

Mémoire



sur le phénomène de
l'itinérance
dans la région de la Capitale-Nationale

2008

Québec 

Dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques
sur le phénomène de l'itinérance au Québec

MÉMOIRE SUR LE PHÉNOMÈNE DE L'ITINÉRANCE
DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présenté à la Commission des affaires sociales
de l'Assemblée Nationale

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Octobre 2008

Document adopté par le comité directeur de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Recherche et rédaction

Mélanie Guimont, agente d'information

Carole Lecours, agente de planification, de programmation et de recherche

Céline Morrow, chef d'équipe Pauvreté/Développement social et des communautés

Collaboration

Bernard Deschênes, agent de planification, de programmation et de recherche

Claude Gagnon, agent de planification, de programmation et de recherche

Daniel Garneau, adjoint au directeur des programmes clientèles

Shelley-Rose Hyppolite, médecin-conseil

Anne Maheu, agente de planification, de programmation et de recherche

Infographie

Danielle Dupont, infographiste

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse

www.rss03.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

**Agence de la santé et des services
sociaux de la Capitale-Nationale**

Centre de documentation

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Tél : 418 525-1500, poste 250

Télécopieur : 418 529-9043

Courriel : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN: 978-2-89616-046-4 (papier)

978-2-89616-047-1 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Guimont, M., C. Lecours, C. Morrow et coll. *Mémoire sur le phénomène de l'itinérance dans la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008, 27 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Table des matières

RÉSUMÉ	5
1. INTRODUCTION	7
1.1 Mandat de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale...	7
1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.....	8
1.3 L'état de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale	8
1.4 Axes d'actions proposés par l'Agence	10
2. MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AGIR.....	11
3. L'ENGAGEMENT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE AU REGARD DE L'ITINÉRANCE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE	13
3.1 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : un acteur engagé	13
3.2 Un souci : ne pas générer d'exclusion sociale	14
3.3 Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir au cœur des décisions qui les concernent	16
4. UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE, OUI MAIS... ..	17
5. CONCLUSION.....	21
6. RÉFÉRENCES	22
7. BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	27

Résumé

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est heureuse de participer aux consultations particulières et auditions publiques sur le phénomène de l'itinérance. L'Agence située au cœur de ses préoccupations ces femmes, ces hommes et ces jeunes qui font face quotidiennement aux dures conséquences des inégalités socioéconomiques de notre société. Mais qui sont ces personnes? Leur nombre a-t-il augmenté depuis les dernières années? Quel est, aujourd'hui, le portrait de l'itinérance dans notre région? Le manque de données précises et actuelles nous empêche de répondre à ces questions. Aussi l'Agence souhaite-t-elle la mise en place d'une base de données nationale, qui serait cependant compilée régionalement et même localement, et qui permettrait ainsi d'avoir une vue d'ensemble du phénomène. Les données devront être de nature quantitative et qualitative afin de nous permettre de bien orienter, d'adapter et d'évaluer la gamme des programmes et services destinés aux personnes en situation d'itinérance, à celles qui risquent de le devenir, et à leurs proches. Une telle base de données permettra d'instaurer des mesures structurantes pour prévenir et contrer le phénomène de l'itinérance, en tenant compte des réalités régionales et locales.

L'Agence réitère l'engagement du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au regard de l'itinérance. Celui-ci est activement engagé dans la lutte contre l'exclusion sociale et l'itinérance, par l'entremise de ses programmes et de ses ressources. Le réseau sociosanitaire et le milieu communautaire offrent plusieurs services aux jeunes, aux femmes, aux hommes et aux familles. De plus, dans une perspective d'action concertée, l'Agence a récemment conclu une entente intersectorielle avec des partenaires régionaux pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Soucieux de ne pas être lui-même générateur d'exclusion sociale, le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a déjà entrepris une réflexion sur la complémentarité et la continuité de ses programmes et de ses services. Des efforts significatifs pour enrayer l'engrenage de l'exclusion sociale et pour s'assurer de ne pas créer de vides de services ont été déployés au sein du réseau. L'action de ce dernier s'appuie également sur des approches adaptées aux réalités des personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir. Il apparaît essentiel d'ajuster les seuils d'accessibilité aux services afin de rejoindre ces personnes. L'approche privilégiée dans la Capitale-Nationale est celle de l'appropriation du pouvoir d'agir, en vertu de laquelle les personnes sont considérées comme les premiers experts de l'expression de leurs besoins et de leur cheminement. Cette approche fait également appel à la responsabilisation partagée et la mobilisation des acteurs sociaux.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs visés par la lutte contre l'exclusion sociale et l'itinérance est essentielle parce que cette réalité met en jeu une multitude de facteurs qui ne sont pas tous du ressort du réseau de la santé et des services sociaux. Ces acteurs possèdent déjà plusieurs outils, plans d'action et mesures pour soutenir les personnes itinérantes et celles susceptibles de le devenir. Il s'agit maintenant de les réunir dans une démarche de concertation intersectorielle où chacun sera redevable de ses actions dans la

recherche de solutions durables à l'itinérance. La mise en œuvre d'un plan d'action intersectoriel régional nous apparaît l'initiative la plus adéquate, et la plus rapidement réalisable, pour agir efficacement sur la problématique. Cependant, pour que cette concertation soit viable, un leader reconnu doit en assumer la coordination. En raison de sa responsabilité au regard de l'application de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale nous apparaît comme l'acteur qui devrait être interpellé pour assumer ce leadership.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale souhaite que sa contribution aux consultations particulières et aux auditions publiques puisse enrichir la réflexion des membres de la Commission des affaires sociales sur les perspectives d'action au regard du phénomène de l'itinérance.

