



ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE
DÉCLARATION DE PRINCIPE – 1997

L'absence de logement et la santé

Préface

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) remercie les auteurs, le docteur Chandrakant P. Shah et le docteur Matthew J. Hodge du département de médecine préventive et de biostatistique de l'Université de Toronto, pour les connaissances et le temps qu'ils ont investis dans la rédaction de ce projet de déclaration de principe.

L'ACSP tient aussi à remercier pour leurs contributions : les membres du comité de la santé de la population de l'OMA (Ontario Medical Association); les docteurs Verna Mai, Lynn Noseworthy et Noni MacDonald ainsi que madame Carol Jacobson et le docteur Stephen Hwoang; le ministère de la Santé de l'Ontario; la Physicians' Services Incorporated Foundation et la Fondation Laidlaw.

Sommaire

Partout au Canada les sans-abri, qui étaient autrefois cachés à l'abri des regards ou que l'on voyait se réchauffer dans les villes sur les bouches de chauffage, sont devenus désormais omniprésents. La croissance de l'absence de logement *absolue*, on entend par là l'absence totale de logement, et de l'absence de logement *relative*, c'est-à-dire le fait de vivre dans un logement insalubre, se manifeste tant dans les villes que dans les campagnes. En bref, qu'il s'agisse d'une cause ou d'une conséquence d'un mauvais état de santé, l'absence de logement apparaît aujourd'hui comme un problème de santé fondamental pour les Canadien(ne)s. On dispose de nombreuses données canadiennes et autres attestant des conséquences de ce phénomène sur la santé, notamment l'augmentation de la mortalité et de la morbidité ainsi que la diminution de la qualité de vie.

À l'origine de l'absence de logement, on trouve la pauvreté, l'évolution du marché du logement et les changements intervenus dans les systèmes de prestation de soins de santé mentale. En conséquence, les Canadien(ne)s sans abri comptent aujourd'hui dans leurs rangs un nombre croissant de femmes et d'enfants, ainsi que de personnes qui ont des problèmes bien particuliers comme les adolescents, les malades mentaux et les autochtones.

À condition qu'elles soient mises en oeuvre, les recommandations figurant dans ce document permettront de mobiliser les efforts pour s'assurer que l'absence de logement ne devienne pas une caractéristique permanente de la société canadienne, et pour que les personnes qui risquent de se retrouver sans abri puissent bénéficier de politiques et de programmes innovateurs visant à les prémunir contre les effets préjudiciables de pareille situation sur leur santé.

Recommandations

- I. l'Association canadienne de santé publique (ACSP), reconnaissant que l'absence de logement pose une question de santé, recommande que les services du logement fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux, par le biais d'incitations financières ou autres, s'emploient à créer un climat politique positif, susceptible d'encourager la construction et l'entretien de logements corrects à un prix abordable.
- II. Que l'ACSP encourage la Société canadienne d'hypothèques et de logement à inclure des questions portant sur la santé des sans-abri dans les enquêtes que cette dernière prévoit mener régulièrement auprès de cette population, ceci afin de permettre aux organismes prestataires de soins de santé de formuler des politiques publiques reposant sur les besoins identifiés.
- III. Que l'ACSP, reconnaissant le chômage et l'instabilité économique comme étant responsables de l'absence de logement, réaffirme les résolutions adoptées lors de son assemblée générale annuelle de 1996 concernant le chômage et la santé en poursuivant ses efforts pour mettre sur pied des coalitions entre les groupes de professionnels de la santé, les organisations syndicales et non gouvernementales, afin d'exercer des pressions sur tous les paliers de gouvernement pour qu'ils élaborent des politiques publiques qui permettront de promouvoir de véritables emplois pour tous les Canadien(ne)s ainsi que des services sociaux, sanitaires et de soutien du revenu appropriés pour les personnes au chômage.

- IV. Que l'ACSP envisage de donner son aval et son appui aux recommandations portant sur les questions de logement des peuples des Premières Nations figurant dans le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) (voir Annexe I).
- V. Que l'ACSP demande à ses divisions et associations provinciales et territoriales d'étudier, en collaboration avec d'autres organismes de santé et les gouvernements provinciaux et territoriaux, les façons et les moyens d'assurer la continuité des soins et l'accès à des soins réguliers aux personnes démunies d'une carte de santé ou sans adresse permanente.
- VI. Que l'ACSP, en collaboration avec les partenaires susmentionnés, insiste auprès des responsables de la santé des provinces et des territoires pour qu'ils prennent des mesures pour s'assurer que les besoins de santé propres aux sans-abri soient pris en compte et satisfaits dans le cadre de la réforme et de la restructuration des services de santé.
- VII. Que l'ACSP contribue, dans le cadre d'un projet pilote, au développement d'un réseau canadien de personnes et d'organismes concernés par les questions d'absence de logement et de santé, grâce aux moyens mis à disposition par Internet comme les échanges par courrier électronique et le Web, avec une attention toute particulière à l'échange d'informations relatives aux programmes innovateurs, le tout dans le but de faciliter la prestation de soins de santé aux sans-abri.
- VIII. Que l'ACSP demande aux facultés des sciences de la santé d'inclure à leurs programmes du matériel sur les incidences sur la santé des déterminants sociaux comme l'absence de logement, et de s'assurer que ces sujets soient aussi couverts lors des évaluations des étudiants.
- IX. Que l'ACSP mette au point une stratégie de diffusion de ce document couvrant la presse écrite et électronique, le bureau du Premier ministre, les bureaux des premiers ministres des provinces et des territoires, les ministères des Finances fédéral, provinciaux et territoriaux, les services sociaux, sanitaires et communautaires, les partis d'opposition, les groupes nationaux d'autochtones, ainsi que d'autres regroupements professionnels et groupes de lobbying.
- X. Que l'ACSP, qui affirme qu'un logement correct est une condition préalable pour la santé, s'efforce d'informer les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales, les organismes religieux et de la rue qui logent les sans-abri et travaillent avec eux, de l'ampleur du problème et de ses rapports avec la santé, dans le but de militer pour obtenir des logements corrects à des prix abordables.
- XI. Que l'ACSP mette sur pied un groupe de travail composé d'associations professionnelles et de santé nationales, d'organisations non gouvernementales, d'organismes religieux et de la rue ainsi que de personnes sans abri, afin d'étudier la possibilité d'organiser une conférence nationale sur l'absence de logement et la santé.

En janvier 1997, le Conseil d'administration de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) a adopté un document de travail intitulé *Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : conséquences au plan de la politique publique*. Ce document présente d'une part un ensemble de données qui montrent le rapport existant entre l'état de santé des Canadien(ne)s et les grands déterminants socio-économiques de la santé, et jette d'autre part les bases d'une discussion sur les orientations à suivre au sujet des incidences sur la santé de ces déterminants.¹

À partir de ces bases, nous avons élaboré une déclaration de principe sur l'un de ces déterminants, en particulier, à savoir le rôle que joue le logement ou l'absence de logement dans la santé. Partout au Canada, les sans-abri, qui étaient autrefois cachés à l'abri des regards ou que l'on voyait se réchauffer dans les villes sur les bouches de chauffage, sont devenus désormais omniprésents. Les données venant de toutes parts indiquent que non seulement la population des sans-abri en milieu urbain augmente mais aussi que sa composition est en train de changer. Cette augmentation et cette diversification de la population des sans-abri sont allées de pair avec une diminution des fonds et des initiatives visant à fournir à la population des logements permanents, à un prix abordable. Pourtant, selon la définition que donne de la santé l'Organisation mondiale de la Santé, il est clair que disposer d'un logement correct joue un rôle important pour permettre aux individus de vivre en bonne santé.

De plus, en raison du climat nordique du Canada, un abri sûr constitue un préalable indispensable à la santé. En dépit de tout ce qui précède, de plus en plus de Canadien(ne)s sont sans abri et, par voie de conséquence, sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé associés à l'absence de logement. En bref, qu'il s'agisse d'une cause ou d'une conséquence d'un mauvais état de santé, l'absence de logement apparaît aujourd'hui comme un problème de santé fondamental pour les Canadien(ne)s.

