

L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX PAR LES  
PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE AU QUÉBEC : UN PARCOURS  
CAHOTEUX

---

NOTE DE PRÉSENTATION DÉPOSÉ DANS LE CADRE DE LA VISITE DU  
RAPPORTEUR SPÉCIAL DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES SUR LE  
DROIT QU'A TOUTE PERSONNE DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAIT DE SANTÉ  
PHYSIQUE ET MENTALE POSSIBLE

---

RÉSEAU SOLIDARITÉ ITINÉRANCE DU QUÉBEC (RSIQ)

NOVEMBRE 2018

## SOMMAIRE

---

Le Réseau SOLIDARITÉ Itinérance du Québec	3
Une définition de l'itinérance	3
Un processus, pas un profil	3
Trois types d'itinérance	4
Une réalité complexe	4
Diverses problématiques	5
Des dénominateurs communs	5
L'itinérance, des enjeux pour la collectivité	6
Les atteintes au droit de jouir du meilleur état de santé possible	7
Les obstacles structurels	9
Le profilage social et la discrimination	10
Les autres atteintes aux droits	10
Conclusions et recommandations	12
Recommandations	12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:
  - a. La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
  - b. L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
  - c. La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;
  - d. La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

**Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

**Article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**

## LE RÉSEAU SOLIDARITÉ ITINÉRANCE DU QUÉBEC

---

Fondé en 1998, le Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ) regroupe 14 concertations régionales en itinérance représentant près de 300 organismes travaillant auprès des personnes itinérantes ou à risque de l'être. Le RSIQ mène différentes actions afin de défendre les droits des personnes en situation d'itinérance, d'améliorer leurs conditions de vie et de permettre aux organismes de réaliser leur mission d'aide aux plus vulnérables. Acteur incontournable dans la question de l'itinérance, le RSIQ siège également à différents comités, tant au niveau du gouvernement fédéral que provincial, afin de partager son expertise terrains acquis auprès des personnes en situation d'itinérance.

## UNE DÉFINITION DE L'ITINÉRANCE<sup>1</sup>

---

### **Un processus, pas un profil**

Au cours des dernières décennies, plusieurs définitions ont été proposées par différents comités et organisations. Chacune d'entre elles a sa pertinence et met en lumière un ou des aspects particuliers, notamment des contextes régionaux. Nous avons choisi de ne pas proposer une nouvelle définition qui se voudrait « universelle », mais plutôt de faire ressortir les caractéristiques communes de l'itinérance au Québec tout en signalant l'existence de nuances régionales ainsi que les différences qu'il peut y avoir entre les situations d'itinérance vécues selon le genre ou l'âge, ou d'autres dimensions.

Parmi les caractéristiques communes à ces définitions ressortent l'exclusion, l'instabilité et le cumul de problèmes. La réalité de l'itinérance relève d'un processus d'exclusion et de marginalisation. Le terme « itinérance » recouvre une réalité complexe, résultant d'un ensemble de problématiques (notamment celle de l'absence de logement), et devant se résoudre par une combinaison de solutions.

L'itinérance ne saurait constituer un profil attaché à une catégorie ou à un groupe d'individus qui seraient davantage « prédisposés » à se retrouver itinérants : l'itinérance ne doit pas être traitée comme une maladie (au sens épidémiologique). L'itinérance n'est pas non plus une identité et il est déplorable que des personnes restent stigmatisées comme itinérantes alors même qu'elles ont quitté cette condition de vie.

---

<sup>1</sup> La suite de ce mémoire est une reprise en grande partie de la deuxième édition de la plateforme de revendications du RSIQ disponible ici : <http://rsiq.org/images/Fichiers/RSIQ-plateforme-de-revendications-2012.pdf>. Une version anglaise de la première édition est aussi téléchargeable ici : <http://rsiq.org/images/Fichiers/RSIQPlatformofDemands.pdf>.

## Trois types d'itinérance

L'itinérance caractérise une condition de vie plus ou moins temporaire. On distingue généralement trois types, selon la durée et la fréquence des périodes d'itinérance : situationnelle ou transitoire, épisodique ou cyclique, et chronique. On constate malheureusement dans la plupart des milieux que l'itinérance chronique est plus répandue qu'auparavant et que les périodes d'itinérance se prolongent.

