

LES FACTEURS INFLUANT
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ
DES FEMMES SANS ABRI

UN INVENTAIRE ANALYTIQUE

CONSEIL ONTARIEN DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES FEMMES
SEPTEMBRE 2002



LES FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES SANS ABRI

UN INVENTAIRE ANALYTIQUE

Septembre 2002

Recherche :
Consulting Matrix Inc.

Appui du projet :
Judy Fiddes
et
Christine De Siato,
Secrétariat du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assume le financement du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, ce qui n'implique toutefois pas qu'il sanctionne nécessairement le contenu du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	2
OBJET	3
I. DONNÉES DE BASE	4
1.1 Définitions retenues pour les besoins du présent rapport	4
1.2 Caractéristiques des personnes sans abri en Ontario	5
1.3 Profil des Ontariennes sans abri	5
1.4 Pourquoi certaines femmes pauvres sont-elles sans abri?	7
II. PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES ONTARIENNES SANS ABRI	8
2.1 Problèmes de santé touchant les sans-abri en général	8
2.2 Problèmes de santé propres aux femmes sans abri	9
III. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	12
3.1 Obstacles systémiques à l'accès aux services de santé	12
3.2 Obstacles personnels à l'accès aux services de santé	14
3.3 Obstacles dus à des problèmes d'ordre psychosocial ou mental	15
CONCLUSION	16
BIBLIOGRAPHIE	17
ANNEXE I : CONSEIL ONTARIEN DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES FEMMES	20

RÉSUMÉ

On qualifie de « sans-abri » les personnes qui sont sans abri de façon permanente, périodique ou temporaire, de même que celles qui courent un risque substantiel de se retrouver à la rue d'un moment à l'autre.

Le phénomène des sans-abri a de tout temps représenté un problème social majeur. Ceci étant dit, le nombre de personnes sans abri accuse une hausse dramatique depuis quelques années, à tel point que l'on parle ici et là de « catastrophe nationale ». Un autre facteur également troublant est l'évolution rapide du profil démographique des personnes sans abri : de nos jours, il s'agit de plus en plus souvent de familles et de mères seules avec leurs enfants.

Les données fournies par les centres d'accueil, les maisons d'hébergement et autres refuges d'urgence, de même que divers organismes de services sociaux, confirment l'ampleur et la gravité de la situation que vivent quantité de femmes et d'enfants à Toronto, ville canadienne pourtant synonyme de richesse :

- les femmes seules et les mères accompagnées de leurs enfants représentent 29 pour 100 de la clientèle des refuges d'urgence;
- entre 1992 et 1998, le nombre de femmes seules ayant utilisé un refuge d'urgence a fait un bond de 78 pour 100;
- les femmes jeunes risquent davantage de se retrouver sans abri que leurs aînées, vu que près du quart de la clientèle des refuges d'urgence a entre 15 et 24 ans;
- quelque 300 bébés naissent chaque année à Toronto de mères sans abri, dont un tiers sont des adolescentes;
- les familles forment le groupe en plus rapide expansion parmi la clientèle des refuges d'urgence, les mères seules s'y ajoutant à un rythme deux fois plus rapide que les couples avec des enfants;
- entre 1989 et 1999, on a assisté à une hausse de 130 pour 100 du nombre d'enfants logés dans des refuges d'urgence.

S'il est vrai que les personnes sans abri, hommes ou femmes, connaissent des problèmes de santé similaires, les femmes dans cette situation ont des caractéristiques, des vulnérabilités et des besoins en matière de traitement qui

leur sont propres. Il se peut par exemple qu'elles aient subi des mauvais traitements affectifs, physiques ou sexuels, ou encore qu'elles soient enceintes ou qu'elles aient la charge de jeunes enfants. Parmi les aspects des soins de santé qui revêtent une importance particulière pour les femmes figurent la planification familiale, les soins prénatals, le dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus, de même que les infections transmissibles sexuellement. S'ajoute à cela, chez les femmes sans abri, une incidence disproportionnée des problèmes de santé mentale et de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues.

Pour ce qui est d'accéder aux services de santé, les femmes sans abri se heurtent à quantité d'obstacles formidables, y compris l'absence ou la fragmentation des services, les idées fausses et les préjugés des professionnels de la santé à leur égard ou encore leurs besoins plus pressants, comme de trouver à manger et un endroit où dormir, qui relèguent les soins de santé à une place secondaire.