Qu'est-ce que l'absence de logement?

Avant d'aller plus loin et d'étudier les conséquences de l'absence de logement sur la santé, ainsi que les rapports qui existent entre l'absence de logement et la santé, il convient de prendre en considération ce qui suit. Parler d'absence de logement, c'est s'intéresser à toute une gamme de façons de vivre et prendre en compte toute une diversité de populations connaissant des problèmes particuliers. L'Organisation des Nations Unies (ONU), en désignant 1987 comme l'année internationale du logement des sans-abri, a établi une distinction entre *l'absence de logement absolue*, soit celle qui caractérise tous ceux qui vivent dans la rue et les autres, victimes de catastrophes naturelles, qui se retrouvent sans aucun abri, et

l'absence de logement relative, soit celle des personnes vivant dans des habitations qui ne répondent pas aux normes minimales.²

L'ONU a ensuite identifié cinq normes de base. Ainsi, un logement doit 1) protéger comme il faut ses occupants des éléments naturels, 2) avoir l'eau potable et des services d'hygiène, 3) assurer la sécurité personnelle et garantir un droit d'occupation, 4) ne pas être trop éloigné des lieux de travail, des établissements scolaires et des services de santé et, 5) être abordable.²

Les personnes qui sont sans abri dans l'absolu sont celles qui n'ont pas d'adresse permanente, notamment les personnes qui vivent dans les rues, celles que l'on trouve dans les refuges et, dans le cas des jeunes enfants, ceux qui sont logés dans des conditions qui n'ont que peu de choses à voir avec un foyer et que l'on désigne souvent par l'expression «abris pour assistés sociaux». À l'opposé, les personnes qui connaissent une absence de logement relative ont, en général, un logement mais celui-ci est dans un état de délabrement tel qu'il ne répond pas aux cinq normes établies par l'ONU.

Plus près de nous au Canada, le rapport de la Bibliothèque du Parlement sur l'absence de logement, publié en 1994, en donne trois définitions qui sont l'absence chronique, l'absence périodique et l'absence temporaire de logement. On estime que les personnes en situation d'absence chronique de logement représentent entre 20 et 40 p. 100 de celles que l'on trouve dans les refuges d'urgence et les maisons d'hébergement, et que ce sont habituellement des personnes en marge de la société, qui connaissent souvent des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ou qui souffrent de problèmes psychiatriques.

À l'opposé, les personnes en situation d'absence périodique de logement sont celles qui se voient obligées de partir de chez elles à la suite d'une crise, de violence conjugale ou de mauvais traitements, mais qui y retournent après une période passée dans un refuge ou dans les rues. La dernière catégorie, les personnes en situation d'absence temporaire de logement sont celles qui ont perdu leur abri à cause d'un incendie ou d'une inondation, d'une hospitalisation ou encore, et de plus en plus, du chômage qui entraîne leur expulsion ou la saisie de leur logement.³

Au Canada, les personnes qui sont sans abri dans l'absolu sont celles que l'on voit le plus car la grande majorité d'entre elles sont concentrées dans les zones urbaines. À l'opposé, pour ce qui est de l'absence relative de logement, même si elle existe dans les villes, c'est surtout dans les régions éloignées et notamment au sein des communautés autochtones qu'on la voit le plus souvent.⁴⁻⁶ Du point de vue de la santé, il s'agit là d'une distinction importante car les conditions de santé qui prédisposent à l'absence de logement sont différentes d'une catégorie à l'autre, comme c'est aussi le cas des incidences sur la santé.

Qui sont les sans-abri?

L'idée que l'on se fait généralement du sans-abri est celle d'un homme alcoolique ou peut-être drogué, qui vit seul, et bon nombre des politiques et des initiatives à l'intention des sans-abri sont toujours conçues en fonction de ce stéréotype qui n'a plus cours. On peut dire que les refuges que l'on trouve dans de nombreuses villes ont leur origine dans l'idée voulant que l'absence de logement soit une situation temporaire et aberrante, caractérisant les hommes qui «n'ont pas eu de chance». En outre, on pensait que ces refuges devaient être des lieux de passage en attendant de trouver un «autre type de logement».⁷

La réalité des sans-abri est aujourd'hui bien différente : en effet, il y a de plus en plus de mères et d'enfants parmi les sans-abri; les refuges fonctionnent de plus en plus comme des lieux d'hébergement de longue durée; et il y a moins d'autres types de logement possibles à la disposition des personnes vivant en marge du marché du logement. En outre, étant donné que les personnes qui connaissent des problèmes particuliers constituent un nombre croissant des sans-abri, répondre à leurs besoins de logement exige une part plus importante de ressources de plus en plus rares.

Les malades mentaux

Parmi ces personnes à problèmes, on trouve celles qui souffrent de graves maladies psychiatriques et pour lesquelles la tendance à la désinstitutionnalisation s'est traduite au mieux par une infrastructure de soins aléatoire. Parce que beaucoup d'entre elles sont tellement débilitées qu'elles sont incapables de trouver les ressources financières et les moyens d'organisation nécessaires pour s'installer et s'occuper d'un domicile fixe, leur état de santé leur fait courir un risque élevé de se retrouver dans la rue. On estime que seulement 5 à 7 p. 100 des malades mentaux sans abri doivent être institutionnalisés,⁸ alors que pour ces personnes sans abri, le manque d'infrastructure de soins de santé mentale, notamment de services de traitement communautaires, les rend vulnérables à une double morbidité, celle à laquelle leur maladie les prédispose et aussi celle qui est associée au fait d'être sans abri.

Les jeunes à la rue

De la même façon, la multiplication de ceux que l'on appelle les jeunes à la rue a créé une population d'adolescents à problèmes, dont plus de 70 p. 100 déclarent avoir quitté leur foyer en raison d'abus sexuels et (ou) de mauvais traitements physiques.⁹ Leurs besoins de santé sont semblables à ceux des adultes sans abri mais peuvent aussi comprendre le traitement et la prévention de maladies contractées en faisant commerce du sexe.¹⁰ On oublie souvent l'attention et les ressources que nécessitent leur développement personnel, notamment leur éducation, bien qu'elles soient d'une importance toute particulière.

Les familles avec des enfants

Partout en Amérique du Nord, le changement démographique le plus frappant concernant les sans-abri est sans aucun doute la croissance rapide du nombre de femmes et d'enfants parmi eux. À Montréal, on estime que, pour une année donnée, entre 30 et 40 p. 100 des sans-abri sont des femmes.¹¹ À Toronto, au cours d'une journée moyenne de novembre 1995, on a dénombré 3 600 personnes dans les refuges d'urgence; cinquante pour cent, d'entre elles étaient des familles avec des enfants.¹² L'analyse des données concernant le marché du travail aux États-Unis montre que, pour partie, cette augmentation s'explique par un affaiblissement de la valeur économique du mariage, et qu'elle est aussi alimentée par une importante diminution des emplois pour les hommes semi-qualifiés.⁷ Au fur et à mesure que l'économie canadienne cesse de reposer sur l'industrie primaire pour devenir une économie axée sur les services et reposant sur les connaissances, les emplois pour les hommes non qualifiés tendent à disparaître et ceux pour les femmes de qualifications ou de niveaux d'études équivalents n'offrent généralement pas de services de garderie ou ne sont pas suffisamment rémunérés pour pouvoir se payer de tels services.

