrits rapidement après leur réalisation afin de prendre conscience de ma posture d'empathie lors de ces derniers (Desmarais, 2021) et d'ajuster, au besoin, la forme des questions, le ton employé ainsi que mes tics verbaux pour les suivants.

Comme le suggère Bourgeois (2021), les deux premiers entretiens ont été lus et annotés de façon manuscrites, sans recours à un système de code. L'objectif était alors d'en imprégner le sens global et d'explorer les thèmes possibles. Des notes ont été prises en marge afin d'en ressortir des idées de codes inductifs. L'objectif était d'accueillir les récits des personnes participantes et de laisser émerger leur sens et leur subjectivité.

À la suite de cette première lecture flottante et avant le processus de codage, les questions d'entretien et les concepts théoriques ont été relus afin d'inspirer des codes davantage déductifs. Ces derniers ont été organisés par thèmes dans une première version d'arbre thématique (Voir Annexe F), à laquelle se sont ajoutés les codes inductifs issus de la lecture initiale.

À partir de cette première ébauche d'arbre thématique, les cinq verbatims ont été codés en y apportant des ajustements et des bonifications au fur et à mesure de l'analyse. Ce processus

correspond à une approche hybride entre les méthodes de thématisation séquenciée et continue (Paillé et Mucchielli, 2021). D'une part, l'arbre thématique de codes a été élaboré à partir des thèmes inductifs tirés des premiers récits (méthode continue) et d'autre part, une fois cette grille jugée suffisamment pertinente, elle a été utilisée comme guide pour orienter la suite du codage (méthode séquenciée). Par ailleurs, de nouveaux sous-codes toujours plus précis ont continué d'émerger tout au long de l'analyse des récits. Lorsqu'une modification majeure était apportée à l'arbre thématique, l'ensemble des verbatims était relu et recodé afin d'assurer la cohérence de l'analyse.

Ensuite, les mêmes méthodes ont été rigoureusement appliquées pour la phase 2. Il a été effectué la lecture flottante des deux premiers verbatims, la construction progressive de l'arbre thématique (Voir Annexe G) et le recours à un codage hybride inductif/déductif (Fereday et Muir-Cochrane, 2006) a été mobilisé pour cette portion de l'analyse.

## 4.5. Considérations éthiques

Le plan de recherche a été soumis au Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'UQO. Considérant qu'elle impliquait des personnes participantes humaines, plusieurs facteurs devaient être examinés dans la démarche éthique, soit le consentement, la vulnérabilité sociale, la confidentialité et les conflits d'intérêts. Il est à noter que cette section aborde les principaux risques et que les autres risques ont été approfondis lors du processus du CER.

### *4.5.1. Consentement*

Selon l'Énoncé de politiques des trois conseils (ÉPTC 2) (2022), les informations doivent être explicitement énumérées afin de permettre aux personnes participantes de faire un choix libre et éclairé. Lors de la prise de contact initiale, alors que je passais au travers du formulaire de consentement avec les personnes participantes, une attention particulière a été portée à la lecture et la compréhension des termes, des attentes et des risques. Puis, bien que les personnes participantes aient signé le formulaire de consentement avant l'entretien, la validation du consentement s'est aussi effectuée à l'oral à différentes étapes comme lors de la prise de contact, avant l'entretien et lors de la clôture de l'entretien.

### *4.5.2. Vulnérabilité sociale*

Bien qu'une clientèle apte à consentir soit priorisée, les personnes participantes à l'étude pouvaient se trouver en situation de vulnérabilité sociale, ce qui est particulièrement vrai pour les jeunes adultes vivant un PEP qui pouvaient être susceptibles de présenter un état de santé mentale instable et une précarité résidentielle. Conformément à l'ÉPTC 2 (2022), la recherche devait être conduite de manière à minimiser les risques pour les personnes participantes. Ainsi, sur le formulaire de consentement et à la suite des entretiens, une liste de ressources en santé mentale ainsi qu'une liste des ressources résidentielles ont a été transmises.

### *4.5.3. Confidentialité*

Étant donné la proximité potentielle entre les personnes intervenantes, les informations précises permettant de les reconnaître (leur nom, leur profession, les partenaires, les organismes et les caractéristiques sociodémographiques) sont modifiées lors de l'analyse des résultats afin de maintenir l'anonymat. Le même procédé est effectué pour les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP afin de garantir au maximum leur anonymat. Par ailleurs, le lieu choisi pour la tenue des entretiens, susceptible de présenter un risque pour la confidentialité, a été préalablement validé.

### *4.5.4. Conflit d'intérêts*

Toujours selon l'EPTC 2 (2022), il est stipulé que « les chercheurs doivent divulguer tout conflit d'intérêts personnels réel, potentiel ou apparent » (p.147). Suivant cette disposition, il importait de considérer mon double rôle qui est d'être une intervenante à la clinique PEP de l'Outaouais et porteuse de cette recherche. Dans ce contexte, il y avait un risque de côtoyer certaines personnes participantes interviewées lors d'un groupe donné à la clinique PEP. Pour limiter les impacts de cette situation, ce risque leur a été communiqué avant même l'entretien, par le biais du formulaire de consentement. Advenant qu'une personne utilisait des services de la clinique PEP, il a été spécifié que les informations récoltées lors de l'entretien resteraient confidentielles et donc qu'elles ne pourraient être dévoilées aux autres personnes utilisatrices de services et aux autres membres de l'équipe. Le cas échéant, les gestionnaires et les membres de la coordination auraient été informés de mon impossibilité d'intervenir individuellement auprès de ces individus. En lien

avec les personnes intervenantes, il importait d'exclure les individus pouvant entretenir une relation de proximité avec moi.

# 5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

À titre de rappel, le présent mémoire vise à répondre à deux questions de fond, soit : Qu'est-ce que les savoirs expérientiels des jeunes adultes ayant vécu un PEP et ceux des personnes intervenantes nous apprennent-ils sur les trajectoires résidentielles de cette population? Quels sont les enjeux et leviers relatifs à l'accessibilité, à l'intégration et au maintien des milieux résidentiels pour les jeunes adultes vivant un PEP? Les sous-objectifs sont de 1) documenter les trajectoires résidentielles singulières, situées et contextualisées des jeunes adultes ayant vécu un PEP; 2) explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir; 3) explorer les perceptions des personnes intervenantes sur l'intégration et le maintien résidentiel; 4) à partir des expériences de ces deux populations, identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que les personnes intervenantes. C'est au travers du cadre conceptuel des parcours de vie que seront analysées les présentes données, lequel permet de focaliser sur l'expérience vécue, les trajectoires, les points tournants, les transitions, ainsi que sur les facteurs macrosociaux comme le contexte socioculturel et politique.

Les résultats provenant du vécu des jeunes adultes ayant vécu un PEP seront d'abord présentés dans le but de mettre au premier plan leurs savoirs et expériences, en tant que personnes premières concernées. Les résultats issus des entretiens avec les personnes intervenantes seront ensuite présentés comme des données complémentaires permettant d'enrichir la compréhension des trajectoires résidentielles.

## 5.1. Phase 1 : Jeunes adultes ayant vécu un PEP

Cette section présente les résultats liés aux savoirs expérientiels des jeunes adultes. Afin de contextualiser l'étude, les données sociodémographiques seront d'abord exposées, pour ensuite offrir une synthèse des trajectoires résidentielles des personnes participantes. Par la suite, les données seront décrites en suivant les quatre grandes thématiques suivantes : 1) les expériences de psychose ; 2) les définitions expérientielles de la stabilité et de l'instabilité résidentielle; 3) les trajectoires résidentielles et 4) l'appréciation du milieu de vie. En lien avec les objectifs et sous-objectifs de cette étude, l'accent sera mis sur les trajectoires résidentielles (thématique 3), où nous

présenterons les quatre sous-thèmes qui découlent des récits des jeunes adultes, soit : 1) la chronologie et les points tournants; 2) l'influence des services sur les trajectoires résidentielles; 3) l'intégration résidentielle et 4) le maintien résidentiel.

### *5.1.1. Données sociodémographiques des jeunes adultes*

Tel qu'indiqué dans le **Tableau *2***, cinq jeunes adultes âgés de 27 à 35 ans (moyenne : 29.8) ont contribué à cette étude. Dans cet échantillon, trois individus se définissent comme des hommes célibataires, une personne s'identifie comme une femme et une autre est issue de la communauté LGBTQ2S+. Le niveau d'études complétées se situe entre le diplôme d'études secondaires et le baccalauréat. La plupart des jeunes adultes n'ont pas d'emploi et bénéficient d'aide financière gouvernementale. Leur revenu est de moins de 20 000 $, à l'exception d'une personne qui gagne entre 40 000 $ et 60 000 $. Quant à la région géographique, la majorité proviennent d'une région urbaine, soit Montréal et ses environs. Les milieux de vie des personnes participantes sont diversifiés (appartements privés, logements subventionnés et maisons d'hébergement). Deux personnes ont vécu plusieurs déménagements dans la dernière année et les autres, dans les années précédentes. La totalité des jeunes adultes confirme avoir vécu au moins un épisode de psychose et plus de la moitié ont des diagnostics multiples.

**Tableau 2**

*Présentation sociodémographique des jeunes adultes ayant vécu un PEP*

| CATÉGORIES | Mélanie (P1)[7] | Léandre (P2) | P3 (Camille) | P4 (Julian) | Hugo (P5) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Âge** | 35 | 29 | 28 | 27 | 30 |
| **Sexe à la naissance** | Femme | Homme | - | Homme | Homme |
| **Genre** | Femme | Homme | Non-binaire | Homme | Homme |
| **Statut civil** | En couple | Célibataire | Célibataire | Célibataire | Célibataire |
| **Niveau de scolarité complété** | Diplôme d'études collégiales (DEC) | Baccalauréat universitaire | DEC | Diplôme d'études secondaires (DES) | DES |
| **Aux études** | Non | Non | Oui | Non | Oui |
| **Le domaine** | - | - | Relation d'aide | Aimerait construction | Relation d'aide |
| **En emploi** | Non | Oui | Oui | Non | Non |
| **Le domaine** | - | Traduction et littérature, enseignement | Livraison | N/A | Déneigement |

[7] Il est à noter que Mélanie a reçu plusieurs services au Québec, mais habite en Ontario.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Source de revenus principale** | Ontario Disability Support Program | Emploi | Prêts et bourses | Aide-sociale | Aide-sociale/Emploi Québec |
| **Fourchette de revenus** | Moins de 20 000 | 40 000 à 60 000 | Moins de 20 000 | Moins de 20 000 | Moins de 20 000 |
| **Type de milieu** | Logement subventionné | Appartement privé | Appartement privé | Maison hébergement pour jeunes | OBNL d'habitation |
| **Changement de milieu dans la dernière année** | 0 | 0 | 2 | 6 ou 7 | 0 |
| **Épisode de psychose rapportée** | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| **Diagnostic** | Bipolarité | Bipolarité de type 1 | Dépression majeure, psychose toxique, schizophrénie, trouble personnalité limite (TPL), trouble personnalité narcissique | Bipolarité type 1, TPL, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité | Trouble schizoaffectif, traits de syndrome post-traumatique |

### *5.1.2. Définitions expérientielles de la psychose*

Puisque l'expérience de psychose fait partie du vécu des personnes participantes, j'ai voulu mieux saisir comment cette expérience s'inscrit dans leurs trajectoires et comment elles la définissent. Ainsi, des descriptions nuancées ressortent des récits des jeunes adultes.

Mélanie décrit son expérience de la psychose comme « un épisode de confusion », alors que Léandre l'exprime comme une « perte de contact avec la réalité ». Pour Camille, Julian et Hugo, la psychose est surtout définie par ses manifestations. Les manières dont se manifeste la psychose varient d'une personne à l'autre, reflétant ainsi la singularité de l'expérience vécue. Par exemple, Mélanie mentionne qu'à l'âge de 17 ans, elle a vécu une période de manque de sommeil prolongé, des difficultés sur le plan de son humeur et une perte de contrôle, au point d'avoir « l'impression de devenir folle ». Elle souligne le caractère multidimensionnel de la psychose, en affirmant que celle-ci affecte toutes les sphères de vie. Léandre évoque des difficultés liées au flot de ses pensées et à l'humeur, des idées de grandeur ainsi que des changements soudains dans ses habitudes de vie. Il le décrit ainsi : « c'était très incarné, très symbolique. C'est souvent de même en psychose… On se donne des beaux rôles de grandeur. Je me voyais vraiment comme un chevalier en mission. Puis comme un genre de héro en mission. » Camille rapporte que la psychose se manifeste comme un sentiment de panique, exacerbé par le contexte sociopolitique transphobe, accentuant également ses idées suicidaires. Julian décrit avoir fait face à des idées de persécution: « Ça a été vraiment intense. J'étais sûr que le monde voulait me tuer, qu'ils voulaient m'anéantir, qu'ils voulaient me

faire du mal », lesquelles se sont accompagnées d'une agressivité accrue et de tentatives de suicide durant ses épisodes psychotiques. Enfin, Hugo mentionne que pour lui, la psychose se définit surtout par ses expériences d'hallucinations multiples, par la présence d'idées qu'il qualifie de « délirantes » et par l'impression d'être le personnage principal d'un film.

La majorité des jeunes adultes rapportent une expérience difficile et négative de la psychose. Toutefois, pour Léandre, l'un des deux épisodes de psychose s'est révélé porteur de sens. Il explique avoir archivé des éléments de la psychose et avoir exploré des thèmes artistiques, ce qui lui a permis de prendre conscience de plusieurs facettes de lui-même. Il tente de trouver les mots justes pour décrire cette expérience : « J'essaye d'utiliser des mots qui collent avec ce que j'ai vécu. Comme justement 'spiritualité', 'aventure', 'épique'. »

### *5.1.3. Facteurs déclencheurs*

Les personnes participantes rapportent avoir vécu plus d'un épisode de psychose à des écarts variables. La plupart ne spécifient pas de nombre précis, mais plutôt un ensemble de périodes au courant des années. Mélanie, Léandre et Hugo ont vécu un PEP à 17 ans, alors que Léandre l'a vécu à 18 ans et Camille, à 22 ans. Dans l'ensemble, le PEP a débuté vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Plusieurs facteurs déclencheurs de la psychose ressortent des récits des jeunes adultes, soit le manque de sommeil, l'environnement familial hostile, l'arrêt de la médication, la consommation de substances ou les conflits avec autrui. De plus, les récits des jeunes adultes montrent qu'une accumulation de facteurs de stress dans les parcours de vie peut mener à un seuil critique déclenchant une crise psychotique.

Alors que la littérature affirme que l'abus de substances psychoactives peut augmenter les risques de troubles psychotiques (Taleb et al., 2019), l'expérience vécue montre que la consommation n'est pas toujours un déclencheur. En effet, Léandre et Mélanie ne consommaient pas lorsqu'ils ont vécu un PEP. Les deux rapportent que leur environnement familial était un facteur de stress important. Effectivement, Léandre explique :

> C'est le fait que ça n'a pas été déclenché par des drogues ou de l'abus de substances. […] C'est quand même drôle, ou fascinant que ça soit juste des facteurs de stress familial, une tension familiale avec des gens que j'aime qui a catapulté ça.

Mélanie, quant à elle, explique comment la relation complexe avec son père a influencé la psychose:

> Les psychoses, ce n'est peut-être pas 100 % de sa faute [son père], mais il n'a pas aidé à la situation. Je pense qu'il m'a mis un environnement hostile qui a fait que ça n'a pas favorisé d'avoir une bonne confiance en soi.

Aussi, Mélanie et Léandre ont nommé à plusieurs reprises que l'arrêt de la médication est un élément déclencheur de leur psychose, ce qui n'a pas été mentionné explicitement par les autres jeunes adultes.

Pour Camille, Julian et Hugo, la consommation a eu un impact important sur les symptômes psychotiques. Julian raconte sa première et sa dernière expérience psychotique en lien avec l'usage de substances psychoactives:

> La première psychose que j'ai faite, c'était avec du cannabis. Je consommais du cannabis, puis j'ai fait une psychose toxique qui a duré peut-être deux ou trois semaines. […] La dernière psychose, je l'ai faite à 26 ans. C'était quand j'avais pris des stimulants. À la suite de ça, j'en avais trop pris. Mon cerveau n'a pas été capable de gérer.

Camille rapporte des expériences similaires : « Ben après ça, j'étais plus capable de fumer du *weed,* ça me cause la psychose à chaque fois, peu importe la quantité de THC ». Dans son partage, Hugo a exprimé que l'un des éléments déclencheurs a été le décès de son ami qui l'a tourmenté. Il reconnait que le fait de consommer a aggravé les moments difficiles qu'il vivait : « Je voulais vraiment mourir, mais à travers la consommation. » Selon ses expériences, « le fait de consommer aggrave les symptômes ».

En résumé, les facteurs déclencheurs de la psychose sont multiples et varient d'une personne à une autre. Les éléments présentés sont ceux qui ressortent le plus clairement et explicitement des récits et permettent de mieux saisir le contexte de vie hétérogène dans lequel émergent les PEP.

### *5.1.4. Stratégies d'adaptation*

En examinant les types de services consultés lors des PEP, les jeunes adultes ont soulevé diverses stratégies d'adaptation lors de l'épisode de psychose, illustrant ainsi leurs besoins sur le plan de l'aide formelle, ainsi que leur résilience face à leur expérience de vie. D'une part, la totalité des

jeunes ont consulté des services, que ce soit par l'entremise de groupes communautaires ou alternatifs, de suivis individuels en santé mentale, ou de l'aide reliée au logement ou à la dépendance. D'autre part, la plupart soulèvent l'importance d'une médication adaptée pour stabiliser les symptômes psychotiques, à l'exception de Camille qui adopte une posture critique face à la médication, où elle préfère contrôler les symptômes par ses apprentissages en thérapie: « Mes symptômes de santé mentale sont généralement sous contrôle même sans médication. J'ai fait beaucoup de thérapies. À l'hôpital, tout ce qui m'ont fait, c'est de me mettre sous antipsychotiques, ce qui n'était vraiment pas approprié. J'aime mieux être en psychose que sous des antipsychotiques ».

Au-delà de l'aide formelle, un élément significatif qui ressort des récits des jeunes adultes a trait au rôle des arts comme outil d'émancipation, tel que le décrit Mélanie :

> Il n'y a pas juste le côté médicament qui m'aide, il y a aussi le côté où je m'implique dans ma communauté, où je fais de l'art ou je fais des projets. Pis j'écris beaucoup de chansons par rapport à ce qu'est-ce que je vis. La musique, ça l'a vraiment changé ma vie et j'ai commencé la musique à 18 ans après mon hospitalisation.

Cet extrait démontre l'impact de la musique dans son processus d'adaptation et de construction de soi. Ainsi, ses propos montrent la multidimensionnalité des stratégies adaptatives, où l'implication dans la communauté, les arts et la musique s'avèrent d'autant plus essentiels que la médication. De façon similaire, Léandre décrit l'importance de la culture pour l'aider à traverser des moments de crise. Pour lui, l'art et l'écriture sont des moyens d'émancipation, ce qu'il soulève par ce passage d'un livre qu'il s'approprie : « La liberté ne se conquiert pas dans la plainte et la revendication en se posant comme une victime, mais à la pointe des mots et de l'épée ».

En outre, les relations s'avèrent aussi des leviers importants pour faciliter l'adaptation. Pour la majorité des personnes participantes, le fait de pouvoir compter sur leurs proches, qu'il s'agisse d'aide financière, matérielle ou d'appui émotionnel, permet de briser l'isolement et contribuer à leur bien-être. Par exemple, pour Hugo, la présence régulière de ses parents constitue une source de soutien stable :

> Je vois mes parents pratiquement toutes les fins de semaine. Je vais souper chez eux de temps en temps la semaine. Mais à toutes les fois, je suis content de les voir. Je suis content qu'ils soient là encore. Qu'ils sont là avec moi (émotif).

De plus, l'insertion socioprofessionnelle, qu'il s'agisse de l'implication d'Hugo comme patient partenaire pour la recherche ou des stages de Julian à la Société pour la prévention de la cruauté envers les animaux (SPCA) témoigne des effets bénéfiques sur leur santé mentale, comme illustré par ces propos de Julian :

> Quand je suis allé à mon stage à la SPCA pour les chiens, j'ai passé six heures avec les chiens. […] Donc les animaux, ça a tout été ma porte de sortie, dans un sens. C'est le plus beau moment que j'ai vécu, parce que je me sentais enfin compris par quelqu'un, par un animal.

Ainsi, que ce soit par l'entremise des arts, de l'implication sociale ou des relations, les récits des jeunes adultes mettent en lumière un besoin d'être compris et de donner sens à leur expérience. La diversité des stratégies d'adaptation déployées témoigne de leur agentivité, de leur résilience et de leur capacité d'adaptation. L'analyse des expériences vécues de la psychose permet de contextualiser la réalité de ces jeunes adultes afin de mieux comprendre leur trajectoire résidentielle.

### *5.1.5. Définition d'instabilité et de stabilité résidentielle*

Chaque jeune adulte a élaboré une définition personnalisée de la stabilité et de l'instabilité résidentielle. Ces définitions « par le bas » permettent de mieux saisir le sens donné à l'expérience vécue, tout en éclairant les nuances de la dialectique instabilité/stabilité.

#### *5.1.5.1 Instabilité résidentielle*

Pour Mélanie, l'instabilité résidentielle est liée directement à la sensation d'être « chez soi » et correspond au fait d'avoir besoin de s'évader :

> Ne pas avoir un vrai chez soi où tu es à l'aise avec toi-même, où tu es bien. Tu peux avoir une place, mais si tu n'es pas bien là-bas et que tu as tout le temps besoin de t'en aller ailleurs, bien c'est un peu instable.

Pour Léandre, Camille et Hugo, l'instabilité résidentielle correspond à l'incertitude générée par le fait de ne pas avoir de place où vivre ou par le risque de la perdre. Hugo rapporte :

> L'instabilité résidentielle, c'est ne pas avoir un lieu où l'on peut vivre de façon saine sans avoir peur de le perdre ou de vivre des situations déplaisantes face à son logement. C'est comme le risque de perdre son logement pour plein de raisons.

Ces définitions rejoignent celle citée plus haut de l'Observatoire canadien sur l'itinérance (OCI) et qui inclut les dimensions structurelles et systémiques des situations résidentielles en spécifiant que l'itinérance est une situation d'une personne « qui n'a pas de logement stable, sécuritaire, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de s'en procurer un » (Gaetz et al., 2012).

*5.1.5.2 Stabilité résidentielle*

Les définitions fournies par les personnes participantes quant à la stabilité résidentielle sont variées et teintées par leur expérience subjective. Pour Camille, elle rapporte avoir intégré une ressource transitoire qui lui laissait plus de temps que la précédente, ce qui lui a fait réaliser que « c'est possible de sentir une stabilité même dans la rue ». Pour Julian, la stabilité réfère à une simplicité matérielle :

> Une place qu'il rentre et qu'il sait qu'il y a une place où poser son ''maudit'' sac à dos (rire), qu'il n'a pas besoin de traîner son sac à dos qui a traîné toute l'esti de journée, qui pèse une tonne. Qui peut enfin relaxer, savoir que la personne est *safe*, stable et *safe.* Juste avoir une petite place. Tu n'as pas besoin d'un château, mais juste une chambre où tu sais qu'il n'y a personne qui peut rentrer, voler tes affaires, puis avoir la conscience tranquille quand tu dors. Ça fait toute la différence pour une personne.

Pour Mélanie, Camille et Léandre, la stabilité comporte une dimension de bien-être et de choix « c'est être bien chez soi et avoir une bonne place où que tu te sens bien où tu peux vraiment t'épanouir et vraiment te sentir mieux » (Mélanie) et « si tu déménages, c'est toi qui décides » (Camille). Les concepts d'« ancrage » et d'« enracinement » sont abordés par Léandre pour soulever les liens entre la stabilité et l'amélioration de la condition sociale. Ces définitions rejoignent l'étude de Kidd et Evans (2011) réalisée auprès de personnes en situation d'itinérance qui révèle que le contrôle exercé sur son milieu de vie favorise l'appropriation d'un chez soi. Les données dévoilent aussi à quel point la notion de « stabilité » est influencée par les trajectoires personnelles des jeunes adultes, où la stabilité semble être synonyme de sécurité pour certains alors que pour d'autres, elle implique un contexte qui permet l'épanouissement de soi. À ce propos, les résultats rejoignent ceux de Sylvestre et al. (2001), qui abordent le concept de stabilité résidentielle comme un concept dynamique où la stabilité dépend des besoins, préférences et changements au logement.

### *5.1.6. Chronologie des trajectoires résidentielles et points tournants*

En ce qui concerne les trajectoires résidentielles, les résultats montrent d'abord leur grande diversité, attestant du fait que chaque expérience est unique. Ainsi, afin d'illustrer leur singularité, une ligne du temps qui résume les éléments marquants et les points tournants sur le plan résidentiel a été constituée pour chacune des personnes participantes.

#### *5.1.6.1 Mélanie*

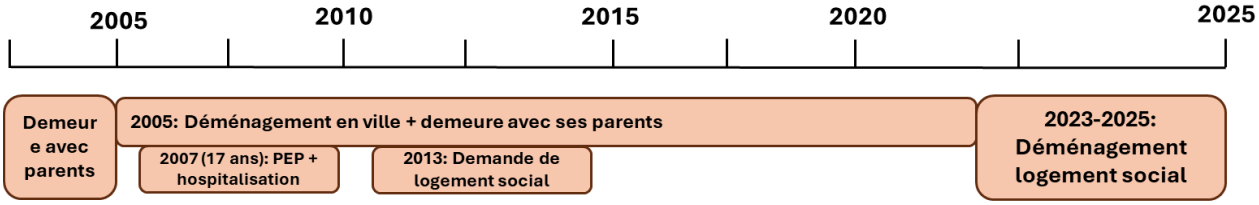
Comme illustré dans la **Figure *3***, Mélanie a principalement vécu chez ses parents durant son enfance et sa période de jeune adulte. Elle explique que le déménagement de sa ville natale à une autre ville à l'adolescence l'a beaucoup affectée et une dépression s'en est suivie. Ensuite, alors qu'elle vivait chez ses parents, elle rapporte des moments difficiles où elle ressentait le besoin de s'évader de son milieu :

> Je n'étais pas super confortable là-bas. J'allais souvent voir mes chums dans ces temps-là pour m'échapper de la maison. Mes parents n'étaient pas méchants, mais je ne me sentais pas bien. Souvent, j'allais voir mes amis plutôt que de rester chez moi.

Alors qu'elle a fait sa demande pour un logement social en 2013, elle rapporte un long temps d'attente pour l'intégrer: « Je suis restée longtemps là. J'ai attendu 10 ans pour un *housing*. Ça l'a été vraiment long ». En résumé, elle est demeurée chez ses parents durant plusieurs années et n'a pu vivre de façon autonome qu'après une attente de dix ans pour obtenir un logement social.

**Figure 3**

*Trajectoire résidentielle de Mélanie*



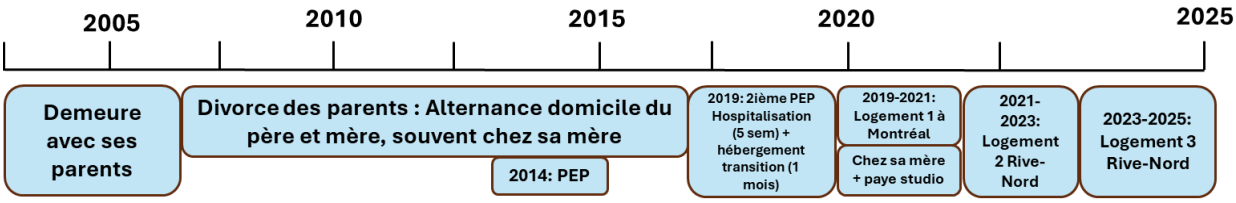

#### *5.1.6.2 Léandre*

De son côté, Léandre (**Figure *4***) a vécu une période de stabilité résidentielle dans l'enfance. Par suite du divorce de ses parents, il a alterné entre le domicile de son père et celui de sa mère pendant plusieurs années jusqu'à son deuxième épisode psychotique, en 2019. Ce moment a été un point

tournant pour lui, comme il le mentionne dans cet extrait : « Je dirais que c'est précisément la crise de 2019 qui m'a transformé à jamais, […] ça m'a permis de m'affranchir de mon milieu familial, d'avoir mon premier appartement et tout ». En effet, selon lui, le stress et les tensions familiales ont « catapulté » sa psychose, ce qui a provoqué le départ du milieu familial vers un nouveau milieu de vie. C'est ainsi qu'à la suite d'une hospitalisation de cinq semaines, il a intégré un hébergement transitoire pour quelques semaines, puis loué son premier logement ensuite. Il nomme qu'il a été difficile pour ses parents d'accepter qu'il intègre un milieu de vie transitoire. Une fois intégré, ses parents et les personnes intervenantes souhaitaient qu'il y reste plus longtemps, ce qu'il refusait. Ensuite, au fil des années, il a loué d'autres logements privés, principalement pour des logements plus grands. Il maintient son logement actuel depuis 2 ans et compte y rester.