1. Introduction

Au chapitre des problèmes sociaux qui préoccupent la société québécoise actuelle, l'itinérance se présente comme un enjeu majeur. Pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, au cœur du phénomène de l'itinérance se situent d'abord et avant tout des personnes, des hommes, des femmes et des jeunes qui font partie intégrante de notre société. En tant qu'acteur de l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, l'Agence place en avant-plan de ses actions le respect des personnes et de leur dignité. Dans cette perspective, notre préoccupation première est que les personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir puissent retrouver fièrement leur citoyenneté à part entière.

Cette consultation sur le phénomène de l'itinérance menée par la Commission des affaires sociales représente pour l'Agence l'occasion d'exprimer son besoin de mieux comprendre et cerner ce phénomène, dans l'objectif de soutenir adéquatement les personnes les plus vulnérables de la région de la Capitale-Nationale. Le réseau de la santé et des services sociaux, de par sa mission, a la responsabilité d'agir pour mieux prévenir et contrer l'itinérance. Cette responsabilité échoit aussi à plusieurs autres acteurs socioéconomiques, d'où l'accent mis dans ce mémoire sur la continuité des services et la concertation.

1.1 Mandat de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

L'Agence a été instituée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires.

L'Agence doit s'assurer de la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi. Elle doit aussi mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes, évaluer l'état de santé et de bien-être de la population, déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire, s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau, s'assurer du respect des droits des usagers, évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale et rendre compte de l'effet des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, l'Agence doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers relativement à ces services.

L'Agence fait la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et collabore à leur mise en œuvre avec les autres organismes de la région,

notamment les municipalités, les directions régionales des ministères et des organismes gouvernementaux, les établissements du réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur, les services de garde, les organismes communautaires à vocation régionale et les organismes socioéconomiques (L.R.Q., S-4.2, article 353).

L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 km², soit la grande région de la Capitale-Nationale, qui comprend les territoires de Charlevoix et de Portneuf. La région de la Capitale-Nationale compte 667 876 personnes réparties au sein de 69 municipalités. L'Agence couvre également tout l'est du Québec pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 1,7 million de personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'est.

1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est constitué de :

- une agence de santé et de services sociaux;
- quatre centres de santé et de services sociaux;
- un centre jeunesse;
- trois centres de réadaptation;
- un établissement désigné de langue anglaise;
- trois centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés;
- un centre hospitalier de soins psychiatriques;
- neuf établissements privés conventionnés;
- un établissement privé conventionné spécifique.

De plus, 236 organismes communautaires sont reconnus et financés par l'Agence.

1.3 L'état de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale

À l'échelle régionale, les inégalités sociales se manifestent par des écarts en années de vie entre les individus; ces inégalités ont des répercussions majeures sur la santé, et sont à l'origine d'une plus grande morbidité et mortalité pour les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées, comme le confirme d'ailleurs la littérature scientifique. Pour l'ensemble du Québec, les données montrent que les personnes les plus défavorisées se comparent désavantageusement aux personnes plus favorisées en ce qui concerne plusieurs indicateurs de santé². Pour la région de la Capitale-Nationale, les conséquences des inégalités sociales entre territoires se reflètent dans la plupart des indicateurs sociosanitaires dont nous disposons sur l'état de santé globale, de santé mentale et de santé physique, et ce, quel que soit le domaine (maladies chroniques, habitudes de vie, santé des nouveau-nés et des enfants, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, maladies liées à l'environnement et maladies liées au milieu de travail)³. Comme le montrent les plus récents indicateurs sociosanitaires, les inégalités sociales qui existent entre groupes socioéconomiques et entre territoires dans la région de la Capitale-Nationale entraînent des inégalités de santé, c'est-à-dire des différences

marquées dans l'expérience de la santé et de la maladie et dans l'état de santé entre ces groupes socioéconomiques et entre les résidants de territoires différents⁴.

Or, la littérature montre que ces différences, ces disparités et ces écarts de santé s'expliquent largement par l'environnement physique et social dans lequel les individus évoluent, autrement dit, que les inégalités de santé relèvent principalement de déterminants sociaux⁵. Bien qu'elle joue un rôle important au niveau individuel, l'hérédité explique peu les écarts de santé constatés entre différents groupes de la société⁶. Par ailleurs, si des comportements néfastes à la santé et de mauvaises habitudes de vie sont plus largement constatés chez les groupes les plus défavorisés, il appert clairement que la distribution inégale de ces comportements et habitudes dans la population est fortement tributaire de l'environnement physique et social⁷. Enfin, même si notre système de santé public universel joue un rôle non négligeable dans la diminution des écarts de morbidité et de mortalité entre les groupes socioéconomiques, il se révèle insuffisant pour contrer les inégalités sociales de santé⁸.

En somme, les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ont une influence déterminante sur la santé⁹. Des inégalités dans ces conditions conduisent à des inégalités en santé. La position qu'occupe une personne dans la structure sociale détermine ses possibilités de vivre dans des conditions favorables à la santé. Dans la région de la Capitale-Nationale, tous n'ont pas des chances égales en matière de santé.

Les personnes qui ne peuvent se loger convenablement, se nourrir sainement et à leur faim, se déplacer, téléphoner ou recourir à des services essentiels vivent dans des conditions préjudiciables à leur santé¹⁰. En plus de contribuer à augmenter l'exposition aux maladies transmissibles et de conduire à la malnutrition, les conditions de privation matérielle peuvent engendrer un état de susceptibilité générale et des états de stress qui ont des répercussions sur les processus psychologiques, biologiques et physiologiques du corps humain (résistance accrue à l'insuline, mobilisation des lipides, affaiblissement du système immunitaire, augmentation de la tension artérielle, etc.)¹¹.