En conséquence, de plus en plus de femmes et leurs enfants tombent dans la spirale de la précarité associant bas revenu et incertitude du logement. Comme il existe des abris pour assistés sociaux et des maisons d'hébergement, un moins grand nombre d'entre eux se retrouvent à la rue, mais les études faites sur les enfants logés dans de pareilles conditions font apparaître chez ces derniers des cas de plus en plus fréquents de maladies aiguës ou chroniques, et de retard ou de lenteur du développement.¹³⁻¹⁷

Les autochtones

Une autre population à problèmes particuliers est celle que constituent les autochtones. Qu'ils soient absolument sans abri et à la rue dans les villes du Canada, ou qu'ils soient logés dans des habitations précaires, délabrées et surpeuplées sur les réserves, les autochtones connaissent plus de risques que les autres d'être sans logement, et les efforts faits pour remédier à cette situation exigent que l'on fasse particulièrement attention à leurs conditions.¹⁸

Pourquoi cette montée des sans-abri?

Au cours des quinze dernières années, on a beaucoup écrit pour décrire et analyser le phénomène de la multiplication des sans-abri. Il est impossible d'avoir des données précises sur le nombre exact des sans-abri, ne serait-ce que parce que les systèmes de recensement des citoyens sont en général basés sur le lieu de résidence. Même dans le cas des enquêtes faites auprès des sans-abri, il est extrêmement difficile d'identifier les personnes qui partagent le même logement et les lieux où les sans-abri se réfugient hors institutions.

Néanmoins, les enquêteurs et tous ceux qui se soucient des sans-abri sont tout de même parvenus à recueillir des données qui, une fois réunies, rendent compte d'une croissance substantielle de ce segment de la population. Ainsi, un groupe a pu estimer qu'en 1996 à Toronto, il y avait 25 000 sans-abri, soit deux fois plus qu'en 1994;¹⁹ le Good Shepherd Hostel rapporte une augmentation de 30 p. 100, entre 1995 et 1996, du nombre de personnes ayant trouvé refuge dans ses locaux pour passer la nuit; pour sa part, pour la même période, la Metro Children's Aid Society (société d'aide à l'enfance de Toronto) déclare une augmentation de 33 p. 100 du nombre de familles obligées à partager le même foyer, et une hausse de 52 p. 100 des familles vivant dans des refuges. Les employés de la patrouille des rues à Anishnawbe estiment que dans leur ville, le nombre de personnes à la rue a doublé entre 1993 et 1996.²⁰

Plus à l'ouest, à Calgary, à cause des réductions de prestations de bien-être social au début des années 1990, 55 p. 100 des prestataires ont déclaré qu'ils risquaient d'être mis à la porte de chez eux. À Montréal, selon les statistiques de 1994, 27 000 personnes étaient sans abri, 40 p. 100 d'entre elles venant de l'extérieur de Montréal.²¹ L'attrait qu'exercent les grands centres urbains est particulièrement fort chez les jeunes à la rue. Ainsi, selon les statistiques de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, on estime qu'en 1992 les deux-tiers des 3 000 à 5 000 jeunes sans abri à Toronto venaient de l'extérieur de la métropole torontoise.⁹

Bien qu'il soit toujours difficile de faire une estimation du nombre total de sans-abri où que ce soit, si l'on remonte à 1986, il y avait déjà entre 130 000 et 250 000 Canadien(ne)s sans abri ou vivant dans des logements insalubres.³ En 1987, le Conseil canadien du développement social (CCDS) a effectué une enquête transversale auprès des sans-abri en comptant toutes les personnes hébergées dans des refuges pour une nuit donnée. À partir de cet échantillon, le CCDS a estimé que 10 672 personnes se trouvaient dans les refuges d'urgence. Mais il est probable que cet instantané soit bien en dessous de la réalité puisqu'il ne comprend pas les femmes ou les enfants dans les refuges d'urgence pour victimes de violence conjugale, pas plus que ceux obligés de co-habiter avec des amis ou des parents.² Au cours de l'automne 1997, la Société canadienne d'hypothèques et de logement a l'intention de procéder à une enquête nationale sur les sans-abri au Canada qu'elle fera suivre de contrôles périodiques réguliers. C'est une bonne occasion pour les organismes de santé publique de faire pression sur la SCHL pour qu'elle inclue dans son enquête des questions sur la santé des sans-abri.²²

L'augmentation du nombre des sans-abri pose inexorablement la question du «pourquoi». Les causes de l'absence de logement, même si elles sont conceptuellement différentes dans chaque cas, interagissent vraisemblablement les unes avec les autres et se multiplient. Le plus grand nombre de sans-abri semble attribuable à trois grandes catégories de facteurs qui

sont : a) la pauvreté, b) les changements dans le marché du logement, et c) la morbidité psychiatrique et les changements intervenus dans les services de soins de santé mentale.

La pauvreté et le marché du logement

Les deux premiers facteurs, la pauvreté et les conditions du marché du logement, sont inextricablement liés «au fait d'avoir un toit» puisque se loger est pour les Canadien(ne)s la plus grosse dépense qu'ils peuvent faire. Bien qu'il existe une toute petite minorité d'individus qui choisissent de vivre sans logement, la majorité des sans-abri se retrouvent dans cette situation suite à des revers économiques. C'est ce que montrent d'ailleurs les statistiques relatives aux revenus : lors d'une enquête menée à Toronto sur 458 personnes, 15 p. 100 d'entre elles ont déclaré n'avoir touché aucun revenu au cours du mois précédant l'enquête et seulement 10 p. 100 ont déclaré avoir reçu plus de 1 000 dollars au cours du même mois.²³

En outre, les taux de chômage obstinément élevés ont eu pour effet de précariser davantage la situation du logement pour beaucoup, en plus d'ajouter aux effets négatifs sur la santé.²⁴ Il s'en est suivi une augmentation des taux de pauvreté au Canada au cours des dix dernières années, surtout chez les femmes et les enfants. C'est ce qu'illustre clairement le 1,4 million d'enfants qui vivent en dessous du seuil de pauvreté.¹ Il est vrai que la pauvreté ne conduit pas nécessairement à l'absence de logement, mais même si le nombre de logements à louer à un prix abordable demeurait constant, il n'en resterait pas moins que plus il y a de personnes en difficultés économiques, plus il y a de sans-abri potentiels.

Nombreuses sont les données qui indiquent que le nombre de logements à louer à un prix abordable a diminué, ce qui vient aggraver la situation des démunis frappés par une diminution de leurs prestations au titre de l'assistance sociale. L'embourgeoisement des villes canadiennes a eu pour effet de faire grimper les loyers et de faire disparaître la plupart des logements bon marché comme, par exemple, les immeubles de chambres de location. En outre, il ne s'agit pas là d'un phénomène qui touche uniquement les grandes agglomérations : ainsi, entre 1984 et 1988, le prix moyen du loyer d'un logement de trois chambres a augmenté de 31,3 p. 100 dans la plus grande ville du Canada, Toronto, mais aussi de 24,8 p. 100 à St.-Jean au Nouveau-Brunswick. En 1991, la Société canadienne d'hypothèques et de logement a signalé qu'une famille de locataires sur cinq vivait dans un logement inhabitable ou inacceptable.²⁰

Pour les ménages sans moyens financiers, la recherche d'un logement est encore rendue plus difficile par les réticences des propriétaires de logements à louer. Ainsi, d'après les résultats des enquêtes, un tiers des petits propriétaires et deux tiers des grandes sociétés immobilières qui ont des logements à louer à un prix abordable pour les personnes prestataires de l'aide sociale refusent de louer les logements disponibles à ces personnes.²⁰

Étant donné que ce rapport porte essentiellement sur les questions de santé des sans-abri, nous n'allons pas discuter des solutions possibles aux problèmes de logement. Ward, dans son ouvrage *Organizing for the Homeless*, présente plusieurs solutions faisant intervenir des modèles innovateurs de logement, notamment des modèles dans lesquels les sans-abri prennent pleinement ou partiellement en charge la gestion d'ensembles immobiliers comme le Dixon Hall-Cityhome Housing Project à Toronto.²⁵

La psychiatrie, la morbidité et les changements intervenus dans les services de santé mentale

Mis à part la pauvreté et l'évolution du marché du logement dont on vient de parler, la maladie, surtout s'il s'agit d'une maladie mentale, peut suffire pour qu'une personne se retrouve sans abri. Dans la plupart des rapports publiés sur la problématique des sans-abri, on lit que la désinstitutionnalisation dans les services de santé mentale est l'une des grandes responsables de cette situation. Bien que le nombre de lits dans les hôpitaux ait grandement diminué (ainsi, sur les 4 800 lits dont disposait l'hôpital psychiatrique de Riverview à Vancouver en 1960, il n'en restait plus que 1 000 en 1993),²⁶ cette diminution est intervenue avant la montée actuelle du nombre des sans-abri.