**Figure 4**

*Trajectoire résidentielle de Léandre*



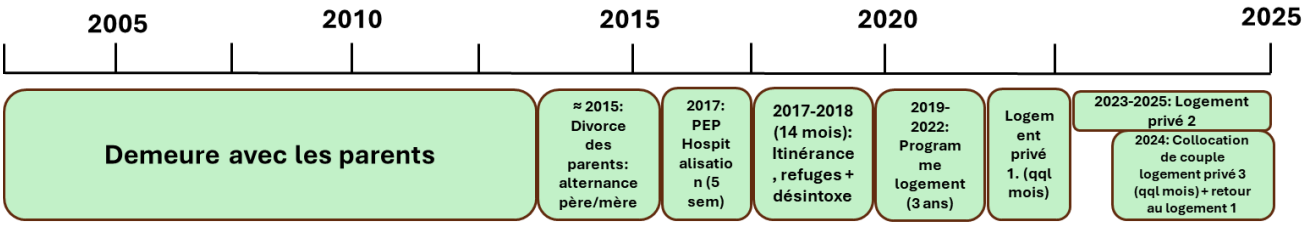

*5.1.6.3 Camille*

Comme Mélanie et Léandre, Camille (**Figure 5**) a vécu une période de stabilité résidentielle dans le milieu familial. À la suite du divorce de ses parents, elle rapporte avoir vécu dans un environnement familial stressant. Elle a vécu un point tournant en 2017 à la suite d'un PEP et une période d'hospitalisation. À sa sortie d'hôpital, elle rapporte que ses parents, avec l'appui du psychiatre, lui ont interdit de revenir vivre dans le milieu familial, ce qu'elle explique ainsi : « Quand j'étais à l'hôpital, ils m'ont dit : "on va te laisser sortir dans trois jours, genre puis tu vas être à la rue" (rires) ». Elle a ensuite vécu une période d'itinérance où elle a fréquenté plusieurs organismes communautaires en logement et des moments en centre de réadaptation en dépendance où elle a vécu plusieurs adversités. Elle a vécu un second point tournant en centre de thérapie pour la dépendance où elle raconte avoir été victime de transphobie. En outre, elle a fréquenté un programme de logement avec soutien communautaire pendant trois ans. Finalement, dans les

dernières années, elle vit dans de différents logements privés, en collocation, où elle considère les loyers abordables.

**Figure 5**

*Trajectoire résidentielle de Camille*

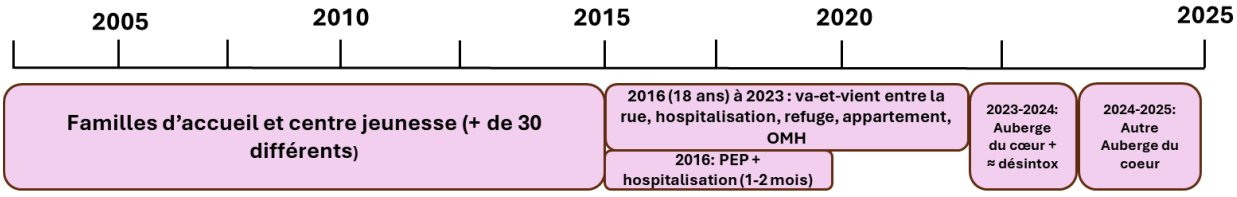



*5.1.6.4 Julian*

Julian (**Figure 6**) démontre avoir vécu de l'instabilité résidentielle assez tôt dans sa trajectoire résidentielle. Il évoque avoir vécu dans plus d'une trentaine de familles d'accueil et avoir été placé en centre jeunesse. À ses 18 ans, période de transition importante, il explique : « Quand je suis sorti du centre jeunesse avec mes deux sacs de poubelle, je n'avais pas d'endroit où aller ». Il est possible d'établir des liens entre son histoire et des résultats soulevés d'une étude sur des jeunes placés qui conclut que 20 % des jeunes de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) vivent une période d'instabilité résidentielle à la fin de leur placement (Goyette et al., 2019). Dans cette même année, il a vécu un PEP et a été hospitalisé. À partir de ce moment, il a alterné de manière répétée entre la rue, les hospitalisations, différents milieux d'hébergement, des appartements supervisés et des logements sociaux. Depuis 2023, il demeure dans des Auberges du Cœur, un organisme offrant de l'hébergement à des jeunes en difficulté ou en situation d'itinérance. Il a également une trajectoire de soins qui entrecroise sa trajectoire résidentielle puisqu'il a aussi fait des thérapies en centre de réadaptation en dépendance.

**Figure 6**

*Trajectoire résidentielle de Julian*

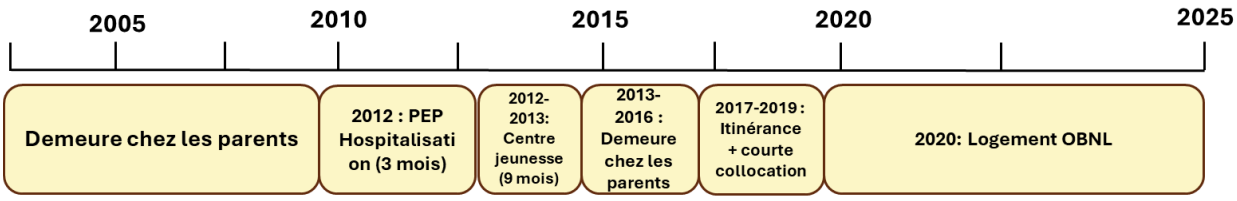


*5.1.6.5 Hugo*

Enfin, la trajectoire d'Hugo (**Figure** *7*) est aussi marquée de déménagements et de changements résidentiels. Il vivait chez ses parents lorsqu'il a présenté un PEP et qu'il a été hospitalisé à l'âge de 17 ans. À la suite de son hospitalisation, il a été placé en centre jeunesse durant 9 mois jusqu'à ses 18 ans, où il a réintégré son milieu familial. Durant cette période, il a été hospitalisé plusieurs fois et consommait. Il aborde des enjeux familiaux ayant précipité son instabilité résidentielle : « À un moment donné, mes parents ne pouvaient plus pu m'aider. J'ai été en thérapie. Finalement, j'ai décidé de quitter. Ils m'ont dit : ‘‘ne revient pas à la maison’’ ». Pour poursuivre, il rapporte n'avoir aucun souvenir de 2017 à 2018, où il était principalement dans la rue. À ce moment, il dit avoir aussi vécu une période de colocation difficile avec un colocataire violent. Il explique avoir intégré un logement stable à partir de 2020, mais qu'un épisode de psychose, à ce moment, l'a mis à risque de perdre son logement. La situation s'est stabilisée depuis et il dit apprécier la stabilité de son logement actuel : « Ça fera cinq ans et plus que j'ai mon logement en mai. Mon dieu, je suis tellement content. En plus, ce n'est pas cher ici ». Depuis son hospitalisation, il a bénéficié de divers services, notamment un suivi psychiatrique, psychosocial et psychologique, des services de soutien en nutrition et de dépannage alimentaire, des mesures de réinsertion en emploi ainsi que des services en dépendance.

**Figure 7**

*Trajectoire résidentielle d'Hugo*




La chronologie des trajectoires résidentielles des jeunes adultes montre que, dans la majorité des cas, la psychose a mené à une hospitalisation qui a contribué à un point de bascule sur le plan résidentiel. Plus précisément, la survenue d'un PEP et d'une hospitalisation correspondent à ce que le cadre des parcours de vie qualifie de point tournant, considéré comme un moment charnière qui entraîne une transformation marquée du rôle social (Charruault, 2020) et une réorientation de trajectoire atypique selon ce qui est socialement attendu (Gherghel et Saint-Jacques, 2013).

Dans cette perspective, les transitions post-hospitalisation sont rarement planifiées et s'inscrivent souvent dans l'urgence ou la contrainte, à l'exception de Mélanie, qui est la seule à avoir vécu une transition résidentielle planifiée de son milieu familial et à un logement subventionné. Pour les quatre autres, ils ont vécu des changements résidentiels non planifiés ou contraints, après leur hospitalisation : refuge, rue, organismes d'hébergement et placements. Par ailleurs, dans tous les cas, les relations familiales, et parfois conjugales, sont déstabilisées, que ce soit avant ou après la psychose, entraînant des conflits, une distance et parfois une rupture complète de la relation. À cet égard, la situation de Camille démontre bien ce point de rupture avec le milieu familial où, à la suite d'une hospitalisation, elle a été contrainte de trouver un nouveau milieu de vie, ce qui a transformé sa trajectoire résidentielle. De plus, les trajectoires de Camille et de Julian révèlent des enjeux attribuables aux contraintes institutionnelles, qui semblent générer un enchaînement de points de rupture dans la trajectoire et mener à une dégradation des conditions de vie, accentuant l'exclusion sociale.

Enfin, il importe de souligner que chaque jeune adulte a intégré, dans des moments différents de leur trajectoire résidentielle, des milieux supervisés ou subventionnés et que chaque personne participante rapporte se sentir dans une place stable actuellement, témoignant de la possibilité de re-stabilisation de la situation résidentielle. En somme, un portrait plus global des trajectoires résidentielles permet de présenter plus précisément les obstacles et leviers à l'intégration comme au maintien résidentiel.

### *5.1.7. Influence des services sur les trajectoires résidentielles*

Les trajectoires résidentielles et les trajectoires de services qui s'influencent mutuellement. En effet, tous les jeunes adultes ont bénéficié de différents types de services au travers de leur trajectoire résidentielle, majoritairement dans le domaine de la santé mentale et de la dépendance.

#### *5.1.7.1 Services psychiatriques*

Toutes les personnes impliquées ont eu des contacts avec des services en santé mentale, que ce soient des services institutionnels ou communautaires. Elles rapportent avoir eu soit des suivis psychosociaux, médicaux, ou les deux en même temps. Par moments, bien qu'elles considèrent avoir reçu moins de services, la plupart rapportent des bienfaits de leur suivi. Par exemple, l'accompagnement a un effet protecteur sur leur stabilité au niveau de leur santé mentale, ce qui

favorise indirectement la stabilité résidentielle, comme en témoigne Léandre et Julian par ces passages :

> C'est ça le suivi psychosocial de la travailleuse sociale et la médication c'était comme une consécutive à l'hospitalisation. L'atelier de [organisme], c'est ma propre initiative. C'est moi qui suis allé chercher pour donner des outils supplémentaires. Je me suis juré à moi-même de ne plus jamais revivre ça […]. Je me suis juré par altruisme envers mes proches, mais envers moi-même aussi. Me protéger de moi-même un peu. (Léandre)

> J'ai pu avoir une relation avec un travailleur de rue que j'ai présentement. Ça fait peut-être un an et demi qu'il me suit. […] Il me suit encore aujourd'hui et il me connaît mieux que n'importe qui parce qu'il m'a vu dans tous mes états on va dire (rire). Il est vraiment capable de me remettre à l'ordre. Il me comprend vraiment plus que la plupart des gens. Il m'a vu vraiment dans mes états quand j'étais en psychose totale. Il est capable de me faire ramener. C'est une des seules personnes qui est capable de me faire ramener. (Julian)

*5.1.7.2 Services en dépendance*

En ce qui concerne les services reliés aux dépendances, trois jeunes adultes en ont reçu, ce qui a influencé leur trajectoire résidentielle. Pour Camille, alors qu'elle résidait en centre de thérapie en dépendance, elle aurait vécu une expérience où elle a été mise à la porte en lien avec sa transition de genre, l'obligeant ainsi à trouver un nouveau milieu de vie. Aussi, elle souligne l'influence du climat du milieu sur son degré d'adhésion à la thérapie, qui en finalité, lui a permis une stabilité au niveau de sa consommation à sa sortie :

> J'ai fait un gros sevrage en rentrant là. C'est quand même contre mon gré. C'est parce qu'on était rendu en octobre. Puis ça ne me tentait pas de passer du vent dehors. Je savais que la thérapie, c'était minimum 6 mois que je m'étais dit : ''Ben, au pire''. Je m'étais dit que j'allais mieux apprécier la drogue en sortant de là, vu que ma tolérance allait avoir baissé. Finalement, j'ai pris ça au sérieux. (Camille)

Pour Julian, la thérapie en centre de réadaptation pour la toxicomanie a également eu des effets sur ses comportements, ce qui a influencé sa stabilité sur le plan de sa santé mentale :

> J'ai été en thérapie fermée pendant un an et demi à [organisme en dépendance]. Cette thérapie m'a vraiment aidé à justement *cope with mecanisms,* mes problèmes de comportement et les automatismes que j'avais face aux traumas que j'ai vécus.

*5.1.7.3 Autres services*

Mélanie, Hugo et Julian rapportent avoir eu recours à des services permettant d'améliorer leurs conditions socio-économiques ayant un impact sur la qualité de vie en logement, comme des

banques alimentaires et des programmes de réinsertion socioprofessionnelle. Par ailleurs, les services de groupe, qu'ils soient reliés à l'art ou à la santé mentale, ont contribué au sentiment d'appartement et au développement de soi de Léandre et Mélanie, favorisant ainsi l'autonomisation.

### *5.1.8. Intégration résidentielle*

Une autre thématique qui a été explorée dans le cadre des entrevues relève de l'intégration et du maintien résidentiel, distingués en deux périodes différentes. Alors que l'intégration correspond au démarchage pour trouver un endroit où vivre ainsi que la période d'adaptation lors des transitions résidentielles, le maintien renvoi davantage à la stabilité résidentielle qui se poursuit à la suite de l'intégration (Kidd et al., 2016). Or, il importe de souligner que ces deux concepts, quoique divisés dans le présent mémoire, s'inscrivent dans une trajectoire résidentielle non linéaire. Ainsi, certains thèmes peuvent se chevaucher.

Les éléments rapportés quant aux facilitateurs et aux enjeux de l'intégration résidentielle sont variés. Ils ont été regroupés sous trois thèmes principaux. Le premier concerne les éléments individuels, alors que le deuxième traite des éléments se rapportant aux liens sociaux et aux relations interpersonnelles. Finalement, pour le troisième thème, les personnes participantes ont mentionné l'influence de divers facteurs structurels à leur intégration résidentielle, se référant ainsi à des éléments institutionnels, macrosociaux et politiques.

#### *5.1.8.1 Individuel*

Différents enjeux et facilitateurs individuels ont été soulevés. Pour Camille, elle rapporte que son état mental affectait le démarchage pour intégrer des milieux de vie : « Je ne pouvais pas juste me trouver un appartement là. Je ne savais pas comment. Puis, je n'étais pas là mentalement ». D'un autre côté, elle explique, tout comme Léandre, que dans sa trajectoire, le fait d'avoir appelé les différents milieux par elle-même lui a permis de trouver des endroits, soulignant ainsi sa proactivité comme facilitateur dans sa démarche. Aussi, pour Léandre, il rapporte que ses ressources intérieures lui donnaient confiance de s'affirmer davantage, facilitant ses décisions :

> […] la sorte de courage intérieur de me dire, bin je sais ma valeur. Je veux me réaliser pleinement […]. Tout en étant courtois et respectueux des gens avec qui j'étais, les intervenants, ma famille. Je me dis : ‘’Non, regarde, je connais ma valeur, puis je sais que je ne resterai pas ici 2 ans là ce n'est pas vrai’’.

Pour Hugo, la capacité de s'organiser afin d'obtenir les biens de base et de respecter les normes a favorisé son intégration, tandis que l'absence de ces habiletés peut, au contraire, la compromettre. Ces éléments témoignent des interactions entre la stabilité de l'état de santé mentale, la capacité d'agir de façon planifiée et organisée et de la confiance en ses propres ressources pour trouver un logement.

*5.1.8.2 Relationnel*

Qu'il en soit de la famille, des pair·es ou des relations amoureuses, ces différentes relations sociales ont des impacts sur l'intégration résidentielle des jeunes adultes. D'abord, pour Léandre, alors qu'il demeurait chez ses parents malgré les conflits familiaux, ces derniers ne souhaitaient pas qu'il intègre un milieu supervisé, rendant ainsi la transition vers son nouveau milieu de vie plus difficile : « J'ai bataillé fort pour dire que je voulais aller dans un logement avec des intervenants ». Cela dit, malgré les enjeux avec sa famille, il a également bénéficié de leur soutien :

> Autant dans les déménagements que dans la recherche de logement, j'ai été très soutenu par mes parents, mes proches, ma famille […]. Comme je n'ai pas eu besoin de services spécialisés, d'aide au logement. J'ai eu de l'aide, dans ma famille et puis ma parenté.

Ce soutien des proches sous forme d'aide matérielle et psychosociale est aussi rapporté par Mélanie, Julian et Hugo comme un élément bénéfique pour leur intégration résidentielle: « J'ai réalisé que j'avais beaucoup d'appuis, beaucoup de personnes qui m'aimaient et qui étaient là pour me soutenir » (Mélanie). Ces différents résultats concordent avec les conclusions de Goyette et al. (2019) qui rapportent que le soutien interpersonnel est un facteur de protection important afin de prévenir les situations d'itinérance.

Par ailleurs, l'appartenance avec les pair·es est un élément soulevé autant comme un enjeu qu'un facilitateur à l'intégration. D'une part, Léandre considère qu'il y avait peu de ressemblances sociales entre lui et les autres personnes dans la ressource où il se trouvait : « C'est comme c'est comme un *clash* d'une certaine façon parce que j'étais avec des jeunes qui vivaient différentes choses ». Ces enjeux ont rendu difficile la création du lien social. D'autre part, ce dernier souligne l'importance d'intégrer un milieu où il ne se sent pas jugé et explique que le fait d'être accepté tel qu'il est a contribué positivement à son intégration. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un milieu de vie à proprement parler, lorsqu'il était dans la rue, Julian rapporte s'être lié d'amitié avec une personne qu'il surnomme sa « mère de rue », un lien qu'il décrit comme un levier important pour s'adapter :

> J’ai rencontré une madame. C'est une itinérante comme moi. J'étais comme son fils de la rue (rire). […] C'est de voir à quel point mon évolution, son évolution, quand tu es dans la grosse misère, on ne s'est pas lâché. […] On n'est pas de mauvaises personnes pour autant même si c'est la société qui nous juge.

Enfin, Camille souligne aussi l’influence des relations amoureuses sur l’intégration. En effet, elle a vécu une cohabitation difficile avec une ex-conjointe par suite des conflits conjugaux, ce qui a provoqué un déménagement précipité : « J’ai rencontré une autre fille […]. J'étais allée habiter avec elle après 2 semaines à la connaître. […] Finalement, j'ai dû *get un restraining order* contre elle, puis me débarrasser de l'appartement qui était rendu à mon nom ».

Ainsi, les liens sociaux ont des impacts sur l’intégration résidentielle chez les jeunes adultes, tantôt comme un frein, tantôt comme un levier. Qu’il s’agisse de l’implication des proches ou des liens d’appartenance avec les pair·es dans les milieux, ces facteurs peuvent agir comme des facilitateurs lorsqu’ils sont adaptés aux besoins de la personne, mais aussi s’avérer nuisibles lorsqu’ils sont inadéquats.

*5.1.8.3 Structurel*

Les récits des jeunes adulte soulèvent aussi plusieurs éléments structurels qui affectent l’intégration au logement, incluant les règles de certains milieux de vie, l’accessibilité au logement et les effets de la stigmatisation.

En premier lieu, la rigidité des règles et d’encadrement institutionnel sont rapportés comme étant des enjeux pour l’intégration par deux jeunes adultes. En effet, quoique Léandre soulève que : « […] les intervenantes, elles étaient vraiment super sympathiques », il souligne aussi, comme un obstacle, une des règles établies lors des visites de logement :

> Juste quitter pour aller visiter l'appartement une journée, je ne peux pas partir n'importe quand de la maison où j'étais. Il y avait quand même un certain règlement. Juste pour faire ça, il fallait que je me batte pour dire que je vais aller juste en appartement à [ville].

Cet obstacle complique les démarches de logement et peut entraîner un découragement face à leur poursuite. Pour sa part, Camille souligne des contraintes de temps imposées par le milieu de vie, ce qui a augmenté son stress dans sa démarche de logement : « C’est rushant. Quand ils m'ont donné 3 jours à [organisme en logement] et qui me l'ont dit la 3e journée que finalement c'est juste 3 jours, j'avais moins de 24h pour trouver une autre ressource ».

En deuxième lieu, l'accessibilité aux ressources, soit par les temps d'attente et les prix, a surtout été abordé comme un enjeu. Hugo souligne que l'enjeu principal est de trouver un revenu : « Il faut trouver une façon de payer ton loyer ». Pour Mélanie, les moyens financiers l'ont limitée dans sa recherche de logement : « Vu que les loyers étaient tellement chers. Ils sont encore plus chers maintenant, ça faisait qu'avec mon ODSP, je ne pouvais pas me permettre un appartement seul. Il fallait vraiment que j'attende mon *housing* ». D'ailleurs, pour Julian, la crise du logement influence l'accès au logement étant donné les prix élevés et les logements peu adéquats :

> C'est aussi le coût du loyer qui est extrêmement cher. Souvent, quand tu vas pogné quelque chose sur Facebook Market ou sur l'EPAC ou Kijiji, c'est souvent insalubre. Ce n'est pas bien entretenu. Qui veut vivre là-dedans, honnêtement ? Une famille ne veut pas vivre là-dedans quand c'est insalubre et qu'il y a des enfants à bas âge. C'est des principes, tu ne vas pas au-dessus de tes principes, dans un sens. C'est vrai que c'est des choix qu'il faut faire, mais des choix qui ne sont pas évidents non plus.

Autrement, plusieurs soulèvent les difficultés liées aux délais d'attente et aux places limitées pour des milieux de vie. Tel que l'explique Mélanie : « Je suis restée longtemps là. J'ai attendu 10 ans pour un *housing*. Ça l'a été vraiment long. J'ai dû attendre ». Pour sa part, Julian a été confronté au manque de places. Il souligne les demandes importantes pour des milieux de vie : « Des fois, les places sont tellement limitées, surtout l'hiver, parce qu'il y a tellement de monde qui y vont ».

En contraste avec ces obstacles à l'intégration, les propos de Camille mettent en lumière une appréciation positive de l'accessibilité et de la flexibilité des ressources résidentielles pour les jeunes :

> Dans tous les organismes à [ville], c'est comme ça. Tu rentres là dans le système puis BANG! Tu es connecté avec tout le système. C'est très bien faite. […] Quand tu es une jeune adulte, tu as tellement plus accès à des services, là. C'est très avantageux. […] être jeune, c'est comme ça m'a tellement aidé là.

Aussi, elle mentionne que la flexibilité des critères d'admissibilité de certains milieux est un facilitateur à l'intégration : « Oui, oui. J'ai pu habiter là, même si je n'étais pas exactement qu'est-ce qu'ils recherchaient. Ben tout cas, ils m'ont acceptée puis je suis allée en thérapie pour de vrai. Puis j'ai fait ça pour de vrai ». En bref, ces données démontrent que les personnes participantes ont une appréciation nuancée des structures organisationnelles, selon leur expérience vécue en lien avec l'accès au milieu résidentiel.

En troisième lieu, certains des jeunes adultes mentionnent que la stigmatisation peut engager un processus d'exclusion sociale lors de la recherche de milieu de vie. Comme l'explique Bellot (2000), les interactions avec le système et ses structures peuvent dynamiser ces processus d'exclusion chez les personnes marginalisées. Pour sa part, Camille rapporte que le fait d'avoir été expulsée d'un milieu de vie pour cause de violence peut entraîner une stigmatisation qui complique l'accès à d'autres milieux de vie par la suite : « Disons si tu te fais mettre dehors pour cause de violence, peut-être que d'autres organismes qui vont être au courant, puis ils ne voudront pas te prendre ». Cette dernière rapporte aussi que lorsqu'elle a reçu une liste avec les organismes résidentiels, un des organismes notait : « si vous êtes trans, n'appelez pas », ce qui soulève une exclusion basée sur le genre. Pour Julian, il soulève des stigmates associés à l'âge, l'image corporelle et à l'ethnie :

> Ce qui est de valeur dans l'offre résidentielle, souvent, que j'ai eu à faire face à ça aussi, c'est que les propriétaires. Quand tu es jeune, ils ne te font pas confiance. C'est comme : ''ah, il est jeune, il va faire du bruit''. Moi, j'ai des tattoos. La première chose qu'ils disent, c'est que : ''ah, ça va faire le party, hein?''. C'est la première question qu'ils vont me dire. Ils ne demanderont même pas : ''c'est combien de personnes?''. C'est vraiment : ''ah, il va faire le party, il va être bruyant''. C'est le stigmat que le monde on sur les personnes qui ont des tatouages, qui sont de couleur plus foncée.

Les données soulevées précédemment illustrent que les facilitateurs sont généralement associés à des caractéristiques individuelles, attribuables à des ressources intérieures et à la capacité d'agir des jeunes adultes alors qu'inversement, les enjeux d'intégration sont majoritairement d'ordre relationnel et structurel.

### *5.1.9. Maintien résidentiel*

Rappelons que l'intégration et le maintien résidentiels se situent sur un continuum et ne sont pas mutuellement exclusifs. De plus, soulignons que le maintien résidentiel correspond à l'adaptation à plus long terme d'un milieu de vie, soit les enjeux et facilitateurs de la stabilisation d'un milieu résidentiel. Comme dans la section précédente et par soucis de cohérence, les données seront présentées selon trois thèmes principaux, soit : les facteurs individuels, relationnels et structurels.

*5.1.9.1 Individuel*

Comme premier facteur individuel influençant le maintien résidentiel, l'organisation des activités de la vie quotidienne et domestique ressort chez Mélanie, Julian et Camille comme un élément qui impacte le maintien. En effet, pour Mélanie, le fait de pouvoir accomplir les démarches à son rythme constitue un facilitateur, lui permettant de s'y adapter progressivement. Pour Julian, l'adaptation de l'horaire était un enjeu au départ puisqu'il devait s'y adapter et une fois intégrée, lui a permis de développer de saines habitudes de vie :

> Le milieu de vie que je trouvais ça difficile, quand j'avais un appartement, un H&M, puis tout, puis des chambres à location par mois, c'est vraiment… on est habitué d'être dehors tellement, tellement, que de retrouver une place où t'es chez toi. Puis que t'es entre quatre murs, puis t'es laisser à toi-même, là-dedans, c'est long. Ça peut être très dur, mentalement, de sortir de ça, de sorte d'isolation, tu vois ce que je veux dire ? Moi, j'ai l'habitude que je dormais le jour, puis la nuit, j'étais actif. C'est reprendre une routine de vie saine. Puis ça, c'est vraiment un *challenge*, même aujourd'hui. (Julian)

Quant à elle, Camille évoque une difficulté liée au respect d'un horaire de sommeil imposé, qu'elle associe aux effets de la médication entraînant de la fatigue. Mélanie, Julian et Hugo, soulignent comme levier, l'importance d'avoir une liste d'objectifs afin de trouver la motivation à prendre soin de leur milieu résidentiel : « C'est comme des petits *goals* que je me fais. Puis avec ça, je suis capable de voir que j'avance » (Julian).

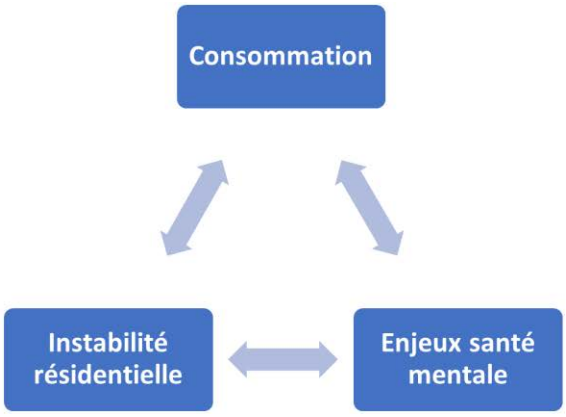
Hugo et Julian ont soulevé que la consommation est un enjeu au maintien en logement. Hugo l'explique ainsi : « Je pense que de consommer, c'est une des pires affaires pour garder un logement. Surtout si tu as des problèmes en santé mentale ». Au sein de son parcours, Julian a même décidé de quitter un logement en raison de contexte favorisant la consommation :

> J'essayais de rester loin de ça, donc je suis parti de mon HLM. Je ne suis pas resté là parce que je voulais arrêter de consommer. Souvent, il y avait de gros consommateurs. Il y avait des dealeurs dans la place. Ce n'était pas sain comme environnement. (Julian)

Cette triple problématique soulevée par Hugo et Julian met en évidence l'interinfluence entre la consommation, les difficultés de maintien en logement et les enjeux de santé mentale. En effet, la consommation fragilise le maintien en logement, tandis qu'un milieu de vie instable ou exposé à la consommation peut, à son tour, accentuer les enjeux de santé mentale et compromettre la stabilité résidentielle. Cette interrelation est représentée sous la figure ci-bas.