Le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes a fait de l'étude des liens complexes entre la santé des femmes et leur éventuelle itinérance l'une de ses priorités absolues dans son plan d'action 2001-2002. C'est ainsi qu'il a chargé la firme Consulting Matrix Inc. d'analyser la documentation contemporaine sur le sujet et de parler à des spécialistes sur le terrain, afin de dresser l'inventaire des questions touchant la santé des femmes sans abri. Un résumé de cet inventaire a ensuite servi de point de départ aux discussions du Groupe de réflexion sur l'état de santé des femmes sans abri réuni par le Conseil en novembre 2001. L'une des mesures préconisées par les membres de ce groupe de réflexion était la diffusion de cet inventaire à grande échelle, afin de mieux sensibiliser les personnes amenées à fournir des services médicaux ou sociaux aux problèmes de santé auxquels se heurtent les femmes sans abri.

L'inventaire des facteurs influant sur l'état de santé des femmes sans abri dressé dans le présent rapport met en lumière le profil démographique des Ontariennes sans abri, leurs problèmes de santé particuliers et les difficultés qu'elles rencontrent en matière d'accès aux services de santé, que ce soit pour des soins actifs, préventifs ou autres.

INTRODUCTION

Les femmes sans abri forment une population grandissante particulièrement vulnérable aux maladies infectieuses et aux décès prématurés (Plumb, 2000). S'il est vrai que les personnes sans abri, hommes ou femmes, connaissent des problèmes de santé similaires, les femmes dans cette situation ont aussi des besoins qui leur sont propres. Les femmes sans abri ont souvent la garde de jeunes enfants, elles sont parfois enceintes, quantité d'entre elles ont subi des mauvais traitements affectifs, physiques ou sexuels et elles courent un risque important de violence dans la rue comme dans les refuges d'urgence. Qui plus est, l'incidence de la maladie mentale parmi les personnes sans abri est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans cette situation (Ambrosio, Baker, Crowe et Hardill, 1992; Burroughs, Bouma, O'Connor et Smith, 1990; Bassuk, Rubin et Lauriat, 1984; Breakey et al., 1989; Burt, 1992; Ville de Toronto, 1999; Glasser et Bridgman, 1999).

La corrélation chez les femmes entre la santé et l'itinérance, autrement dit le fait d'être sans abri, est pour le moins complexe. Chez certaines femmes, l'existence de problèmes de santé est l'une des causes de leur itinérance. Pratiquement toutes les femmes sans abri sont tôt ou tard atteintes d'une maladie souvent aggravée par leur itinérance (Raising the Roof, 1999). L'accès aux services de santé présente en soi une série de difficultés pour les femmes sans abri. Les services et interventions disponibles, trop restreints dans la mesure où leur évolution a pour la plupart été fonction des besoins de la population itinérante masculine, ne conviennent souvent guère aux femmes sans abri et à leurs enfants.

Les points ci-après, qui récapitulent quelques-unes des conclusions clés du présent rapport, concordent à souligner l'importance des retombées de l'itinérance sur l'état de santé des femmes :

- la victimisation sexuelle, le recours à la prostitution pour gagner leur subsistance, l'absence de moyen de contraception, l'incertitude quant à leur fertilité et le désir d'intimité sont autant de facteurs pouvant entraîner une grossesse non planifiée chez les femmes sans abri;
- les femmes enceintes sans abri courent un risque accru de complications durant leur grossesse ou à l'accouchement, tant faute de soins prénatals et d'une alimentation saine qu'à cause de leur exposition à la violence;
- les femmes sans abri sont extrêmement vulnérables à la violence dans la rue, et leur vécu en matière de violence peut entraîner chez elles un état de stress post-traumatique, une dépression clinique, des troubles anxieux ou encore une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues;
- les femmes sans abri courent un risque élevé de maladie transmissible sexuellement, et notamment d'infection par le VIH, et donc un risque accru de développer le sida;
- la plupart des femmes sans abri manifestent des symptômes d'affections gynécologiques, allant de pertes vaginales anormales, de brûlures lors de la miction et de règles irrégulières à des douleurs pelviennes graves et la présence de grosseurs aux seins;
- des obstacles tant systémiques que personnels entravent l'accès des femmes sans abri aux services de santé actifs et préventifs.

OBJET

Le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes¹ (ci-après « le Conseil ») a fait des retombées préjudiciables de la pauvreté sur l'état de santé des femmes l'une de ses grandes priorités dans son plan d'action 2001-2002. Le Conseil mène à l'heure actuelle plusieurs initiatives liées à la santé des Ontariennes à faible revenu, axées principalement sur les femmes sans abri, socialement isolées ou difficiles à atteindre.