Néanmoins, la désinstitutionnalisation continue d'être une des causes du phénomène; en effet, le remplacement des soins en institution et des hospitalisations forcées par les soins ambulatoires ne permet pas de répondre comme il le faudrait à la demande, surtout pour ce qui est des traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie. En outre, il est tout à fait possible que le fait de se retrouver sans abri, avec ce que cela signifie de pertes de repères et de cassures, exacerbe la morbidité associée aux maladies mentales.

Vu de la rue, le tableau n'est guère plus reluisant. En effet, les enquêtes menées auprès des sans-abri indiquent qu'entre 10 et 90 p. 100 d'entre eux souffrent d'une maladie mentale sous une forme ou sous une autre, soit une fourchette statistique qui montre toute la difficulté de définir les maladies mentales et leur incidence prépondérante chez les sans-abri.²⁷ Dans certains cas, la maladie peut même prédisposer à la perte de son logement, alors que dans d'autres, c'est le fait d'être sans abri qui précipite l'arrivée de la maladie mentale, notamment de l'alcoolisme et de l'abus d'intoxicants. Ainsi, une étude longitudinale menée auprès de 1 399 adultes sans abri en Californie a permis de constater qu'au moment de la perte de leur logement, 45,6 p. 100 d'entre eux n'avaient aucun antécédent médical ou psychiatrique, que 9,3 p. 100 sont par la suite devenus de gros consommateurs d'alcool, 4,4 p. 100 sont devenus des toxicomanes, et 0,9 p. 100 ont dû être hospitalisés en établissement de soins psychiatriques dans les 12 mois suivants.²⁸ Depuis les années 1980, la toxicomanie associée au crack et à la cocaïne est l'un des principaux facteurs à l'origine de l'augmentation du nombre des sans-abri aux États-Unis. Bien que l'on connaisse moins bien son impact au Canada, ce type de toxicomanie apparaît comme l'une des causes du phénomène des sans-abri. Un sondage effectué en 1992 auprès des jeunes à la rue, à Ottawa, a révélé que 92 p. 100 d'entre

eux avaient essayé de se suicider. Selon les données publiées par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de Toronto, l'usage de drogues parmi les jeunes à la rue serait 14 fois plus élevé que parmi les étudiants n'ayant jamais fui leur foyer⁹ et près de 90 p. 100 des jeunes à la rue déclarent avoir un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie.²⁹ À Hamilton au Canada, sur 160 personnes qui ont recours aux refuges ou haltes-accueil, 36 p. 100 souffrent d'une certaine forme de maladie mentale; chez les personnes de plus de 65 ans, ce chiffre passe à 66 p. 100.³⁰

Le tribut que payent les femmes sans abri à la toxicomanie n'est pas aussi élevé que celui des hommes. Par contre, certains graves troubles psychiatriques comme la schizophrénie semblent frapper plus durement les femmes.³¹ Une étude faite à St.-Louis a montré que 33,8 p. 100 des femmes sans abri souffraient de stress post-traumatique par comparaison avec 3,2 p. 100 pour les femmes mal logées et 1,3 p. 100 pour les autres.³²

Les problèmes de logement dans les communautés autochtones

Avant d'en venir plus précisément aux questions de santé, il convient de rappeler quelques éléments concernant les peuples autochtones du Canada. Les trois catégories de facteurs identifiés ci-dessus peuvent se conjuguer et avoir des effets plus sévères quand ils se manifestent dans des régions éloignées. De plus, chez les autochtones vivant hors réserve, le logement est cité comme le plus important des besoins non satisfaits. L'absence de logement en réserve ou hors réserve a fait l'objet de nombreuses études tant par les pouvoirs publics que par d'autres groupes, notamment la Commission royale sur les peuples autochtones.⁶

- Les logements occupés par les peuples autochtones ont une probabilité deux fois plus élevée d'avoir besoin de réparations importantes que ceux de tous les autres Canadiens.
- Dans plus de 90 p. 100 des cas en comparaison avec les autres ménages canadiens, les foyers des autochtones n'ont pas accès à l'eau courante. Dans les réserves, 14 p. 100 de toutes les habitations ne disposent d'aucune plomberie, 12,5 p. 100 sont sans chauffage central et 6,5 p. 100 n'ont pas l'électricité.

L'absence de logement relative, avec le manque d'hygiène et le surpeuplement qui lui sont associés, a toutes les chances de multiplier les risques de transmission des maladies et, en cas d'incendie, de faire beaucoup d'accidents.

Recommandations

- I. Que l'Association canadienne de santé publique (ACSP), reconnaissant que l'absence de logement pose une question de santé, recommande que les services du logement fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux, par le biais d'incitations financières ou autres, s'emploient à créer un climat politique positif, susceptible d'encourager la construction et l'entretien de logements corrects à un prix abordable.
- II. Que l'ACSP encourage la Société canadienne d'hypothèques et de logement à inclure des questions portant sur la santé des sans-abri dans les enquêtes que cette dernière prévoit mener régulièrement auprès de cette population, ceci afin de permettre aux organismes prestataires de soins de santé de formuler des politiques publiques reposant sur les besoins identifiés.
- III. Que l'ACSP, reconnaissant le chômage et l'instabilité économique comme étant responsables de l'absence de logement, réaffirme les résolutions adoptées lors de son assemblée générale annuelle de 1996 concernant le chômage et la santé en poursuivant ses efforts pour mettre sur pied des coalitions entre les groupes de professionnels de la santé, les organisations syndicales et non gouvernementales, afin d'exercer des pressions sur tous les paliers de gouvernement pour qu'ils élaborent des politiques publiques qui permettront de promouvoir de véritables emplois pour tous les Canadien(ne)s ainsi que des services sociaux, sanitaires et de soutien du revenu appropriés pour les personnes au chômage.
- IV. Que l'ACSP envisage de donner son aval et son appui aux recommandations portant sur les questions de logement des peuples des Premières Nations figurant dans le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) (voir Annexe I).

L'absence de logement et ses rapports avec la santé

Si l'on pouvait ramener l'absence de logement à une simple question d'absence d'abri pour certaines personnes et de logements insalubres pour d'autres, les travailleurs de la santé et les groupes de pression ne verraient dans cette situation qu'une question sociale sans plus. Mais, dans la réalité, les choses sont différentes. En effet, l'absence de logement au Canada entretient des rapports très étroits avec l'état de santé des individus, en ce sens qu'un mauvais état de santé prédispose à l'absence de logement et que des effets préjudiciables sur la santé avec les besoins attenants en découlent.

Au coeur des rapports entre la santé et l'absence de logement, on trouve la notion d'équité. Dans la définition qu'elle donne de la santé, l'OMS reconnaît l'importance du logement et, pour sa part, le Canada a ratifié plusieurs conventions internationales faisant état des rapports existant entre la santé et le logement, notamment la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant.