**Figure 8**

*Triple problématique : l'interinfluence de la consommation, l'instabilité résidentielle et les enjeux de santé mentale*




En somme, la gestion des tâches et de la routine quotidienne, tout comme la capacité de composer avec un contexte résidentiel pouvant influencer la consommation, peuvent agir tantôt comme des leviers, tantôt comme des obstacles au maintien résidentiel.

*5.1.9.2 Relationnel*

Les relations, qu'elles soient familiales, amicales, professionnelles ou entre voisinages, influencent le maintien en logement à la suite des transitions résidentielles. Tout comme pour l'intégration résidentielles, les entrevues révèlent que les relations sociales peuvent à la fois soutenir la stabilité résidentielle et être source de tensions qui fragilisent le maintien.

D'abord, en ce qui concerne les relations familiales et sociales, pour Mélanie et Léandre, le maintien en logement est favorisé par la possibilité de conserver des liens avec leur famille et leurs proches, tout en préservant une certaine distance et leur autonomie : « Je les vois quand même assez souvent. C'est quand même bien. J'ai mon indépendance. J'ai ma place, mais je peux aussi garder un lien avec ma famille » (Mélanie). Dans le même sens, Julian souligne que dans les différents milieux de vie, le fait de devoir aller vers les autres jeunes constituait un obstacle. Toutefois, il indique que cet aspect lui a permis de développer ses habiletés sociales au fil du temps : « Puis, ça, je l'apprends au fil du temps. […] Je l'ai travaillé avec le temps ». De son côté, Camille souligne que de pouvoir parler à des filles trans et de maintenir des contacts sociaux dans les milieux de vie est positif pour elle afin de favoriser le sentiment d'appartenance.

Par ailleurs, d'autres types de relations sociales ont un impact sur le maintien résidentiel. D'une part, Hugo rapporte une expérience négative avec un colocataire, ce qui a affecté sa stabilité en logement et a précipité un retour à la rue:

> J'ai eu une expérience avant de logement qui a duré environ deux mois. Le gars, qui était un coloc que je n'ai pas choisi, il résidait là. Il n'allait vraiment pas bien. […] Il était violent […]. Finalement, je me suis ramassé dans la rue après.

D'autre part, divers enjeux concernant les relations avec le voisinage et les propriétaires ont été soulevés par les jeunes adultes, comme le témoignent Camille, Mélanie et Hugo :

> Des fois il y a des voisins un peu bizarres qui… C'est sûr qu'il y a un moment donné qui a essayé de voler mon téléphone. Ça, ça l'a été stressant. […] C'est aussi au niveau de la salubrité parfois il y a des personnes qui ne respectent pas l'endroit. (Mélanie)

> La première année dans mon logement, ça n'a pas bien été. J'ai fait une psychose qui a duré quelques mois, je dirais. J'ai eu des conflits avec le concierge, avec des voisins, etc. Ça a empiré ma psychose. Je ne voulais pas d'aide. L'hôpital, c'était le diable incarné. J'étais vraiment en psychose. J'ai même été au tribunal administratif du logement. (Hugo)

> Elle habitait dans le sous-sol de chez une Madame [propriétaire]. Puis moi je suis arrivé, j'habitais là aussi. Moi, je cuisinais, je faisais des affaires, ce n'était pas le silence absolu. Elle [la propriétaire] capotait. Elle chialait. On a déménagé en avril pour s'en aller à [Ville]. (Camille)

Ainsi, le stress engendré par les dynamiques difficiles entre colocataires, voisins et propriétaires affecte le maintien résidentiel en augmentant l'insécurité, la tension au quotidien et dans certains cas, en accélérant le départ du logement.

Enfin, les relations avec les personnes intervenantes exercent également une influence, soit positive ou négative sur le maintien résidentiel. L'appréciation des expériences d'accompagnement résidentiel varie selon les milieux et les règles. À cet effet, Camille dit apprécier la présence de personnes intervenantes sur place : « Il y avait l'appartement des intervenants. Il n'était pas ouvert à tous les jours et il y avait des heures, mais je peux juste aller *chiller* dans le local. Si j'étais en crise ou *whatever,* je m'en allais là ». Ce passage illustre ce qu'avancent Barnes et al. (2022), qui révèlent que le soutien facilement disponible du personnel sur place favorise un sentiment d'être soutenu. À l'opposé, Julian décrit une expérience d'accompagnement contraignante dans l'un des milieux de vie puisqu'il évoque le fait que les personnes intervenantes le brimaient dans ses projets :

> J'ai eu un appartement aussi, comme de santé mentale. Je ne suis pas resté là parce que je n'aimais pas l'ambiance. Ils pensaient que je ne pouvais rien faire de ma vie. Ils me mettaient dans un moule et je n'aimais pas être dans ce moule-là. Ils ne voulaient pas que je me trouve un travail. Ils ne voulaient pas que je retourne aux études. Ils voulaient juste que je sois écrasé sur mon lit à ne rien faire.

Inversement, il rapporte une autre expérience, cette fois positive, dans un autre logement :

> La place que j'ai fréquentée à [organisme en logement], c'est vraiment une place que je n'avais pas besoin de prouver à quiconque que j'étais quelqu'un. Ils m'ont accepté tel que j'étais, puis ils savaient que j'avais des difficultés. Oui, je sais, je n'ai pas été rose tout le temps avec eux, mais ils m'ont accepté pareil. Ils ne m'ont pas tapé sur les doigts, ils m'ont fait en sorte, de me parler et j'explique comment je voyais la perception des choses. Puis après ça, on a fait un ensemble avec les deux.

Ces extraits soulignent que la relation avec les personnes intervenantes peut constituer un levier ou un frein au maintien résidentiel. Plus précisément, le maintien de relations harmonieuses et bienveillantes favorise un équilibre entre le soutien offert qui favorise le maintien et l'espace au développement de l'autonomie. À l'inverse, lorsque les relations deviennent conflictuelles et insécurisantes, que ce soit avec la famille, les colocataires, le propriétaire ou les personnes intervenantes, cela augmente le stress vécu au quotidien et fragilise ainsi le maintien dans le milieu de vie.

*5.1.9.3 Structurel*

Ce thème sera divisé en deux sections. Nous discuterons d'abord des éléments se référant aux conditions matérielles du logement, incluant la salubrité et l'environnement physique, pour ensuite décortiquer les manières dont l'encadrement des différents milieux de vie affectent le maintien résidentiel.

En lien avec les conditions matérielles, Mélanie et Julian rapportent des enjeux de salubrité qui les dérangent. Julian l'explique ainsi : « C'était un *crack-house*. Il y avait des seringues partout. C'était dégueulasse. Je n'avais pas le goût de vivre là. Je suis partie de ça aussi ». Pour Mélanie : « C'est aussi au niveau de la salubrité, parfois il y a des personnes qui ne respectent pas l'endroit ». Quant aux éléments matériels qui encouragent le maintien, Mélanie souligne l'appropriation physique de son espace :

> Avoir un environnement avec des choses qu'on peut faire pour se changer les idées. Puis aussi des choses qu'on aime. Mettre des tableaux qu'on aime sur le mur. Comment personnaliser sa place aussi pour que tu te sentes bien chez toi, pour que tu trouves que ta place te représente aussi. (Mélanie)

Léandre, quant à lui, explique l'impact positif d'un milieu chaleureux lorsqu'il était dans un milieu d'hébergement transitoire :

> C'était une belle maison. C'était convivial. Il y avait un beau salon, il y avait un piano même dans la maison. Il y avait un petit coin lecture, une bibliothèque. Ce n'était pas genre un milieu malpropre, mal entretenu. C'était super accueillant. Donc, ça, ça m'a aidé. Même les intervenantes, elles étaient vraiment super sympathiques. Ça reste que ce n'était pas suffisant pour moi pour me convaincre de dire que je resterais là comme longtemps, mais ça m'a quand même aidé, a apprécié un petit peu quand même, le peu de temps j'étais là. (Léandre)

Ensuite, le second sous-thème correspond au cadre de vie des différents milieux qui influencent le maintien résidentiel. Pour les éléments contributifs au maintien résidentiel, Mélanie soulève qu'il y a des activités structurées dans le logement, ce qu'elle apprécie. Julian souligne un manque de ressources et propose une amélioration qui favoriserait le maintien et la participation :

> Moi, j'aimerais ça ouvrir un *shelter*, un *drop-in center.* Qu'il y ait de la bouffe pour jeunes pour la fin de semaine puis la semaine. Puis avoir des activités comme le gym, un panier de basketball, des activités. Avoir des affaires que les jeunes ont le goût de faire, pas : ''OK, il est l'heure, on va aller là parce qu'il faut manger''. C'est avoir plus un intérêt vraiment : ''ah yes, on va là aujourd'hui, c'est nice''! (Julian)

Plus précisément sur le plan de l'encadrement de différents milieux, Camille soulève des obstacles au maintien. Elle explique avoir vécu un point tournant dans sa trajectoire résidentielle et de soins où elle a vécu des conflits en lien avec les règles de la direction du centre de thérapie où elle demeurait depuis plusieurs mois. Elle rapporte : « J'ai dû me faire mettre dehors parce qu'ils étaient rendus comme transphobe. Ils ne voulaient pas que je fasse ma transition ». Ainsi, la discrimination basée sur l'identité de genre, portée par des choix institutionnels, a compromis son maintien dans ce milieu. Puis, une donnée se distingue des autres ; Hugo est le seul à avoir mentionné la connaissance de ses droits comme facilitateur de maintien résidentiel, illustrant ainsi son autodétermination à maintenir le logement :

> J'ai tout fait en mon pouvoir pour garder mon logement. C'était la priorité numéro un. À part, on va dire, prendre des médicaments et tout ça. Mais il ne faut pas que je perde ce logement-là. Je me suis beaucoup renseigné sur les droits au logement. Les raisons possibles d'évincer quelqu'un. Je me suis beaucoup renseigné là-dessus. J'ai parlé à des organismes en protection des droits au logement. J'ai fait beaucoup de démarches par rapport à ça pour me rassurer moi-même. (Hugo)

Sur le plan structurel, plusieurs obstacles et leviers au maintien résidentiel sous soulevés quant aux conditions matérielles du logement et l'encadrement dans les milieux de vie.

### *5.1.10. Appréciation milieu de vie*

L'appréciation des milieux de vie des personnes participantes permet de mieux comprendre ce qui influence le maintien résidentiel. Le **Tableau *3*** propose ainsi une synthèse des points abordés précédemment, tout en y incluant les aspects positifs et négatifs que les personnes participantes ont identifiés de leur milieu de vie actuel.

**Tableau 3**

*Tableau d'appréciation du milieu de vie*

| CATÉGORIES | ÉLÉMENTS IDENTIFIÉS | NOMS |
|---|---|---|
| **Positifs** | Prix abordable | Mélanie, Camille, Hugo |
| | Activités sur place | Mélanie |
| | Intimité et indépendance | Hugo, Mélanie |
| | Accès à ses biens matériels | Hugo, Camille |
| | Avoir de l'espace physique | Léandre, Camille, Hugo |
| | Proximité géographique pour les activités | Léandre |
| **Négatifs** | Tentative d'intrusion par des personnes non-résidentes | Mélanie |
| | Être entre quatre murs | Julian |
| | Attentes des personnes intervenantes | Camille, Julian, Léandre |

Les deux éléments positifs les plus fréquemment soulevés sont l'abordabilité du logement et la possibilité de bénéficier d'un grand espace physique. Le premier aspect rejoint les conclusions de Dorvil et Boucher-Guèvremont (2013), où le faible coût de loyer des logements subventionnés correspondait au principal point positif de l'expérience de logement des personnes interviewées. Par ailleurs, trois jeunes ont soulevé que les attentes des personnes intervenantes envers ces derniers ont été perçues comme contraignantes. En somme, les récits des jeunes adultes soulèvent que le maintien résidentiel dépend d'un ensemble de facteurs interreliés où s'entrecroisent des éléments individuels, relationnels et structurels. Le maintien résidentiel s'inscrit dans un processus non linéaire et singulier, qui implique l'appropriation physique du milieu de vie, l'adaptation aux règles et au cadre et à l'importance des interactions sociales.

En conclusion, bien que les trajectoires résidentielles soient uniques, il en ressort que celles vécues par les jeunes adultes qui ont été interviewé·es dans ce mémoire sont généralement marquées par

un PEP, des hospitalisations et des ruptures relationnelles entraînant des transitions, qu'elles soient volontaires ou involontaires. Quant à l'intégration résidentielle, les résultats montrent qu'elle dépend de la proactivité des jeunes adultes, des dynamiques relationnelles, à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu de vie et des conditions structurelles qui facilitent ou freinent l'accès au logement. Pour ce qui est du maintien résidentiel, les résultats révèlent l'importance de se réapproprier le milieu de vie. Cette réappropriation peut être favorisée par des conditions matérielles adéquates, le soutien de l'organisation des tâches et responsabilités au quotidien, la stabilité relative de l'état de santé mentale, la gestion des habitudes de vie ainsi que celle des relations sociales au sein du milieu.

Maintenant qu'un portrait du vécu des trajectoires résidentielles des jeunes adultes ainsi que des obstacles et leviers à l'intégration et au maintien résidentiel a été fait, la section suivante vise à enrichir ces résultats à partir de la perspective des personnes intervenantes.

## 5.2. Phase 2 : Personnes intervenantes œuvrant auprès des jeunes adultes vivant un PEP

Cette section présente les résultats liés aux entretiens semi-dirigés des personnes intervenantes. Afin de bien contextualiser l'étude, nous présenterons d'abord données sociodémographiques, pour ensuite offrir une synthèse des enjeux et leviers résidentiels perçus par les intervenantes au travers des trajectoires résidentielle des jeunes adultes ayant vécu un PEP. Les résultats seront analysés selon les cinq thématiques suivantes: 1) les définitions de la stabilité et de l'instabilité résidentielle, 2) les enjeux et leviers de l'intégration résidentielle; 3) les enjeux et leviers du maintien résidentiel; 4) le PEP comme point tournant; 5) les recommandations et pistes d'action fondées sur les perspectives croisées.

### *5.2.1. Présentation sociodémographique des personnes intervenantes*

En totalité, sept intervenantes ont participé à l'étude. La moyenne d'âge est de 32 ans et toutes se définissent comme femmes. Les niveaux de scolarité sont variés, allant du diplôme d'étude en technique jusqu'au niveau de la maîtrise, avec une majorité ayant complété un baccalauréat. Deux intervenantes occupent un poste cadre dans leur milieu de travail et toutes ont étudié dans le domaine de la relation d'aide. Parmi l'échantillon, deux travaillent au sein du système de santé et

des services sociaux et les cinq autres, au sein d'organismes communautaires. Sur les sept intervenantes, six d'entre elles interviennent directement dans un milieu de vie où résident les jeunes adultes et une seule intervient auprès des jeunes adultes vivant un PEP dans le cadre d'un suivi dans la communauté. Tout comme pour les jeunes adultes vivant un PEP, la majorité des intervenantes travaillent dans la région métropolitaine de Montréal, à l'exception d'une qui travaille dans l'Outaouais. Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le **Tableau *4***. Les informations concernant les noms des milieux de vie et les quartiers ont été retirées afin de préserver la confidentialité des intervenantes.

**Tableau 4**

*Présentation sociodémographique des personnes intervenantes œuvrant auprès des jeunes adultes vivant un PEP*

| CATÉGORIE | **Laurence (P1)** | **Mélissa (P2)** | **Katia (P3)** | **Kim (P4)** | **Claudia (P5)** | **Sophie (P6)** | **Aleandra (P7)** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Âge** | 31 | 28 | 45 | 29 | 28 | 34 | 30 |
| **Sexe à la naissance** | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme |
| **Genre** | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme |
| **Œuvrer avec des jeunes adultes PEP dans les 5 dernières années** | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| **Type de milieu de travail** | Milieu de vie | Milieu de vie | Milieu de vie | Suivi dans la communauté (externe) | Milieu de vie | Milieu de vie | Milieu de vie |
| **Milieu institutionnel ou communautaire** | Organisme communautaire | Organisme communautaire | Organisme communautaire | Institutionnel | Organisme communautaire | Institutionnel | Organisme communautaire |
| **Exercer un rôle cadre** | Non | Non | Oui | Non | Non | Oui | Non |
| **Profession ou domaine étude** | Technicienne en travail social | Psychoéducation | Technicienne en travail social et certificat en psychologie | Travail social | Sexologie | Bac en psychologie, propédeutique et maîtrise en TS | Technique en intervention délinquance |
| **Ville** | Montréal | Gatineau | Saint-Eustache | Saint-Jérôme | Saint-Eustache | Montréal | Saint-Eustache |

### *5.2.2. Définition d'instabilité et de stabilité résidentielles*

Tout comme avec les jeunes adultes vivant un PEP, il a été demandé aux intervenantes leur définition de l'instabilité et de la stabilité résidentielle afin de saisir leur compréhension de ces concepts et des problématiques sous-jacentes.

#### *5.2.2.1 Instabilité résidentielle*

Pour Laurence, Katia et Sophie, l'instabilité réfère à des capacités individuelles et aux caractéristiques personnelles permettant de maintenir ou de trouver un logement : « Ce sont des personnes qui sont incapables de garder un logement, ou qui sont incapables de s'en trouver, d'en garder un, et puis de s'en occuper » (Laurence) ou : « une personne qui présente des difficultés personnelles et psychosociales qui l'amèneraient à ne pas avoir un toit » (Sophie). Pour Mélissa, l'instabilité résidentielle correspond à l'incertitude : « C'est toujours l'incertitude de ne pas savoir, si tu es enfin atterri. Où est-ce que tu vas rester ». Kim et Alexandra abordent l'instabilité par les différents changements d'endroits : « L'instabilité résidentielle, ça peut être quelqu'un qui passe d'un appartement à une chambre, d'un appartement à une chambre régulièrement ». Quant à elle, Claudia réfère à l'aspect financier : « C'est quelqu'un qui n'a pas de loyer fixe ». En somme, les définitions sont variées, allant des caractéristiques individuelles, aux différents changements jusqu'aux conditions socio-économiques facilitant le maintien d'un logement.

#### *5.2.2.2 Stabilité résidentielle*

À l'opposé, Laurence soulève que la stabilité correspond aux capacités individuelles de maintenir le logement, lesquelles relèvent d'attentes normatives (Moreau, 2009): « Ils sont capables de s'occuper de leur logement, d'être responsables de toutes les tâches de leur logement et de s'en trouver un ». Pour Mélissa, « c'est le fait de savoir que tu peux rester à la même place longtemps ».

Pour Kim et Sophie, la stabilité correspond à un revenu stable : « Je pense que pour moi c'est quelqu'un qui a un revenu stable » (Kim) et « quelqu'un par exemple qui, financièrement est en mesure de payer son loyer ou de s'acquitter des frais en lien avec son hébergement » (Sophie). Pour Claudia, la stabilité implique des facteurs individuels, sociaux et contextuels :

> Pour moi il y aurait comme trois situations dans ma tête. C'est soit que tu es capable par toi-même de t'offrir un loyer que tu maintiens. Avoir quelqu'un qui subvient à tes besoins ou qui t'héberge à long terme ou quelqu'un qui serait dans un contexte plus pénitencier.

Tout comme les définitions d'instabilité résidentielle, ces dernières soulèvent la pluralité des conceptions de la stabilité résidentielle, influencées par des facteurs individuels et structurels.

En conclusion, les définitions des intervenantes sont surtout centrées davantage sur les capacités individuelles, l'autonomie et les conditions matérielles du maintien en logement. Or, pour décrire la stabilité résidentielle, les jeunes adultes mettent surtout l'accent sur le fait de se sentir chez soi, d'avoir le choix et de pouvoir s'ancrer dans un lieu sécuritaire. Aussi, les jeunes adultes associent l'instabilité au besoin de s'évader et au risque de perdre leur milieu de vie. Ces éléments réfèrent à des conceptions subjectives et expérientielles de l'appropriation de leur propre milieu qui diffèrent de celles des intervenantes misant davantage sur les capacités et les conditions de vie. Ces deux perspectives apportent une complémentarité pour les définitions.

### *5.2.3. Intégration résidentielle*

Tout comme lors de l'analyse des jeunes adultes vivant un PEP, les données ont été regroupées sous les thèmes principaux individuel, relationnel et structurel.

#### *5.2.3.1 Individuel*

Plusieurs facteurs individuels influençant l'intégration résidentielle ressortent de l'analyse des entrevues des intervenantes et rejoignent les récits des jeunes adultes. Ces facteurs concernent notamment la consommation, les difficultés d'organisation et de planification ainsi que la reconnaissance de l'état de santé mentale.

D'abord, Kim soulève la consommation comme étant un enjeu pour l'intégration résidentielle : « La consommation, je trouve que c'est un obstacle à l'intégration dans un nouveau milieu, que ce soit un appartement ou que ce soit une ressource d'hébergement. Quand tu consommes, il y a des affaires qui prennent le bord malheureusement ». Ensuite, le deuxième obstacle est soulevé par Kim, Claudia et Laurence et concerne les difficultés d'organisation et de planification, particulièrement dans les débuts d'une intégration en milieu de vie :

> Il y a beaucoup de jeunes à qui, dans les débuts, je dois absolument faire des rappels. Puis, je dois aller les voir à chaque semaine, parce que si je ne le fais pas, ils ne le font pas. Je te dirais que si c'est quelqu'un qui est encore activement psychotique, sur le traitement ou pas, ou qui a beaucoup de symptômes négatifs, ça va être un obstacle parce que juste le fait de planifier, d'organiser, c'est plus difficile. (Kim)

Dans le même sens, Laurence approfondit sa réflexion en soulevant l'enjeu que comporte le déni des difficultés que ces jeunes adultes peuvent présenter : « Ça arrive qu'ils soient dans le déni et ils disent qu'eux, ils sont capables de s'occuper d'eux-mêmes, ce n'est pas nécessairement vrai ». À l'inverse, la reconnaissance et l'acceptation de l'état de santé mentale favoriseraient une meilleure stabilité, ce qui faciliterait la recherche de logement selon Alexandra : « Une fois qu'ils ont commencé à avoir une certaine stabilité au niveau de leur état de santé mentale, c'est là qu'ils parviennent à se démarquer plus dans la recherche de logements, mais c'est beaucoup l'acceptation de leurs conditions ». De son côté, Kim souligne que l'une des façons de reprendre le contrôle du processus résidentiel est « […] le fait d'être connecté à la réalité, c'est déjà un pas de plus. Je dirais de la stabilité au niveau des symptômes de psychose. C'est une première étape ». En bref, ces propos montrent que la reconnaissance des difficultés et une stabilité des symptômes constituent des leviers pour reprendre du contrôle sur la démarche de logement.

*5.2.3.2 Relationnel*

Les interactions sociales sont évoquées à plusieurs reprises par les intervenantes comme un aspect important de l'intégration résidentielle. Selon cinq intervenantes, plusieurs jeunes adultes ayant vécu un PEP font face à des défis liés aux habiletés sociales, ce qui peut nuire à la création de liens et à l'intégration au sein du milieu résidentiel. Laurence le rapporte ainsi : « Les jeunes qui ont fait une psychose, souvent, ils ont des comportements qui peuvent être plus étranges. Ils sont moins capables de rentrer en contact avec les autres, ou ils disent des choses problématiques. Il y en a qui s'isolent ». Plus précisément, Katia rapporte que des enjeux d'habiletés sociales font obstacle au moment du démarchage pour un milieu de vie :

> Eux autres, faire de la recherche de logement ou de chambre, ce ne sont pas des bons candidats. Souvent, tu vas le voir tout de suite qu'il y a quelque chose. Puis ils vont être stigmatisés : ‘’non, il y a de l'air trop étrange genre on ne le voudra pas’’. Puis ce n'est quasi pas mieux s'ils se présentent avec un intervenant, ils ont l'air handicapés.

Toutefois, un levier d'intégration au niveau relationnel a été soulevé par Claudia, qui rapporte l'importance d'une communication ouverte sur la psychose :

> J'ai trouvé que ceux qui étaient ouverts à parler de leur situation, puis à prendre le temps d'expliquer aux gens pourquoi est-ce que certaines de leurs comportements ou de leurs réflexions avaient un air différent de celles de la majorité, ce sont des

> personnes qui ont par la suite reçu beaucoup plus de patience, de compréhension et d'intégration au groupe que ceux qui le cachaient parce qu'ils ont honte et peur.

De plus, toujours du point de vue des intervenantes, la relation thérapeutique a un impact sur l'adaptation dans le milieu. Pour Laurence et Sophie, ce lien de confiance constitue un levier lorsqu'il est présent : « On est vraiment dans une approche de non-jugement le plus possible. On permet plus d'accueillir les jeunes, créer un lien avec eux […]. Je pense que ça peut vraiment les aider à plus se mobiliser, à vouloir avoir un logement » (Laurence). À cet effet, l'étude de Dorvil et Boucher-Guèvremont (2013) abonde dans le même sens en soulevant que les personnes intervenantes peuvent apporter un rôle de « protection résidentielle » (p.188), permettant un accompagnement important à l'amélioration de leur situation résidentielle. À l'opposé, la relation thérapeutique peut aussi être un obstacle lorsqu'elle est fragilisée, comme le rapporte Mélissa et Kim :

> Il est à la rue. Il refuse tout actuellement parce qu'il est tellement méfiant. Il est tellement persuadé que tout le monde le persécute […]. Il refuse que je l'aide pour quoi que ce soit, la méfiance est un gros obstacle à ma relation thérapeutique avec lui, qui pourrait éventuellement l'aider à devenir plus stable au niveau du logement. (Kim)

Dans un autre ordre d'idée, Mélissa et Katia soulignent l'importance d'un pairage adéquat entre le jeune et le milieu de vie afin de favoriser l'intégration sociale. Katia l'explique par une mise en situation d'un jeune qui vivait un décalage social :

> Il s'est retrouvé dans une ressource en santé mentale. Ce qu'il rapportait, c'était que ce n'était pas sa place. Il n'aimait pas l'environnement. […] Comme si c'était de le pointer du doigt, puis dire : ‘'c'est immense le problème que tu as... regarde avec qui on est obligé de te placer''. Puis lui, il ne se sentait déjà pas bien avec son état de psychose parce que ça avait laissé les séquelles. Il ne se sentait pas normal. C'est comme s'il était encore plus hypothéqué aux yeux des autres.

Ainsi, les résultats mettent en lumière que les habiletés sociales, la qualité du lien thérapeutique et un pairage adapté aux besoins sociaux des jeunes adultes influencent l'intégration résidentielle.

#### *5.2.3.3 Structurel*

Sur le plan structurel, les intervenantes rapportent des enjeux et des facilitateurs liés à l'accès aux ressources, aux exigences administratives ainsi qu'à l'arrimage des services lors des transitions résidentielles.

En premier, les enjeux qui sont le plus ressortis quant à l'intégration résidentielle ont été soulevés par Claudia, Alexandra et Kim et concernent la disponibilité limitée des places dans les ressources et les coûts trop élevés des loyers sur le marché locatif, et ce, particulièrement pour les personnes bénéficiaires d'aide financière de dernier recours. En effet, Kim le souligne ainsi :

> J'ai un jeune, il vient de se louer une chambre 800 $, mais il reçoit 860 $ par mois. C'est un grand enjeu, juste le prix des logements, ça limite beaucoup les choix que les gens ont. […] C'est dur de les loger dans les ressources […] parce qu'il n'y a pas de place, puis il manque de ressources.

Kim soulève également que des sacrifices doivent être faits pour obtenir un logement, au détriment des préférences : « Quand on n'a pas de budget, faut qu'on s'éloigne un petit peu des centres, ce qui fait qu'on est moins accessible. Ça leur tente moins, mais pas le choix ».

En deuxième, parmi les obstacles, les exigences de nature administrative sont rapportées par quatre intervenantes. En effet, Alexandra aborde les critères d'admissibilité restreints reliés à la consommation et à la santé mentale lorsqu'arrive le moment d'intégrer un milieu: « Les ressources qui œuvrent plus avec une clientèle pour la consommation n'acceptent pas nécessairement quand il y a des troubles de santé mentale concomitants. Inversement, les ressources en santé mentale n'acceptent pas les jeunes qui ont une consommation importante ». Ainsi, la concomitance constitue une limite importante aux possibilités d'intégration résidentielle. Autrement, les critères d'admissibilité représentent également des contraintes administratives quant aux jeunes adultes vivant un PEP et un processus migratoire, ce qui est soulevé par Laurence et Sophie. Laurence le rapporte ainsi :

> On se démène vraiment beaucoup pour trouver des services. Il n'y a pas beaucoup de places […]. On s'est dit qu'on n'en acceptait pas plus qu'un dans la ressource qui est sans papier, qui est dans un processus de demandeur d'asile. C'est trop de tâches pour les intervenants.