Bien que jugée favorisée sur le plan économique, la région de la Capitale-Nationale compte plusieurs personnes qui vivent dans des conditions de privation matérielle. En 2003, 4,7 % de la population de 12 ans ou plus, soit 27 000 personnes, a manqué de nourriture¹². Et durant cette même année, 9,7 % de la population de 12 ans ou plus, soit 55 400 personnes, était en situation d'insécurité alimentaire¹³. En ce qui concerne l'itinérance, les données disponibles les plus récentes révèlent que 11 295 personnes différentes de la région de Québec ont fréquenté des ressources d'hébergement, de soupe populaire et de centres de jour¹⁴. Parmi ces personnes, 3 589 s'étaient retrouvées sans domicile fixe durant cette année-là. Selon une étude réalisée en 2006, 1 080 repas en moyenne étaient servis quotidiennement dans les soupes populaires de la région de Québec¹⁵. De plus, le décrochage scolaire est un problème social important et complexe dans notre région puisque le nombre de jeunes en formation diminue de façon constante. On estime que parmi les élèves sortant du secondaire, 1 garçon sur 4 et 1 fille sur 6 quittent sans diplôme chaque année.

En somme, malgré l'amélioration de l'état de santé de la population de la région de la Capitale-Nationale au cours des dernières années, des inégalités sociales et territoriales de santé perdurent, et même s'amplifient. Ces inégalités de santé se manifestent dans l'état de santé globale, mentale et physique, et ce, dans tous les domaines. Les inégalités de santé placent les populations défavorisées, dont les personnes itinérantes, dans des conditions de vie encore plus défavorables. Si plusieurs déterminants interagissent, l'environnement physique et social a une influence majeure sur la santé. Des inégalités dans cet environnement conduisent à des inégalités en santé qui se traduisent, dans la région de la Capitale-Nationale, par une différence dans l'espérance de vie à la naissance de sept ans entre le territoire le plus favorisé et le territoire le moins favorisé. Cette différence n'est certainement pas un fait inévitable, ni acceptable pour une région jugée économiquement favorisée. Les causes des inégalités de santé sont largement sociales, et il en est de même pour les solutions¹⁶.

1.4 Axes d'actions proposés par l'Agence

L'Agence souhaite communiquer aux membres de la Commission des affaires sociales, et à l'ensemble des acteurs visés, sa vision des actions à envisager en ce qui concerne l'itinérance.

En premier lieu, il est essentiel de mieux documenter quantitativement et qualitativement le phénomène de l'itinérance, dans l'ensemble de sa dynamique. Cela permettra de mieux comprendre le phénomène et ainsi, d'offrir un soutien adéquat répondant aux besoins des personnes, selon leurs particularités et leurs parcours. Cela permettrait également des actions efficaces pour prévenir et contrer cette problématique, et ce, dans une perspective adaptée aux réalités régionales.

Le mémoire de l'Agence fait également état des engagements du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au regard de l'itinérance et de l'exclusion sociale. Nous avons trois grandes préoccupations. La première est que notre réseau agisse véritablement en matière de réinsertion sociale. La deuxième est que notre réseau lui-même ne crée pas, par ses actions, de situations d'exclusion sociale et d'itinérance. Le mémoire fait ressortir l'importance de revoir les modèles d'accessibilité et de continuité des services, et de les ajuster de façon à ce qu'ils répondent aux besoins et à la réalité des personnes. La troisième préoccupation de l'Agence est de donner la parole aux personnes itinérantes, afin qu'elles expriment leurs besoins et participent activement aux décisions qui les concernent.

Considérant que plusieurs facteurs ne relèvent pas du réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence estime qu'un plan d'action régional intersectoriel serait pertinent, et qu'un acteur reconnu devrait en assumer le leadership. Par ailleurs au fil des ans, le gouvernement s'est doté d'outils afin d'enrayer ce problème, dont la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Un plan d'action régional intersectoriel apparaît donc, aux yeux de l'Agence, comme un outil important pour agir sur le phénomène de l'itinérance.

2. Mieux comprendre pour mieux agir

Quelle est la première image qui nous vient à l'esprit, lorsqu'il est question d'itinérance? Dans bien des cas, c'est sans doute, celle d'un homme parmi les passants au coin d'une rue du centre-ville. Mais cette image est-elle fidèle à la réalité? Est-elle la seule qui doit nous servir de référence? L'itinérance affiche-t-elle indifféremment le même visage à Montréal, Gatineau et Québec? Ce visage est-il le même sur tout le territoire desservi par l'Agence, soit Portneuf, Québec et Charlevoix? Les recherches les plus récentes¹⁷ montrent plutôt que le phénomène tend à s'amplifier et à se complexifier. En outre, les conditions de vie des personnes itinérantes semblent se détériorer. Celles-ci échappent plus souvent qu'autrement à l'aide de dernier recours dont s'est doté le Québec. Les observations des intervenants œuvrant auprès de ces personnes tendent aussi à confirmer les hypothèses que le phénomène évolue et prend de l'ampleur. Cependant, ces données demeurent partielles et ne sont pas actualisées.

Le cadre de référence publié en septembre 2008 par le ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS) nous présente un excellent tableau du phénomène de l'itinérance pour ce qui est :

- des types d'itinérance;
- des facteurs explicatifs;
- des réactions sociales devant l'itinérance;
- du portrait des personnes itinérantes (hommes, femmes, jeunes et jeunes adultes, personnes âgées et, ce qui est encore plus préoccupant, les familles);
- des problèmes associés (santé mentale, santé physique, dépendance et judiciarisation);
- des services offerts au Québec¹⁸.