## Une réalité complexe

Si l'itinérance est plus ou moins répandue selon les régions, ses visages sont partout les mêmes au Québec. L'itinérance ne se réduit plus à l'image du clochard alcoolique. Maintenant, se retrouvent à la rue des personnes issues des communautés culturelles, incluant des personnes sans statut et des autochtones, population émergente dans les grands centres urbains du Québec. Pour certains, la rue est l'aboutissement d'une longue série de difficultés, alors que pour d'autres, l'arrivée dans la rue est soudaine : perte d'emploi, rupture, problème de santé, faillite.

Les femmes sont de plus en plus nombreuses à vivre l'expérience de la rue, même si l'itinérance des femmes est un phénomène moins visible que celle des hommes. La plupart des femmes se retrouvent à la rue suite à un abandon ou à une rupture ou pour fuir une situation violente qui les met dans une précarité extrême au plan tant financier que social. Beaucoup d'entre elles ont des parcours liés à l'errance, sans nécessairement être à la rue, et changent fréquemment de lieu de vie. Celles qui sont avec leur(s) enfant(s) sont particulièrement vulnérables<sup>2</sup>. Alors que l'itinérance auparavant était le lot de personnes seules, on voit maintenant des couples et de plus en plus de familles (monoparentales ou biparentales) à la rue ou en situation de grande précarité. Les ressources se retrouvent alors confrontées à une toute nouvelle demande de services.

Le spectre d'âge s'élargit aussi : les jeunes sont de moins en moins âgés et les personnes âgées sont aussi plus nombreuses à vivre un passage dans la rue. Le portrait des jeunes de la rue est beaucoup plus diversifié, de même que leur parcours : fugueur des centres jeunesse (auxquels s'ajoutent de plus en plus de fugueurs non déclarés), jeune venu de région pour travailler en ville, prostitué, jeune parti passer une fin de semaine loin de chez lui ou qui a été mis à la porte de chez ses parents, utilisateur de drogues, jeune s'insurgeant contre la société, l'autorité, etc. De la même façon, l'itinérance des personnes âgées a aussi plusieurs facettes : elles font face à des problèmes de santé physique plus importants et de perte d'autonomie en plus de problèmes de consommation, d'isolement et de désorganisation courants chez les personnes itinérantes.

---

<sup>2</sup> Bellot, C. (Sous la direction de). (2018). *Rendre visible l'itinérance au féminin*. Fonds de recherche Société et culture.

## Diverses problématiques

Outre les problèmes liés au logement, à la pauvreté et à l'exclusion sociale, les personnes en situation d'itinérance connaissent diverses problématiques de santé ou de santé mentale. Dans certains cas, ce sont ces problèmes de santé qui sont la principale cause de l'itinérance due au fait que le système de santé public échoue à combler les besoins. D'autres s'y retrouvent suite à la sortie d'un établissement de santé. Plusieurs vivent avec des maladies infectieuses comme l'hépatite ou le VIH / sida. Beaucoup connaissent la dépression ou des troubles de santé mentale (schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles affectifs, etc.). Un grand nombre sont consommateurs d'alcool, de psychotropes (drogues injectables ou non), de médicaments (prescrits ou non) ou sont des joueurs compulsifs.

## Des dénominateurs communs

Au-delà des différences d'âge et de genre et des parcours individuels, l'itinérance a plusieurs dénominateurs communs.

**Vivre l'itinérance, c'est ne pas avoir de lieu à soi où dormir.** Nombreux sont ceux qui couchent dans un refuge ou une maison d'hébergement, et il est difficile de savoir combien sont ceux qui le font dans la rue, dans un parc, dans un édifice abandonné, dans une maison de chambres, sur le sofa de quelqu'un, sur une chaise aux urgences, dans une voiture...

**Vivre l'itinérance, c'est vivre sans un sou en poche dans une société où tout s'achète.** La pauvreté économique est le lot de toutes les personnes itinérantes. Elles doivent compter sur les ressources communautaires d'aide et elles doivent développer des stratégies de survie telles que la quête, le squeegee ou le travail du sexe, qui est de plus en plus répandu.

**Vivre l'itinérance, c'est être seul et en détresse.** Les intervenants font le constat que la détresse psychologique est répandue chez les personnes en situation d'itinérance et que plus cette détresse est grande, plus les problématiques s'aggravent, que ce soit la consommation d'alcool ou de drogue, le jeu compulsif, le recours à la violence ou encore les troubles de santé mentale.