Pour Mélissa, le problème est relié à l'admissibilité basée sur le diagnostic : « Ils ont des besoins, mais ce n'est pas toutes les places qui sont adaptées, parce que parfois, il faut un diagnostic pour rentrer à quelque part. Puis, après un premier épisode de psychose, tu n'as pas toujours un diagnostic ». En contrepartie, cette dernière soulève aussi comme facteur de stabilité résidentielle, l'importance d'adapter les critères à l'admission afin de pouvoir y inclure des jeunes ayant vécu un PEP : « Je pense que des organismes un peu comme nous autres, qui comprennent la réalité, puis qui plient un petit peu les règles ». Ce passage soulève les pratiques silencieuses qu'adoptent

certaines intervenantes pour venir en aide aux personnes concernées. Contourner le système apparaît donc comme une tactique pour faciliter la stabilité résidentielle, car comme l'expliquent Sophie et Mélissa, les démarches administratives en elles-mêmes peuvent freiner l'accès à des ressources : « Il y a un dédale administratif incroyable à l'idée de référer des gens en hébergement en santé mentale. […] S'il y en avait moins, ça pourrait aider des jeunes à avoir accès à des options résidentielles plus intéressantes » (Sophie).

En troisième lieu, parmi les leviers structurels, l'organisation des services a des impacts significatifs. En effet, quatre intervenantes soulèvent l'importance de l'arrimage des services lors des transitions résidentielles. À cet effet, Sophie suggère :

> On voit que les jeunes qui sont pris en charge dans le milieu jeunesse, il y a comme un vide de services parfois pour faire une transition vers le milieu adulte. Donc j'ai l'impression que s'il y a une transition qui se fait, ça peut éviter des situations.

Plus spécifiquement, Alexandra rapporte l'importance d'un travail de liaison et de collaboration avec les partenaires dans la communauté, comme les propriétaires, afin de faciliter l'accessibilité à des milieux de vie: « On peut faire des rencontres de médiation avec eux [les propriétaires]. Ce soutien supplémentaire qu'on offre aux propriétaires peut parfois les convaincre d'accepter une personne ». En bref, ces différents résultats soulèvent, du point de vue des intervenantes, que des facteurs structurels peuvent à la fois freiner ou soutenir l'intégration résidentielle et qu'elles doivent parfois être créatives pour soit contourner les procédures, soit pour faciliter le processus résidentiel.

### *5.2.4. Maintien résidentiel*

#### *5.2.4.1 Individuel*

En ce qui concerne les facteurs de maintien individuel, ceux qui sont ressortis portent sur la consommation, les difficultés cognitives, l'arrêt de la médication et la diversification des activités.

D'abord, le thème de la consommation est réabordé par Kim, Katia et Sophie comme ayant des impacts au niveau social quant au maintien du logement. C'est ce que démontre ce passage de Kim : « Je trouve que ça [la consommation] joue grandement avec la stabilité résidentielle, parce que si tu es gelé 24/7 sur le crack, ton loyer va prendre le bord, c'est sûr ».

Ensuite, alors que la planification et l'organisation des activités de la vie domiciliaire ont été présentées précédemment comme des défis lors de l'intégration dans un nouveau milieu, cinq des sept intervenantes soulignent que ces mêmes difficultés peuvent aussi compromettre le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant un PEP. Plus précisément, elles expliquent que la psychose amène des difficultés sur le plan de plusieurs fonctions cognitives, telles que la planification et l'organisation, ce qui affecte la mise en action des tâches résidentielles, rendant ainsi plus difficile la capacité de prendre soin du milieu. En effet, elles associent les enjeux de maintien principalement aux effets de la psychose, comme le souligne Kim : « Je le remarque qu'il y a des jeunes qui ont beaucoup de symptômes négatifs et je trouve que ça affecte leur capacité à maintenir un logement, à vivre seul et à être plus autonome ». Ces informations concordent avec les conclusions de St-Jacques et al. (2018) qui rapportent que chez les adultes vivant avec un TSM, des difficultés liées aux activités de la vie quotidienne et domiciliaire peuvent constituer un obstacle au maintien en logement.

Ensuite, selon Sophie, Laurence et Kim, l'arrêt de la médication peut engendrer une désorganisation au niveau de la santé mentale et des symptômes cognitifs, qui affectent ainsi le maintien. Cette idée réfère à une explication biomédicale de la cause de l'instabilité mentale. Respectivement, Sophie et Kim l'abordent ainsi : « On a le fait que les gens vont décider d'arrêter leur traitement puis ça va amener une désorganisation qui fait en sorte qu'ils ne sont plus en mesure de prendre soin de leur milieu, de leur logement » (Sophie). Pour Kim : « Les symptômes cognitifs ont mené à la perte de son logement clairement parce qu'avant ça, il était stable. Il prenait l'injection, ça allait bien. Puis, il a arrêté, puis woup, désorganisé ». Ces données sont illustrées sous la **Figure *9***.

**Figure 9**

*Enchaînement de circonstances entre la médication, l'état de santé mentale et le maintien en logement*



D’un autre point de vue, Katia et Sophie rapportent comme levier significatif au maintien, la diversification des activités et l’implication dans d’autres sphères de vie :

> Si la personne a d'autres milieux, elle va à l'école, elle va dans des groupes de soutien ou elle va dans des groupes sociaux, de sport, je pense que ça permet aussi de ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier. Je pense que ça aide définitivement. (Sophie)

Les intervenantes soulèvent la consommation, les enjeux cognitifs liés à la psychose et le non-respect de la médication comme obstacles individuels au maintien résidentiel, tandis que l’engagement dans d’autres sphères de vie, telles que l’école et les loisirs, constitue un levier de stabilité.

*5.2.4.2 Relationnel*

La relation avec les personnes intervenantes a également un impact sur le maintien résidentiel. Un enjeu relevé par Mélissa est l’accès à l’expérience subjective du jeune adulte, ce qui affecte le niveau d’encadrement et le soutien offert : « Quand on n'a pas accès à sa pensée, on est toujours dans les questionnements de : ‘’Il est-tu à la bonne place ? Est-ce qu'il aurait besoin d'autres services autour de lui ?’’ ». Les difficultés vécues en tant qu’intervenante, notamment l’augmentation de la violence que rapporte Laurence, peut affecter la relation d’aide et l’accès aux services, surtout lorsque le sentiment de sécurité est affecté :

> […] il y a eu une augmentation de violence, de comportements agressifs envers les intervenants, je trouve que c'est quelque chose de vraiment important, ce n’est pas négligeable pour la sécurité des intervenants et la sécurité des autres jeunes. Je ne sais pas d'où ça vient, souvent, les jeunes qui ont eu des comportements agressifs, c'était généralement des jeunes qui ont été très violents, ils ne se mobilisaient pas avant ou ils n’avaient pas accès aux services non plus, ou les deux.

Autrement, selon Sophie, Kim et Claudia, l’implication des proches est un levier majeur qui favorise un filet de sécurité quant à la stabilité résidentielle :

> Je pense que le fait d'avoir des membres de la famille qui sont impliqués, ça favorise beaucoup la stabilité résidentielle. Même si on sait qu'il peut y avoir un épuisement, je pense que ça peut du moins permettre une continuité sans que la personne ait à vivre des situations d'itinérance et tout ça. (Sophie)

> C'est sûr que des gens qui sont seuls, des gens qui ont épuisé leur réseau, ils se retrouvent avec un petit peu moins d'options que la plupart des gens, versus un jeune qui a des bons contacts avec sa famille. Il est sur le bord de perdre son logement, mais là, ses parents vont l'aider financièrement. (Kim)

Ces passages démontrent que la famille permet d'assurer une protection financière et sociale, favorisant le maintien résidentiel. Ces résultats concordent avec l'étude de Roy et al. (2024) sur les trajectoires résidentielles des jeunes nouvellement intégrés dans un parcours de soins psychiatriques, qui souligne également l'impact positif de l'implication des proches.

*5.2.4.3 Structurel*

Sur le plan structurel, la flexibilité des règles dans les milieux de vie, la durée de l'hébergement et l'accès à des programmes gouvernementaux impactent le maintien résidentiel selon les intervenantes, ce qui rejoint les propos des jeunes adultes.

D'abord, Sophie souligne qu'une application trop rigide des règles peut fragiliser le maintien résidentiel et propose des critères plus souples :

> Il y a des milieux où le jeune se dit: "je ne sais pas, est-ce que j'ai fait quelque chose de pas correct ?'' Puis là c'est comme : ''one *strike*, two *strike*, tu es *out*''. Ça n'aide pas les jeunes qui sont déjà dans des situations de précarité. Donc des critères qui sont moins rigides. (Sophie)

Ensuite, un levier structurel à la stabilité résidentielle rapporté par Mélissa concerne la possibilité d'habiter un milieu de vie pour plusieurs années : « Ils peuvent rester 10 ans s'ils veulent, jusqu'à ce qu'ils soient prêts à aller ailleurs. Tant qu'ils respectent le fonctionnement, qu'ils se maintiennent, ou qu'ils ont encore des objectifs à travailler, on les garde. C'est ce qui permet la stabilité ».

Par ailleurs, Mélissa et Kim réfèrent aux avantages des programmes sociaux, surtout le programme Clé en main (Programme de supplément au loyer), permettant d'avoir accès à des logements sur le marché locatif privé avec l'aide d'une subvention gouvernementale. Elles y réfèrent comme d'un levier permettant de redonner du pouvoir d'agir aux gens :

> Tu vas chercher un logement n'importe où, dans un quartier que tu aimes. Ça permet d'être proche de leur famille […], proche de leurs services, par exemple un CLSC, les bureaux de leur équipe, proche de l'hôpital ou de leur travail. Donc, ça permet aux gens d'être dans un environnement vraiment sain. (Mélissa)

De plus, selon Kim, ce programme favorise aussi une stabilité résidentielle sur plusieurs années :

> Tant que la personne répond [aux critères], il y a une stabilité à long terme. Ça peut rester avec eux. Le programme existe pour une dizaine d'années, mais il y a des gens que ça fait 10 ans qu'ils ont ce programme-là et ils vont continuer à l'avoir longtemps.

Ainsi, le maintien résidentiel dépend aussi des dispositifs structurels favorisant la stabilité résidentielle tels que la flexibilité dans l'application des règles, la possibilité de rester longtemps dans un milieu de vie et l'accessibilité à des subventions gouvernementales.

En conclusion, ces résultats obtenus auprès des cinq jeunes adultes et des sept intervenantes interviewées soulèvent une multiplicité d'enjeux et de leviers permettant de mieux identifier ce qui influence le maintien et l'intégration résidentielle des jeunes adultes vivant un PEP. D'ailleurs, il importe de préciser qu'une multitude de réponses s'explique par la multiplicité des contextes résidentiels et des contextes d'intervention. Le **Tableau *5*** synthétise les éléments rapportés par les deux populations à l'étude et permet de résumer les points communs et divergents.

**Tableau 5**

*Synthèse des leviers et obstacles à l'intégration et au maintien résidentiel*

| | **INTÉGRATION** | **MAINTIEN** |
|---|---|---|
| **INDIVIDUEL** | JEUNES ADULTES | JEUNES ADULTES |
| | • État de santé mentale<br>• Organisation et planification démarches<br>• Ressources intérieures | • Organisation et planification des tâches<br>• Adaptation du rythme de la personne à l'horaire<br>• Fatigue par la médication<br>• Consommation |
| | INTERVENANTES | INTERVENANTES |
| | • Consommation<br>• Organisation et planification des tâches<br>• Déni des difficultés<br>• Acceptation de leur condition de santé mentale | • Consommation<br>• Difficultés fonctions cognitives<br>• Arrêt de la médication<br>• Diversification des activités |
| **RELATIONNEL** | JEUNES ADULTES | JEUNES ADULTES |
| | • Soutien des proches<br>• Conflits familiaux<br>• Appartenance sociale<br>• Enjeux de cohabitation | • Équilibre entre soutien des proches et autonomie<br>• Dynamiques relationnelles entre colocataires, voisins et propriétaires<br>• Relations avec personnes intervenantes |
| | INTERVENANTES | INTERVENANTES |

| | | |
|---|---|---|
| | • Habiletés sociales<br>• Communication ouverte<br>• Lien thérapeutique<br>• Pairage adapté au milieu de vie | • Lien thérapeutique<br>• Soutien des proches |
| **STRUCTUREL** | JEUNES ADULTES | JEUNES ADULTES |
| | • Adaptation aux règles dans le milieu<br>• Contrainte de temps pour rester dans les milieux<br>• Coûts des milieux de vie<br>• L'accès au revenu pour payer le logement<br>• Temps d'attente des milieux et manque de places<br>• Flexibilité des critères d'admissibilité<br>• Stigmatisation sociale lors de la recherche d'un milieu de vie | • Enjeux de salubrité<br>• Appropriation physique de son espace<br>• Activités offertes dans le milieu<br>• Discrimination institutionnelle<br>• Connaissance des droits au logement |
| | INTERVENANTES | INTERVENANTES |
| | • Coûts élevés des loyers<br>• Manque de places en ressources<br>• Critères d'admissibilité restreints<br>• Démarches administratives complexes<br>• Arrimage entre les différents services<br>• Partenaires dans la communauté | • Flexibilité des règles du milieu de vie<br>• Durée de l'habitation<br>• Programmes gouvernementaux |

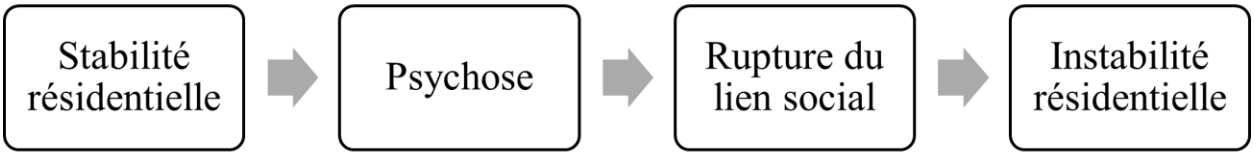
### *5.2.5. Le PEP comme point tournant*

Similaire aux résultats pour les jeunes adultes abordés sous la section 5.1.6, qui se rapporte à la chronologie des trajectoires, la majorité des intervenantes soulèvent que le PEP correspond à un moment de bouleversements dans les trajectoires résidentielles, pouvant s'apparenter à un point tournant. En effet, selon elles, le PEP s'inscrit comme un moment imprévisible apportant d'importants changements dans la trajectoire résidentielle, les amenant ainsi à vivre plusieurs transitions, des ruptures sociales et parfois même une nouvelle trajectoire de soins. Cette tendance ressort de l'analyse des intervenantes est illustrée sous la

**Figure 10**.

**Figure 10**

*De la stabilité vers l'instabilité résidentielle*




En effet, Kim rapporte un exemple où la relation entre le jeune et le propriétaire a été effritée par la suite d'une désorganisation psychotique, menant à la perte de son logement : « C'est devenu plus instable au niveau du logement quand monsieur a commencé à être désorganisé […]. Pour lui, ça l'a engendré qu'il s'est fait mettre dehors de son logement parce que la propriétaire était tannée ». Laurence rapporte bien la rupture avec le milieu résidentiel qui peut se produire lors d'une psychose : « J'ai eu des jeunes qui étaient à la maison, qui allaient quand même assez bien, puisqu'ils ont fait une psychose. Ils ont complètement perdu contact avec la réalité puis maintenant, ils sont dans la rue complètement ». Quant à elle, Alexandra approfondit sa réflexion en soulevant la stigmatisation qui peut être vécue par les jeunes adultes de la part des membres de l'entourage à la suite de comportements survenus lors de la psychose, générant ensuite un risque d'instabilité : « [Après] le premier épisode de psychose parfois […] il peut y avoir une plainte qui est faite ou les parents ont eu peur de leur jeune, ne veulent plus le reprendre à la maison à la suite d'une hospitalisation » (Alexandra). Mélissa aborde aussi les préjugés et les craintes véhiculés par le milieu familial :

> Ce premier épisode de psychose-là, il est vraiment très déstabilisant. D'un coup, tu te retrouves avec des équipes autour de toi, possiblement une hospitalisation avant ça […]. Il y a des préjugés par rapport à ça, la famille voulait plus de lui. Donc elle se dit : '' Ah, je ne veux pas de quelqu'un qui est fou en dessous de mon toit, puis qui risque de me blesser pendant que je dors là''. (Mélissa)

Par ailleurs, la présence de la consommation comme facteur aggravant l'instabilité résidentielle et les conflits familiaux est également soulevée par Laurence, Claudia et Katia :

> Il y avait un jeune a un moment donné la mère était dépassée puis lui continuait à consommer malgré la psychose, sa mère disait qu'il était un mauvais modèle pour son petit frère, fait qu'elle n'avait pas voulu le maintenir, puis ça a été le début de

> l'instabilité résidentielle pour lui, on l'a vu deux fois ici, je pense qu'il doit être rendu à une quatrième psychose, parce qu'il a maintenu ses habitudes. (Katia)

Cette problématique est également soulevée par plusieurs jeunes (voir section 5.1.9). Or, il est à noter que contrairement aux tendances majoritairement observées par les jeunes adultes et les intervenantes, il est également possible que les personnes soient en situation d'instabilité résidentielle avant le PEP, ce qui est d'ailleurs le cas de Julian (**Figure 6**).

En somme, les intervenantes décrivent le PEP comme un point tournant susceptible de réorienter la trajectoire résidentielle, particulièrement par l'impact sur les relations sociales. Ces constats rejoignent ceux des jeunes adultes qui révèlent que les transitions résidentielles, spécialement le départ du milieu familial, sont, pour la plupart, non planifiées.

## 5.3. Perceptives croisées : recommandations et pistes d'action fondées sur l'expérience des jeunes adultes et des intervenantes

Cette présente section se veut comme une mise en dialogue des savoirs expérientiels des jeunes adultes ayant vécu un PEP et des savoirs pratiques des personnes intervenantes qui les accompagnent. Lors des entrevues, la question suivante a été posée aux jeunes adultes : « Quels conseils aurais-tu à donner aux personnes qui interviennent auprès des jeunes adultes qui vivent difficultés résidentielles et un PEP ? ». Inversement, l'une des questions posées aux intervenantes était : « Qu'est-ce qui permet aux jeunes qui ont vécu un PEP de reprendre du pouvoir d'agir au travers de leur parcours résidentiel ? ». Ainsi, les données recueillies permettent de dégager des pistes d'action et des leviers concrets permettant de soutenir le pouvoir d'agir des jeunes adultes vivant un PEP au sein de leur trajectoire résidentielle.

### *5.3.1. Agir sur les conditions de vie*

Dans une perspective de pistes d'action, plusieurs jeunes adultes et intervenantes soulignent l'importance d'agir directement sur l'accès et la qualité de l'offre résidentielle. Augmenter et adapter l'offre de logement est rapporté comme proposition par Léandre et Julian. Pour Léandre : « Durant la crise du logement, ce serait de subventionner le logement social abordable et compagnie ». Quant à Julian : « Des appartements faits pour nous, comme communautaire ou dans le privé, faites pour nous ». Cette problématique est aussi décriée et soulignée précédemment par

les intervenantes Claudia, Alexandra et Kim en lien avec des difficultés structurelles d'accès au logement. Par ailleurs, Mélanie propose l'importance de pouvoir intégrer des milieux de vie transitoires qui soutiennent l'autonomie : « […] faire une transition comme [hébergement en santé mentale] peut être une solution quand quelqu'un a un trouble de santé mentale et a besoin d'apprendre à être plus autonome ». Enfin, une autre donnée inattendue a été soulevée par Hugo et concerne l'importance d'un système de droits au logement plus clair et mieux connu: « Des lois claires qui protègent les gens. Moi, je pense qu'un logement, ça devrait être un droit de base ». En bref, les jeunes adultes comme les intervenantes proposent d'adapter l'offre en combinant logements abordables, milieux de vie adaptés et ressources transitoires et d'améliorer les droits liés au logement.

### *5.3.2. Conseils des jeunes adultes aux jeunes adultes*

Au-delà des ressources résidentielles, les jeunes adultes soulignent aussi des leviers d'action qui passent par l'implication dans d'autres sphères de vie et par le soutien relationnel. Julian et Hugo soulèvent l'importance de s'impliquer dans d'autres projets afin de s'émanciper : « Avoir des projets de vie, c'est important aussi. Un retour aux études ou une réinsertion en emploi » (Hugo). Ce propos rejoint les suggestions des intervenantes Sophie et Katia rapportées comme leviers au maintien résidentiel : « Il y a plein de programmes pour justement les stimuler, les encourager à ne pas juste rester à la maison et attendre que le temps passe. Je pense que ça prend ça » (Katia). Cet élément fait référence à l'importance de travailler sur d'autres trajectoires de vie simultanément.

D'un point de vue relationnel, Julian souligne l'importance de s'entourer de personnes auprès desquelles il est possible d'être soi-même sans se sentir jugé : « *You're different, you know, just be yourself and like, focus on the positive because a lot of youth, like, they think, like, nobody's there for them* ». Dans la même lignée, Camille propose de participer à des groupes de soutien : « Ben je pense la chose la plus accessible, ce seraient des groupes. Si tu as des groupes de support, ou comme des pairs aidants, ce serait la meilleure affaire ». Pour Mélanie et Hugo, ils suggèrent aux autres jeunes de : « […] ne pas avoir peur de demander de l'aide. Je pense que souvent, les gens ils veulent être fiers, ils ont peur de demander de l'aide ». À ce propos, pour Mélissa et Katia (intervenantes), le fait de reconnaître la nécessité d'avoir de l'aide est un facteur protecteur dans

la trajectoire résidentielle: « C'est la résilience de se dire : ‘’OK, là je n'ai pas le choix, il faut que j'avance […]’’. C'est un peu comme d'accepter l'aide, de reconnaître que j'aurai besoin, à partir de là, d'une aide pour m'aider à m'encadrer » (Katia). En bref, ces extraits démontrent que des projets motivants, un entourage soutenant et l'acceptation de l'aide constituent des pistes de solution intéressante pour soutenir les transitions résidentielles.

### *5.3.3. Conseils des jeunes adultes aux personnes intervenantes*

Dans leurs recommandations, les personnes participantes soulignent l'importance d'adopter des interventions plus souples, de prioriser les tâches, d'être au centre des décisions et d'être bienveillant·es. En effet, Léandre, Julian et Hugo soulignent qu'un encadrement plus flexible de la part des personnes intervenantes constitue un élément fondamental pour un suivi plus adapté à leur réalité : « C'est un encadrement plus ou moins strict, dépendamment des circonstances. Être flexible quand même. Comprendre certains enjeux » (Hugo). Pour Léandre : « […] sortir du cadre. J'insiste beaucoup là-dessus. Oui, ils peuvent être à l'écoute, mais quand même se dire qu'ils ne peuvent pas sortir du petit carré de sable dans lequel ils sont habitués ». Ayant tous les trois vécus dans différents milieux résidentiels, leurs savoirs expérientiels témoignent de l'importance d'une approche adaptée aux besoins de la personne en fonction de l'étape où elle se situe dans son parcours. D'ailleurs, pour Sophie (intervenante), elle souligne que des espaces démocratiques, comme un conseil de personnes usagères, favoriseraient un meilleur compromis entre les besoins des personnes résidentes et les règles du milieu:

> D'être impliqué dans les décisions en lien avec le milieu résidentiel. Par exemple, nous, on a un conseil des usagers. C'est sûr qu'on ne change pas l'ensemble de la structure du milieu, mais quand même, d'être capable de nommer des choses, d'être capable de partager des situations.

Quant à eux, Mélanie et Hugo suggèrent aux personnes intervenantes une méthode qui leur a bénéficié, soit d'établir une liste de priorités pour les tâches afin de mieux les cibler :

> Il faut vraiment être capable de faire cette liste avec la personne. Peut-être commencer : ‘’Qu'est-ce que tu penses que ce sont tes responsabilités?’’. Puis l'écrire pour eux autres. Peut-être aussi voir ce que sont les autres responsabilités qui ne sont pas nommées? Savoir évaluer c'est quoi les besoins. Parfois les responsabilités peuvent varier selon la personne. […] (Mélanie)
>
> C'est vraiment important de prioriser ce qu'il y a à prioriser. S'il y a des enjeux plus graves que d'autres, c'est de prioriser ça. À tous les jours, faire un plan de la

> journée. Si on ne peut pas le faire au jour le jour, faire un plan pour la semaine […]. Y aller avec des *baby steps*. Vraiment, dépendant d'où la personne est rendue. (Hugo)

Cette idée de déterminer une liste de priorités rejoint aussi les propos de Kim et Sophie (intervenantes) qui soulignent que, pour redonner du pouvoir d'agir, la personne doit être placée au centre de ses décisions autant que possible :

> Pour reprendre un peu le pouvoir aussi, c'est d'être capable d'avoir une approche où la personne est vraiment au centre de son projet. (Sophie)
>
> Je veux les impliquer dans ces démarches-là parce que des fois on dirait que c'est facile pour eux de se laisser porter par le flot […]. D'aller les chercher, qu'ils se sentent concernés, je pense que c'est une façon aussi qu'ils reprennent le pouvoir sur leur situation résidentielle. (Kim)

Autrement, Hugo et Mélanie, font valoir l'importance que les personnes intervenantes valorisent les progrès et croient en eux : « Puis renforcer le sentiment de réussite, renforcer l'estime de la personne : ‘'Ah, tu as fait ça. Bravo. Tu n'as pas fait ça? OK, comment on peut faire pour que la semaine prochaine pour que tu le fasses'' » (Hugo). Pour appuyer cette idée, selon Mélanie :

> Je pense qu'il faut *leader* ces jeunes-là à retrouver confiance en eux et vraiment leur dire : ‘'Oui, vous êtes autonomes. Oui, vous êtes capables de réussir même si vous avez fait des psychoses. Ce n'est pas parce que vous avez fait des psychoses que vous n'allez jamais être capables d'être autonomes. Si vous faites les démarches nécessaires pour atteindre votre autonomie, vous allez réussir à vivre en appartement''. Je pense que leur redonner confiance, c'est vraiment ça qui est important.

Cette idée rejoint aussi celle de Claudia (intervenante) qui estime l'importance de soutenir la confiance des jeunes dans leur trajectoire résidentielle : « C'est de faire réaliser que cette personne-là a les capacités de le faire par elle-même, même si elle a besoin d'être accompagnée. Elle n'a pas besoin qu'on le fasse à sa place ».

En résumé, les suggestions formulées par les jeunes adultes aux personnes intervenantes sont généralement appuyées par les intervenantes. Elles concernent l'importance de faire preuve de flexibilité, de respecter le rythme des jeunes, de les placer au centre des décisions, et ce, afin de les soutenir dans le développement de leur pouvoir d'agir.

# 6. DISCUSSION

Dans cette partie, des liens entre les résultats de ce mémoire, les écrits scientifiques issus de la revue de la littérature et le cadre théorique visent à répondre aux objectifs de recherche. À titre de rappel, le but du mémoire est de donner une voix aux jeunes adultes vivant un PEP et aux personnes intervenantes puisque peu de recherches éclairent sur le vécu expérientiel en lien avec les trajectoires résidentielles. Plus précisément, le mémoire explore les enjeux, les facilitateurs et les obstacles liés à l'habitation en partant du point de vue des jeunes adultes vivant avec un PEP et des personnes intervenantes. Les objectifs sont de : 1) documenter les trajectoires résidentielles singulières, situées et contextualisées des jeunes adultes ayant vécu un PEP ; 2) explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leur capacité d'agir ; 3) explorer les perceptions des personnes intervenantes sur l'intégration et le maintien résidentiel et ; 4) à partir des points de vue ressortis, identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que les personnes intervenantes. Ainsi, la discussion présentera d'abord les principaux constats issus des résultats. Finalement, des recommandations seront formulées pour l'intervention en plus d'aborder les liens avec le travail social et les limites de la recherche.

## 6.1. Le PEP comme point tournant dans les trajectoires de soins et résidentielles

En partant de l'expérience vécue des jeunes adultes, ce mémoire montre d'abord la singularité des trajectoires résidentielles et ainsi, l'importance d'être à l'écoute des personnes concernées pour bien saisir leur histoire et leurs besoins. Cela dit, certaines similitudes se dégagent de leur vécu.

Un élément qui ressort des résultats est qu'à la suite de l'épisode psychotique, chacune des personnes interviewées a vécu une première hospitalisation, correspondant ainsi à une première entrée dans une trajectoire de soins qui bouscule différentes étapes de vie. Ensuite, à l'exception de Mélanie, l'hospitalisation après le PEP est suivie d'une ou plusieurs périodes d'instabilité résidentielle. Selon les informations recueillies chez les jeunes adultes, les transitions post-hospitalisation suivant le PEP sont rarement préparées et surviennent souvent dans l'urgence ou la contrainte, ce qui force à trouver un milieu de vie rapidement et sans préparation adéquate en amont, ce qui en fait un point tournant. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude similaire

de Roy et al. (2024) sur l'instabilité résidentielle et les trajectoires de soins qui montrent que les personnes participantes ont vécu des transitions résidentielles à la suite d'un PEP. Le lien entre le PEP et l'instabilité résidentielle est soulevé par d'autres recherches qui rapportent que chez les jeunes qui vivent un PEP, leur santé mentale peut être soit un facteur de risque d'instabilité résidentielle ou une réponse aux difficultés qu'engendre l'instabilité résidentielle en elle-même (Deschênes et al., 2021 ; Doré-Gauthier, 2016). En complément, la littérature soulève aussi que les jeunes ayant vécu un PEP et un épisode d'itinérance sont plus fréquemment hospitalisés et présentent une évolution clinique moins favorable que les jeunes ayant vécu un PEP sans itinérance (Lévesque, 2018). Cette idée appuie la complexité et l'imbrication entre les enjeux de santé mentale et l'instabilité résidentielle.