Dans le souci de ne pas reprendre l'exposé de ce cadre, auquel a participé l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, nous vous invitons à vous y référer en ce qui a trait au portrait du phénomène de l'itinérance au Québec.

Cependant le MSSS, tout comme l'ensemble des partenaires visés, se bute au manque de données qui permettraient de dresser un portrait plus fidèle du phénomène de l'itinérance. Le manque de connaissances constitue une lacune importante pour la prestation de services efficaces, adaptés aux particularités des personnes et des milieux. Le besoin de connaissances ne se résume pas à des données statistiques sociodémographiques ponctuelles, bien qu'elles soient essentielles : il s'agit d'améliorer notre compréhension du phénomène dans toutes ses dimensions, et ce, dans une perspective qui nous permette de suivre son évolution.

Pour mieux agir régionalement et localement, nous devons, par exemple, savoir comment s'articule le passage vers l'itinérance, quelles sont les trajectoires de vie des personnes, quelle est la dynamique entre l'ensemble des facteurs individuels et sociaux à l'origine de l'itinérance et comment se vit la situation d'itinérance, selon sa nature (situationnelle, cyclique ou chronique). Il serait des plus pertinent, également, de pouvoir mesurer les

répercussions de l'exclusion, de la marginalisation et de la désaffiliation sur la santé physique et mentale des personnes ainsi que sur leurs proches et, de façon plus globale, les conséquences individuelles, sociales et économiques à court, moyen et long terme du phénomène de l'itinérance pour notre région.

Afin de bien orienter la gamme des programmes et services utilisés par les personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir, il serait indispensable d'évaluer les rapports existant entre les services offerts et les personnes, au regard de leurs besoins prioritaires. Les programmes offerts par le réseau de la santé et des services sociaux sont-ils accessibles pour ces personnes? Si non, utilisent-elles d'autres portes d'entrée qu'elles jugent plus adaptées? Les services offerts, tant par le réseau que par d'autres acteurs gouvernementaux, sont-ils continus et intégrés? «*Si nous ignorons le nombre d'itinérants, qui ils sont et quels sont leurs besoins, il peut être difficile, par exemple, de déterminer de façon précise la nécessité ou l'efficacité des politiques et des programmes*», souligne l'Institut canadien d'information sur la santé dans un rapport publié en 2008¹⁹.

Dans son rapport présenté à l'Organisation mondiale de la santé en 2008²⁰, le Social Exclusion Knowledge Network adopte une perspective intéressante de la mesure et de l'évaluation de l'exclusion sociale. Cette analyse pourrait certes être utilisée pour la conception d'outils de collecte de données, de mesure et d'évaluation. Dans ce rapport, l'exclusion sociale est définie comme un processus dynamique d'abord et avant tout, et non comme un état de fait. Cela permet, entre autres, de comprendre un parcours de vie en tenant compte des multiples facteurs qui entrent en jeu dans le processus d'exclusion sociale, au lieu de faire une analyse statique des événements reliés à ce parcours. On y suggère également de combiner des indicateurs objectifs avec des indicateurs subjectifs expérientiels. Ainsi, des données statistiques sociodémographiques d'une part et, d'autre part, des données qualitatives recueillies à même les histoires, parcours, trajectoires de vie, permettraient de dresser un portrait réaliste du phénomène de l'itinérance. Ces trajectoires seraient décrites par les personnes elles-mêmes, car ce sont elles qui détiennent l'expertise de leur parcours et qui possèdent la capacité d'agir sur leur santé et leur bien-être. À cet égard, le Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ) et le Regroupement des groupes de femmes de la région 03 ont publié, en mai 2008, le document *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*²¹, qui est le compte rendu d'une recherche qualitative.

Si, comme le commandent d'ailleurs la littérature et les observations sur le terrain, on s'appuie sur la prémisse que le problème social de l'itinérance n'est pas le même à Montréal et à Québec, et qu'il n'est pas le même dans le centre-ville de Québec et à Portneuf, il s'avère essentiel de dresser un portrait juste, réaliste et comparable. Cela sera possible d'abord en situant les données sur une base nationale, puis en recueillant des données au palier régional pour terminer avec le palier local. De cette façon, nous serons en mesure de comprendre la dynamique du phénomène de l'itinérance selon les régions et les localités et ainsi, d'adapter nos actions aux différentes réalités. Le processus doit également comprendre l'analyse des effets et l'évaluation de ces actions.

Le besoin en connaissances qualitatives se conjugue également, pour l'Agence, avec sa philosophie qui est de placer les personnes au cœur de ses préoccupations. Pour ce qui est de l'expression d'un cheminement, d'une histoire de vie, les véritables experts, ce sont les personnes auxquelles nous destinons nos services et nos interventions. Toutefois, afin de mieux intervenir auprès des personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir, il nous apparaît primordial d'améliorer nos connaissances sur l'ensemble de la problématique et de les mettre à profit, et ce, avec la collaboration des acteurs visés.

3. L'engagement du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au regard de l'itinérance et de l'exclusion sociale

Les engagements du réseau de la santé et des services sociaux au regard de l'itinérance et de l'exclusion sociale impliquent une offre d'activités et de services en prévention et promotion ainsi qu'au niveau de l'intervention directe. Les personnes itinérantes, celles susceptibles de le devenir, et leurs proches, sont donc rejoints par l'entremise de programmes : services généraux, santé physique, santé mentale, dépendances, santé publique, jeunes en difficulté et personnes âgées. Au centre de ces démarches se trouvent les personnes et leur capacité d'agir sur leur vie.