**Vivre l'itinérance, c'est faire face quotidiennement aux préjugés et à la judiciarisation institutionnalisée.** Les personnes en situation d'itinérance sont des citoyens à part entière qui ne se voient pourtant accorder ni droits ni poids politique. Elles sont de plus en plus judiciarisées : elles subissent répression et discrimination parce qu'elles sont plus visibles dans l'espace public, reçoivent des contraventions et finissent par être incarcérées. Elles ne sont pas considérées au même titre que les autres citoyens et sont souvent victimes du syndrome du « pas dans ma cour ». Les ressources qui leur viennent en aide sont aussi touchées par le même syndrome : plusieurs ont vu leur implantation bloquée par des citoyens ou des pouvoirs publics récalcitrants.

**Vivre l'itinérance, c'est faire face à tous ces problèmes en même temps.** La complexité des situations est un enjeu majeur... La pauvreté économique, l'absence de toit, la santé, la consommation, la vie sociale et communautaire forment un tout sur lequel il faut intervenir. Surtout, c'est lorsque l'accompagnement et le support tardent à venir que les situations s'aggravent au point que les personnes se retrouvent tellement désaffiliées et désorganisées que leur situation devient très lourde à renverser.

## L'itinérance, des enjeux pour la collectivité

L'itinérance concerne de plus en plus de personnes parce que le filet social se détend et le contexte sociopolitique crée de l'exclusion et de la pauvreté.

L'itinérance est un phénomène social causé avant tout par un ensemble de facteurs structurels auxquels il faut s'attaquer pour le prévenir et le réduire.

Parmi les **facteurs structurels**, on retrouve la pauvreté, le chômage, les mutations de la famille et de l'économie et les migrations vers les centres urbains. Le marché de l'emploi est de plus en plus un facteur d'exclusion à cause de la précarisation et des difficultés d'accès. La pénurie de logements abordables a un impact majeur et direct sur l'augmentation de l'itinérance. De plus, différentes réformes ont conduit à un désengagement de l'État : dans le domaine de la santé et de services sociaux, dans le soutien au revenu (aide sociale, assurance-emploi), le logement social (arrêt des investissements fédéraux), etc. Enfin, parmi les facteurs structurels, soulignons des dimensions socioculturelles telles que la stigmatisation des personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie ainsi que de celles ayant un passé institutionnel.

Les personnes assistées sociales de même que les jeunes font aussi face à une discrimination croissante, notamment dans l'accès au logement. La faiblesse des grandes valeurs collectives de solidarité et de justice sociale soutenant un projet de société peut aussi être considérée comme un facteur d'exclusion ayant pour conséquence la montée de l'intolérance.

À ces facteurs structurels se combinent des **facteurs individuels** : des histoires de vie marquées par des échecs, des situations de crise, de difficultés profondes, de ruptures, des problèmes de santé mentale, de dépendances (toxicomanie, jeu compulsif, alcoolisme, etc.), de violence familiale. Le faible niveau de scolarisation, l'isolement social, l'âge, la faible estime de soi ou des problèmes de santé physique peuvent également accentuer la vulnérabilité des personnes.

Il y a de plus en plus d'itinérance chronique parce que **les situations des personnes sont de plus en plus complexes** et que les portes de sortie sont alors de plus en plus difficiles à franchir. Certes, l'itinérance se vit de plusieurs façons, mais la réponse de la collectivité au phénomène influence la durée des périodes d'itinérance et les impacts sur les individus à long terme, notamment en matière de possibilités d'insertion / réinsertion sociale.

Certains se retrouvent dans un cul-de-sac parce **qu'il n'existe pas assez de ressources en mesure de les accompagner** dans toutes les dimensions de leur parcours, parce qu'il faudrait des interventions toujours plus pointues, à long terme, qui placent la personne au centre de sa démarche. Par ailleurs, les groupes communautaires sont souvent astreints à des obligations de résultat qui se conjuguent mal avec **l'approche qualitative, globale et à long terme qu'exige l'intervention en itinérance**. Les groupes communautaires connaissent souvent une situation de sous-financement, ce qui contribue au **débordement des ressources**. Beaucoup de groupes déplorent aussi un manque de moyens qui les empêche d'assurer un **accompagnement ou un suivi après la sortie de la rue** auprès des personnes avec lesquelles ils ont créé des liens significatifs.