Cette idée du PEP comme point tournant est également mise en évidence par les intervenantes pour qui le PEP constitue un épisode imprévisible dans un parcours de vie. Selon elles, il entraîne des changements majeurs dans la trajectoire résidentielle qui amène les personnes à vivre le début d'une nouvelle trajectoire de soins, plusieurs transitions et des ruptures sociales.

## 6.2. Intégration et maintien résidentiel : des dimensions sociales et structurelles, au-delà de l'individuel

### *6.2.1. Les relations sociales au cœur des trajectoires résidentielles comme facilitateurs et obstacles*

Un autre des principaux constats est que les relations sociales occupent une place importante dans les trajectoires résidentielles. Qu'elles soient familiales, amoureuses, amicales ou autres, elles peuvent à la fois engendrer des ruptures et des transitions vers de nouveaux milieux de vie et inversement, peuvent soutenir le maintien en logement.

#### *6.2.1.1 Relations familiales*

Pour rappel, le PEP se présente généralement dans la période de l'adolescence et de l'entrée à l'âge adulte, période où la famille est généralement impliquée (Morin et al., 2021). Quant aux trajectoires résidentielles, les résultats présentés soulèvent que les familles, parfois en raison d'un épuisement lié aux difficultés rencontrées, peuvent précipiter ou forcer le départ du milieu familial, particulièrement à la suite d'un PEP et de conflits familiaux déjà présents (divorce ou séparation et placements). Inversement, certains jeunes ont rapporté vouloir quitter le domicile familial par

désir d'affirmer leur autonomie face à leurs proches qui présentaient des insécurités à leur égard. Ces enjeux familiaux rejoignent ce qui est documenté par Roy et al. (2013a) qui soulèvent que les jeunes vivant un PEP sont plus souvent contraints de quitter le domicile familial que les jeunes n'ayant pas vécu de PEP. Dans le même sens, l'implication des proches peut diminuer à la suite d'épisodes d'instabilité résidentielle (Lee et al., 2021) et d'enjeux reliés à la santé mentale, particulièrement lorsque des comportements dérangeants se manifestent (Roy et al., 2024). Il demeure que malgré les difficultés relationnelles, le soutien obtenu des proches est un facteur de protection important dans les trajectoires résidentielles (Roy et al., 2024). Cette idée est également rapportée par certain·es jeunes adultes qui, malgré les enjeux relationnels au départ du domicile familial, ont apprécié le soutien de leur proche dans le maintien d'un nouveau milieu de vie. Les intervenantes ont également soulevé l'appui des proches comme un facteur de protection dans les trajectoires résidentielles.

Puis, dans le cas d'Hugo et de Julian, les centres jeunesse et les enjeux familiaux sous-jacents font partie de leur trajectoire résidentielle et sont rapportés comme des obstacles. Une étude sur les jeunes placé·es rapporte qu'à la sortie de placement en centre jeunesse, 20 % vivent un épisode d'itinérance (Goyette et al., 2019). Ainsi, leur expérience permet de mettre en lumière que l'absence, la fragilité ou inversement, la présence de liens significatifs peu jouer un rôle important. Or, malgré la complexité des interactions avec le système institutionnel visant la protection des jeunes, cette même étude soutient également l'importance des proches comme filet de protection pour les jeunes placé·es afin de prévenir l'itinérance (Goyette et al., 2019).

#### *6.2.1.2 Autres relations*

Par ailleurs, les relations avec les colocataires, les conjoint·es et les propriétaires ont été rapportées comme exerçant une influence dans les trajectoires résidentielles par les jeunes adultes et les intervenantes. Ainsi, les tensions avec les colocataires, le voisinage ou les propriétaires génèrent du stress qui fragilise le maintien résidentiel et peut parfois précipiter un départ du milieu de vie. À cet effet, l'épisode de santé mentale peut augmenter le risque de stigmatisation, affectant ainsi les relations sociales (Kinson et al., 2018). Cependant, à la lumière des présents résultats, Camille rapporte le soutien d'un·e colocataire et Julian, l'impact positif de celle qu'il appelle « sa mère de rue ». Ces autres types de relations illustrent l'importance des formes de soutien autre que familiale, particulièrement lorsque ces dernières sont fragilisées. À ce propos, la littérature s'est

penchée plus précisément sur l'importance de l'aide et du soutien informel, comme les membres de la communauté locale, dans les trajectoires de soins en santé mentale (Hannigan et Allen, 2013 et Barnes et al., 2022).

### *6.2.2. Contraintes structurelles et inégalités sociales : l'accès au logement comme enjeu prédominant*

Après l'importance des relations sociales tout au long des trajectoires résidentielles, les facteurs structurels ressortent comme résultats centraux se posant principalement comme obstacles tant dans l'intégration que le maintien résidentiel. Puisque les parcours de vie s'inscrivent dans un contexte socio-historique, il demeure important de soulever cette perspective structurelle qui permet un éclairage global et contextuel quant aux difficultés vécues dans les trajectoires résidentielles. Dans le contexte socio-économique actuel, où les difficultés d'accès au logement sont documentées comme un enjeu criant depuis les dernières années (Posca et Hébert, 2023), ce mémoire montre que cette crise du logement s'avère un facteur de risque additionnel pour les jeunes adultes ayant vécu un PEP. Ces difficultés structurelles liées au logement ont été abordées autant par les jeunes que les intervenantes, révélant ainsi l'accès au logement comme un déterminant social et environnemental de la santé et du bien-être des personnes ayant vécu un PEP. Dans cette perspective, trois dimensions structurelles clés ressortent de cette étude : 1) le contexte et les conditions socio-économiques; 2) l'écart entre les besoins et l'offre en matière résidentielle et 3) la stigmatisation sociale.

#### *6.2.2.1 Le contexte et les conditions socio-économiques*

Premièrement, les conditions socio-économiques du marché du logement actuel et les difficultés d'accès au revenu sont abordées à plusieurs reprises comme des obstacles se posant dans la recherche et au choix du logement. En effet, nos résultats corroborent ceux de Latimer et Falvo (2024) qui affirment que les jeunes et les intervenantes rapportent une insuffisance des prestations sociales de dernier recours pour assurer les coûts de la vie et les loyers du marché privé. De plus, il a été soulevé que le coût élevé des loyers amène à devoir habiter dans des lieux insalubres ou plus éloignés, ce qui peut générer d'autres enjeux quant aux conditions de vie et au bien-être. Dans ce même ordre d'idées, Roy et al. (2013a) révèlent que chez des jeunes adultes vivant un PEP, les préférences résidentielles sont au second plan puisque les choix résidentiels dépendent des conditions socio-économiques qui les rendent possible. Ainsi, l'écart entre les revenus disponibles

et les coûts des logements limite les possibilités de choix et expose davantage les jeunes à des logements inadéquats, ce qui constitue un obstacle à la stabilité résidentielle.

*6.2.2.2 Écart entre les besoins et l'offre en matière résidentielle*

Deuxièmement, il a été rapporté un écart entre les besoins des jeunes adultes et l'offre en matière résidentielle. En effet, il a été soulevé par une participante qu'elle a attendu 10 ans pour obtenir un logement subventionné. Cette donnée concorde avec le rapport par Le Front d'action populaire en réaménagement urbain est un regroupement québécois (FRAPRU) à Montréal qui souligne que le délai moyen d'attente est de 5 ans et 7 mois, délai qui serait en augmentation dans plusieurs villes (FRAPRU, 2023). De plus, pour les milieux résidentiels avec services (*Custodial model, Supportive Housing, Supported housing*), les intervenantes ont rapporté le manque de places dans plusieurs milieux de vie, engendrant des pairages inadaptés aux besoins des jeunes. Ce constat est aussi rapporté dans les études de Tsai et al. (2010) sur les préférences en logement et dans celle de McAll et al. (2019) sur l'accompagnement résidentiel. Par ailleurs, d'autres obstacles majeurs à l'intégration comme au maintien, soulevés autant par les jeunes adultes que par les intervenantes, concernent le manque de flexibilité dans les critères d'accès et le temps restreint dans les milieux de vie. Il est rapporté que ces obstacles contribuent à l'instabilité résidentielle et qu'inversement, le fait de pouvoir rester longtemps dans un milieu favoriserait une stabilité résidentielle. En appui, la littérature souligne que pour les personnes intervenantes, l'accompagnement résidentiel est perçu comme une intervention complexe, puisqu'elle suppose à la fois de repérer des logements adaptés aux besoins des personnes et de coordonner un ensemble étendu de partenaires issus des milieux institutionnel et communautaire (McAll et al., 2019). En bref, l'attente pour l'accès à un milieu de vie, qu'il soit supervisé ou indépendant constitue un obstacle à l'accessibilité résidentielle et a un impact important sur les trajectoires des personnes ayant vécu un PEP.

*6.2.2.3 La stigmatisation sociale*

Troisièmement, toujours en lien avec les facteurs structurels d'accès et de maintien au logement, les jeunes et les intervenantes ont soulevé que la stigmatisation sociale est un obstacle à leur trajectoire résidentielle. Par exemple, Julian et Camille ont rapporté avoir vécu de la discrimination en lien avec des préjugés à leur égard sur l'âge, l'origine ethnique et l'identité de genres qui ont complexifié leur recherche de logements privés et publics. Quant aux intervenantes, elles rapportent avoir constaté de la stigmatisation sociale en lien avec la perception de leur famille et

des propriétaires quant aux préjugés sur la psychose, les comportements et les habiletés sociales parfois jugés hors norme socialement, entraînant une forme de rejet qui nuit l'intégration et le maintien en logement. Partant de ce constat, il est possible d'établir des liens avec la littérature qui documente la stigmatisation vécue, particulièrement lors de la recherche de logement privé ou autonome (Tsai et al., 2010; St-Jacques et al., 2018) et le constat que chez les jeunes vivant un PEP, les expériences discriminatoires et stigmatisantes se produisent particulièrement dans les relations sociales avec autrui (Kinson et al., 2018).

Par ailleurs, Deschênes et al. (2021) rapportent que l'instabilité résidentielle en elle-même peut générer davantage d'exclusion sociale chez les jeunes adultes vivant un PEP, compromettant ainsi leur participation sociale. Dans cette même lignée, Aïach (2004) développe le phénomène d'amplification des inégalités sociales, selon lequel les personnes cumulant déjà plusieurs désavantages sociaux sont susceptibles de subir plus lourdement les effets d'une nouvelle épreuve ou d'un événement défavorable. Cette logique d'effet cumulatif permet de mieux comprendre la situation en logement des jeunes ayant vécu un PEP qui sont déjà susceptibles d'être confronté·es à de la stigmatisation sociale. Elle permet aussi de mettre en lumière les principaux obstacles structurels qui se présentent dans leur recherche et leur maintien eu logement, soit les conditions socio-économiques difficiles, un manque de logements adaptés à leur situation et de la discrimination. Comme soulevé par Bellot (2000), les interactions avec les institutions et les structures sociales peuvent alimenter les mécanismes d'exclusion auxquels sont confrontés les personnes marginalisées. Afin de mettre davantage en lumière les interactions entre les systèmes d'oppression, l'expérience vécue d'un PEP et les trajectoires résidentielles, l'intersectionnalité s'avère un cadre théorique complémentaire à prendre en considération pour les prochaines études (Collins et Bilge, 2016), tel qu'appliqué dans l'étude de Gaudet (2022), portant sur les voix des femmes en situation d'itinérance en Outaouais. Ainsi, les obstacles d'accès et de maintien résidentiel vécus par les jeunes adultes ayant vécu un PEP ne relèvent pas uniquement de leur situation individuelle, mais s'inscrivent dans un ensemble de mécanismes sociaux et structurels qui doivent être pris en compte pour éviter d'individualiser les problématiques relatives au logement et de sur-responsabiliser les personnes concernées.

## 6.3. La réappropriation du milieu de vie comme reprise de pouvoir d'agir

Dans le cadre de ce mémoire, la mise en valeur de l'expérience vécue par l'approche biographique a permis de comprendre la réappropriation des concepts de « stabilité » et d'« instabilité » résidentielle par les jeunes adultes afin de les mettre en dialogue avec les savoirs pratiques des intervenantes.

Il ressort principalement de cette analyse que la stabilité et l'instabilité résidentielles ne sont pas nécessairement définies de la même manière chez les deux groupes. En effet, les intervenantes associent généralement la stabilité résidentielle aux capacités d'autonomie, aux conditions matérielles et au maintien concret du logement. Pour leur part, les jeunes adultes abordent leur expérience vécue du logement davantage à partir du sentiment de sécurité, du choix et de la possibilité de se sentir chez soi. Cette distinction illustre que la stabilité résidentielle ne renvoie pas seulement au fait de conserver un lieu physique et matériel, mais aussi à l'expérience subjective et dynamique d'habiter et de s'approprier un milieu de vie (Sylvestre et al., 2001). Ce constat concorde avec les études de Kidd et Evans (2011) et de Nelson et al. (2007) qui soulèvent que le contrôle sur le milieu de vie favorise sa réappropriation. D'ailleurs, Kidd et Evans (2011) et Piat et al. (2008) soulignent l'importance de l'accès à une diversité de milieux de vie afin de permettre ce sentiment de contrôle et de choix. Ainsi, le choix du milieu de vie demeure un levier important pour la stabilité résidentielle et pour la reprise du pouvoir d'agir chez les jeunes adultes dans leur trajectoire résidentielle, mais il reste fortement influencé par les conditions matérielles, les revenus disponibles et les logements accessibles. Enfin, cette différence entre les propos des jeunes adultes et ceux des personnes intervenantes montre que, pour les personnes concernées, l'instabilité résidentielle n'équivaut pas nécessairement à « précarité » dans l'instance où cette instabilité reflète parfois un choix, une manière de vivre et une stratégie pour exprimer son autonomie.

## 6.4. Implications et recommandations pour l'intervention en matière de logement pour les jeunes adultes vivant un PEP

Pour rappel, l'un des objectifs de ce mémoire est d'identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que chez les personnes intervenantes en se basant sur leurs savoirs expérientiels. Ainsi, les différentes recommandations ci-dessous s'appuient sur la littérature et sur les données de cette

recherche, mais plus précisément sur les pistes de réflexion et les conseils recueillis auprès des jeunes adultes et des intervenantes. Afin de présenter une vue d'ensemble, le **Tableau *6*** synthétise les recommandations, regroupées selon trois niveaux d'action : l'intervention individuelle, l'organisation des services et les politiques sociales. Ces niveaux d'action sont à prendre en considération pour la pratique du travail social car concerne directement les personnes qui accompagnent les jeunes ayant vécu un PEP.

**Tableau 6**

*Synthèse des recommandations pour favoriser l'intégration et le maintien résidentiel*

| | |
|---|---|
| Intervention individuelle | • Accompagnement adapté et flexible basé sur les forces et sur le pouvoir d'agir<br>• Renforcer l'intervention en réseau |
| Organisation de services | • Arrimage des services résidentiels, en santé mentale et en dépendance<br>• Adapter les critères et les milieux de vie aux besoins des jeunes adultes vivant un PEP<br>• Mieux planifier les transitions<br>• Favoriser un accompagnement socio-professionnel et le développement des opportunités sociales |
| Politiques sociales | • Améliorer les conditions d'accès au logement pour favoriser la stabilité résidentielle<br>• Renforcer l'accès aux droits au logement |

### *6.4.1. Intervention individuelle : soutenir, sans nuire*

*6.4.1.1 Accompagnement adapté et flexible basé sur les forces et sur le pouvoir d'agir*

Ce que les données permettent de soulever, c'est qu'un accompagnement résidentiel adapté et flexible convient davantage aux besoins des jeunes adultes et qu'inversement, il peut être perçu comme un obstacle à l'autonomie si les besoins ne sont pas respectés (McAll et al., 2019). Ce constat est rapporté par la majorité des jeunes adultes qui soulignent vivre une diversité de trajectoires et d'expériences différentes. C'est d'ailleurs l'une des principales recommandations que les jeunes ont formulées à l'égard des personnes intervenantes. Pour les intervenantes

interviewées, le soutien résidentiel est également perçu comme un facteur de protection important. Ces informations font écho à plusieurs études ayant approfondi l'intervention en contexte résidentiel qui concluent aux apports positifs de ce type d'accompagnement (Nolin et Jetté, 2014; Dorvil et Boucher-Guèvremont, 2013; Nelson et al., 2007; St-Jacques et al., 2018).

De plus, comme suggéré en majorité par les intervenantes, en accompagnement résidentiel, il est important d'adopter une approche centrée sur le pouvoir d'agir. La réappropriation du pouvoir d'agir renvoie à l'idée que « les personnes concernées doivent être au cœur de la définition du changement anticipé » (Le Bossé et al., 2002, p.185). Ce principe s'inscrit dans une posture qui reconnaît la légitimité des savoirs issus de l'expérience vécue. Par ce passage, Godrie (2014) met en garde contre les dérives d'une conception hiérarchique des savoirs dans le domaine de la psychiatrie :

> Lorsque les membres […] s'inscrivent dans une conception hiérarchique des savoirs et postulent que leurs propres savoirs sont en haut de cette hiérarchie ou qu'ils adoptent une posture d'impérialisme épistémique, le savoir d'expérience des uns est réduit à un savoir purement individuel et le savoir clinique et académique des autres est réduit à un savoir déconnecté de l'expérience de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale. (p.418)

Afin de prévenir cette dérive, il est essentiel que les personnes intervenantes reconnaissent que les jeunes adultes peuvent définir différemment les problèmes vécus et les solutions souhaitées. Cela implique de valider avec les personnes accompagnées leur compréhension de la situation, leurs besoins et les pistes d'action envisagées, et ce, afin de reconnaître la légitimité de leur expérience vécue et de favoriser une co-construction entre les savoirs expérientiels et professionnels.

Dans le même ordre d'idées, autant les jeunes adultes que les intervenantes rapportent l'importance pour les jeunes adultes de recevoir un accompagnement dans l'établissement d'une liste de priorités qui favoriserait l'organisation et renforcerait, comme abordé précédemment, le pouvoir d'agir dans la prise de décision. De plus, la valorisation des forces dans les étapes d'adaptation en milieu résidentiel a été soulevée comme importante par les jeunes adultes. En bref, lorsqu'il respecte le rythme et les besoins de la personne, l'accompagnement dans les trajectoires résidentielles est un levier tant dans l'accès que pour le maintien résidentiel.

*6.4.1.2 Renforcer l'intervention en réseau*

À la lumière des informations sur l'impact des dynamiques sociales sur les trajectoires résidentielles, telles qu'abordées au point 6.2.1, l'accompagnement par l'utilisation de l'approche par réseau serait pertinent afin de renforcer la collaboration entre les familles, les équipes de soins et l'aide informelle. L'inclusion des proches dans l'intervention sociale a été démontrée comme pertinente tant dans l'accompagnement dans les trajectoires de soins que des trajectoires résidentielles (Morin et al., 2021; Morin et Proulx, 2023; Hannigan et Allen, 2013; Barnes et al., 2022). Considérant les présents résultats de ce mémoire, l'intégration et la collaboration avec les familles sont d'autant plus importantes lors de l'accompagnement dans les transitions résidentielles, qui correspondent à un moment vulnérable aux conflits familiaux.

### *6.4.2. Vers une organisation de services intégrée pour répondre aux besoins résidentiels*

*6.4.2.1 Arrimage des services résidentiels, en santé mentale et en dépendance*

Les résultats montrent également que, chez les jeunes adultes ayant rapporté des enjeux de dépendance, ces derniers ont un impact à la fois sur leur trajectoire résidentielle et leur santé mentale. Dans ce contexte, la citation d'Hugo l'illustre clairement : « Je pense que de consommer, c'est une des pires affaires pour garder un logement. Surtout si tu as des problèmes en santé mentale ». Puis, selon Giguère et al. (2019), les jeunes vivant avec un TSM en contexte d'itinérance, tout comme les personnes intervenantes, rapportent que l'insuffisance des ressources en santé mentale les force souvent à se débrouiller seul·es devant les difficultés d'accès aux services.

Ainsi, pour améliorer cet accès jugé difficile dans ce contexte de triple problématique, une équipe spécialisée à Montréal nommée EQIIP SOL a fait l'objet d'une étude par Doré-Gauthier et al. (2019). Comme expliqué précédemment dans la section 2.1.3, cette équipe combine des services en logement et en dépendance qui sont intégrés à des services d'une clinique PEP. Or, ce modèle de service est intéressant afin d'offrir des services plus spécialisés et adaptés à ces jeunes. Dans le même ordre d'idées, un programme a récemment été déployé en 2025 par le palier provincial dans différentes régions au Québec le programme de réaffiliation en itinérance et en santé mentale (PRISM) visant à offrir aux personnes en situation d'itinérance, des milieux transitoires ainsi qu'un accompagnement médical et psychosocial (Coalition avenir Québec, 2025). Suivant ces initiatives,

il serait intéressant de les développer davantage à l'échelle provinciale tout en amélioration l'arrimage avec les services en dépendance et en logement spécifiquement pour les jeunes vivant un PEP. Une telle approche favoriserait l'accès et le maintien en logement et éviterait la segmentation des problématiques et le travail en silos.

*6.4.2.2 Adapter les critères et les milieux de vie aux besoins des jeunes adultes vivant un PEP*

Comme abordé précédemment, plusieurs jeunes adultes vivant un PEP présentent des besoins différents et variés. Puis, comme le démontrent les résultats, tous ont des parcours de vie différents, provenant de milieux socio-économiques différents et présentant des forces et des enjeux différents. Dans cette perspective, l'une des recommandations serait d'assouplir certains critères d'accès et de fonctionnement des milieux de vie, notamment en tenant compte du rythme de chaque personne (McAll et al., 2019) ou comme proposé plus haut, de permettre une diversité de milieux de vie (Kidd et Evans, 2011; Piat et al., 2008). De manière plus pratique, une des intervenantes propose de renforcer les instances démocratiques dans les milieux de vie afin de permettre de meilleurs compromis entre les règles du milieu et les besoins des personnes usagères. Cette suggestion pourrait renforcer l'adéquation entre les règles du milieu et les besoins des jeunes adultes dans les services.

*6.4.2.3 Mieux planifier les transitions*

Comme relaté à travers des parcours de vie, les jeunes adultes peuvent être exposés à plusieurs moments critiques pour l'instabilité résidentielle; sortie d'hôpital, départ du domicile familial, fin de séjour en milieu résidentiel transitoire, fin de services en centre de thérapie en dépendance ou sortie du placement en centre jeunesse. Les sorties d'un système public, tels que les milieux hospitalier, judiciaire et de protection de l'enfance peuvent créer des conditions menant vers les situations d'itinérance si elles sont mal planifiées (Gaetz et al., 2026). À cet effet, le programme de qualification des jeunes (PQJ) offre un suivi personnalisé pour les jeunes issus de la DPJ afin de développer leur autonomie dans cette transition (Gouvernement du Québec, 2025). À l'image du PQJ, il serait intéressant de renforcer les services permettant un accompagnement individualisé visant à planifier les transitions résidentielles. À cet effet, renforcer et favoriser l'accessibilité aux cliniques PEP dès l'hospitalisation afin de planifier la transition post-hospitalisation pourrait être bénéfique. De plus, comme soulevé précédemment, favoriser le travail en partenariat avec les milieux communautaires (Morin et Proulx, 2023), les familles et les proches (Morin et al., 2021),

ainsi que des personnes paires aidantes (Pires de Oliveira Padilha et al., 2023) permettrait également de renforcer le filet social lors des transitions importantes.

#### *6.4.2.4 Favoriser un accompagnement socio-professionnel et le développement des opportunités sociales*

Une autre recommandation des jeunes adultes formulés *pour* les jeunes adultes est de renforcer l'implication dans d'autres sphères de vie afin de favoriser l'émancipation, de travailler l'activation et de créer l'espoir dans ces épreuves difficiles. Hugo l'exprime clairement : « Avoir des projets de vie, c'est important aussi. Un retour aux études ou une réinsertion en emploi ». Les intervenantes ont réitéré cette piste d'action. Comme rapporté également par Roy et al. (2013a), l'indépendance résidentielle dépend des opportunités financières, sociales, professionnelles et éducatives. À titre de piste de réflexion, les milieux de vie pourraient travailler en collaboration et promouvoir des milieux qui offrent des programmes d'insertion en emploi de type *Individual Placement and Support* (IPS), approche visant un suivi personnalisé en insertion en emploi qui tient compte des choix de la personne (Latimer et al., 2014).

### ***6.4.3. Des politiques publiques pour favoriser le choix, l'accès et le maintien en logement***

#### *6.4.3.1 Améliorer les conditions d'accès au logement pour favoriser la stabilité résidentielle*

Les résultats montrent que les trajectoires résidentielles des jeunes adultes sont fortement influencées par les conditions structurelles dans lesquelles elles s'inscrivent. Gaetz et al. (2026) soulèvent que la majeure partie des investissements en itinérance au Canada concernent des mesures d'urgence. Or, comme soulevé par la majorité des jeunes adultes et des intervenantes rencontrées, renforcer davantage l'investissement dans différents types de logement, particulièrement dans le logement abordable, est une orientation souhaitée. Léandre l'exprime ainsi : « Durant la crise du logement, ce serait de subventionner le logement social abordable » (Léandre). À cet effet, il importe de rappeler, comme le font Gaetz et al. (2026) que : « La responsabilité de la prévention structurelle relève de tous les paliers administratifs – fédéral, provincial, territorial, municipal » (p.7). Ainsi, des interventions politiques concertées entre les différents paliers peuvent favoriser des politiques publiques qui valorisent l'accès et le maintien en logement, quels que soient les types de logement. Par ailleurs, il en ressort des propos des jeunes adultes comme des intervenantes que les obstacles administratifs liés à des programmes sociaux, comme celui de l'aide-sociale, sont des enjeux importants pour la stabilisation en

logement. Ainsi, il serait intéressant de renforcer l'accès à des services d'accompagnement personnalisés et accessibles, offerts par les programmes eux-mêmes. Une plus grande accessibilité constituerait un levier, particulièrement chez les personnes en situation de vulnérabilité. Dans la même lignée, comme rapporté par deux intervenantes, il demeure important que le programme de supplément au loyer Québec (PSLQ) soit davantage accessible puisqu'il permette une alternative intéressante au logement abordable. Reliés aux mêmes critères d'admissibilité que ceux du loyer modique, ce programme vise à soutenir les ménages à faible revenu par le versement d'une aide mensuelle permettant d'alléger les coûts liés au logement (Latimer et Falvo, 2024). En effet, puisque les besoins en logement varient au cours des trajectoires résidentielles, la PSLQ permet, en octroyant une subvention par individu ou ménage, une mobilité résidentielle répondant à une perspective dynamique et flexible de la stabilité en logement (Sylvestre et al., 2001). Ainsi, les personnes peuvent bénéficier de l'autonomie de choisir leur milieu de vie, favorisant le bien-être résidentiel selon les besoins. Ce programme relativement récent fait l'objet de quelques recherches qui en rapportent les points positifs, mais aussi négatifs, entre autres, des critères d'accès restrictifs (Latimer et Falvo, 2024). Or, cette option est intéressante pour les jeunes adultes vivant un PEP puisqu'elle valorise la prise de décision et l'autonomie.

*6.4.3.2 Renforcer l'accès aux droits au logement*

Une autre donnée ressortie par Hugo, mais non négligeable, concerne l'importance du droit au logement : « Moi, je pense qu'un logement, ça devrait être un droit de base ». La financiarisation croissante du marché résidentiel contribue aux enjeux d'accès et de maintien résidentiel : délogement, éviction et rénoviction, diminuant ainsi l'accès aux logements abordables sur le marché par des logements plus chers (Schwan, 2026). Dans ce contexte, il importe de se pencher sur des mesures législatives structurelles permettant de limiter la financiarisation et d'assurer le respect du droit au logement. À titre d'exemple, au Pays de Galles, une mesure a été adoptée en 2014, obligeant les instances municipales à prêter assistance aux personnes à risque d'itinérance dans un délai défini pour trouver un logement, habitable pour un minimum de six mois (Hughes, 2026). Un tel exemple législatif pourrait alimenter la réflexion canadienne sur les mécanismes de prévention de l'itinérance et de protection du droit au logement.

De plus, tel que rapporté en exemple par les jeunes adultes, des enjeux en logement se présentent dans des contextes de conflits entre locataires et propriétaires. À ce propos, le Tribunal

administratif du logement (TAL) offre des services de conciliation gratuitement (TAL, s.d.). Ainsi, une dernière recommandation serait de rendre le service de conciliation du TAL plus connu et plus accessible comme levier de maintien résidentiel, spécialement pour les jeunes adultes vivant un PEP qui rencontrent des obstacles à la compréhension des démarches juridiques et à la défense de leurs droits en logement.