3.1 Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : un acteur engagé

Nombre d'activités et de services du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires du milieu communautaire visent la réinsertion sociale des personnes. Telle que définie par le MSSS, la réinsertion sociale est « *un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion dans l'une ou l'autre des sphères de leur vie. [...] C'est un premier pas dans l'acquisition d'une place reconnue dans la société. Inscrite dans un mouvement d'avancées et de reculs, cette démarche constitue un défi de taille lorsqu'il s'agit de renouer avec soi, ses proches, le monde du travail et celui de sa communauté*²² ».

À partir du *Programme national de santé publique 2003-2012*²³, l'Agence a élaboré le plan d'action régional et les plans d'action locaux, ceux-ci comportant des objectifs et des activités en prévention-promotion dans le champ de la lutte contre les inégalités sociales, la pauvreté et l'exclusion sociale, ainsi que des objectifs et des activités relativement aux facteurs de risque liés au processus de désaffiliation.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les inégalités de santé constituent un problème majeur de santé publique, et tous les acteurs du domaine du développement social et économique sont interpellés, à commencer par le réseau de la santé et des services sociaux, qui a le mandat d'agir pour réduire ces inégalités.

De meilleures connaissances sur les inégalités sociales, les conditions de vie et la trajectoire des personnes vulnérables pourraient permettre de dresser un portrait utile

pour l'évaluation des mesures existantes et l'élaboration d'activités en prévention-promotion.

Le processus de réduction des inégalités sociales s'échelonne sur différents plans; aussi retrouvons-nous des actions et des perspectives au sein même des objectifs du réseau et de ses partenaires œuvrant en itinérance. La nécessité de recourir à différentes pratiques, approches et ressources en matière de réinsertion sociale implique d'établir des collaborations et de reconnaître des partenaires. Ainsi, depuis 2003-2004, l'Agence, par l'entremise du programme de soutien aux organismes communautaires, a versé plus de vingt millions de dollars aux organismes qui ont pour mission, en partie ou en totalité, d'intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance ou susceptibles de l'être. Cette somme s'ajoute aux investissements du gouvernement fédéral en itinérance, mais dont la pérennité n'est jamais garantie.

3.2 Un souci : ne pas générer d'exclusion sociale

Le renforcement des pratiques visant la réinsertion sociale engage le réseau de la santé et des services sociaux dans un nécessaire exercice d'analyse, afin d'éviter que lui-même, de par ses mesures et programmes, ne devienne générateur de situations d'exclusion sociale et d'itinérance.

Soucieux d'enrayer l'engrenage de l'exclusion sociale, le réseau a conçu des projets fort intéressants à cet égard. Les centres jeunesse du Québec ont mis sur pied le Projet de qualification des jeunes (PQJ), qui vise la réinsertion sociale des jeunes en les soutenant dans l'apprentissage de l'autonomie et en les préparant au retour dans la communauté lorsqu'ils ne seront plus sous l'aile des centres jeunesse, soit à leur majorité. La préparation débute dès l'âge de 16 ans. *« Le but du projet est de prévenir la marginalisation des jeunes usagers des centres jeunesse à la veille de leur majorité (18 ans), moment auquel cessent les prestations de services, pour réduire les risques qu'ils s'intègrent au monde de la marginalité et progressivement au monde criminel. Il s'agit donc d'un projet d'intervention qui mise sur le développement personnel et social des jeunes et des changements dans leur milieu de vie en vue de favoriser une insertion socioprofessionnelle permettant le passage à une vie adulte autonome²⁴. »*

Les partenaires du réseau, en l'occurrence les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux, ont mis au point des pratiques novatrices afin de ne pas générer d'exclusion sociale, d'agir à l'intérieur de la démarche de réinsertion des personnes et de rejoindre celles-ci dans leur milieu de vie.

L'intervention et la réinsertion sociale auprès des personnes itinérantes et de celles à risque impliquent que le réseau de la santé et des services sociaux conçoive ses modèles d'accessibilité, de complémentarité et de continuité de façon à répondre aux besoins et à la réalité des personnes.

L'intervention auprès des personnes itinérantes ou susceptibles de le devenir demande de s'adapter à leur réalité en ce qui a trait à l'accessibilité aux services. Le réseau ne doit pas

se placer en « mode attente » et espérer que les personnes frappent à ses portes. Les conditions de vie des personnes les plus vulnérables de notre société « *présentent des barrières à l'accessibilité aux services*²⁵ ». Cela commande donc un ajustement de l'accessibilité aux services de première ligne et des pratiques pour ces personnes exclues. D'une part, il faut les rejoindre, par des services de proximité, dans leur milieu de vie, c'est-à-dire dans les parcs, les rues, les piqueries, les refuges, etc., et leur offrir les services de santé dont ils ont grandement besoin. D'autre part, il faut aussi inviter les acteurs concernés à intervenir autrement, de façon à mieux adapter leurs services aux besoins particuliers de ces personnes.

À cet égard, soulignons par exemple l'expérience de PECH (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement), un organisme de notre région qui, entre autres par son travail de milieu, agit en amont du processus de judiciarisation. Les intervenants explorent les différents milieux fréquentés par les personnes auxquelles s'adresse l'organisme. Cela leur permet d'entrer en contact avec les personnes en rupture avec les réseaux d'aide et d'assurer la continuité de l'intervention entre le soutien communautaire offert par l'organisme et la rue. De plus, dans ce volet, l'équipe de PECH travaille en partenariat avec La Maison de Lauberivière pour la réponse aux besoins concrets et ponctuels des personnes²⁶.