C'est ainsi que des personnes trouvent des portes fermées. Elles passent alors d'une ressource à l'autre, d'une région à une autre, dans l'espoir d'y trouver l'accompagnement adéquat. La mobilité des personnes est grande et constitue un défi pour la continuité de l'intervention. Finalement, beaucoup retournent à la rue faute d'alternative.

## LES ATTEINTES AU DROIT DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POSSIBLE

La santé est généralement reconnue comme un droit humain élémentaire. Toutefois, de nombreux obstacles empêchent d'atteindre l'objectif de « la santé pour tous », particulièrement chez les personnes itinérantes. Le RSIQ revendique le droit à la santé, celle-ci étant entendue au sens large, c'est-à-dire qu'elle « n'est pas simplement l'absence de maladie, mais plutôt un état de bien-être physique, mental et social total »<sup>3</sup>. Le droit à la santé implique que chacun puisse bénéficier d'un mode de vie qui lui permette d'accéder à des soins préventifs et à des traitements curatifs appropriés lorsque nécessaire.

« La santé est un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement économique et social »<sup>4</sup>. Réciproquement, le revenu et le logement sont des déterminants importants de la santé : « Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable de ces ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace sur la santé.<sup>5</sup>» On sait que la pauvreté et les conditions de vie en général influencent le niveau de stress ressenti et

---

<sup>3</sup> Extrait de la déclaration faite à l'occasion de la Conférence internationale des Nations Unies sur les soins de santé primaire d'Alma-Ata, 1978.

<sup>4</sup> Extrait de la déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle à l'occasion de la 4<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, Jakarta, 21-25 juillet 1997.

<sup>5</sup> *Ibid.*

donc le bien-être et la santé (dépression, maladies du cœur, etc.). Il paraît dès lors évident que la santé des populations itinérantes et en difficulté est menacée. Face à ce constat, la prévention apparaît alors comme une dimension importante permettant d'agir sur les déterminants de la santé et de contribuer à favoriser l'accessibilité aux soins de santé pour toutes et tous. On constate encore une fois, la nécessité d'une intervention globale centrée sur la personne et ses besoins, non pas seulement sur un diagnostic. Les questions liées à la santé et au bien-être de façon plus large sont particulièrement préoccupantes en itinérance<sup>6</sup>.

Beaucoup de problèmes de santé sont attribuables aux conditions de vie dans la rue : l'exposition aux températures extrêmes et aux intempéries, la promiscuité, le manque de ressources en général se manifeste par des engelures, des insolations, des plaies, des abcès, des pneumonies, des fractures, des entorses et des maladies contagieuses. On assiste à une résurgence de certaines maladies (tuberculose, etc.) et à une augmentation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) au cours de relations non protégées (chlamydiae, syphilis, hépatites, VIH).

De plus, il est difficile pour une personne sans domicile de maintenir une hygiène adéquate et de bien manger, d'autant plus si elle doit suivre une diète spéciale en raison de son état de santé particulier. Le transport, l'entreposage et la préservation de médicaments ou de matériel de santé constituent aussi tout un défi pour une personne qui n'a pas de chez-soi<sup>7</sup>.

Chez ces personnes, le cumul de différents problèmes de santé est fréquent et beaucoup vivent dans la souffrance, physique et psychologique, au quotidien. Ajoutons à cela que leur espérance de vie inférieure à celle de la population en général, elle ne serait que de 40 à 49 ans<sup>8</sup> en comparaison à une espérance de vie moyenne de 82 ans. La mortalité chez les jeunes de la rue est particulièrement préoccupante ; une étude réalisée à Montréal auprès d'un millier d'entre eux révélait que ces jeunes gens sont 11 fois plus susceptibles de mourir, principalement à la suite d'un suicide ou d'une surdose, que l'ensemble de la population<sup>9</sup>. Considérant cette situation, il est important que soit reconnu à tous le droit d'accès à des services et des ressources gratuites, confidentielles et appropriées, notamment en matière médicale, psychosociale, et psychiatrique.

---

<sup>6</sup> Par exemple, au cours d'une étude réalisée en 2004 par l'équipe IMAGES du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau auprès de 35 personnes itinérantes, 26 d'entre elles ont dit avoir des problèmes de santé et/ou avoir reçu un diagnostic.

<sup>7</sup> Keays, N. (2010). *Perspectives d'une infirmière de l'équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance*. Bulletin de l'AMLFC, volume 43, numéro 4.