Sur le terrain, l'absence de logement entraîne une augmentation des taux de morbidité, encore aggravée par les difficultés de fournir des soins de santé aux sans-abri. Le décès en janvier 1996 à Toronto de trois sans-abri morts de froid, auquel il faut ajouter, tout dernièrement encore, un autre décès intervenu au moment de la rédaction de ce rapport (janvier 1997),

viennent rappeler les taux de mortalité plus élevés chez les personnes âgées sans abri.³³ Sur 202 cas de décès parmi la population des sans-abri de Toronto, survenus entre 1979 et 1990, 71 p. 100 d'entre eux concernaient des personnes de moins de 70 ans par comparaison avec 38 p. 100 pour la même catégorie d'âge chez les personnes disposant d'un logement. En tant que groupe, les sans-abri constituent une population en moyenne plus jeune que l'ensemble de la population; le nombre de décès plus élevé que la moyenne est principalement dû aux accidents et aux séquelles de la toxicomanie, notamment les suicides par surdoses, et aux maladies du foie liées à l'alcoolisme.³⁴

La tuberculose

Cela dit, le coût des maladies non mortelles qui sont associées à l'absence de logement est beaucoup plus lourd encore. On a beaucoup écrit au sujet de la tuberculose qui sévit chez les sans-abri dans les villes américaines, néanmoins on constate que cette maladie est en train d'émerger dans les villes canadiennes et pose par là-même une grave question de santé publique. L'infection tuberculeuse est hautement contagieuse parce que le bacille de Koch qui en est responsable se propage dans l'air. Par le passé, l'insistance mise par la santé publique sur l'hygiène et l'amélioration des conditions de logement ont coïncidé avec une forte diminution des taux de mortalité dus à la tuberculose. Avec la montée des sans-abri aux États-Unis, on constate des augmentations dans des proportions épidémiques de la tuberculose au sein de cette population.³⁵ Ces augmentations ont encore été accentuées par la propagation de l'infection à VIH d'une part, (en effet le virus rend les personnes séropositives plus vulnérables à la contraction de la tuberculose), et d'autre part par une plus grande résistance de l'infection en raison de traitements insuffisants.

Le traitement de la tuberculose exige en général l'administration de thérapeutiques multiples pendant plusieurs mois. On se trouve en présence de traitement partiel ou insuffisant lorsque des personnes infectées ne prennent pas tous les médicaments qui leur ont été prescrits, ce qui a pour effet de développer la résistance des organismes infectieux au lieu de les éradiquer.

Les sans-abri courent des risques tout particulièrement importants de n'être traités que partiellement car, étant donné la vie par trop chaotique qu'ils mènent, se souvenir de prendre quotidiennement et pendant plusieurs mois des médicaments constitue un obstacle quasi insurmontable. En outre, en dépit de la distribution gratuite de médicaments contre la tuberculose dans de nombreuses provinces, les sans-abri ne disposent très souvent pas d'un endroit sûr où ranger leurs médicaments.

Les épidémies de tuberculose survenues à la fin des années 1980 et au début des années 1990 ont entraîné la mise sur pied de programmes de traitement par observation directe (DOT/TOD), permettant de superviser au quotidien l'administration des médicaments antituberculeux.³⁶ Bien que faisant appel à beaucoup de personnel, ce type de traitement constitue une réponse efficace à la synergie existant entre l'absence de logement, facteur de risque de contraction de la tuberculose, et son traitement partiel.

Il y a presque dix ans que l'épidémie s'est déclenchée aux États-Unis et l'on note des signes d'une situation semblable en train de se développer parmi les sans-abri au Canada. Ainsi, chez les sans-abri de Toronto, une enquête a révélé que 48 p. 100 d'entre eux présentaient une cuti-réaction positive à la tuberculine, exigeant en principe un traitement d'une durée de six mois.³⁷

Le VIH et le sida

À San Francisco, on constate que l'infection à VIH est plus répandue chez les sans-abri que chez ceux qui disposent d'un toit;³⁸ si ces personnes séropositives devaient connaître une dégradation importante de leur situation économique, l'infection à VIH apparaîtrait vraisemblablement comme une infection associée à l'absence de logement.

Les maladies squeletto-musculaires

Si les maladies infectieuses sont celles qui attirent le plus l'attention des services de santé publique, il n'en va pas de même pour les maladies squeletto-musculaires qui font pourtant beaucoup de victimes chez les adultes sans abri qui passent une grande partie de leurs journées à l'extérieur, souvent sur leurs pieds. Ainsi, à Toronto, le taux de prévalence de l'arthrite est de 220 p. 100 plus élevé pour les sans-abri que pour ceux qui ont un logement.²³ Une enquête menée auprès de 124 personnes sans abri à Vancouver a indiqué que 52 p. 100 d'entre elles souffraient de problèmes de santé et que 58 p. 100 avaient des problèmes dentaires exigeant les soins d'un dentiste.²⁶ En outre, pour les sans-abri, le taux annuel d'incidence des agressions est voisin de 40 p. 100, et pour les femmes, les risques d'agression sexuelle se situent approximativement à 20 p. 100 par an. Au cours de l'année ayant précédé la collecte de ces données, 11,4 p. 100 des répondants ont déclaré avoir été heurtés par un véhicule et 8,5 p. 100 avoir souffert d'engelures. Pour leur part, les données provenant de recensements démographiques indiquent que 2 p. 100 des habitants de Toronto déclarent avoir été blessés dans un accident de la circulation au cours de la même période.²³

Les problèmes de santé des jeunes à la rue

Les maladies transmissibles sexuellement et les problèmes de santé mentale constituent les principaux problèmes de santé des jeunes à la rue nécessitant des soins. Une enquête menée auprès de jeunes à la rue et de ceux qui font commerce du sexe à Edmonton a révélé que l'on trouvait au sein de cette population des taux de culture positive de l'ordre de 49 p. 100 pour

les infections à *Neisseria gonorrhoeae* et de 83 p. 100 pour celles à *Chlamydia trachomatis*. En outre, 85 p. 100 des jeunes à la rue et 57 p. 100 de ceux faisant commerce du sexe n'avaient recours à aucun type de contraception.³⁹ En dépit de taux analogues pour Toronto, dans cette ville 52 p. 100 des jeunes faisant commerce du sexe ont déclaré avoir le sentiment que leurs risques d'infection par le VIH étaient les mêmes, voire moins importants, que ceux des autres jeunes.⁴⁰

S'agissant de la santé mentale, on note que les jeunes sans abri connaissent des taux de morbidité plus élevés que leurs homologues disposant d'un toit. Ainsi, les données issues d'une étude faite sur les jeunes à la rue à Toronto révèlent que 37 p. 100 des jeunes hommes ont tenté de se suicider en comparaison avec 61 p. 100 pour les jeunes femmes, que 83 p. 100 d'entre eux ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente et 31 p. 100 de la cocaïne, que 28 p. 100 se sont à un moment donné drogués par injections, et que 4 p. 100 ont partagé des seringues au cours de l'année précédente. En outre, près de la moitié d'entre eux ont déclaré avoir traversé des épisodes dépressifs à un moment donné au cours des trois mois précédant l'entrevue, et 46 p. 100 des femmes ont dit avoir connu une forme ou une autre d'abus sexuel.⁹

Les problèmes de santé des enfants qui vivent avec des parents sans abri

En comparaison avec les enfants qui disposent d'un logement permanent, les enfants sans abri font face à des risques particuliers concernant leur santé, notamment des risques d'obésité, d'anémie, de blessures et de brûlures, ainsi que de retard du développement. À ce jour, on dispose de relativement peu de données sur la santé des enfants sans abri au Canada, mais les résultats des études menées ailleurs signalent une morbidité élevée dans ce segment de la population. Ainsi, dans l'état de Washington, il y a approximativement six fois plus d'enfants obèses parmi les sans-abri.¹⁴ L'examen dans une clinique de soins de santé primaire de 256 enfants sans abri dans la ville de New York a fait apparaître des concentrations de plomb dans le sérum sanguin plus élevées chez ces derniers que chez les autres enfants de même statut socio-économique disposant d'un logement. De même, l'étude d'un échantillon aléatoire d'enfants sans abri à Philadelphie a montré que, chez 11 p. 100 d'entre eux, on avait diagnostiqué un empoisonnement par le plomb au cours de l'année antérieure.¹⁵ Outre ses effets sur les facultés cognitives, un taux de plomb élevé dans le sérum peut aggraver ou exacerber l'anémie, laquelle est déjà beaucoup plus répandue chez les enfants sans abri.¹⁶ Ce taux d'anémie plus élevé peut s'expliquer en partie par des carences alimentaires : ainsi, on a noté que les enfants habitant dans des refuges à Kansas City recevaient moins de 50 p. 100 de l'apport quotidien recommandé en fer et en acide folique.¹⁷

Peut-être plus inquiétants encore pour le long terme sont les retards de développement que l'on constate chez les enfants sans abri. Les données dont on dispose concernant les mères des enfants sans abri font systématiquement ressortir leur faible niveau d'instruction. Les retards de développement constatés chez ces enfants sans abri soulignent la nécessité de déployer des efforts importants pour sortir de la spirale compétences minimales en matière d'emploi et absence de logement.