Répondre aux besoins des personnes commande de porter un regard global, d'ensemble, sur celles-ci, d'où l'importance d'une approche complémentaire et continue. Assurons-nous de ne pas créer de vides de services. Cela signifie qu'en premier lieu, nous devons être à l'écoute de la personne et des besoins qu'elle juge prioritaires. Les intervenants œuvrant auprès des personnes itinérantes nous disent que les premiers besoins exprimés se rapportent souvent aux besoins dits primaires, soit le logement, la nourriture, la santé physique, la sécurité, etc. En deuxième lieu, nous devons assurer une offre de service continue et intégrée. L'approche des services à bas seuil d'accessibilité, qui vise entre autres les personnes utilisatrices de drogues par injection et toxicomanes désaffiliées de la ville de Québec, est un exemple d'organisation de services à privilégier afin d'adapter les services sociaux et de santé à des personnes que, trop souvent, les services actuellement en place ne rejoignent pas.

Par la suite se juxtapose la réponse aux besoins d'ordre psychosocial. Par exemple, une personne souffrant d'une infection reliée à l'injection de drogues par intraveineuse n'a pas besoin de services psychosociaux d'abord, mais plutôt d'un soutien médical. Cependant, une fois qu'a été apportée une réponse aux besoins de santé physique et aux besoins prioritaires, il peut être proposé d'entamer, avec cette personne, une démarche visant sa réinsertion sociale.

Donc, le défi que doit relever le réseau de la santé et des services sociaux est d'accueillir la personne dans sa globalité, c'est-à-dire avec l'ensemble de ses problématiques. On accueille, par exemple non pas seulement une femme se prostituant, mais aussi une femme, contre qui s'exerce de la violence, sans domicile fixe, cheffe de famille monoparentale, utilisatrice de drogues, exclue des comptoirs d'aide alimentaire et ayant des épisodes de troubles d'anxiété. La nécessité de considérer la personne dans sa

globalité implique d'intervenir dans une offre de service complémentaire, continue et novatrice.

3.3 Les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir au cœur des décisions qui les concernent

Agir adéquatement auprès des personnes itinérantes ou à risque de le devenir, ainsi qu'auprès de leurs proches demande, en tout premier lieu, de reconnaître la capacité des personnes à agir sur leur situation, à être des acteurs dans la réponse à apporter à leurs besoins. Inscrivons nos actions à l'intérieur d'un cadre d'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif : cela ne peut être qu'un gage de réussite pour une intervention plus adéquate auprès des personnes. Donnons-leur la parole, donnons-leur un rôle de premier plan dans la définition des besoins qu'ils jugent prioritaires et les décisions qui les concernent, et donnons-leur les outils pour qu'ils se réapproprient leur pouvoir. C'est du reste ce que préconisait, par exemple, le Comité régional de soutien à la transformation et à la consolidation des services de santé mentale – Services aux adultes dans son rapport de 2002, où l'appropriation du pouvoir d'agir et l'exercice de la citoyenneté étaient clairement considérés comme des guides d'action²⁷.

L'expérience des pratiques en santé mentale à cet égard, qui se développe depuis plusieurs années, est fort intéressante. D'ailleurs, l'un des objectifs précisés dans le plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 est de favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision²⁸. La mesure reliée à cet objectif est que le MSSS, les agences de santé et de services sociaux ainsi que les centres de santé et de services sociaux s'assurent d'obtenir la participation d'utilisateurs de services en santé mentale, de représentants des familles ou de proches dans les exercices de planification et d'organisation des services qui les concernent.

La région de la Capitale-Nationale compte son lot d'expériences novatrices et fructueuses visant à redonner du pouvoir aux personnes. Soulignons par exemple le projet « Guides de rue », mené par Françoise Côté de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et qui se fonde sur l'approche des pairs aidants. L'objectif de départ, qui était d'outiller les personnes utilisatrices de drogues injectables selon leurs besoins et leurs priorités afin qu'elles deviennent des pairs aidants, a été atteint, et même dépassé, puisque des personnes se sont éloignées du milieu de consommation.

Dans son rapport déposé à l'Organisation mondiale de la santé²⁹, le Social Exclusion Knowledge Network reconnaît que l'appropriation du pouvoir d'agir doit se situer au cœur du processus de réinsertion sociale.

Au-delà de l'exercice d'appropriation du pouvoir d'agir individuel se situe celui qui est collectif. Le cheminement des personnes doit être accompagné d'un travail pour contrer les inégalités sociales et économiques, les facteurs de risque et les barrières liés au phénomène de l'itinérance.

La démarche de réinsertion sociale implique une complémentarité et une continuité au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, les conditions de réinsertion et les multiples facteurs à l'origine du phénomène ne relèvent pas tous de ce réseau. Les secteurs des affaires municipales, de l'éducation, de l'emploi et de la sécurité sociale, de la justice, de la sécurité publique et de l'habitation sont également visés. La concertation de l'ensemble de ces joueurs constitue une étape cruciale afin d'assurer une complémentarité et une continuité pour agir efficacement auprès des personnes ainsi que sur les inégalités sociales et économiques, afin de prévenir et contrer le phénomène de l'itinérance.

Nous invitons également l'ensemble des acteurs concernés par la problématique de l'itinérance à se poser la question suivante : Existe-t-il des vides de services pour les personnes les plus vulnérables de notre société?

4. Une responsabilité partagée, oui mais...

Le phénomène de l'itinérance est le résultat d'une multitude de facteurs : facteurs sociaux, tels que l'extrême pauvreté, et facteurs individuels, tels que les dépendances et les problèmes de santé mentale. Tous les acteurs qui interviennent sur ces facteurs et auprès des personnes dans leur démarche de réinsertion sociale ont une responsabilité partagée à cet égard. Ce sont notamment les acteurs œuvrant au chapitre des municipalités, du logement, de l'éducation et de la judiciarisation.