## 6.5. Les limites et forces de l'étude

Certaines limites, notamment sur les plans méthodologique, épistémologique et théorique doivent être mentionnées. Sur le plan méthodologique, après un processus ardu de recrutement lors de la phase A de la recherche, un échantillon de cinq jeunes adultes a été constitué, ce qui correspond à un petit échantillon. De plus, l'échantillon des jeunes adultes vivant en milieu urbain est surreprésenté par rapport aux jeunes vivant en milieu rural. À cet effet, il aurait été intéressant d'avoir une diversité territoriale, incluant les milieux périurbains, puisque les réalités liées à l'accessibilité aux services varient selon les régions. De plus l'échantillon ne permet pas de rendre compte de l'expérience de personnes vivant avec différents facteurs de discrimination (p. ex., personnes autochtones ou vivant avec un handicap physique). Ensuite, trois intervenantes rencontrées proviennent du même milieu de travail. Quoique chaque intervenante ait apporté des nouvelles idées, il importe de considérer qu'elles se sont possiblement consultées, ce qui peut avoir influencé leurs réponses.

Sur le plan théorique, ce mémoire ne mobilise pas directement le concept de rétablissement, en raison de son caractère difficile à définir et des limites que son utilisation peut soulever (Roy, 2019). En raison des contraintes reliées à l'espace de ce travail de mémoire, il a plutôt été choisi de centrer l'analyse sur le vécu des trajectoires résidentielles, les expériences vécues et les conditions sociales qui influencent l'intégration et le maintien en logement.

Enfin, ce mémoire comporte plusieurs angles morts qui permettent d'identifier certaines pistes pour des futures recherche. Plus précisément, le premier concerne le manque de données sur l'impact des transitions entre les milieux carcéraux et résidentiels des jeunes adultes vivant un PEP puisque les sorties des milieux carcéraux augmentent le risque d'instabilité résidentielle (Berberi et al., 2025). Ensuite, l'impact des différentes procédures judiciaires et mesures légales fréquemment présentes dans les trajectoires de soins a été peu exploré dans ce mémoire,

notamment les gardes en établissement, l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, c. P-38.001), ainsi que les différentes ordonnances (hébergement, traitement). Ces processus, qui peuvent parfois constituer une porte d'entrée vers une trajectoire de soins (Lee et al., 2021), peuvent aussi avoir des effets sur les trajectoires résidentielles. Finalement, les enjeux d'immigration et ceux des réalités autochtones n'ont pas abordés. Pourtant, ces réalités sociales peuvent influencer les trajectoires résidentielles, en raison des enjeux et des inégalités systémiques. Ainsi, puisque le sujet de l'instabilité résidentielle est multifactoriel et complexe, de futures recherches pourraient approfondir ces dimensions afin de mieux comprendre les mécanismes d'exclusion sociale et renforcer leur intégration et maintien résidentiel.

Malgré ces limites, cette étude comporte aussi des forces pour le développement des connaissances sur les expériences vécues et trajectoires résidentielles des personnes ayant vécu un PEP. Le fait de mettre en dialogue les savoirs des personnes concernées et des personnes intervenantes offre une analyse riche, permettant de mieux comprendre la problématique à l'étude. La manière dont les résultats ont été présentés vise à rester fidèle à cette volonté de mettre au premier les voix des personnes ayant l'expérience vécue d'un PEP. Sur le plan épistémique (Godrie, 2014), cette stratégie concorde avec les valeurs du travail social. Ce mémoire est le fruit d'un constat personnel qui provient du terrain (de mon travail auprès des personnes vivant avec un PEP), ainsi que d'une prise de conscience du manque de reconnaissance des savoirs expérientiels dans les écrits pour mieux comprendre les trajectoires résidentielles spécifiques à cette population. Ainsi, en plus de proposer un modèle théorique intégrant les facteurs individuels, relationnels et structurels dans l'analyse biographique des trajectoires, cette recherche comble un angle mort dans la littérature, car elle propose des recommandations concrètes provenant des personnes participantes : jeunes adultes et personnes intervenantes.

# CONCLUSION

Le présent mémoire avait pour objectif de mieux comprendre les trajectoires résidentielles des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP, en croisant leur perception avec celle des personnes intervenantes œuvrant auprès de cette population. L'utilisation du cadre conceptuel du parcours de vie a permis de relever les transitions, les points tournants et l'impact de la problématique en lien avec des facteurs individuels, relationnels et structurels qui les influencent. Un modèle théorique heuristique est proposé dans ce mémoire (voir le cadre conceptuel) afin d'inclure ces différentes dimensions dans l'analyse des trajectoires des personnes concernées. L'outil principalement utilisé été des entretiens semi-dirigés, inspirés de l'approche biographique. Plus précisément, les sous-objectifs étaient de 1) documenter les trajectoires résidentielles singulières, situées et contextualisées des jeunes adultes ayant vécu un PEP; 2) explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir; 3) explorer les perceptions des personnes intervenantes sur l'intégration et le maintien résidentiel; 4) à partir des expériences de ces deux populations, identifier les enjeux et les besoins en lien avec l'intégration et le maintien résidentiel chez les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP ainsi que les personnes intervenantes.

Les résultats de ce mémoire soulignent la singularité des trajectoires résidentielles, tout en révélant quelques points convergents. Il importe d'abord de préciser que chaque jeune adulte a démontré une résilience importante et une réappropriation authentique de son vécu. Le premier constat est que le PEP agit comme un point tournant dans les trajectoires de soins et résidentielles. Pour toutes les personnes participantes, il a engendré une hospitalisation et pour la plupart d'entre elles, a entraîné ou accentué une période d'instabilité résidentielle. Ainsi, les transitions post-hospitalisation sont peu planifiées et vécues dans l'urgence et la contrainte, pouvant mener à une intégration résidentielle précipitée ou peu adaptée à leurs besoins.

Le deuxième constat est que l'intégration et le maintien résidentiel relèvent de certains facteurs individuels, tels que l'état de santé mentale, la gestion du quotidien, la consommation et l'autonomie, mais surtout de facteurs relationnels et structurels. Sur le plan relationnel, les relations familiales sont soulevées à la fois comme des leviers et des obstacles dans les trajectoires résidentielles. D'une part, elles sont considérées comme un filet de protection quant au soutien

matériel et émotionnel dans les différentes transitions résidentielles. D'autre part, ces relations sont aussi considérées comme source de conflits et de tensions, précipitant parfois le départ du milieu familial. La qualité des relations avec les pair·es, les colocataires, le voisinage et les personnes intervenantes ont aussi des impacts sur les trajectoires résidentielles. Ensuite, sur le plan structurel, plusieurs obstacles ont été soulevés : le coût élevé des loyers, le manque de logements abordables, les listes d'attente, les critères d'admissibilité et la disponibilité limitée pour certains milieux de vie. De plus, la stigmatisation a été identifiée comme un obstacle pouvant limiter l'accès à certains logements ou services. Ainsi, les conditions de vie limitent concrètement les choix, l'accès et le maintien au logement pour les jeunes adultes.

Le troisième constat concerne la réappropriation du milieu de vie comme levier de reprise de pouvoir d'agir. En ce sens, l'expérience vécue des jeunes adultes permet de comprendre que la stabilité résidentielle ne renvoie pas uniquement au fait de conserver un logement, mais surtout à la possibilité de s'approprier leur chez soi. De plus, la définition de la stabilité et de l'instabilité diffère entre les jeunes adultes et les personnes intervenantes. Malgré les facteurs structurels compliquant l'accès au logement, l'un des principaux leviers soulevés à cette effet concerne l'importance d'offrir une diversité de milieux de vie afin de permettre plus de choix, favorisant ainsi leur pouvoir d'agir dans leur trajectoire résidentielle.

Ces constats permettent de dégager des implications importantes pour l'intervention sociale. Sur le plan de l'intervention individuelle, il demeure important que l'accompagnement résidentiel soit flexible, adapté aux besoins des jeunes, centré sur les forces, valorisant le pouvoir, tout en collaborant avec le réseau de soutien. À l'échelle de l'organisation des services, les résultats mettent en lumière la nécessité d'un meilleur arrimage entre les différents services, l'adaptation des critères des milieux de vie aux besoins spécifiques, une meilleure planification des transitions et un accompagnement permettant le développement d'opportunités sociales. Plus largement sur le plan des politiques sociales, il importe de mieux prendre en compte les réalités des jeunes adultes, d'améliorer des conditions d'accès au logement et de renforcer l'accès aux droits au logement.

Dans une perspective de justice sociale, au cœur de la profession du travail social, le cadre des parcours de vie et l'approche biographique vise à mettre de l'avant le vécu expérientiel des jeunes adultes et des personnes intervenantes. Cette valorisation de leur savoir expérientiel s'inscrit dans

les valeurs de la profession, notamment par l'importance accordée au développement du pouvoir d'agir par la reconnaissance des ressources et des capacités propres aux personnes et aux communautés (Khoury et Chaput, 2021; OTSTCFQ, 2013). Les propos démontrent que par leur vécu, les jeunes adultes ont développé une résilience importante et une introspection riche sur leur propre parcours et leurs propres solutions. Par ailleurs, les recommandations soulevées dans cette la discussion répondent aux valeurs de l'intervention en travail social : travailler à la croisée de l'individu et de son environnement social (Turcotte, 2019) et soutenir l'accessibilité aux services et accompagner dans le respect et la défense de leurs droits (OTSTCFQ, 2013).

Pour terminer, il importe de rappeler que dans son rapport de 2024-2025, la première défenseure fédérale du logement au Canada souligne que : « La crise du logement demeure l'un des défis sociaux et économiques les plus pressants auxquels le pays est confronté, nécessitant une action gouvernementale immédiate et coordonnée » (Commission canadienne des droits de la personne, 2025, p.1). Dans cette perspective, les résultats de ce mémoire démontrent que les trajectoires résidentielles des jeunes adultes ayant vécu un PEP ne peuvent être dissociées des conditions sociales, économiques et structurelles qui influencent l'accès au logement. Favoriser leur stabilité résidentielle exige des réponses adaptées, coordonnées et en considération de leur expérience vécue afin de soutenir non seulement l'accès à un logement, mais aussi l'appropriation d'un milieu de vie adapté à leurs besoins.

# RÉFÉRENCES

Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T. et Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *108*(4), 285–289. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00153.x

Aïach, P. (2004). Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. *Santé, Société et Solidarité, 2*, 39–47. https://doi.org/10.3406/oss.2004.992

American Psychiatric Association. (2015). *Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques dans DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*traduit par* J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.

Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, *26*(1), 5–31. https://doi.org/10.7202/1085396ar

Anderson, K. K. et Edwards, J. (2020). Age at migration and the risk of psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(5), 410–420. https://doi.org/10.1111/acps.13147

Anderson, K. K., Fuhrer, R., Abrahamowicz, M. et Malla, A. K. (2012). The incidence of first-episode schizophrenia-spectrum psychosis in adolescents and young adults in Montreal: An estimate from an administrative claims database. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(10), 626–633. https://doi.org/10.1177/070674371205701007

André, A., Martin, J., Chauvet-Gelinier, J.-C. et Chahraoui, K. (2021). Approche qualitative et phénoménologique du premier épisode psychotique : vécu traumatique et transformation identitaire, quelques résultats préliminaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 69*(6), 297–301. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.04.012

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through early twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469

Association canadienne pour la santé mentale. (2016). *Le logement : Un déterminant majeur de la santé mentale*. https://acsmmontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/ACSM-rapport-logement-sante-mentale.pdf

Auclair, I., St-Georges, J., Suelves Ezquerro, L. et Gonzalez Bautista, N. (2023). Analyse féministe de la positionnalité : réflexions depuis des expériences d'enseignement et de recherche en contexte québécois. *Les cahiers du CEDREF, 26*. https://doi.org/10.4000/cedref.1981

Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données : le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors-série*(2), 98–114. https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/CBaribeau%20HS2-issn.pdf

Barnes, S., Carson, J. et Gournay, K. (2022). Enhanced supported living for people with severe and persistent mental health problems: A qualitative investigation. *Health & social care in the community, 30(*6), e4293–e4302. https://doi.org/10.1111/hsc.13822

Beaubatie, E. (2023). Savoirs multisitués : Les reliefs de la positionnalité. *Raisons Politiques*, *89*(1), 25. https://doi.org/10.3917/rai.23.0025

Bellot, C. (2000). La trajectoire : Un outil dans la compréhension de l'itinérance. Dans D. Laberge (dir.), *L'errance urbaine* (p. 101–119). Éditions MultiMondes.

Benetti, C. et Morin, P. (2021). *Étude sur les besoins en logements sociaux des personnes souffrants d'un problème de santé mentale de la MRC Marguertie-D'Youville et de Boucherville*. Université de Sherbrooke. https://www.arcencieldesseigneuries.org/aecs/wp-content/uploads/2021/12/Etude-sur-les-besoins-en-logements-sociaux.pdf

Berberi, M., Gervais, I., Crocker, A. et Roy, L. (2025). *Les pratiques de prévention de l'itinérance liée aux processus judiciaires et correctionnels au Québec : un repérage de l'environnement*. Collectif québécois pour la prévention de l'itinérance. https://static1.squarespace.com/static/61afc0ec1c1d11367b43f22b/t/69276b26c64cdd6c9f7c55d0/1764191014565/Scan+environnemental+-+processus+judiciaires+et+correctionnels.pdf

Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H. et Boily, M. (2019). L'exercice du travail social dans le champ de la santé mentale : repères historiques, politiques et pratiques. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : Apprendre, comprendre, s'engager* (1re éd., p. 11–32). Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.2307/j.ctvjk2vfh.9

Berthelot, J-M. (2000). Épistémologie et sociologie de la connaissance scientifique. *Cahiers internationaux de sociologie*, *119,* 221–234. http://www.jstor.org/stable/40690855

Bertulies-Esposito, B. et Abdel-Baki, A. (2019). Éléments essentiels pour l'implantation à grande échelle de programmes d'intervention précoce pour premiers épisodes psychotiques en francophonie : l'exemple du Québec. *L'information psychiatrique*, *95*(2), 95–101. https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-2-page-95?lang=fr

Bertulies-Esposito, B., Sicotte, R., Iyer, S. N., Delfosse, C., Girard, N., Nolin, M., Villeneuve, M., Conus, P. et Abdel-Baki, A. (2021). Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment ? *Santé mentale au Québec, 46*(2), 45–83. https://doi.org/10.7202/1088178ar

Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, *156*(6), 12–21. https://doi.org/10.3917/inso.156.0012

Bornheimer, L. A., Wojtalik, J. A., Li, J., Cobia, D. et Smith, M. J. (2021). Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophrenia Research*, *228*, 298–304. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.025

Boucher, A. (2024). *Le boulet de la crise du logement : Rapport du coup de sonde exploratoire sur les liens entre crise du logement chez les membres des ressources alternatives*. Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec. https://www.rrasmq.com/documents/presse/CDP_5mai_Coup-de-sonde-Logement-et-sante-mentale.pdf

Bourgeois, I. (dir.). (2021). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (7e éd.). Presses de l'Université du Québec.

Bourque, M., Grenier, J., Pelland, D. et St-Germain, L. (2016). L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : quelles perspectives?. *Sciences et Actions Sociales*, *4*(2), 31–50. https://doi.org/10.3917/sas.004.0031

Braun, A., et Evrard, R. (2023). La réappropriation des voix : mésententes et malentendus dans le champ des hallucinations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 181*(6), 540–545. https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.05.005

Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (8), 7–36. https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v8/HS8_Burrick.pdf

Campenhoudt, L. V. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Carpentier, N. et White, D. (2013). Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation. *Sociologie et sociétés, 45*(1), 279–300. https://doi.org/10.7202/1016404ar.

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. (s. d.). *Outils pour repérer et prévenir l'instabilité résidentielle*. CREMIS. https://cremis.ca/publications/dossiers/outils-de-reperage-de-linstabilite-residentielle/

Charron-St-Pierre, C. (2020). *L'expérience subjective de la psychose : récits et trajectoires de jeunes d'Auberges du coeur* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. https://doi.org/10.71781/24917

Charruault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. *Informations sociales*, 201, 10–13. https://doi.org/10.3917/inso.201.0010Choi, H. et Oishi, S. (2020). The psychology of residential mobility: a decade of progress. *Current Opinion in Psychology*, *32*, 72–75. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.008

Christodoulou, N., Laaidi, K., Fifre, G., Lejoyeux, M., Akaoui, M. A. et Geoffroy, P. A. (2023). Vagues de chaleur et santé mentale: étude de l'effet sur les troubles psychiatriques. *Médecine du Sommeil, 20*(4), 254. https://doi.org/10.1016/j.msom.2023.10.032

Coalition avenir Québec. (2025, 25 septembre). *Ouverture officielle du programme de réaffiliation en itinérance et en santé mentale (PRISM) en Outaouais*. https://coalitionavenirquebec.org/fr/blog/2025/09/25/ouverture-officielle-du-programme-de-reaffiliation-en-itinerance-et-en-sante-mentale-prism-en-outaouais/

Collin, J. et Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales, 19*(2), 25–33. https://doi.org/10.7202/016048ar

Collins, P. H. et Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.

Commission canadienne des droits de la personne. (2025). *Pour inspirer une action judicieuse – Rapport annuel 2024-2025 de la défenseure fédérale du logement au ministre*. https://www.ccdp-chrc.gc.ca/sites/default/files/documents/rapport-annuel-2024-2025-de-la-defenseure-federale-du-logement.pdf

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf

Corin, E., Poirel, M.-L. et Rodriguez, L. (2011). *Le mouvement de l'être : Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Presses de l'Université du Québec. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/2134_9782760530737.pdf

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R. et Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin, 40*, S285–S294. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007

Côté, P.-B., Bellot, C., Chesnay, C., Flores-Aranda, J., Fontaine, A., Greissler, E., Grimard, C., Labrecque-Lebeau, L., MacDonald, S.-A., Ouellet, G., Pariseau-Legault, P. et Namian, D.

(2023). *La pluralité des trajectoires de vie chez les hommes en situation d'itinérance : Mieux comprendre pour mieux arrimer les activités de prévention et d'intervention à leurs besoins*. Fonds de recherche du Québec – Société et culture. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2023/06/rapport-final_hommes-itinerance_vfinale.pdf

Côté, S. (2002). *Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55199

Cyr, E. (2009). *De l'action collective à l'emprise institutionnelle : L'apport des psychiatrisés dans la vision du rétablissement en santé mentale* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa].

Deschênes, J. M., Roy, L., Girard, N. et Abdel-Baki, A. (2021). Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance ? *Santé mentale au Québec, 46*(2), 189–216. https://doi.org/10.7202/1088183ar

Desmarais, D. (2021). L'approche (auto)biographique : Finalités plurielles, enjeux actuels. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale* (7e éd., p. 297-317). Presse de l'Université du Québec.

Desmarais, D. et Gusew, A. (2021). L'approche biographique et l'approche narrative : contributions à l'intervention sociale : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, *32*(2), 20–45. https://doi.org/10.7202/1085511ar

Direction de santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre. (2020). *Continuum de l'offre de logement [Infographie]*. https://extranet.santemonteregie.qc.ca/app/uploads/2024/01/continuum-offre-logement.pdf

Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec, 42*(1), 125–145. https://doi.org/10.7202/1040247ar

Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12*(2), 144-157.* https://doi.org/10.7202/030407ar

Doré-Gauthier, V. (2016). *Impact de l'ajout d'une équipe de proximité intensive pour jeunes itinérants souffrant de psychose et de toxicomanie à une clinique d'intervention précoce pour la psychose*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. https://hdl.handle.net/1866/18862

Doré-Gauthier, V., Côté, H., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2019). How to help homeless youth suffering from first episode psychosis and substance use disorders? The creation of a new intensive outreach intervention team. *Psychiatry research*, *273*, 603–612. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.076

Dorvil, H. (2007). Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale. Dans H. Dorvil (Éd.), *Problèmes sociaux, Tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (p. 170- 202). Presses de l'Université du Québec. https://classiques.uqam.ca/contemporains/dorvil_henri/inegalites_soc_en_sante/inegalites_soc_en_sante.pdf

Dorvil, H. et Boucher-Guèvremont, S. (2011). Allocution de Henri Dorvil, professeur à l'École de Travail social de l'UQÀM et Sarah Boucher-Guèvremont, professionnelle de recherche à l'UQÀM : Le passage de l'hôpital vers un logement. *L'autre Espace*, *3*(2), 4–7. https://www.rrasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace_2011-12_Vol3-2.pdf

Dorvil, H. et Boucher-Guèvremont, S.-M. (2013). *Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes itinérantes aux prises avec des problèmes de santé mentale participant au Projet Chez Soi à Montréal.* Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada. Université du Québec à Montréal. https://classiques.uqam.ca/contemporains/dorvil_henri/logement_facteur_integration/logement_facteur_integration.pdf

Dorvil, H., Guttman, H.A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000243/

Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. et Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, *26*(4), 497-515. https://doi.org/10.3917/ds.264.0497

Dumont, A. (2015). *La théorie du parcours de vie et la recherche en violence conjugale* [Fiche synthèse méthodologie]. RAIV, Université Laval. https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/fiche-synth-se-parcours-de-vie-finale.pdf

Elder, G. H., Jr., Kirkpatrick Johnson, M. et Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. Dans J. T. Mortimer et M. J. Shanahan (dir.), *Handbook of the life course* (p. 3–19). Kluwer Academic/Plenum Publishers. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1

Evrard, R. (2011). Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation. *Annales Médico-Psychologiques, revue Psychiatrique, 169*(5), 282–287. https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.01.008

Fekih-Romdhane, F., Malaeb, D., Postigo, A., Sakr, F., Dabbous, M., Khatib, S. E., Obeid, S. et Hallit, S. (2024). The relationship between climate change anxiety and psychotic experiences is mediated by death anxiety. *International Journal of Social Psychiatry, 70*(3), 574–581. https://doi.org/10.1177/00207640231221102

Felx, A. (2013). *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: développement d'un modèle et d'un instrument de mesure*. [Thèse de doctorat. Université de Montréal]. Papyrus. https://hdl.handle.net/1866/11924

Fereday, J. et Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International journal of qualitative methods*, *5*(1), 80-92. https://doi.org/10.1177/160940690600500107

Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016*). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière éducation.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

Fromentin, C. (2013). Le mouvement des Hearing-Voicers. Dans S. Tison, L. Guignard et H. Guillemain (dir.), *Expériences de la folie*. Presses universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.118758

Front d'action populaire en réaménagement urbain. (2023, février). *Faire de la crise du logement vécue par les locataires une priorité budgétaire : mémoire présenté au ministère des Finances du Québec dans le cadre des consultations pré-budgétaires 2023-2024*. https://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2023/02/MemoireFRAPRUBudgetQc2023.pdf

Gaetz, S., Barr, C., Friesen, A., Harris, B., Hill, C., Kovacs-Burns, K., Pauly, B., Pearce, B., Turner, A. et Marsolais, A. (2012). *Définition canadienne de l'itinérance*. Publications de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf

Gaetz, S., Dej, E. et Schwan, K. (2026). Introduction : un cadre pour la prévention de l'itinérance. Dans J. Hughes (dir.), *Mettre fin à l'itinérance au Canada : plaidoyer pour la prévention de l'itinérance* (p. 1–20). Presses de l'Université du Québec.

Galland, O. (2000). Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives, mais resserrées. *Économie et Statistique*, (337–338), 13–36. https://doi.org/10.3406/estat.2000.7494

Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse* (5e éd.). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.galla.2011.01

Gardien, E. (2025). Comprendre et définir le savoir expérientiel. *Aequitas, 31*(1), 7–30. https://doi.org/10.7202/1119322ar

Gaudet, P. (2022). *La reconnaissance affective, sociale et juridique : la voix et les perceptions des femmes en situation d'itinérance dans la région de l'Outaouais* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO. https://di.uqo.ca/id/eprint/1443/1/Gaudet_Pascale_2022_memoire.pdf

Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie : une lecture au carrefour du singulier et du social. Dans S. Gaudet, N. Burlone et M. Lévesque (dir.), *Repenser les familles et ses*

*transitions : repenser les politiques publiques* (15-50). Presse de l'Université Laval. https://doi.org/10.1515/9782763794563-003

Gaudet, S. et Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative. Du questionnement à la rédaction scientifique*. Presses de l'Université d'Ottawa. https://doi.org/10.1515/9782763794563-003

Gherghel, A. et Saint-Jacques, M.-C. (2013). *La théorie du parcours de vie (life course): une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles.* Presses de l'Université Laval. https://doi.org/10.1515/9782763718408

Giguère, N., Leclercq, J.-B., Velde, C., Proteau-Dupont, É., Simamonika, P., Fraser, R. et Regroupement RACQ. (2019). Côte à côte : l'intervention en milieu de vie et la santé mentale des jeunes. *Revue du CREMIS*, *11*(1), 18-22. https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/cote-a-cote-lintervention-en-milieu-de-vie-et-la-sante-mentale-des-jeunes/

Godrie, B. (2014). *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://doi.org/10.71781/21676

Godrie, B. (2017). Vivre n'est pas (toujours) savoir : Richesse et complexité du savoir expérientiel. *Santé mentale, 220*, 38–42. https://www.santementale.fr/2017/09/vivre-n-est-pas-toujours-savoir/

Godrie, B. (2021b). Parler des voix et les expliquer pour mieux vivre avec elles. *Le partenaire, 26*(1), 19–23. https://static1.squarespace.com/static/64888bc04d229c3f54e71f55/t/65a1a04f028db06b300467f3/1705091161162/partenaire-vol26no1.pdf

Gouvernement du Québec. (2022, 2 mai). *Troubles psychotiques.* https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/troubles-psychotiques

Gouvernement du Québec. (2025, 26 septembre). *Programme de qualification des jeunes (PQJ).* https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/programmes-protection-jeunesse/programme-de-qualification-des-jeunes

Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A. et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte : Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés (EDJeP)*. Chaire de recherche sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables, École nationale d'administration publique. https://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/11/Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf

Grenier, G. et Fleury, M.-J. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. Ruptures, *Revue transdisciplinaire en santé, 10*(1), 21-38. https://orphelinsdeduplessis.ca/wp-content/uploads/2014/05/1940-Asille-de-fous.pdf

Guay, C. et Thibault, M. (2012). Libérer les mots: pour une utilisation éthique de l'approche biographique en contexte autochtone. Éthique publique. *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale, 14*(1). https://journals.openedition.org/ethiquepublique/956

Hannigan, B., Allen, D. (2013). Complex caring trajectories in community mental health: contingencies, divisions of labor and care coordination. *Community mental health journal*, *49*(4), 380–388. https://doi.org/10.1007/s10597-011-9467-9

Harvey, C., Killackey, E., Groves, A. et Herrman, H. (2012). A place to live: Housing needs for people with psychotic disorders identified in the second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(9), 840-850.

Haustgen, T. et Sinzelle, J. (2011). *Emil Kraepelin (1856–1926) – 4. L'héritage*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 169*(9), 606–611. https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.001

Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P. et Heinz, A. (2020). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European*

*Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 270*(3), 325–335. https://doi.org/10.1007/s00406-019-01028-7

Hjorthøj, C., Compton, W., Starzer, M., Nordholm, D., Einstein, E., Erlangsen, A., Nordentoft, M., Volkow, ND., Han, B. (2023). Association between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females. *Psychological Medicine, 53*, 7322–7328. https://doi.org/10.1017/S0033291723000880

Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T. L. A., Arumuham, A., O'Brien, O., Lobo, M., Vano, L., Zahid, U., Butler, E., Osugo, M. et Murray, R. M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: An umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry, 20*(1), 75–95. https://doi.org/10.1002/wps.20822

Hughes, J. (2026). Conclusion : un plan d'action pour la prévention de l'itinérance. Dans J. Hughes (dir.), *Mettre fin à l'itinérance au Canada : plaidoyer pour la prévention de l'itinérance* (p. 173–187). Presses de l'Université du Québec.