Les résultats du test de Denver servant à dépister les retards de développement ont montré que sur 151 enfants vivant dans des refuges au Massachussets, la moitié d'entre eux environ étaient touchés par ce problème.¹³ À Philadelphie, chez les enfants sans abri d'âge préscolaire, les résultats des tests qui ont été faits pour mesurer l'aptitude à l'expression et les aptitudes visuo-motrices ont été nettement inférieurs à ceux de la population en général, et seulement un tiers des enfants d'âge scolaire étaient capables de lire au niveau correspondant à leur âge. La moitié des enfants de l'échantillon avaient manqué 5 jours d'école ou plus au cours des deux mois précédents, et 30 p. 100 avaient été absents 10 jours ou plus.¹⁵

Comme c'est le cas pour les adultes, les enfants sans abri courent des risques beaucoup plus élevés de blessures et de brûlures. Toujours dans l'échantillon de Philadelphie, 14 p. 100 des enfants avaient été suffisamment brûlés pour avoir des cicatrices et 8 p. 100 avaient été hospitalisés pour des blessures subies au cours de l'année antérieure.¹⁵ En résumé, on peut dire que les enfants sans abri aujourd'hui réunissent toutes les conditions pour devenir les sans-abri du siècle prochain.⁴¹

Les problèmes de santé des peuples autochtones

En conséquence de l'absence relative de logement dont souffrent les peuples autochtones, les taux d'incidence de la tuberculose, de l'otite moyenne, des infections des voies respiratoires supérieures et inférieures, des pneumonies, des maladies gastro-intestinales, des maladies de la peau, du cancer causé par la fumée ambiante, et des décès occasionnés par les incendies, sont sept fois plus élevés chez les autochtones que dans le reste de la population canadienne.^{4,6}

Répondre aux besoins de services de santé des sans-abri

Il est certain que les personnes disposant d'un logement font également face, à des degrés divers, à ces mêmes risques pour la santé, mais dans le cas des sans-abri, la prestation et l'utilisation des services de santé sont passablement différents. Ainsi, dans toutes les provinces canadiennes, les soins de santé sont gratuitement mis à la disposition de tous les individus sur présentation de leur carte provinciale d'assurance médicale, mais pour se faire délivrer une carte de ce type, il faut avoir une adresse.

Le problème que pose le refus d'accorder des soins ou la prestation limitée de tels soins faute de carte de santé, est ressorti à de nombreuses reprises dans les enquêtes menées tant auprès des sans-abri que des prestataires de soins de santé pris en charge par l'assurance médicale.^{20,23} À l'ère des systèmes d'information de gestion, refuser des soins à des personnes généralement en mauvaise santé, c'est faire fausse route, en plus de faire preuve de courte vue. Les efforts de prévention, notamment en ce qui concerne des affections comme l'hypertension, l'infection par le VIH, et les maladies de la peau,

permettraient probablement de réduire l'importance du «rattrapage» à effectuer au niveau des soins d'urgence aux sans-abri.^{42,43}

En outre, bien qu'une proportion élevée des Canadiens sans abri déclarent rendre visite à un médecin, un grand nombre de ces visites sont faites pour remplir les formulaires exigés par les organismes de services sociaux.¹⁹ En fait, il est plutôt rare que les sans-abri aient des contacts réguliers et suivis avec un médecin de santé primaire parce qu'ils se déplacent beaucoup et n'ont souvent pas les moyens de se souvenir d'aller à leurs rendez-vous. C'était habituellement les services d'urgence qui assuraient les premiers soins des sans-abri, mais la multiplication de ces derniers et leur concentration au coeur des zones urbaines ont fait que désormais ces soins doivent être pris en charge par quelques établissements dans chacune des grandes villes du Canada. La fatigue et l'épuisement du personnel sont monnaie courante dans ces établissements, comme d'ailleurs l'indifférence manifeste vis à vis de certaines questions, notamment les soins à domicile des sans-abri après leur sortie ainsi que l'observance des thérapeutiques médicamenteuses.^{44,45}

Étant donné les multiples problèmes de santé des sans-abri, que viennent aggraver les maladies psychiatriques et les abus d'intoxicants, la mise en place de systèmes de prestation de soins aux personnes sans domicile fixe, ne disposant souvent que d'un minimum de soutien social, exige une attention particulière. L'innovation à cet égard, notamment dans le cas des sans-abri souffrant de maladies mentales, a consisté à mettre surtout l'accent sur la gestion des cas. Bien que les programmes ne soient pas tous les mêmes, l'idée force à la base de la gestion par cas consiste à proposer un «guichet unique» pour tous les services de santé et souvent aussi pour tous les services sociaux. Les programmes qui ont réussi déclarent constater une amélioration de la continuité des soins, une baisse du recours aux services d'urgence et, dans certains cas, une diminution des taux de réadmission.⁴⁶⁻⁴⁹

Pour ce qui est des endroits où on les soigne, les sans-abri ont dit se heurter au manque de sensibilité des prestataires de soins.²³ Pour les professionnels de la santé, un changement d'attitude à long terme doit être un important objectif à atteindre mais à court terme, un programme de soins empreints de compassion peut permettre d'atténuer ces problèmes. Ainsi, dans le cadre d'un essai aléatoire et contrôlé à l'hôpital Wellesley de Toronto, on a pu constater qu'en comparaison avec les sans-abri soignés normalement, ceux qui avaient pu parler et se faire écouter par un bénévole avaient des taux moins élevés de nouvelles visites. Ces résultats donnent à penser que la satisfaction des patients peut être un élément fondamental de la rentabilité des soins.⁵⁰

La montée des sans-abri a déclenché une explosion de nouveaux programmes et de nouvelles interventions, notamment les patrouilles de rue et les systèmes d'avertissement de froid intense, ainsi que toutes sortes de nouvelles méthodes de prestation des soins, comme les camionnettes de soins mobiles. Dans bien des cas, ces nouveautés sont tellement récentes qu'il existe peu d'informations concernant leur efficacité. Mais l'évaluation et l'innovation régulière sont des éléments essentiels si l'on veut répondre aux besoins de santé des sans-abri.

Recommandations

- V. Que l'ACSP demande à ses divisions et associations provinciales et territoriales d'étudier, en collaboration avec d'autres organismes de santé et les gouvernements provinciaux et territoriaux, les façons et les moyens d'assurer la continuité des soins et l'accès à des soins réguliers aux personnes démunies d'une carte de santé ou sans adresse permanente.
- VI. Que l'ACSP, en collaboration avec les partenaires susmentionnés, insiste auprès des responsables de la santé des provinces et des territoires pour qu'ils prennent des mesures pour s'assurer que les besoins de santé propres aux sans-abri soient pris en compte et satisfaits dans le cadre de la réforme et de la restructuration des services de santé.
- VII. Que l'ACSP contribue, dans le cadre d'un projet pilote, au développement d'un réseau canadien de personnes et d'organismes concernés par les questions d'absence de logement et de santé, grâce aux moyens mis à disposition par Internet comme les échanges par courrier électronique et le Web, avec une attention toute particulière à l'échange d'informations relatives aux programmes innovateurs, le tout dans le but de faciliter la prestation de soins de santé aux sans-abri.
- VIII. Que l'ACSP demande aux facultés des sciences de la santé d'inclure à leurs programmes du matériel sur les incidences sur la santé des déterminants sociaux comme l'absence de logement, et de s'assurer que ces sujets soient aussi couverts lors des évaluations des étudiants.