Chacun de ceux-ci possède des leviers pour agir en prévention et pour contrer l'itinérance. Le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires ont instauré des pratiques liées à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et ont acquis en cette matière une expertise clé. Ils ont conçu des approches qui constituent des leviers majeurs d'intervention, et souvent un dernier filet social. C'est par exemple le cas des soins infirmiers adaptés, dans le contexte des pratiques de travail de rue, au sein des refuges, etc. De plus, l'Agence agit en concertation, de par sa participation à la Table de concertation en itinérance de la région, et en coresponsabilité, dans le cadre du projet d'Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance. Les autres acteurs disposent également de leviers essentiels. C'est ainsi que le MSSS et le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR) ont élaboré conjointement un Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social³⁰.

Au regard du phénomène de l'itinérance, la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, avec le plan d'action qui l'accompagne, est un levier primordial. L'application de la loi relève du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), qui élabore actuellement sa stratégie d'action 2009-2012.

Dans la région de la Capitale-Nationale, cette loi a permis, entre autres, la mise en œuvre d'un projet intersectoriel s'inscrivant dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. À partir d'une entente conclue entre le MESS, la Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches ainsi que l'Agence,

des actions efficaces pourront être mises en place. L'entente s'inscrit dans le cadre d'une démarche préconisée par le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*³¹, soit l'approche territoriale intégrée (ATI). Cette approche vise l'amélioration des conditions de vie des personnes issues des milieux défavorisés. Elle est fondée sur la concertation et sur un meilleur arrimage des stratégies des acteurs socioéconomiques œuvrant sur un territoire donné. Les secteurs d'intervention sont multiples : logement, habitation, sécurité alimentaire, formation, emploi, insertion, économie, santé, famille, transport, etc. Le projet de développement local valorise la mobilisation citoyenne et part des acquis de la communauté tout en renforçant la dynamique déjà en place sur le territoire.

Dans son cadre de référence sur l'itinérance au Québec, le MSSS cite d'autres exemples de stratégies, de plans d'action ministériels ou de programmes rejoignant les personnes itinérantes, les personnes toxicomanes, les jeunes, etc., et invite tous les partenaires ministériels à se mobiliser et à définir leur contribution à l'intérieur de ces leviers. Le MSSS souligne aussi qu'il « a interpellé ses partenaires ministériels afin de travailler à la conception d'un plan d'action interministériel en itinérance³² ». Sont membres de la table interministérielle pour l'élaboration d'un plan d'action les organismes gouvernementaux suivants : le ministère des Affaires municipales et des Régions, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique et la Société d'habitation du Québec.

De son côté, l'Agence manifeste son intérêt pour élaborer un plan d'action régional intersectoriel, à l'intérieur duquel les leviers d'action des différents acteurs sont intégrés et où chacun détermine des priorités d'action. L'objectif d'un tel plan est la mise en place de stratégies intersectorielles intégrées et adaptées aux réalités régionales afin d'assurer une complémentarité et un continuum dans les actions pour prévenir et contrer l'exclusion sociale et l'itinérance. Les acteurs redevables de ce plan d'action sont ceux ayant une responsabilité en ce qui a trait au phénomène de l'itinérance. Le plan d'action comprendrait également un volet sur la participation des personnes itinérantes et de celles susceptibles de le devenir, et de leurs proches.

Le bon fonctionnement de l'action intersectorielle implique la contribution des différents acteurs visés. À cet égard, les municipalités, de par leurs responsabilités en matière de développement social, de sécurité, d'habitation et d'urbanisme, jouent un rôle clé. Les municipalités ont le pouvoir d'accorder aux personnes itinérantes le droit de cité. C'est pourquoi leur contribution est essentielle dans la recherche de solutions durables à l'itinérance et à l'exclusion sociale.

L'animation et la coordination de l'action intersectorielle par un leader reconnu sont des conditions indispensables à la concrétisation et à la viabilité du plan d'action. Il y a lieu de confier ces deux rôles au MESS, qui est responsable de l'application de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, un levier gouvernemental majeur en ce qui a trait à l'itinérance.

Ainsi, avec un plan d'action intersectoriel concerté, mis en œuvre sous l'aile d'un leader reconnu, nous serons à même d'en arriver à des mesures structurantes adaptées à notre région, et ce, dans des délais respectant notre volonté d'agir rapidement pour prévenir et contrer le phénomène de l'itinérance.

5. Conclusion

Dans le cadre de sa participation aux consultations particulières et auditions publiques sur le phénomène de l'itinérance au Québec, l'Agence tient à souligner l'importance de prévenir et contrer ce phénomène, et ce, dans le respect de la dignité des personnes.

Afin que nous puissions mettre en œuvre des mesures structurantes adéquates, le phénomène de l'itinérance, tel qu'il se manifeste nationalement, régionalement et localement, doit être mieux défini. Le manque de données constitue une lacune importante pour les réseaux et les organismes qui œuvrent en itinérance. Une meilleure connaissance du phénomène, acquise grâce à des données quantitatives et qualitatives plus précises et plus actuelles, nous permettra d'adapter nos actions aux personnes et aux milieux selon leurs particularités. Le réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale est activement engagé dans la lutte contre l'exclusion sociale et l'itinérance, par l'entremise de ses programmes et de ses ressources. Le réseau sociosanitaire et le milieu communautaire offrent plusieurs services aux jeunes, aux femmes, aux hommes et aux familles. De plus, le réseau demeure soucieux d'adapter ses pratiques et son accessibilité pour répondre à la réalité des personnes itinérantes et des personnes susceptibles de le devenir, et veille aussi à ce que ses actions n'entraînent pas de situations d'exclusion sociale et d'itinérance. Des expériences intéressantes ont d'ailleurs été mises en lumière dans le document.