Hutchison, E. D. (2005). The Life Course Perspective: A Promising Approach for Bridging the Micro and Macro Worlds for Social Workers. *Families in Society, 86*(1), 143–152. https://doi.org/10.1606/1044-3894.1886

Iyer, S. N. et Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec, 39(2*), 201–229. https://doi.org/10.7202/1027840ar

Johsua, F. (2007). Les conditions de (re)production de la Ligue communiste révolutionnaire (LCR) : l'approche par les trajectoires militantes. Dans F. Haegel (dir.), *Partis politiques et système partisan en France* (p.25-66). Presses de Sciences Po. https://shs.cairn.info/partis-politiques-et-systeme-partisan-en-france--9782724610016-page-25?lang=fr

Kaufmann, J.-C. (2016). Commencer le travail : rapidité, souplesse, empathie. Dans J.-C. Kaufmann (Dir), *L'entretien compréhensif* (4e éd., p. 33-58). Armand Colin. https://shs.cairn.info/l-entretien-comprehensif--9782200613976-page-33?lang=fr

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222. https://doi.org/10.2307/3090197

Kidd, S. A. et Evans, J. D. (2011). Home Is Where You Draw Strength and Rest: The Meanings of Home for Houseless Young People. *Youth & Society*, *43*(2), 752-773. https://doi.org/10.1177/0044118X10374018

Kidd, S.A., Frederick, T., Karabanow, J., Hughes, J., Naylor, T. et Barbic, S. (2016). A Mixed Methods Study of Recently Homeless Youth Efforts to Sustain Housing and Stability. *Child and Adolescent Social Work Journal, 33,* 207–218. https://doi.org/10.1007/s10560-015-0424-2

Kinson, M. R., Hon, C., Lee, H., Abdin, E.B. et Verma, S. (2018). Stigma and discrimination in individuals with first episode psychosis; one year after first contact with psychiatric services. *Psychiatry Research*, *270*, 298-305. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.044

Khoury, E. et Chaput, M. (2021). L'approche par les forces en santé mentale : Entre confrontation et découverte sur le terrain. *Intervention*, (153), 43–60. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri_153_2021.2_Khoury_Chaput.pdf

Ku, B. S., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Compton, M. T., Cornblatt, B. A., Keshavan, M., Mathalon, D. H., Perkins, D. O., Stone, W. S., Tsuang, M. T., Walker, E. F., Woods, S. W. et Druss, B. G. (2021). Association between residential instability at individual and area levels and future psychosis in adolescents at clinical high risk from the North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) consortium. *Schizophrenia Research, 238*, 137–144. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.09.025

Labesse, M.-E., St-Louis, A., Ades, J., Robitaille, É. et Bergeron, P. (2021). *Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3152-inegalites-sociales-covid-19-strategies-logements-abordables-qualite.pdf

Lain, G. (2017). *Prévenir l'instabilité résidentielle en logement social à Québec : Comprendre et accompagner les déterminants de stabilité résidentielle auprès des locataires marginalisés*. Programme Clés en main et Office municipal d'habitation de Québec. https://www.uqar.ca/app/uploads/2024/03/rapport_complet.pdf

Larose-Hébert, K. (2020). *Le silence sur nos maux: transformations identitaires et psychiatrisation*. Presses de l'Université du Québec.

Latimer, E. et Falvo, N. (2024). *L'aide financière liée au logement pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir au Québec : forces et faiblesses actuelles et nouvelles approches qui pourraient être considérées*. Société d'habitation du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/shq/Documents/Etudes-rapports-recherche/aide-financiere-logement-itinerance-LATIMER-FALVO.pdf

Latimer, É., Poremski, D. et Valois, M. (2014). Le soutien à l'emploi pour les personnes ayant des mentaux graves. *Le Partenaire*, *23*(1). p.20-24. https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol23no1-80765/pdf/vol23no1-ete-2014.pdf#zoom=100

Le Bossé, Y., Gaudreau, L., Arteau, M., Deschamps, K. et Vandette, L. (2002). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application. *Revue canadienne de counseling, 36*(3), 180-193. https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/58696/44185

Lee, R., Scodes, J., van der Ven, E., Alves-Bradford, J. M., Mascayano, F., Smith, S. et Dixon, L. (2021). Sociodemographic, clinical and help-seeking characteristics of homeless young people with recent onset of psychosis enrolled in specialized early intervention services. *Early intervention in psychiatry, 15*(4), 1044–1050. https://doi.org/10.1111/eip.13028

Lemoine, B. (2020). Un toit, un accompagnement adapté pour le rétablissement. *Pratiques en santé mentale, 66*(2), 22–26. https://doi.org/10.3917/psm.202.0022

Lepoutre, T. (2017). La psychiatrie néo-kraepelinienne à l'épreuve de l'histoire : Nouvelles considérations sur la nosologie kraepelinienne. *L'Évolution psychiatrique, 82*(3), 537–566. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.04.005

Lévesque, I.-S. (2018). *L'itinérance chez une cohorte de jeunes adultes avec premier épisode psychotique : Étude comparative à 2 ans de l'impact de l'itinérance sur l'évolution fonctionnelle et symptomatique.* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. https://hdl.handle.net/1866/22314

Lévesque, I. S. et Abdel-Baki, A. (2020). Homeless youth with first-episode psychosis: A 2-year outcome study. *Schizophrenia Research*, *216*, 460-469. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.031

L'Heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M.-A., Gingras, N. et Demers, M.-F. (2007). Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec : L'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) y voit. *Santé mentale au Québec, 32*(1), 299–315. https://doi.org/10.7202/016522ar

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRQ, c. P-38.001. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S-4.2. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2

Longo, M. E. (2016). L'âge éphémère : les définitions de la jeunesse à la lumière du temps. *Revue Jeunes et Société*, *1*(1), 5–24. https://doi.org/10.7202/1076133ar.

Longo, M.-E., Bourdon, S., Charbonneau, J., Kornig, C. et Mora, V. (2013). Normes sociales et imprévisibilités biographiques : Une comparaison entre la France, le Québec et l'Argentine. *Agora débats/jeunesses, 65*(3), 93–108. https://doi.org/10.3917/agora.065.0093

Malla, A., Norman, R., McLean, T., Scholten, D. et Townsend, L. A. (2003). Canadian Programme for Early Intervention in Non-Affective Psychotic Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(4). p.407–413. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01194.x

Malla, A., Roy, M.-A., Abdel-Baki, A., Conus, P. et McGorry, P. (2021). Intervention précoce pour les premiers épisodes psychotiques d'hier à demain : comment relever les défis liés à son déploiement pour en maximiser les bénéfices ? *Santé mentale au Québec*, *46*(2), 391–415. https://doi.org/10.7202/1088190ar

Marwaha, S. et Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 337–349. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4

May, R. et Hayes, J. (2012). Le mouvement Hearing Voices : une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. Dans È. Gardien (Dir.), *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap* (p. 195–214). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.gardi.2012.01.0195

McAll, C., Roy, L., Coulombe, S., Doucet, M.-J. et Keays, N. (2019*). L'approche globale en accompagnement résidentiel. Un projet portant sur les différentes pratiques en accompagnement résidentiel des populations en situation d'itinérance ou à risque au Québec*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/lapproche-globale-en-accompagnement-residentiel-un-projet-portant-sur-les-differentes-pratiques-en-accompagnement-residentiel-des-populations-en-situation-ditinerance-ou-a-risque/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Gouvernement du Québec.https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *S'allier devant l'itinérance- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec – Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-846-05W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024a). *Programmes pour premiers épisodes psychotiques - Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-914-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024b). Suivi intensif dans le milieu (SIM) – Cadre de référence. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux et Société d'habitation du Québec. (2022). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-704-02W.pdf

Mok, P. L. H., Webb, R. T., Appleby, L. et Pedersen, C. B. (2016). Full spectrum of mental disorders linked with childhood residential mobility. *Journal of Psychiatric Research*, *78*, 57–64. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.011

Moreau, N. (2009). État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale. Liber.

Morin, M.-H., Bergeron, A.-S., Levasseur, M. A., Iyer, S. N. et Roy, M.-A. (2021). Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et

soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). *Santé mentale au Québec, 46*(2), 139–159. https://doi.org/10.7202/1088181ar

Morin, M.-H. et Clément, M. (2019). Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale : Des repères pour une pratique réflexive en travail social. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : Apprendre, comprendre, s'engager,* Presses de l'Université du Québec, p. 33-60. https://doi.org/10.2307/j.ctvjk2vfh.10

Morin, M-H. et Proulx, M. (2023). Tracking Needs-Based Community and Specialized Services of Young Adults and Their Parents Before and During a First Episode of Psychosis (FEP): Highlighting Intervention Trajectories in FEP. *Health Services Insights*, *16, 1-11*. https://doi.org/10.1177/11786329231200707

Mucchielli, A. (2005). Recherche qualitative et production de savoir : Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherche Qualitative,* (1), 7-40. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie/texte%20Muchielli%20actes.pdf

Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., Lindsey, G. et Trainor, J. (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration Policy Mental Health, 34*, 89–100. https://doi.org/10.1007/s10488-006-0083-x

Nolin, D. et Jetté, J. (2014). Interdépendance du logement et des services : une étude qualitative sur l'interdépendance des conditions de logement et des services pour la réinsertion sociale en santé mentale, avec une approche Logement d'abord implantée dans une petite ville canadienne. *Revue Canadienne de santé mentale communautaire*, *33* (4). https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-033

Nolin, M., Malla, A., Tibbo, P., Norman, R. et Abdel-Baki, A. (2016). Early intervention for psychosis in Canada: What is the state of affairs? *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 186-194. https://doi.org/10.1177/0706743716632516

Nossik, S. (2011). Les récits de vie comme corpus sociolinguistique : une approche discursive et interactionnelle. *Corpus*, *10*, 119–135. https://doi.org/10.4000/corpus.2045

O'Donoghue, T. et Crossley, J. (2020). A critical narrative analysis of psychiatrists' engagement with psychosis as a contentious area. *The International journal of social psychiatry*, *66*(7), 724–730. https://doi.org/10.1177/0020764020934516

O'Hare, K., Fadiloglu, K., Lång, U., Healy, C., Cannon, M., DeVylder, J. et Kelleher, I. (2026). Psychotic Experiences and Risk of Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Population Studies. *Schizophrenia Bulletin, 52*(1). https://doi.org/10.1093/schbul/sbae197

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle : énoncé de position*. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/l-intervention-sociale-individuelle-en-sante-mentale-dans-une-perspective-professionnelle.pdf

Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2011). Jeune, urbain… mais psychotique : l'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*, *36*(2), 33–51. https://doi.org/10.7202/1008589ar

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd., p. 269–357). Armand Colin. https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr

Paksarian, D., Eaton, W. W., Mortensen, P. B. et Pedersen, C. B. (2015). Childhood residential mobility, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study in Denmark. *Schizophrenia Bulletin, 41*(2), 346–354. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu074

Parkinson, S., Nelson, G. et Horgan, S. (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian journal of community mental health, 18*(1), 145-164. https://doi.org/10.7870/cjcmh-1999-0008

Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J. et Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54*(9), 1023–1044. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01729-3

Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A. et Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec, 33*(2), 247–269. https://doi.org/10.7202/019677ar

Pires de Oliveira Padilha, P., Gagné, G., Iyer, S. N., Thibeault, E., Levasseur, M. A., Massicotte, H. et Abdel-Baki, A. (2023). La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Santé mentale au Québec*, *48*(1), 167–206. https://doi.org/10.7202/1106400ar

Posca, J. et Hébert, G. (2023). *Crise du logement : un marché locatif en manque d'encadrement.* Institut de recherche et d'informations socio-économiques. https://iris-recherche.qc.ca/publications/logement-2023/

Proulx, J., Ducharme, M.-J. et Grenier, S. (2013). *Étude des hybridations entre des formules de logement social et d'hébergement Rapport d'étape portant sur des initiatives destinées à des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale* (Cahier 13-06). Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, École de travail social, Université du Québec à Montréal. https://larepps.uqam.ca/wp-content/uploads/cahier13-06.pdf

Robette, N. (2011). *Explorer et décrire les parcours de vie: les typologies de trajectoires.* CEPED. https://shs.hal.science/halshs-01016125/document

Robin, P. (2016). Le parcours de vie, un concept polysémique? *Les Cahiers Dynamiques, 1*(67), 33–41 https://doi.org/10.3917/lcd.067.0033

Rodriguez del Barrio, L. et Cyr, C. (2018). « Un pouvoir fou » : la contribution du mouvement communautaire à l'avancement des droits en santé mentale. Dans F. Saillant et È. Lamoureux (dir.), *InterReconnaissance : mémoire, droits et reconnaissance du mouvement communautaire au Québec* (p. 113–142). Presses de l'Université Laval. https://www.pulaval.com/libreacces/9782763736068.pdf

Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Presses de l'Université du Québec. https://www.puq.ca/catalogue/livres/repenser-qualite-des-services-sante-mentale-57.html

Rotenberg, M., Tuck, A., Anderson, K. K. et McKenzie, K. (2022). The incidence of psychotic disorders and area-level marginalization in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 67*(3), 216–225. https://doi.org/10.1177/07067437211011852

Roy, L., Abdel Baki, A., Crocker, A., De Benedictis, L., Latimer, É., Thibeault, E., Bérubé, F.-A. et Roy, M.-A. (2024). Les expériences en logement des personnes en début de parcours d'utilisation de services psychiatriques : spécificités et enjeux développementaux. *Santé mentale au Québec*, *49*(1), 123–144. https://doi.org/10.7202/1112529ar

Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. et Mottard, J-P. (2013a). Housing and home-leaving experiences of young adults with psychotic disorders: a comparative qualitative study. *Community Mental Health Journal*, *49*(5), 515-27. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9531-0

Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. et Mottard, J.P. (2013b). Transitions to adulthood in first-episode psychosis: a comparative study. *Early Intervention in Psychiatry*. *7*(2), 162-169. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00375.x

Roy, M. (2019). Les conduites éthiques et le rétablissement: Analyse d'une revue de littérature en travail social. *Nouvelles pratiques sociales, 30*(2), 234-248. https://doi.org/10.7202/1066111ar

Roy, M.-A., Olivier, D. et Cambon, A. (2021). De Kraepelin à McGorry : vision scientifique et récit expérientiel autour d'un changement de paradigme majeur. *Santé mentale au Québec*, *46*(2), 23–43. https://doi.org/10.7202/1088177ar

Ritunnano, R., Kleinman, J., Whyte Oshodi, D., Michail, M., Nelson, B., Humpston, C. S. et Broome, M. R. (2022). Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a

systematic review and qualitative evidence synthesis. *The lancet. Psychiatry*, *9*(6), 458–476. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00104-3

Salama, R., Rodrigues, R., Comeau, J., Choi, Y.-H., Rotenberg, M., Edwards, J., Le, B. et Anderson, K. K. (2025). Contact with health services for adverse childhood experiences and subsequent risk of non-affective psychotic disorder: Population-based evidence from Ontario, Canada. *Schizophrenia Research, 283*, 115–121. https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.07.010

Sampson, R. J. (1991). Linking the micro-and macrolevel dimensions of community social organization. *Social Forces, 70*(1),43–64. https://doi.org/10.1093/sf/70.1.43

Savoie-Zajc, L. (2021). L'entretien semi-dirigé. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7e éd., p. 273-295). Presses de l'Université du Québec.

Schlosser, D. A., Zinberg, J. L., Loewy, R. L., Casey-Cannon, S., O'Brien, M. P., Bearden, C. E., Vinogradov, S. et Cannon, T. D. (2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, *118*(1-3), 69–75. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.01.017

Schwan, K. (2026). Chapitre 1: Faire front à la financiarisation pour prévenir l'itinérance. Dans J. Hughes (dir.), *Mettre fin à l'itinérance au Canada : plaidoyer pour la prévention de l'itinérance* (p. 23–37). Presses de l'Université du Québec.

Séguin, C. (2021). La recension des écrits et la recherche documentaire. Dans I. Bourgeois (dir.). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (7e éd., p.65-84). Presses de l'Université du Québec.

Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J. et Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin, 34*(1), 193–199. https://doi.org/10.1093/schbul/sbm069

Sifer-Rivière, L. (2016). Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 86–101). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0086

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2024, janvier). *Rapport sur le marché locatif* (publication no NH12-327-2024-fra.pdf).

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. et Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

https://publications.gc.ca/collections/collection_2024/schl-cmhc/NH12-327-2024-fra.pdf

Statistique Canada. (2021). *Les statistiques : le pouvoir des données ! Échantillonnage non probabiliste.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm

Statistique Canada. (2023). *Itinérance : comment en arrive-t-on là?*. https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5170-itinerance-comment-en-arrive-t-la

St-Jacques, S., Cummings, J. et Daudelin, I. (2018). *Transition de l'hébergement vers un logement autonome pour les adultes ayant un trouble grave de santé mentale : rapport d'ETMI abrégée*. UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/ETMISSS/rapport-final_transition-hebergement-vers-logement-autonome-pr-adultes-avec-trouble-sante-mentale_2018dec.pdf

Sylvestre, J., Trainor, J., Hopkins, M., Anucha, U., Ilves, P. et Ramsundar, N. (2001). À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Nouvelles pratiques sociales, *14*(2), 59–74. https://doi.org/10.7202/009074ar

Taleb, M., Aït Benamar, S. et Keddache, C. (2019). Quelle est la place de la consommation de substances dans les troubles psychotiques émergents? Dans L. Lecardeur, S. Aït Benamar,

I. Amado et L. Amat (dir.), *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce : le guide du clinicien* (p. 71–80). Elsevier Masson. https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76179-9.00007-3

Tribunal administratif du logement. (s. d.). *Déroulement de la conciliation*. Gouvernement du Québec. https://www.tal.gouv.qc.ca/fr/conciliation-entre-locateur-et-locataire/deroulement-de-la-conciliation

Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L. et Davis, K. E. (2010). Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: a qualitative study. *Community mental health journal, 46*(4), 381–388. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9268-6

Tsuda, M., Jones, J., Bromley, S., Choi, M. et Herman, Y. (2022). *La psychose précoce : Guide d'information.* Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). https://www.camh.ca/-/media/files/publications2022/early-psychosis-information-guidefr-pdf.pdf

Turcotte, K. (2019). Récit de pratique : le travailleur social dans le contexte de la réadaptation psychiatrique. *Intervention, 149*, 3-11. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2019/05/ri_149_2019.1_turcotte.pdf

Van de Velde, C. (2015). 1. Âges, parcours, générations : penser les existences contemporaines. *Sociologie des âges de la vie* (p. 8-41). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.vande.2015.01

Van de Velde, C. (2008). Introduction. Dans *Devenir adulte : Sociologie comparée de la jeunesse en Europe* (p. 1–17). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.vande.2008.01

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. et Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661–671. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050

Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A. et Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(6), 1118–1123. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096

Veilleux, C. et Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd'hui? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflets*, *16*(1), 152–179. https://doi.org/10.7202/044446ar

Vérificateur général du Québec. (2023). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2022-2023 : Santé mentale : Efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves.* https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/vgq_mai2023_complet_web_VF.pdf

Vincent, K. et Morin, P. (2010). *Le logement subventionné dans le cadre du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté : source d'inspiration pour créer des modèles innovants* (P. Morin, dir.). Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec. http://cosme.ca/wp-content/uploads/2015/04/PSL.pdf

Vincent-Ponroy, J. et Chevalier, F. (2018). Les récits de vie. Dans F. Chevalier, M. Cloutier et N. Mitev (dir.), *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 158-175). EMS Editions. https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0158

Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J. et Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health, 14*(6), 607–624. https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153

Warner, C. et Sharp, G. (2016). The short- and long-term effects of life events on residential mobility. *Advances in Life Course Research, 27*, 1–15. https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.09.002

Yelle, C., Mercie, L., Gingras, J.-M., et Beghdadi, S. (2011). *Les histoires de vie : Un carrefour de pratiques*. Presse de l'Université de Québec. https://www.puq.ca/catalogue/livres/les-histoires-vie-1968.html

# ANNEXE A

Tableau des mots-clés et concepts pour la recherche documentaire des trajectoires résidentielles des jeunes PEP

| Question de recherche | **Termes génériques** | **Termes spécifiques** | **Termes équivalents/ synonymes** |
|---|---|---|---|
| **Accessibilité** | • Égalité<br>• Entrée<br>• Acceptation<br>• Maintien | • Critères d'admission<br>• Références<br>• Trajectoire résidentielle<br>• Orientation<br>• Instabilité/stabilité résidentielle | **Français :**<br>• Admission<br>**Anglais :**<br>• Accessibility<br>• Housing Stability |
| **Ressources résidentielles** | • Organisation de services<br>• Itinérance<br>• Logement<br>• Habitation | • Milieu résidentiel<br>• RNI-RI et RTF<br>• Logements subventionnés<br>• Services d'habitation<br>• Services sociaux<br>• Institutionnel<br>• Communautaire<br>• Modèle en logement | **Français :**<br>• Milieu résidentiel<br>• Milieu de vie<br>• Insertion au logement<br>• Programme d'accès au logement<br>**Anglais :**<br>• Supportive housing<br>• Supported housing<br>• Permanent Supportive Housing (PSH )<br>• Mental health services |
| **Psychose** | • Psychotique<br>• Troubles psychotiques<br>• Santé mentale | • Programme des premiers épisodes de psychose<br>• Premier épisode psychotique<br>• Programme d'intervention précoce | **Français :**<br>• Psychose<br>• Trouble grave et persistant de santé mentale<br>**Anglais:**<br>• Serious mental illness<br>• FEP (first episode psychosis)<br>• Chronic mental illness (CMI) |

# ANNEXE B

Liste d'organismes qui ont été interpellés

Une prise de contact sera effectuée soit par téléphone ou par courriel, idéalement à une personne-ressource lorsque possible afin d'accélérer le processus.

| COORDONNÉES ORGANISMES CONTACTÉS POUR LES DEUX POPULATIONS |
|---|
| **Nom** |
| **La Maison Réalité** |
| **Le continuum du Gîte ami : Mon Calme/ Le Transit/ Les Colocs** |
| **Les Habitations Nouveau Départ** |
| **Mon Chez Nous** |
| **Le centre Interactif** |
| **Le Centre Intersection** |
| **Centre 24/7** |
| **Cipto/ Le Lab** |
| **Vallée Jeunesse Outaouais/Le Belvédère** |
| **Réhabex** |
| **Le Bras** |
| **La Soupière** |
| **Centre Kogaluk** |
| **L'Envol SRT** |
| **Psychiatric survivor Ottawa** |
| **Boulv'Art Itinérant**<br>Boulev'Art de la Vallée de la Lièvre<br>Boulev'Art de la Vallée de la petite-nation : |
| **Le Centre l'Entre-Toit (Saint-Jérôme)** |
| **La Hutte (Saint-Jérôme)** |
| **Centre le Phénix** |
| **Lyse Beauchamp (Mont-Laurier)** |
| **Le Soleil levant** |
| **Accueil communautaire jeunesse** |
| **L'Envolée** |

| |
|---|
| **Centre d'Hébergement Multiservice de Mirabel** |
| **Collectif régional de lutte à l'itinérance en Outaouais (CRIO)** |
| **Itinérance Zéro** |
| **Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (RASMQ)** |
| **Association canadienne pour la santé mentale** |
| **Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP)** |
| **Réseau solidarité Itinérance du Québec** |
| **Société Québécoise de la schizophrénie** |
| **L'Envol SRT** |
| **Dépanneur Sylvestre** |
| **Regroupement des auberges du cœur du Québec** |
| **Dans la rue** |
| **Refuge des jeunes de Montréal** |
| **Mouvement santé mentale Québec** |
| **Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec** |
| **Groupe Facebook : TS indignation** |
| **Groupe Facebook : Intervenant psychosocial du Grand-Montréal** |

# ANNEXE C

Formulaire de consentement - Jeunes adultes

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

L'instabilité résidentielle chez les jeunes adultes québécois·es ayant vécu un premier épisode de psychose: Regards croisés sur les récits expérientiels et professionnels.

**Étudiante-chercheure :** Aurélie Bourgeois-Paquin, étudiante à la maîtrise en travail social de l'université du Québec en Outaouais, boua162@uqo.ca
**Directrice de recherche :** Emmanuelle Larocque, professeure à l'Université du Québec en Outaouais, Département de travail social, emmanuelle.larocque@uqo.ca, 819 595-3900, poste 1065

**Invitation à participer** : Je sollicite par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui s'intéresse aux expériences vécues des jeunes adultes québécois·es âgés de 18 à 35 ans vivant ou ayant vécu un premier épisode de psychose (PEP) ainsi qu'aux points de vue des intervenant·es qui accompagnent cette population afin de mieux comprendre et répondre aux besoins en matière résidentielle. Ce projet ne bénéficie d'aucune subvention. Ce formulaire est conçu pour vous donner des détails sur l'étude et sur votre participation potentielle. Si vous êtes intéressé·e, il sera possible de partager les résultats de l'étude à la suite de la réalisation de ce projet.

**Objectifs et phases:** La recherche s'articule en 2 phases. **La phase 1** vise à consulter des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP afin de mieux comprendre leurs expériences en lien avec le logement. **La phase 2** cherche à consulter des personnes intervenantes qui accompagnent les jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP afin de mieux saisir les facteurs de risques liés aux difficultés résidentielles, les enjeux d'intégration et de maintien résidentiel ainsi que le développement des pratiques professionnelles.

**Les objectifs spécifiques de ce projet de recherche sont les suivants:**
1) En partant des expériences vécues des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP, documenter leurs trajectoires résidentielles afin de comprendre les enjeux, les leviers et les stratégies pour faire face aux difficultés rencontrées;
2) Explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir;
3) Explorer les perceptions des intervenant·es auprès de ces jeunes sur l'intégration et le maintien résidentiel;
4) À partir des points de vue ressortis, identifier les enjeux et les besoins en matière résidentielle.

**Implication :** Vous serez invité·e à participer à la **phase 1** de ce projet de recherche. Votre participation consiste d'abord à remplir un questionnaire sociodémographique d'une durée d'environ 5 minutes qui vous sera acheminé par courriel ou qui sera possible de remplir verbalement lors de l'entretien. Ensuite, votre participation implique un entretien d'une durée approximative de 90 minutes maximum qui se fera en personne ou en ligne (selon votre préférence). Il est également possible de faire 2 entretiens de 45 minutes à votre convenance.

Le moment, le lieu et le mode seront déterminés au préalable selon ce qui vous convient. Le lieu choisi doit cependant permettre de préserver le respect de votre vie privée et votre confidentialité dans un climat permettant d'être concentré durant l'entretien. Si l'entretien se déroule en personne, il vous sera demandé si je peux enregistrer la session en audio afin qu'elle soit transcrite intégralement par la suite. S'il s'effectue en vidéoconférence via la plateforme *Teams,* il y aura un enregistrement audio et vidéo et si cela vous convient, j'activerai la fonction de transcription automatique, qui permettra d'obtenir une transcription de l'entrevue une fois celle-ci terminée. L'enregistrement sera utilisé uniquement pour la transcription verbatim de l'entrevue. Si vous refusez l'enregistrement audio et vidéo, je prendrai des notes au courant de l'entretien.

J'autorise que l'entretien soit entièrement enregistré **par audio et vidéo** : Oui ☐ Non ☐

**Confidentialité, anonymat et gestion des données :** Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. La confidentialité des données recueillies dans le cadre

de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements politiques de l'Université du Québec en Outaouais*.

***Pendant la recherche :*** Les données recueillies ne permettront en aucun cas de vous identifier, car vous serez désigné par un pseudonyme et tous renseignements identificatoires personnels pouvant révéler votre identité (nom, adresse, organisme, lieu de travail) seront modifiés. Uniquement la directrice de recherche, la personne transcriptrice et moi-même auront accès à la liste contenant les noms et les pseudonymes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement. Ces personnes s'engagent à ne pas dévoiler les informations qui pourraient vous identifier. Un formulaire d'engagement à la confidentialité sera signé par toutes les parties prenantes. Tout matériel en format papier, incluant les formulaires de consentement et les notes prises, sera aussitôt numérisé puis détruit avec un appareil à déchiqueter. Toutes les données en format numérique et les enregistrements des entretiens seront conservés sur un serveur sécurisé de l'Université du Québec en Outaouais dans des fichiers chiffrés dont l'accès sera protégé par un mot de passe et auquel seulement moi aura accès.

***Lors de la diffusion des résultats :*** Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire de recherche. Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des personnes participantes ne seront jamais communiqués.

***Après la fin de la recherche :*** Les données seront stockées en toute sécurité pendant dix (10) ans. Tout le matériel et les données de la recherche seront détruites de manière sécuritaire au plus tard en 2035. Les données seront ainsi « écrasées » au moyen du logiciel *Wipefile*. En tout temps, vous pouvez demander l'accès à vos données qui vous seront transmises par courriel Outlook protégé et pouvez demander que les données qui vous concernent soient détruites en me prévenant, ce qui inclut les coordonnées dans ce document. Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, il sera possible d'en faire la demande en acheminant un courriel à boua162@uqo.ca pour qu'il vous soit transmis. Les résultats ne seront pas disponibles avant le mois de juin 2026.

**Limites à la confidentialité :** L'anonymat total ne peut être garanti dans le cas où les entretiens se déroulent en présentiel dans un lieu public et passant. Pour pallier ce risque, les mesures nécessaires seront adoptées pour assurer le plus grand niveau de confidentialité désiré. À tout moment, il sera possible de mettre fin à l'entretien et déterminer un lieu plus confidentiel.

**Utilisation des données :** Le contenu de vos propos sera utilisé que pour les fins de cette recherche et pour répondre aux objectifs précédemment nommés. Les données seront analysées dans le cadre du mémoire de maîtrise dirigé par moi-même. Les données et les résultats pourront être diffusées dans des présentations ou conférences académique ou professionnelles et dans des articles de revues scientifiques.

**Droit de retrait et participation libre :** Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice ni justification. Les personnes-ressources des milieux communautaires peuvent exercer une autorité en raison de leur rôle. Malgré ceci, la recherche est indépendante de ces personnes-ressources et de tous autres personnes pouvant jouer un rôle d'autorité sur vous. Par conséquent, vous ne bénéficierez d'aucun avantage et ne subirez aucun inconvénient à la suite de votre décision de participer ou non à cette recherche. Votre non-participation n'affectera pas votre relation avec moi. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de me prévenir via mes coordonnées qui sont incluses dans ce document. Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement, l'entretien et les données que vous aurez fournies seront alors détruites, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, le matériel sera conservé selon les mesures décrites plus haut.