<sup>8</sup> Condon, S. et McDermid, J. (2014). *Dying on the streets – Homeless deaths in British Columbia*. Megaphone, Vancouver.

<sup>9</sup> Étude menée par l'Université McGill et la Direction de la santé publique de Montréal par Dres Nancy Haley et Élise Roy. Les travaux ont impliqué 1013 jeunes de 14 à 25 ans, auxquels il a été demandé de prendre part à des entretiens en personne une fois tous les six mois, entre janvier 1995 et septembre 2000.



## Les obstacles structurels

Le **développement des programmes-services** fait en sorte que le Réseau de la santé ne voit pas les problèmes de santé avec une vision globale puisque le service est dispensé lorsque le patient en fait la demande, on ne cherchera pas à avoir une vision globale de la santé de l'individu encore moins des raisons sociologiques des problématiques de santé. L'itinérance amène souvent plusieurs problèmes de santé physique et psychologique, en plus d'être liée à des déficiences physiques et intellectuelles. L'interaction entre ces problèmes requiert des interventions en conséquence.

La **mise en place d'un programme spécialisé en itinérance** afin de répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance contribue d'une part à leur stigmatisation. Par crainte du jugement, plusieurs n'osent pas s'y présenter et préfèrent s'adresser aux mêmes professionnels de la santé que le reste de la population. D'autre part, ces programmes amènent certains professionnels de la santé à se désresponsabiliser face à la complexité des problèmes de santé et à référer ces personnes souvent décrites comme « non-collaboratrices ». Cette situation contribue au syndrome de la porte-tournante et empêche le maillage avec le Réseau de la santé.

Les **règles et habitudes institutionnelles** constituent des obstacles supplémentaires nuisant à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Par exemple, les horaires des services médicaux de première ligne sont parfois incompatibles avec l'ouverture des organismes communautaires fréquentés par la population en situation d'instabilité résidentielle. Dans d'autres cas, les cliniques en itinérance ont des heures d'ouverture restreintes à quelques jours et une plage d'heures d'une courte durée. Il devient donc difficile pour une personne d'aller voir un professionnel sans avoir à choisir entre se laver et se nourrir ou aller voir un médecin pour un problème de santé physique.

Dans plusieurs régions du Québec, les établissements de santé de première ligne demandent à ce que les patients aient leur carte d'assurance-maladie pour avoir accès aux professionnels. Pour acheter des médicaments d'ordonnance, il est aussi nécessaire de l'avoir en sa possession. Or, il arrive régulièrement que les personnes sans domicile fixe aient perdu leur carte ou qu'elle soit échue. En dépit d'une nouvelle procédure permettant le remplacement rapide, les personnes doivent se soumettre à une vérification de leur identité. En conséquence, le fait de ne pas avoir cette carte empêche plusieurs personnes d'avoir accès aux soins de santé et de régler rapidement des problèmes ayant des impacts négatifs sur les conditions de vie des personnes sans domicile fixe.

## Le profilage social et la discrimination

Comme l'entièreté de la population, les personnes itinérantes veulent avoir accès à de bons services, être bien traitées et respectées<sup>10</sup>. Pourtant, plusieurs intervenants du domaine de la santé sont convaincus, à tort, que les personnes itinérantes sont, « par nature », réfractaires à la réception des soins et services. Les personnes en situation d'itinérance font souvent état d'améliorations à apporter au niveau de l'accueil et du respect qu'on leur démontre dans le Réseau de la santé, de l'écoute dont elles bénéficient, de l'attention accordée à leurs besoins, de l'information qu'on leur donne (surtout dans une perspective de prévention), de la formation des intervenants et de l'accessibilité<sup>11</sup>.

Les personnes présentant des problématiques multiples (surtout celles qui sont intoxiquées et ont des problèmes de santé mentale) sont particulièrement exclues, surtout en cas de crise ; elles font souvent l'objet d'un jeu de « ping-pong » entre les urgences psychiatriques, les centres de crise, les services de toxicomanie et les ressources communautaires qui en viennent à accueillir des personnes dont l'état de santé, d'incapacité physique ou de désorganisation dépasse de très loin leur mission et leur capacité.