L'une des initiatives du Conseil à cet égard a été de charger la firme Consulting Matrix Inc. d'analyser la documentation contemporaine sur le sujet, de même que les ressources et les services destinés aux Ontariennes à faible revenu, sans abri et socialement isolées, afin de dresser l'inventaire des questions touchant la santé de ces femmes. Un résumé de cet inventaire a ensuite servi de point de départ aux discussions du Groupe de réflexion sur l'état de santé des femmes sans abri, formé de spécialistes et d'autres personnes clés intervenant auprès de ces dernières, en vue de repérer les pratiques exemplaires et les interventions susceptibles d'améliorer la santé de ces femmes. L'une des mesures préconisées par les membres de ce groupe de réflexion, réuni en novembre 2001, était la diffusion à grande échelle de cet inventaire, afin de mieux sensibiliser les personnes amenées à fournir des services médicaux ou sociaux aux problèmes de santé auxquels se heurtent les femmes sans abri.

Sans se prétendre une analyse ni une étude exhaustive de la documentation ou des services existants, le présent inventaire des facteurs influant sur l'état de santé des femmes sans abri met en lumière plusieurs éléments clés de la situation actuelle de ces femmes en ce qui a trait à leur santé. Cet inventaire est divisé en trois parties comme suit :

- I. Données de base, dont un profil démographique des Ontariennes sans abri
- II. Problèmes de santé touchant les Ontariennes sans abri
- III. Obstacles systémiques et personnels à l'accès des services de santé par les femmes sans abri

¹ Pour de plus amples renseignements sur le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, voir l'annexe I.

I. DONNÉES DE BASE

1.1 DÉFINITIONS RETENUES POUR LES BESOINS DU PRÉSENT RAPPORT

LA PAUVRETÉ

Il n'existe au Canada aucune mesure officielle de la pauvreté, mais les plus utilisés et les plus reconnus en tant que tels sont les seuils de faible revenu (SFR) établis par Statistique Canada. D'après les SFR, sont considérés vivre dans une situation difficile ou précaire les particuliers et les familles qui consacrent une part disproportionnée de leur revenu à l'alimentation, à l'hébergement et à l'habillement (Statistique Canada, 2000). En 1992, l'année de base, il a ainsi été établi que les personnes qui consacraient plus de 54,7 pour 100 de leur revenu à ces dépenses de première nécessité vivaient en-dessous des SFR (Statistique Canada, 2000). En Ontario, une plus grande proportion de femmes que d'hommes ont des revenus inférieurs aux SFR (17 pour 100 contre 15 pour 100 respectivement; Statistique Canada, 2000).

La pauvreté est un sort qui frappe davantage certaines catégories de femmes que d'autres. Elle afflige presque deux fois plus souvent les femmes autochtones et les femmes membres d'une minorité visible que les autres. Les mères seules sont presque cinq fois plus nombreuses que les familles biparentales à ne disposer que d'un revenu inférieur aux SFR (Statistique Canada, 2000). Les femmes vivant la situation la plus précaire sont les mères seules autochtones : 73 pour 100 d'entre elles ont en effet des revenus inférieurs aux SFR (Statistique Canada, 2000). Dans l'ensemble, plus des deux tiers des femmes de 15 à 24 ans et environ la moitié des femmes seules de 65 ans et plus n'ont que de faibles revenus (Statistique Canada, 2000).

LES FEMMES SANS ABRI

Aucune définition de « sans-abri » ne semblant faire l'unanimité, l'expression est utilisée aux fins du présent rapport selon le sens que lui donne Gerald Daly (1996), qui est aussi celui adopté par la Ville de Toronto (1999) dans le rapport du groupe de travail du maire sur le phénomène des sans-abri intitulé « Taking Responsibility for Homelessness »² :

On qualifie de « sans-abri » les personnes qui sont sans abri de façon permanente, périodique ou temporaire, de même que celles qui courent un risque substantiel de se retrouver à la rue d'un moment à l'autre.

(traduction d'après Daly, 1996, p. 26)

Cette définition assez vaste englobe les personnes dont l'itinérance est « absolue » et qui vivent dans la rue, dans les ravins boisés ou d'autres abris naturels, dans des refuges d'urgence ou des maisons de transition, mais aussi celles dont l'itinérance est « relative », autrement dit les personnes vivant dans des locaux qui ne répondent pas aux normes internationales élémentaires en matière de logement, notamment en ce qui concerne la sécurité de la personne, la sécurité légale de l'occupation, la protection contre les éléments et l'abordabilité (Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 1991).