Conclusion

Les Canadien(ne)s sont fiers, avec raison d'ailleurs, de leurs services universels de soins de santé pour tous. Alors que l'on prête aujourd'hui davantage attention aux déterminants sociaux de la santé et à des concepts élargis de la santé et des soins de santé, il est essentiel que l'on s'attaque au problème des sans-abri si l'on veut que tous les Canadien(ne)s aient la possibilité de vivre une vie productive en bonne santé. Bien qu'il soit de plus en plus à la mode de parler de responsabilité individuelle et de réforme du bien-être social sous diverses formes, la jouissance par tous d'un abri sûr à un prix abordable doit être au coeur de tout projet de société civile au Canada. Le temps est venu pour les membres de l'ACSP de mobiliser une masse critique, déterminée à agir pour garantir qu'absolument personne ne soit oublié.

Recommandations

- IX. Que l'ACSP mette au point une stratégie de diffusion de ce document couvrant la presse écrite et électronique, le bureau du Premier ministre, les bureaux des premiers ministres des provinces et des territoires, les ministères des Finances fédéral, provinciaux et territoriaux, les services sociaux, sanitaires et communautaires, les partis d'opposition, les groupes nationaux d'autochtones, ainsi que d'autres regroupements professionnels et groupes de lobbying.
- X. Que l'ACSP, qui affirme qu'un logement correct est une condition préalable pour la santé, s'efforce d'informer les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales, les organismes religieux et de la rue qui logent les sans-abri et travaillent avec eux, de l'ampleur du problème et de ses rapports avec la santé, dans le but de militer pour obtenir des logements corrects à des prix abordables.
- XI. Que l'ACSP mette sur pied un groupe de travail composé d'associations professionnelles et de santé nationales, d'organisations non gouvernementales, d'organismes religieux et de la rue ainsi que de personnes sans abri, afin d'étudier la possibilité d'organiser une conférence nationale sur l'absence de logement et la santé.

Références

1. Association canadienne de santé publique, Conseil d'administration. *Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : conséquences au plan de la politique publique*. Association canadienne de santé publique, 1997.
2. McLaughlin, L., *Homelessness in Canada: The Report of the National Inquiry*. Ottawa : Conseil canadien du développement social, 1987.
3. Begin, P., Homelessness in Canada. Current Issue Review 89-8E. No de cat. YM32-1/89-8-1994-09E. Ottawa : ministère des Approvisionnement et des Services Canada, 1991.
4. Young, T.K., et al., *The Health effects of Housing and Community Infrastructure of Canadian Indian Reserves*. Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Ottawa : ministère des Approvisionnement et des Services Canada, 1991.
5. Saskatchewan Senior Citizens' Provincial Council. A Study of the Unmet Needs of Off-reserve Indian and Metis Elderly in Saskatchewan. Regina: Saskatchewan Senior Citizens' Provincial Council, 1988.
6. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Logement, Volume 3, Vers un ressourcement. Ottawa : Groupe Communication Canada, 1996. p. 413-477.
7. Jencks, C., *The Homeless*. Cambridge : Harvard University Press, 1994.
8. Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. Outcasts on Main Street: A Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. Delmar, New York: National Resource Centre on Homelessness and Mental Illness, 1992. Cité à <http://nch.ari.net/mental.html>, le 23 janvier 1997.
9. Smart, R.G., Adlaf, E.M., Walsh, G.W., Zdanowicz, Y.M., *Drifting & Doing: Changes in Drug Use Among Toronto Street Youth, 1990 et 1992*. Toronto : Fondation de la recherche sur les toxicomanies, 1992.
10. MacDonald, N.E., Fiarhr, W.A., Wells, G.A., et al., Canadian street youth: correlates of sexual risk-taking activity. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13:690-697.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le phénomène de l'itinérance au Québec. (Protocole interministériel).
12. Shah, C.P., Discours du conférencier principal, Workshop on Homelessness and Health. Toronto: Ontario Medical Association. Le 29 mars 1996.
13. Bassuck, E.L., Rubin L., Lauriat, A.S., Characteristics of sheltered homeless families. *Am J Public Health* 1986; 76:1097-1103.
14. Miller, D.S., Lin, E., Children in sheltered homeless families reported health status and use of health services. *Pediatrics* 1988; 81:668-673.
15. Parker, R.M., Rescorla, L.A., Finkelstein, J.A., et al., A survey of the health of homeless children in Philadelphia shelters. *Am Journ Dis Children* 1991; 145:520-526.
16. Acker, P.J., Fierman, A.H., Dreyer, B.P., An assessment of parameters of health care and nutrition in homeless children. *Am Journ Dis Children* 1987; 141:388.
17. Drake, M.A., The nutritional status and dietary adequacy of single homeless women and their children in shelters. *Publ Health Rep* 1992; 107:312-319.
18. Morris, J., *Relative Homelessness in Aboriginal Communities. Workshop on Homelessness and Health*. Toronto: Ontario Medical Association, le 29 mars 1996.
19. Toronto Coalition Against Homelessness, cité dans *le Globe and Mail*, le 31 juillet 1996.
20. Toronto Coalition Against Homelessness. One is Too Many: Findings and recommendations of the panel of the public inquiry into homelessness and street deaths in Toronto, le 25 mai 1996.
21. Robert, J., Robichaud, J-B., Des milliers sinistrés sociaux au Centre-Ville de Montréal. *Perception* 1989; 13:14-16.
22. How Can Ottawa Count Homeless? *Toronto Star*, le 19 avril 1997, P. A3.
23. Ambrosio, E., Baker, D., Crowe, C., Hardill, K., *Street Health Report*. Toronto: 1992.
24. Shah, C.P., Mai, V., Noseworthy, L., et al., Les conséquences du chômage sur la santé. *Sélection Santé ACSP*, printemps 1996: 7-14.
25. Ward, J., *Organizing for the Homeless*. Conseil canadien de développement social, 1989; 93-97.
26. Acorn, S., Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. *Hospital Community Psychiatry* 1993; 44:854-857.
27. Bachrach, L.L., What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hospital Community Psychiatry* 1992; 43:453-464.
28. Winkleby, M.A., White, R., Homeless adults without apparent medical and psychiatric impairment: onset of morbidity over time. *Hospital Community Psychiatry* 1992; 43:1017-1023.
29. Smart, R.G., Adlaf, E.M., Substance use and problems among Toronto street youth. *BJ Addictions* 1991; 86:999-1010.
30. Health of the Public Project. Homelessness and Mental Illness in the Hamilton-Wentworth Region. Hamilton : 1995.
31. Bachrach, L.L., Homeless mentally ill women: A special population. In Spurlock, J., Robinowitz, C.B. (eds.): *Women's Progress*. New York: Plenum Publishing Corporation, 1990.
32. North, C.S., Smith, E.M., A systematic study of mental health services utilization by homeless men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:77-83.
33. Hibbs, J.R., Benner, L., Klugman, L., et al., Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N Engl J Med* 1994; 331:304-309.
34. Patychuk, D., Deaths among the Homeless: A Summary. Feuillet d'informations des services de santé publique de la ville de Toronto, 1992.
35. Frieden, T.R., Sterling, T., Pablos-Mendez, A., et al., The Emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City. *N Engl J Med* 1993; 328:576-578.
36. Iseman, M.D., Cohn, D.L., Sbarbaro, T.A., Directly observed treatment of tuberculosis: We can't afford not to try it. *N Engl J Med* 1993; 328: 576-578.
37. TB Action Group. Services de santé publique de la ville de Toronto, 1996.
38. Zolopa, A.R., Hahn, J.A., Gorter, R., et al., HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults. *JAMA* 1994; 272: 455-461.
39. Caffaro Rouget, A., Mah, J.K., Lang, R.A., Joffres, M.R., Prevalence of sexually transmitted diseases in juvenile prostitutes and street youth. *Can J Infect Dis* 1994 5:21-27.
40. Cave, C., Goldberg, E., Read, S.E., A health profile of teenage prostitutes. *Pediatr Res* 1988; 23:202A.
41. Wright, J.D., Children in and of the streets. *Am J Dis Children* 1991; 145:516-519.
42. Usatine, R.P., Gelberg, L., Smith, M.H., Lesser, J., Health care for the homeless: a family medicine perspective. *Am Fam Phys* 1994; 49:139-146.
43. Redlener, I., Health care for the homeless - lessons from the front line. *N Engl J Med* 1994; 331:327-328.
44. Cooling, H., Homeless people miss out on prescribed treatment. *BMJ* 1994; 308:135.
45. Carthew, D., Styres, K., The effect of homelessness on compliance with medical regimens. *Nurse Practitioner* 1993; 18:8-9.
46. Wasylenki, D.A., Goering, P.N., Lemire, D., et al., The hostel outreach program: assertive case management for homeless mentally ill persons. *Hospital Community Psychiatry* 1993; 44:848-853.
47. Caton, C.L.M., Wyatt, R.J., Grunberg, J., et al., An evaluation of a mental health program for homeless men. *Am J Psychiatry* 1990; 147:286-289.
48. Marcos, L.R., Cohen, N.L., Narducci, D., et al., Psychiatry takes to the streets: the New York City initiative for the homeless mentally ill. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1557-1561.