**Risques, inconvénients et avantages possibles liés à votre participation :**
Les risques associés à votre participation sont supérieurs à minimal et je m'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier :

- **Risques psychologiques :** Les questions posées peuvent évoquer des difficultés vécues actuellement pouvant générer des inconforts émotionnels ou psychologiques. À la fin de ce formulaire, une liste des coordonnées des ressources en santé mentale et résidentielles est à votre disposition. À tout moment durant l'entretien, vous pouvez discuter avec moi, y mettre fin ou le reporter si vous ne vous sentez pas bien. Je

serai attentive à votre verbal et non verbal de façon bienveillante durant l'entretien en s'assurant que vous êtes confortable de continuer. Il sera possible de faire 2 entretiens de 45 minutes plutôt qu'une seule de 1h30, à votre choix.

- **Conflit d'intérêt** : Puisqu'étant moi-même intervenante au sein des services de la clinique des Premiers épisodes psychotiques (PEP) de l'Outaouais, il y a un risque de vous côtoyer lors d'une activité de groupe donnée à la clinique ou dans la communauté. Si tel est le cas, votre anonymat en lien avec cette recherche sera maintenu. Les données récoltées lors de l'entretien resteront confidentielles et donc ne pourront être dévoilées aux autres membres de l'équipe de la clinique PEP.
- **Avantages :** Les bénéfices directement anticipés de votre participation sont de permettre l'avancement des connaissances au sujet des récits des jeunes adultes québécois vivant et ayant vécu un PEP quant à leur trajectoire résidentielle et l'expérience des personnes intervenantes dans l'accompagnement de ces trajectoires. Le fait d'exprimer votre vécu est une opportunité de mieux comprendre le sens de votre expérience ce qui favoriserait votre résilience et connaissance de soi.

**Compensation:** Une compensation d'une carte-cadeau de 25 $ dans une épicerie sera offerte pour le temps accordé pour cette recherche, et ce, même si vous ne terminez pas l'entretien. La carte-cadeau (virtuelle ou matérielle) vous sera remise après l'entretien.

**Approbation éthique, questions et personnes-ressources:** Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Aurélie Bourgeois-Paquin via courriel au boua162@uqo.ca ou encore avec la directrice de recherche au emmanuelle.larocque@uqo.ca ou 819 595-3900, poste 1065. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage au 819-595-3900, poste 1781, andre.durivage@uqo.ca, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

**Signatures :**
Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. **Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.**

**CONSENTEMENT À PARTICIPER AUX PROJETS DE RECHERCHE :**

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____
Date :_____

Nom de la chercheuse : _____ Signature de la chercheuse :_____
Date : _____

## LISTE DES RESSOURCES À UTILISER AU BESOIN

À noter que 24/7, il est possible de contacter **l'Info-Social au 811 option 2**. Un intervenant social vous répondra et vous conseillera en se référant à un protocole précis et un répertoire de ressources pour vous indiquer où consulter selon votre état.

## Ressources en santé mentale et/ou en hébergement en Outaouais

- **Le Centre d'Aide 24/7 :** Un organisme communautaire permettant de l'hébergement de crise pour les personnes vivant de la détresse. Il est possible d'obtenir de leur service en passant par le 811 option 2.

- **L'intersection (Gatineau)/Interactif (Aylmer) :** Services de soutien dans la communauté et de groupe (Entendeurs de voix, accompagnement socioprofessionnel, logements communautaires). **Centre Inter-Actif** : 42 rue du couvent, Gatineau, Qc, J9H 3C5. Téléphone: 819-682-3355. Courriel : inter-actif@videotron.ca. **Centre Inter-Section :** 1232, boulevard Saint-René Ouest, Gatineau, QC. J8T 6H3. Téléphone: 819-568-4555. Courriel : https://www.inter-section.ca

- **Le Gîte Ami** : Plusieurs milieux d'hébergement offrant du soutien sur plusieurs sites à des personnes confrontées à des difficultés liées à l'exclusion sociale et à l'itinérance. Coordonnées : Le Gîte Ami 85, rue Morin, Gatineau (Québec), J8X 0A1. Téléphone : 819-776-0134 (poste 1)

- **La Maison Réalité** : Organisme communautaire ayant un volet de soutien dans la communauté, d'activités de groupe et d'hébergement s'adressant aux personnes ayant un trouble de santé mentale afin d'offrir un accompagnement dans leur réadaptation psychosociale. Téléphone : (819) 776-1214. Courriel : info@maisonrealite.org

- **Le Mon Chez Nous :** Service de gestion aux logements avec support communautaire pour les personnes fragilisées autonomes à faible et modeste revenu vivant une situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Coordonnées : 808 Boulevard Maloney Est, Gatineau, QC, J8P 0J8. Téléphone : 819 669-6032. Courriel : logement@moncheznousinc.ca

- **Le Centre Kogaluk :** Services de logement à des personnes ou familles en situation d'itinérance ou à risque. Coordonnées : 27, chemin Elm, Bureau 3, Pontiac, Québec, J0X 2G0. Téléphone : (819) 684-7144. Courriel : Kogaluk@outlook.com

- **Le Belvédère/Vallée Jeunesse :** Services d'hébergement pour les personnes entre 16 et 21 ans permettant la réadaptation psychosociale et le développement de l'autonomie. Coordonnées : 9, rue Dumas, Gatineau,Québec, J8Y 2M4 (siège social). Téléphone : 819-778-8550 poste 61. Courriel : intervention_js@belvederejo.org

## Ressources en santé mentale et/ou en hébergement dans les Laurentides

- **Le Centre l'Entre-Toit** : Un organisme communautaire visant la stabilisation et la réinsertion sociale de personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale et des démêlées avec la justice et/ou toxicomanie. Les services doivent passer par une équipe traitante en santé mentale du CISSS Laurentides.

- **La Hutte :** Hébergement d'urgence aux personnes en situation d'itinérance à Saint-Jérôme. Coordonnées : 930, rue Labelle, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 5M5. Téléphone : 579 634-466. Courriel : info@lahutte.org.

- **Le Soleil Levant :** Organisme communautaire permettant des services spécialisés en santé mentale et de crises. Téléphone : (450) 430-4647. Site internet : https://rssoleillevant.org/

- **Accueil communautaire jeunesse :** Services d'hébergement temporaire et de dépannage de jour pour les personnes âgées de 16 à 25 ans. Coordonnées : 306, rue Féré, Saint-Eustache, Québec, J7R 2V2. Téléphone : 450-473-1600

- **Centre de crise Pour une pause** : Services d'hébergement court terme pour adultes résidants dans la région des Laurentides. Téléphone 450-304-2295. 41 avenue Filion, Saint-Sauveur, QC J0R 1R0. Courriel : pourunepause@ressourcessante.com

Formulaire de consentement – Personnes intervenantes

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

L'instabilité résidentielle chez les jeunes adultes ayant vécu un premier épisode de psychose: Regards croisés sur les récits expérientiels et professionnels.

**Étudiante-chercheure :** Aurélie Bourgeois-Paquin, étudiante à la maîtrise en travail social de l'université du Québec en Outaouais, boua162@uqo.ca;
**Directrice de recherche :** Emmanuelle Larocque, professeure à l'Université du Québec en Outaouais, Département de travail social, emmanuelle.larocque@uqo.ca, 819 595-3900, poste 1065

**Invitation à participer** : Je sollicite par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui s'intéresse aux expériences vécues des jeunes adultes âgés de 18 à 35 ans vivant ou ayant vécu un premier épisode de psychose (PEP) ainsi qu'aux points de vue des intervenant·es qui accompagnent cette population afin de mieux comprendre et répondre aux besoins en matière résidentielle. Ce projet ne bénéficie d'aucune subvention. Ce formulaire est conçu pour vous donner des détails sur l'étude et sur votre participation potentielle. Si vous êtes intéressé·e, il sera possible de partager les résultats de l'étude à la suite de la réalisation de ce projet.

**Objectifs et phases:** La recherche s'articule en 2 phases. **La phase 1** vise à consulter des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP afin de mieux comprendre leurs expériences en lien avec le logement. **La phase 2** cherche à consulter des personnes intervenantes qui accompagnent les jeunes adultes ayant vécu un PEP afin de mieux saisir les facteurs de risques liés aux difficultés résidentielles, les enjeux d'intégration et de maintien résidentiel ainsi que le développement des pratiques professionnelles.

**Les objectifs spécifiques de ce projet de recherche sont les suivants:**
1) En partant des expériences vécues des jeunes adultes vivant ou ayant vécu un PEP, documenter leurs trajectoires résidentielles afin de comprendre les enjeux, les leviers et les stratégies pour faire face aux difficultés rencontrées;
2) Explorer leurs perceptions de leur processus d'intégration et de maintien résidentiel, ainsi que leurs capacités d'agir;
3) Explorer les perceptions des intervenant·es auprès de ces jeunes sur l'intégration et le maintien résidentiel;
4) À partir des points de vue ressortis, identifier les enjeux et les besoins en matière résidentielle.

**Implication :** Vous serez invité·e à participer à la **phase 2** de cette recherche. Votre implication consiste d'abord à remplir un questionnaire sociodémographique d'une durée d'environ 5 minutes qui vous sera acheminé par courriel. Ensuite, il sera sollicité votre participation à un entretien individuel semi-dirigé, d'une durée approximative de 60 à 90 minutes, qui se tiendra en présentiel ou en vidéoconférence via la plateforme *Teams*.

Le moment, le lieu et le mode seront déterminés au préalable selon ce qui vous convient. Le lieu choisi doit cependant permettre de préserver le respect de votre vie privée et votre confidentialité dans un climat permettant d'être concentré durant l'entretien. Si l'entretien se déroule en personne, il vous sera demandé si je peux enregistrer la session en audio afin qu'elle soit transcrite intégralement par la suite. S'il s'effectue en vidéoconférence via la plateforme *Teams*, il y aura un enregistrement audio et vidéo et si cela vous convient, j'activerai la fonction de transcription automatique, qui permettra d'obtenir une transcription de l'entrevue une fois celle-ci terminée. L'enregistrement sera utilisé uniquement pour la transcription verbatim de l'entrevue. Si vous refusez l'enregistrement audio et vidéo, je prendrai des notes au courant de l'entretien.

J'autorise que la fonction de transcription automatique et l'enregistrement soit activée lors du *Teams* :
Oui ☐ Non ☐

**Confidentialité, anonymat et gestion des données :** Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements politiques de l'Université du Québec en Outaouais*.

***Pendant la recherche :*** Les données recueillies ne permettront en aucun cas de vous identifier, car vous serez désigné par un pseudonyme et tous renseignements identificatoires personnels pouvant révéler votre identité (nom, adresse, organisme, lieu de travail) seront modifiés. Uniquement la directrice de recherche, la personne transcriptrice et moi-même auront accès à la liste contenant les noms et les pseudonymes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement. Ces personnes s'engagent à ne pas dévoiler les informations qui pourraient vous identifier. Un formulaire d'engagement à la confidentialité sera signé par toutes les parties prenantes. Tout matériel en format papier, incluant les formulaires de consentement et les notes prises, sera aussitôt numérisé puis détruit avec un appareil à déchiqueter. Toutes les données en format numérique et les enregistrements des entretiens seront conservés sur un serveur **sécurisé** de l'Université du Québec en Outaouais dans des fichiers chiffrés dont l'accès sera protégé par un mot de passe et auquel seulement moi aura accès.
***Lors de la diffusion des résultats :*** Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire de recherche. Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des personnes participantes ne seront jamais communiqués.
***Après la fin de la recherche :*** Les données seront stockées en toute sécurité pendant dix (10) ans. Tout le matériel et les données de la recherche seront détruites de manière sécuritaire au plus tard en 2035. Les données seront ainsi « écrasées » au moyen du logiciel *Wipefile*. En tout temps, vous pouvez demander l'accès et le retrait de vos données qui vous seront transmises par courriel Outlook protégé. Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, il sera possible d'en faire la demande en acheminant un courriel à boua162@uqo.ca pour qu'il vous soit transmis. Les résultats ne seront pas disponibles avant le mois de juin 2026.

**Limites à la confidentialité :** L'anonymat total ne peut être garanti dans le cas où les entretiens se déroulent en présentiel dans un lieu public et fréquenté. Pour pallier ce risque, les mesures nécessaires seront adoptées pour assurer le plus grand niveau de confidentialité désiré. À tout moment, il sera possible de mettre fin à l'entretien et déterminer un lieu plus confidentiel.

**Utilisation des données :** Le contenu de vos propos sera utilisé que pour les fins de cette recherche et pour répondre aux objectifs précédemment nommés. Les données seront analysées dans le cadre du mémoire de maîtrise dirigé par moi-même. Les données et les résultats pourront être diffusées dans des présentations ou conférences académique ou professionnelles et dans des articles de revues scientifiques.

**Droit de retrait et participation libre :** Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice ni justification. Votre non-participation n'affectera pas votre relation avec moi. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de me prévenir via mes coordonnées qui sont incluses dans ce document. Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement, l'entretien et les données que vous aurez fournies seront alors détruites, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, le matériel sera conservé selon les mesures décrites plus haut.

**Risques, inconvénients et avantages possibles liés à votre participation :**
Les risques associés à votre participation sont supérieurs à minimal et je m'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier :

- **Conflit d'intérêt** : Puisqu'étant moi-même intervenante au sein des services de la clinique des Premiers épisodes psychotiques (PEP) de l'Outaouais, il y a un risque de vous côtoyer lors d'activités professionnelles. Si tel est le cas, votre anonymat en lien avec cette recherche sera maintenu. Les données récoltées lors de l'entretien resteront confidentielles et donc ne pourront être dévoilées à d'autres individus.
- **Avantages :** Les bénéfices directement anticipés de votre participation au projet de recherche sont de permettre l'avancement des connaissances au sujet des récits des jeunes adultes québécois vivant et ayant vécu un PEP quant à leur trajectoire résidentielle et l'expérience des intervenant·es dans l'accompagnement

de ces trajectoires.

**Compensation :** Une compensation d'une carte-cadeau de 25 $ dans une épicerie sera offerte pour le temps accordé à cette recherche, et ce, même si vous ne terminez pas l'entretien. La carte-cadeau (virtuelle ou matérielle) vous sera remise après l'entretien.

**Approbation éthique, questions et personnes-ressources :** Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Aurélie Bourgeois-Paquin via courriel au boua162@uqo.ca ou par téléphone au [redacted] ou encore avec la directrice de recherche au emmanuelle.larocque@uqo.ca ou 819 595-3900, poste 1065. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage au 819-595-3900, poste 1781, andre.durivage@uqo.ca, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

**Signatures :**
Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. **Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.**

**CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :**

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____
Date :_____

Nom de la chercheuse : _____ Signature de la chercheuse :_____
Date : _____

# ANNEXE D

# PHASE 1 : Guide d'entretien pour la phase 1 et questionnaire sociodémographique

## Guide d'entretien phase 1 – jeunes adultes

### THÈME 1 : Introduction, intérêts et éléments contextuels

- ✓ Est-ce que tu pourrais me parler de qui tu es?
- ✓ Qu'est-ce que tu aimes faire?
- ✓ Qu'est-ce qui te définit le mieux?
- ✓ Quelles sont les valeurs importantes pour toi?

### THÈME 2 : Santé mentale et services

**2.1 Situation de santé:** On va aborder ton expérience qui permettra de comprendre ta définition de ce que tu vis au niveau de la santé mentale.

- ✓ Dans tes mots et selon tes expériences personnelles, comment définirais-tu un PEP?
- ✓ Quel est ton vécu en lien avec le PEP ?
- ✓ Comment a évolué le PEP (comment il est apparu? Comment le PEP a affecté ta vie, ta perception de toi et de tes proches? Quels ont été les effets principaux?)
- ✓ Qu'en est-il aujourd'hui?

**2.2 Situation des services :** On va parler des services en santé mentale que tu as reçus.

**2.2.1 Services en lien avec la santé mentale.**

- ✓ Pourrais-tu me décrire ton parcours en lien avec **l'aide** que tu as reçue en santé mentale?
- ✓ Comment expliquerais-tu ton expérience?

### THÈME 3 : Trajectoire résidentielle et services

**3.1 Situation résidentielle et réappropriation des concepts :** Nous allons aborder ton expérience plus générale en lien avec ta situation résidentielle

- ✓ Résume-moi ton parcours résidentiel des dernières années
- ✓ Peux-tu m'expliquer les changements de milieux de vie que tu as vécus?
- ✓ Quelles en est la **cause**?
- ✓ Quelle est ta situation **actuelle** en matière de logement?
- ✓ Qu'est-ce que signifie la notion **« d'instabilité résidentielle »** pour toi ? Comment la décrirais-tu?
- ✓ Selon ton expérience, qu'est-ce que signifie **la stabilité résidentielle** pour toi?

**3.2 Enjeux et facilitateurs à l'*intégration* résidentielle**

- ✓ Qu'est-ce qui a été **difficile** afin de **t'intégrer** dans un nouveau milieu résidentiel? Quels sont les obstacles? (par exemple quand tu intègres un milieu)

- ✓ À l'inverse, qu'est-ce qui t'a **aidé** à t'intégrer? (facteurs individuels, sociaux, culturels, relationnels et structurels).

**3.3 Enjeux et facilitateurs au *maintien* résidentielle**

- ✓ Est-ce que tu pourrais me parler des **difficultés rencontrées pour garder** les milieux de vie?
- ✓ Qu'est-ce qui a été **aidant** pour garder les milieux de vie?

**3.4 Services en lien avec la situation résidentielle**

Quelle aide as-tu reçu dans ce parcours résidentiel?

**(Adversités et solutions) : FACULTATIF**

- ✓ En lien avec ta situation résidentielle, quelles embûches ou obstacles as-tu rencontrés?
- ✓ Qu'est-ce qui a facilité ou aidé ta situation? (stratégies)

**Moments marquants / points tournants :**

- ✓ Qu'est-ce qui est marquant pour toi dans ton parcours résidentiel?
- ✓ Quels moments ont été particulièrement difficiles?
- ✓ Quels moments t'ont donné espoir?

**Transitions résidentielles : changement de milieu**

- ✓ Quels sont les effets de ces changements résidentiels sur toi ? (sur ta santé mentale; sur tes liens sociaux; sur ta situation économique)
- ✓ Décris-moi ce qui a influencé **l'évolution** de ton parcours résidentiel?

**3.5 Interactions entre la trajectoire résidentielle et l'environnement**

- ✓ Selon toi, quels sont les liens entre le premier épisode de psychose et l'instabilité résidentielle?
- ✓ Comment les services t'ont influencé dans ton parcours résidentiel?
- ✓ Qui a été significatif ou important dans ce parcours? Pourquoi?
- ✓ Pourrais-tu me décrire comment le fait d'être un(e) jeune adulte influence ce parcours?
- ✓ Quels **conseils** aurais-tu à donner aux personnes qui interviennent auprès des jeunes adultes (et aux jeunes adultes directement) vivant un PEP et des difficultés liées à l'hébergement?
- ✓ Selon toi, qu'est-ce qui doit être mise en place afin de faciliter la stabilité résidentielle pour les jeunes adultes vivant un PEP?

## THÈME 4 : Questions de clôture :

-Résume en deux ou trois mots ton expérience d'instabilité résidentielle

SUGGESTION : Prendre deux minutes pour te permettre de réfléchir à ton parcours résidentiel. Est-ce que tu peux partager une phrase, une anecdote ou une image qui représente ou résume ce parcours

- ✓ Est-ce que tu aurais un message ou une histoire finale que tu aimerais absolument partager avant la fin de l'entretien?
- ✓ Est-ce que tu pourrais partager une chose que tu changerais et une chose que tu garderais de ton parcours ?

# Questionnaire sociodémographique phase 1 – jeunes adultes

| | |
|---|---|
| Quel est votre âge? | |
| Quel est votre sexe à la naissance? | ☐ Homme<br>☐ Femme<br>☐ Autre<br>☐ Je préfère ne pas répondre |
| Quel est votre genre? | ☐Homme<br>☐ Femme<br>☐ Autre<br>☐ Non-binaire<br>☐ Je préfère ne pas répondre |
| Quel est votre statut civil? | ☐ Célibataire<br>☐ Marié(e)<br>☐ Conjoint(e)de faire<br>☐ Séparé(e) ou divorcé(e)<br>☐ Veuf/veuve<br>☐ Autre |
| Niveau de scolarité :<br>Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous avez complété? | ☐ Primaire<br>☐ Secondaire<br>☐ Diplôme d'études professionnelles (DEP)<br>☐ Diplôme d'études collégiales<br>☐ 1er cycle universitaire (baccalauréat ou un certificat)<br>☐ 2e cycle universitaire (maîtrise ou diplôme d'études supérieures spécialisées)<br>☐ 3e cycle universitaire (doctorat) |
| Êtes-vous aux études? | ☐ Oui<br>Si oui, quel domaine?<br>☐ Non |
| Êtes-vous en emploi ? | ☐Oui<br>Si oui, quel domaine?<br>☐ Non |
| Quelle est votre source de revenu principale? | |
| Revenu individuel dans la dernière année | ☐ Moins de 20 000<br>☐ 20 000 à 40 000<br>☐ 40 000 à 60 000<br>☐ 60 000 à 80 000<br>☐ 80 000 et plus<br>☐ Je préfère ne pas répondre |

| | |
|---|---|
| Dans quelle ville et quel quartier demeurez-vous? | |
| Dans quel type de milieu demeurez-vous présentement? | |
| Combien de fois avez-vous changer de milieu de vie au cours de la dernière année? | |
| Nous allons le développer davantage après. Avez-vous fait un épisode de psychose? | ☐Oui<br>☐ Non |
| Avez-vous un diagnostic ou des diagnostics reliés à la santé mentale autre qu'un épisode de psychose? | ☐ Oui<br>Nom du ou des diagnostic(s) :<br><br>☐ Non |

# PHASE 2 : Guide d'entretien pour la phase 2 et questionnaire sociodémographique

| **Entretien phase 2 – personnes intervenantes** |
|---|
| **THÈME 1 : Introduction et éléments contextuels** |
| -Dans quel domaine travailles-tu? Depuis combien de temps?<br>-Quelle est ta profession ?<br>-Explique-moi ton expérience de travail en lien avec les jeunes adultes vivant un PEP? Depuis combien de temps y œuvres-tu? |
| **THÈME 2 : Réappropriation des concepts** |
| -Qu'est-ce que signifie la notion « d'instabilité résidentielle » selon toi ? Comment la décrirais-tu?<br>-À l'inverse, qu'est-ce que signifie la notion de « stabilité résidentielle » ?<br>-Selon toi, quels sont les liens entre le PEP et l'instabilité résidentielle? |
| **THÈME 3 : Causes et explications** |
| **3.1 Causes et explications:**<br>-Selon toi, qu'est-ce qui caractérise les situations **d'instabilité résidentielle** des jeunes adultes vivant un PEP?<br>-Quelles sont les **causes** principales des situations d'instabilité résidentielle chez les individus ayant un PEP ?<br>-Qu'est-ce qui diffère pour les jeunes adultes ayant un PEP (versus pour les adultes)?<br>- Quels sont les facteurs de protection à la **stabilité résidentielle?** |
| **THÈME 4 : Trajectoire, intégration et maintien** |
| **4.1 Général :**<br>Quels sont les besoins spécifiques des jeunes adultes vivant un PEP en termes d'accompagnement résidentiel?<br><br>**4.2 Enjeux** |

| |
|---|
| -Quels sont les enjeux que tu rencontres dans ta pratique lorsque vient le temps de **choisir** un milieu résidentiel?<br>-Quels enjeux constates-tu lorsque vient le temps pour les personnes que tu accompagnes **d'intégrer un milieu et de le maintenir**?<br>-Comment vis-tu ces enjeux?<br>-Quels sont les enjeux organisationnels et systémiques aux parcours résidentiels de ces jeunes?<br><br>**4.3 Facilitateurs**<br>-Quels sont les facilitateurs dans ta pratique quant à l'intégration et le maintien résidentiel ? Qu'est-ce qui aide?<br>-Quels sont les facilitateurs organisationnels et systémiques?<br><br>**4.5 Effets**<br>-Qu'est-ce qui permet aux jeunes vivant avec un PEP d'avoir un certain pouvoir d'agir (empowerment) sur leurs parcours résidentiels? |
| **THÈME 5 : Développement des pratiques** |
| **5.1 Évolutions**<br>-Depuis le début de ta pratique jusqu'à maintenant, quels sont les changements que tu constates# au niveau des parcours résidentiels des jeunes adultes ayant un PEP?<br><br>**5.2 Solutions**<br>- Face aux enjeux qui sont soulevés, qu'est-ce qui devrait être fait afin d'améliorer la situation?<br>- Qu'est-ce qui pourrait être changé au niveau de l'accompagnement des jeunes adultes vivant avec un PEP?<br>- Quelles pratiques, manières d'être ou d'agir devraient être priorisées dans l'accompagnement résidentiel des jeunes adultes ayant un PEP ? |

## Questionnaire sociodémographique phase 2 – personnes intervenantes

| | |
|---|---|
| Quel est votre âge? | |
| Quel est votre sexe? | ☐ Homme<br>☐ Femme<br>☐ Autre<br>☐ Je préfère ne pas répondre |
| Quel est votre genre? | ☐ Homme<br>☐ Femme<br>☐ Autre<br>☐ Non-binaire<br>☐ Je préfère ne pas répondre |
| As-tu oeuvré avec des gens ayant vécu un premier épisode de psychose (PEP) dans les 5 dernières années? | ☐ Oui<br>☐ Non<br>Si oui : Quel était ce type de milieu de travail? |

| | |
|---|---|
| Exercez-vous actuellement un rôle cadre (gestion, direction, coordination) au sein de votre emploi ? | ☐ Oui<br>☐ Non |
| Quelle est votre profession ou domaine d'études relié à l'intervention ? | |
| Dans quelle ville et quel quartier travaillez-vous? | |

# ANNEXE E

Certificat d'approbation éthique

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2025-3604

**Titre du projet de recherche :** L'instabilité résidentielle chez les jeunes adultes québécois·es ayant vécu un premier épisode de psychose: Regards croisés sur les récits expérientiels et professionnels.

**Chercheure principale :**
Aurélie Bourgeois-Paquin
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Directrice de recherche :**
Emmanuelle Larocque
Professeure, Université du Québec en Outaouais

**Date d'approbation du projet :** 31 octobre 2024
**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 31 octobre 2024
**Date d'échéance du certificat :** 31 octobre 2025

---

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2024-10-31 à 10:01

# ANNEXE F

Arbre thématique sous forme de tableau pour la phase 1 – jeunes adultes

| **Catégorie** | **Codes** | **Sous-codes** |
|---|---|---|
| Expérience de la psychose | Définition personnelle | |
| | Facteurs déclencheurs | |
| | Manifestations et perceptions du réseau | |
| | Manifestations et perceptions personnelles | |
| | Stratégies d'adaptation | |
| Trajectoire résidentielle | Appréciation milieu de vie | |
| | Définition de la stabilité résidentielle | |
| | Définition de l'instabilité résidentielle | |
| | Enjeux structurels et contexte social | |
| | Facteurs influençant le parcours résidentiel | Conditions socio-économiques |
| | | Consommation |
| | | Discrimination |
| | | Relations sociales |
| | | Santé mentale |
| | Intégration résidentielle | Enjeux |
| | | Facilitants |
| | Maintien résidentiel | Enjeux |
| | | Facilitants |
| | Évènements marquants | Évènement d'espoir |
| | | Évènement d'espoir |
| Particularité des jeunes PEP | | |
| Résilience | Autodétermination | Autonomie |
| | Perception évolutive de soi | |
| | Projets personnels | |
| Trajectoires de services | Amélioration des services | |
| | Conseils aux intervenant·es | |
| | Conseils aux jeunes adules | |
| | Services autre | |
| | Services accompagnement résidentiel | |
| | Services accompagnement dépendance | |
| | Services accompagnement santé mentale | |
| Autre | | |

# ANNEXE G

Arbre thématique sous forme de tableau pour la phase 2 - personnes intervenantes

| **Catégorie** | **Codes** | **Sous-codes** | |
|---|---|---|---|
| Développement des pratiques | Enjeux | | |
| | Leviers et application | | |
| | Rôle et posture d'intervention | | |
| Trajectoires résidentielles | Intégration résidentielle | Enjeux | Individuel |
| | | | Relationnel |
| | | | Structurel |
| | | Facilitants | Individuel |
| | | | Relationnel |
| | | | Structurel |
| | Maintien résidentiel | Enjeux | Individuel |
| | | | Relationnel |
| | | | Structurel |
| | | Facilitants | Individuel |
| | | | Relationnel |
| | | | Structurel |
| | Évènements marquants | Évènement d'espoir | |
| | | Évènement d'espoir | |
| | Points tournants | | |
| Liens PEP et instabilité résidentielle | Pouvoir d'agir | | |
| Définitions | Stabilité résidentielle | | |
| | Instabilité résidentielle | | |