De plus, on entend de plus en plus parler du « profil itinérant », prétexte pour exclure les personnes itinérantes du système de santé : on préfère souvent les rediriger vers des services spécifiques à l'itinérance lorsqu'ils existent dans le Réseau public (ex : équipes itinérance) ou les envoyer dans le milieu communautaire.

On ne saurait justifier leur relégation sous prétexte qu'elles ont fait un « choix de vie » ou que leur état présente peu d'espoir. Si beaucoup présentent des problèmes sévères avec des pronostics sombres, si certaines refusent des traitements (la médication, en particulier), si ce sont parfois des « patients difficiles », ces personnes n'en sont pas moins des citoyens.

## Les autres atteintes aux droits

Il est important que les personnes itinérantes soient considérées comme des acteurs vis-à-vis de leur propre santé. En ce sens, le RSIQ défend **le droit à une adhésion libre** (ou « approche volontaire »), que ce soit en matière de soins de santé, de désintoxication, de traitements en santé mentale, de services sociaux, d'insertion socioprofessionnelle, etc. L'exercice de ce droit doit être soutenu par un accès complet aux informations pertinentes pour la prise de décision eu égard aux traitements proposés.

---

<sup>10</sup> Keays, N. (2010). *Perspectives d'une infirmière de l'équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance*. Bulletin de l'AMLFC, volume 43, numéro 4.

<sup>11</sup> Selon l'étude réalisée par l'équipe IMAGES du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau en 2004. Cette recherche menée auprès de 35 personnes itinérantes montre que seule la moitié d'entre elles sont satisfaites des soins reçus et un tiers de l'accueil et de l'écoute dont elles ont fait l'objet.

Afin de garantir la liberté d'adhésion, il est impératif que la personne puisse consentir à des services de façon éclairée, c'est-à-dire qu'elle doit être informée des services existants et des moyens d'y avoir accès, qu'elle puisse participer aux décisions la concernant, connaître le diagnostic associé à son état de santé, être informée des traitements proposés (objectif, fonctionnement, risques, effets secondaires) et des traitements alternatifs et pouvoir accepter ou refuser un service sans subir de pression ou de menace<sup>12</sup>. Cet aspect doit être renforcé, particulièrement dans le Réseau public, où les efforts faits sont insuffisants pour informer les personnes marginalisées. À cet égard, il faut aussi comprendre que certains refus de traitement sont en réalité motivés par des raisons de disponibilité, de manque de ressources (savoir lire, communiquer avec des services officiels, comprendre les directives, etc.) ou conséquents à d'autres éléments de la condition de la personne (alcoolisme, santé mentale, expériences traumatisantes, etc.). En santé mentale, par exemple, de nombreux abandons de traitement sont dus à une incompréhension du traitement. Il faut donc faire attention à ne pas laisser le principe d'adhésion libre se transformer en obstacle à l'accès à des soins ou à des services. En agissant avec bienveillance et bon sens, en plaçant la personne dans une position d'acteur, on s'assure de sa capacité à prendre des décisions libres et éclairées.

Même si les personnes sont protégées par **le droit à la confidentialité des renseignements personnels**, elles n'ont pas toujours accès aux informations qui les concernent. À l'inverse, il peut arriver que les intervenants du secteur tant public que communautaire échangent de l'information sur les personnes qu'elles soignent, hébergent, aident ou accompagnent, afin de mieux connaître leur situation et de mieux planifier les interventions. Il est nécessaire que cela se fasse à l'intérieur de balises éthiques claires, avec le consentement des personnes

Pour plusieurs personnes en situation d'itinérance, la confidentialité en lien avec leurs renseignements personnels et leur état de santé est importante dans l'échange d'information. Dans certains cas où le parcours de vie d'une personne les a menés sous la contrainte vers un établissement comme un Centre jeunesse ou un hôpital psychiatrique, la méfiance envers le Réseau de la santé et des services sociaux augmente les craintes que les informations personnelles soient utilisées contre elle. En conséquence, il importe que les intervenants demandent l'autorisation au préalable quelles informations peuvent être partagées et que les personnes soient dûment informées qu'elles peuvent retirer leur consentement.