L'Agence soutient également que les personnes itinérantes sont les mieux placées pour exprimer leurs parcours et leurs besoins, et qu'elles doivent être en avant-plan des décisions qui les concernent. Le réseau de la santé et des services sociaux est un acteur clé dans la perspective de réinsertion sociale des personnes, mais en cette matière, il n'est pas le seul à posséder des leviers. Des acteurs importants de d'autres secteurs ont également un rôle à jouer. L'Agence souligne donc la pertinence d'élaborer un plan d'action intersectoriel régional engageant la responsabilité de l'ensemble des acteurs visés, et dont la coordination pourrait être assumée par le principal responsable de l'application des stratégies de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, soit le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'Agence croit que la région aura alors en main des outils nécessaires pour mettre en œuvre des mesures structurantes afin de prévenir et de contrer le phénomène de l'itinérance et de l'exclusion sociale.

En espérant que la participation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale aux consultations particulières et auditions publiques sur le phénomène de l'itinérance contribuera à faire avancer la réflexion et les perspectives d'action sur le sujet.

6. Références

1. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action régional en santé publique 2009-2012*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, à paraître.
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Santéscope*, 2008, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca>].
3. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008b.
4. D.A. LEON, G. WALT et L. GILSON. « International perspectives on health inequalities and policy », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 591-594.
5. R.G. WILKINSON. « Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, vol. 304, 1992, p. 165-168.

B.G. LINK, et J. PHELAN. « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995, p. 80-94.

M. DRUHLE. *Santé et Société : le façonnement sociétal de la santé*, Presses universitaires de France, 1996.

M. MARMOT, et R.G. WILKINSON. *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, Interim Statement, 2007.- 6. R.G. WILKINSON. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequalities*, London, Routledge, 1996.

M. MARMOT, et R.G. WILKINSON. *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.

S. MACINTYRE. « The Black Report and beyond: What are the issues? », *Social Science and Medicine*, vol. 44, 1997, p. 723-745.- 7. B.J. LINK, et J. PHELAN. « Social conditions as fundamental causes of disease », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995, p. 80-94.

I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N. ALMEIDA-FILHO. « A glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, p. 647-652.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, Interim Statement, 2007.

8. R.G. WILKINSON. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequalities*, London, Routledge, 1996.

M. MARMOT, et R.G. WILKINSON. *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.

9. L.M. ANDERSON, S.C. SCRIMSHAW, M.T. FULLILOVE et J.E. FIELDING. « Task Force on Community Preventive Services. The Community Guide's Model for Linking the Social Environment to Health », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, suppl. 3, 2003, p. 12-20.

M. MARMOT. « The social determinants of health inequalities », *The Lancet*, vol. 365, 2005, p. 1099-1104.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, Interim Statement, 2007.

10. I. KAWACHI, S.V. SUBRAMANIAN et N. ALMEIDA-FILHO. « A glossary for health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, p. 647-652.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007.

11. M. MARMOT, et R.G. WILKINSON. *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.

D.A. LEON, G. WALT et L. GILSON. « International perspectives on health inequalities and policy », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 591-594.

M. MARMOT, et R.G. WILKINSON. « Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al. », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 233-236, 2001.

I. KAWACHI, et B. KENNEDY. *The Health of Nations: Why Inequality is Harmful to Your Health*, New York, New Press, 2002.

12. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008b.
 13. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008. Les statistiques*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008b.
 14. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan d'action communautaire sur l'itinérance dans le cadre de l'entente concernant l'Initiative de partenariats en action communautaire*, 2001.
 15. G. BURIGUSA, F.N. FONDJIÉ, D. REINHARZ et J.P. TRÉPANIÉ. *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 2006.
 16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. Interim Statement, 2007.
 17. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance. Plan d'action communautaire en itinérance de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, 2007, 16 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens 2007-2008 : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, ICIS, vol. 58, 2007.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 48 p.
- REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC, REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION 03 et autres. *Sommaire exécutif de la recherche qualitative La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, Québec, 2008, 12 p.
- D. REINHARZ, et autres. *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec. Rapport de recherche*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 2006, 60 p.

18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec, cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 48 p.
19. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens 2007-2008 : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, ICIS, 2007. p.9
20. SOCIAL EXCLUSION KNOWLEDGE NETWORK. *Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*, Angleterre, Lancaster University, 2008, 22 p.
21. REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC et REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION 03 et al. *Sommaire exécutif de la recherche qualitative, La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, Québec, 2008, 12 p.
22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 37, dans M.D. Boivin, et M.J. De Montigny, *La réinsertion sociale, une voie à découvrir?*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 37 p.
23. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
24. SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Pour une jeunesse engagée dans sa réussite. Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, Québec, Secrétariat à la jeunesse, 2006.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 37.
26. PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH). *Intervenir autrement. Rapport annuel 2006-2007*, Québec, PECH, 2007, 85 p.
27. COMITÉ RÉGIONAL DE SOUTIEN À LA TRANSFORMATION ET À LA CONSOLIDATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE – SERVICES AUX ADULTES. *Rapport sur les services de santé mentale (adultes). Des partenariats... un réseau!*, Rapport présenté à la Direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Québec, 2002.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 57 p.
31. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2004.
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 40.

7. Bibliographie complémentaire

BOIVIN, M.D. et M.-J. DE MONTIGNY, *La réinsertion sociale, une voie à découvrir?*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 37 p.

CHEVALIER, S., et L. FOURNIER. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997*, Québec, Santé Québec, 1998.

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES. *Le phénomène de l'itinérance au Québec, document de consultation*, Québec, Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec, 2008, 25 p.

RACINE, Pierre et Louise GRÉGOIRE (collaboration). *Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil -Revue de littérature*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 26 p.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 