49. Kanter, J., Clinical case management: definition, principles, and components. *Hospital Community Psychiatry* 1989; 40:361-368.
50. Redelmeier, D.A., Molin, J.-P., Tibshirani, R.J., A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet* 1995; 345:1131-1134.

Annexe 1
Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones
Logement, volume 5, Vers un ressourcement
Groupe Communication Canada, Ottawa, 1996. (p. 245-248)
Chapitre 4 - Le logement

La Commission recommande:

Logements convenables

- 3.4.1 Que les gouvernements fédéral et provinciaux abordent la question du logement et des services publics autochtones en fonction des principes stratégiques suivants:
- a) les gouvernements ont l'obligation de veiller à ce que les autochtones reçoivent des services convenables dans les domaines du logement, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement;
 - b) les gouvernements ont la responsabilité de redonner aux autochtones une assise économique qui leur permette de répondre à leurs besoins;
 - c) les autochtones, à titre individuel et collectif, ont l'obligation de satisfaire leurs besoins en matière de logement, dans la mesure où ils sont capables de payer ou de fournir une contribution en nature;
 - d) les gouvernements doivent fournir aux autochtones tout supplément de ressources sans lequel ils ne peuvent satisfaire entièrement leurs besoins en matière de logement;
 - e) les nations autochtones devraient prendre en main toute la question du logement, car elle se situe au centre du champ de compétence de gouvernements autonomes;
 - f) tout risque grave pour la santé et la sécurité devrait être considéré comme une priorité absolue et faire l'objet de mesures immédiates.
- 3.4.2 Que le gouvernement du Canada convienne avec les nations signataires de traités d'une interprétation contemporaine des dispositions des traités existants qui se rapportent au logement.
- 3.4.3 Que le gouvernement du Canada fournisse, au cours des 10 prochaines années, les ressources qui permettront de doter les réserves de logements convenables et suffisamment nombreux, et qu'il incite les gouvernements des provinces et des territoires à atteindre le même objectif dans les collectivités rurales, dans les collectivités du Nord et dans les régions urbaines.

Eau et égouts

- 3.4.4 Que le gouvernement du Canada alloue des ressources supplémentaires pour la construction, la modernisation et l'exploitation des réseaux d'adduction d'eau et d'égouts, afin que toutes les collectivités de Premières nations soient dotées d'installations et de systèmes d'exploitation appropriés d'ici cinq ans.
- 3.4.5 Que le gouvernement du Canada fournisse aux gouvernements des Premières nations les fonds et le soutien techniques qui leur permettront d'exploiter et d'entretenir leurs réseaux collectifs d'adduction d'eau et d'égouts et de se doter au besoin d'organismes de soutien technique.

Logements dans les collectivités de Premières nations

- 3.4.6 Que le gouvernement du Canada, les gouvernements et les membres des Premières nations s'engagent à fournir d'ici 10 ans les logements convenables dont ont besoin les membres des Premières nations.
- 3.4.7 Que le gouvernement du Canada complète les ressources fournies par les membres des Premières nations dans une proportion de deux pour un ou en fonction des besoins, afin de créer un parc domiciliaire convenable d'ici 10 ans:
- en fournissant des subventions d'équipement et en s'engageant à subventionner les prêts pour la construction de logements neufs et pour la rénovation des logements existants;
 - en fournissant aux assistés sociaux et aux gagne-petit occupant un logement les fonds qui leur permettent d'assurer et d'entretenir régulièrement ce dernier;
 - en versant aux assistés sociaux et aux gagne-petit des subventions au logement locatif dont les montants soient comparables à ceux des programmes destinés aux collectivités hors réserve;
 - en offrant des primes d'encouragement à l'accession à la propriété.
- 3.4.8 Que les gouvernements et les membres des Premières nations déploient tous leurs efforts afin de faire bénéficier le logement et les services publics de ressources plus nombreuses, grâce aux contributions financières des résidents sous forme de frais d'entretien, de loyers ou de versements hypothécaires et à des contributions en nature sous forme d'un apport de compétences et de matériaux.
- 3.4.9 Que les gouvernements des Premières nations prennent en main le plus tôt possible le domaine du logement, qu'ils promulguent des lois claires concernant les titres fonciers et qu'ils poursuivent leurs efforts en vue d'être autorisés à utiliser les ressources d'autres programmes comme l'aide sociale pour en faire bénéficier le secteur du logement.
- 3.4.10 Que les gouvernements des Premières nations créent des institutions à l'échelle de la nation ou concluent des accords entre nations pour administrer les régimes fonciers et les régimes d'occupation des logements et qu'ils mettent en œuvre des programmes immobiliers avec l'appui financier et technique du gouvernement du Canada.
- 3.4.11 Que le gouvernement du Canada soutienne les efforts déployés par les collectivités de Premières nations pour élaborer leurs propres régimes d'occupation des logements et programmes immobiliers, concevoir des façons inédites d'utiliser l'aide sociale pour la construction de maisons, et créer des institutions supracommunautaires.

Logements hors réserve

- 3.4.12 Que le gouvernement du Canada et les gouvernements des provinces et des territoires s'engagent à satisfaire complètement d'ici 10 ans, en collaboration avec les autochtones, le besoin de logements convenables des autochtones hors réserve.
- 3.4.13 Que les autochtones hors réserve déploient tous leurs efforts afin de faire bénéficier le logement de ressources plus nombreuses, grâce à des contributions en nature, à l'utilisation de matériaux locaux et à des sociétés immobilières efficaces.

- 3.4.14 Que le gouvernement du Canada amène les gouvernements provinciaux et territoriaux à participer à une stratégie destinée à répondre aux besoins immobiliers des autochtones vivant hors réserve:
- en rétablissant et en augmentant le financement des nouveaux logements sociaux et les subventions hypothécaires dans le cadre des programmes de la SCHL destinés aux autochtones hors réserve;
 - en accordant plus d'autonomie et de latitude aux organismes autochtones qui assurent la prestation du programme dans les régions rurales et en faisant de même pour les sociétés de logements sociaux en milieu urbain;
 - en subventionnant le logement locatif lorsque cette option est rentable et qu'il existe un marché locatif.

Développement économique

- 3.4.15 Que le gouvernement du Canada aide les autochtones à exploiter les possibilités de développement économique qu'entraîne une augmentation des travaux de construction, de réparation et d'entretien des logements pour les autochtones:
- en fournissant financement et soutien grâce à des programmes de formation et d'expansion des entreprises;
 - en encourageant activement une participation accrue des institutions financières autochtones au financement hypothécaire à titre de mandataires de la SCHL et de prêteurs hypothécaires.