---

<sup>12</sup> Voir à ce sujet les travaux du groupe Action Autonomie : [www.actionautonomie.qc.ca](http://www.actionautonomie.qc.ca)

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

---

L'itinérance est problème social dont la complexité demande à ce que plusieurs actions soient mises en place afin de prévenir et de lutter adéquatement contre ce phénomène touchant plusieurs personnes. En plus de s'attarder à la santé et aux services sociaux, les gouvernements et le milieu communautaire doivent intervenir sur plusieurs enjeux : le profilage social et la discrimination, la pauvreté, l'habitation, ainsi que l'éducation et la réinsertion socioprofessionnelle. L'interaction entre ces sphères demande une collaboration des intervenants de ces différents milieux. En ce qui a trait à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux nécessite plusieurs améliorations afin de répondre aux besoins des personnes en situation d'itinérance, mais aussi pour éviter de nouvelles arrivées à rue.

Il existe plusieurs solutions pour que les personnes en situation d'itinérance, à risque de l'être ou en étant sorties puissent jouir d'un meilleur état de santé possible. Plusieurs initiatives ont vu le jour au Québec. Par exemple, le développement du travail de proximité dans les établissements de santé pour rejoindre les personnes dans leur milieu et les raccrocher au système de santé, les soins de santé offerts dans les refuges et la mise en place de Sites d'injection supervisés. D'autres pourraient facilement voir le jour : rendre disponible un intervenant pivot pour faciliter les suivis médicaux et l'arrimage entre les différents services, adapter l'horaire des services de première ligne, accepter les personnes n'ayant pas de carte d'assurance-maladie, décloisonner les différents services de santé et services sociaux offerts dans le Réseau public et dans le milieu communautaire, ainsi que développer des unités mobiles se déplaçant dans les milieux de vie.

### Recommandations

1. Éliminer toute discrimination dans les règlements et les pratiques du Réseau public qui entravent l'accès des personnes en situation d'itinérance ou délestent un établissement de son obligation de leur dispenser ses services (de santé physique, de santé mentale et d'ordre social). Travailler davantage dans une perspective d'inclusion et de transversalité (interdisciplinarité) en fonction des demandes et des besoins des personnes.
2. Garantir l'accès à des services généraux (de santé physique, de santé mentale et de services sociaux) aux personnes itinérantes au même titre que le reste de la population, notamment grâce à des pratiques de proximité (ex. équipe itinérance) qui vont permettre de leur donner accès aux services pertinents.
3. Renforcer la capacité d'adaptation du Réseau public aux différents parcours et réalités des personnes en situation d'itinérance, par exemple prévoir des mécanismes d'accueil (ex : en embauchant un travailleur social aux urgences des hôpitaux, ou en renforçant l'accueil dans les CLSC).

4. Garantir l'accès aux traitements spécialisés (VIH, hépatite, etc.).
5. Garantir le choix des traitements et faire la promotion des alternatives à la médication.
6. Garantir le droit au choix de l'établissement et du médecin traitant, au même titre que pour tout autre citoyen.
7. Garantir l'accès aux services de santé en milieu carcéral, y compris pour les soins et traitements de prévention.
8. Préparer et outiller le personnel de la santé et des services sociaux du Réseau public et le personnel ambulancier en démystifiant le phénomène de l'itinérance, en l'abordant au cours de la formation académique et continue, ainsi qu'en organisant des échanges entre le personnel des différents établissements et organismes communautaires impliqués auprès de cette population.
9. Reconnaître la réduction des méfaits comme une pratique importante et soutenir le développement des ressources qui l'adoptent.
10. Reconnaître la capacité de la personne à faire ses propres choix en matière de santé / services sociaux et le droit de refuser des traitements sans pour autant exclure la possibilité de recevoir d'autres soins ou services.
11. Élargir les possibilités pour les personnes d'avoir accès à leur dossier.
12. Inscrire le respect des règles de confidentialité dans les pratiques communautaires et institutionnelles.
13. Appliquer le principe de nécessité, c'est-à-dire ne pas échanger d'informations confidentielles avec d'autres intervenants (du milieu institutionnel ou communautaire) sans le consentement écrit de la personne, sauf s'il y a dangerosité (c'est-à-dire lorsqu'on estime que la personne constitue un danger pour elle-même ou pour autrui).

**Réseau**  
**SOLIDARITÉ**  
**Itinérance du Québec**

**Pour plus d'informations**

Réseau SOLIDARITÉ Itinérance du Québec

1431, rue Fullum, bureau 204

Montréal (Québec) H2K 0B5

514-861-0202

[info@rsiq.org](mailto:info@rsiq.org)

[www.rsiq.org](http://www.rsiq.org)