L'ISOLEMENT SOCIAL

Il n'existe que très peu de définitions de ce qu'il faut entendre par « isolement social ». Parmi les définitions existantes, la plupart évoquent le manque de communication et de coopération avec autrui. Le milieu dans lequel une personne évolue, y compris son réseau de soutien social, est reconnu comme étant un facteur déterminant de sa santé. Les femmes qui ne peuvent compter ni sur l'appui de leurs proches ni sur du soutien communautaire lorsqu'elles traversent une crise personnelle ou financière courent un risque accru de se retrouver sans abri. Une foule de facteurs peuvent contribuer à l'isolement social d'une femme, notamment le fait d'être mère seule, immigrante ou réfugiée ou encore d'avoir un âge avancé, le fait de vivre dans une relation de violence ou d'habiter dans une région éloignée, le fait d'être physiquement ou mentalement malade ou encore celui d'avoir une déficience sur le plan physique ou intellectuel.

² Communément appelé le « rapport Golden », d'après la présidente du groupe de travail, M^{me} Anne Golden.

1.2 CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES SANS ABRI EN ONTARIO

Le phénomène des sans abri a de tout temps représenté un problème social majeur. Depuis quelques années, on parle toutefois de « catastrophe nationale » face à la hausse fulgurante des personnes sans abri (Toronto Disaster Relief Committee, 1998). À Toronto, par exemple, le taux d'itinérance de la population a augmenté de 40 pour 100 entre 1988 et 1999 (Ville de Toronto, 1999). La composition de la population des sans-abri a aussi changé : longtemps considérée comme ne touchant presque exclusivement que les hommes adultes (Société canadienne d'hypothèques et de logement, sans date), on sait aujourd'hui qu'elle compte parmi ses éléments visibles une proportion grandissante de jeunes, de femmes seules et de mères seules avec leurs enfants (Ville de Toronto, 1999).

À Toronto, le taux d'itinérance de la population a augmenté de 40 pour 100 entre 1988 et 1999.

(Ville de Toronto, 1999)

On a tendance à parler de l'itinérance comme d'un phénomène touchant avant tout les centres urbains. En réalité, l'itinérance se répand dans les régions rurales (Lewington, 2002), mais les personnes qui se retrouvent sans abri à la campagne ont tendance à se diriger vers les grandes métropoles pour trouver des possibilités de revenu, d'éducation ou de travail, pour se rapprocher des services de santé et d'autres services de soutien, de même que pour échapper à la violence et à d'autres mauvais traitements. Près de la moitié des personnes qui utilisent des refuges d'urgence à Toronto ne sont pas originaires de la ville et 14 pour 100 ne sont pas originaires du Canada (Ville de Toronto, 1999).

1.3 PROFIL DES ONTARIENNES SANS ABRI

Dans les grands centres urbains tels que Toronto, les femmes seules représentent un quart des personnes sans abri (Goering, Tolomiczenko, Wasylenki, Boydell et Halman, 1997). Les femmes sans abri forment une population vaste et hétéroclite, comportant de nombreux sous-groupes, dont les adolescentes, les mères seules, les femmes seules, les femmes ayant subi des mauvais

Les femmes seules représentent un quart des personnes sans abri à Toronto.

(Goering et al., 1997)

traitements, les femmes autochtones, les femmes immigrantes ou réfugiées et les femmes âgées. La population des femmes sans abri inclut aussi des femmes atteintes de maladies mentales graves et persistantes ou d'affections chroniques et infectieuses. Toutes les femmes sans abri ont toutefois certaines caractéristiques communes, les principales étant la pauvreté et l'isolement social.

Les Ontariennes sans abri ne sont pas toutes « visibles ». Bien qu'elles soient nombreuses à utiliser les refuges d'urgence et les maisons de transition, la recherche a démontré que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se prévaloir d'autres solutions, telles que d'emménager chez des amis ou des parents (Lenon, 2000). Vu qu'elles sont principalement basées sur des données recueillies auprès des refuges d'urgence, les statistiques pertinentes sous-estiment le nombre de femmes sans abri.

Établir un profil démographique précis des Ontariennes sans abri s'est avéré difficile, vu la pénurie de sources de données vraiment fiables. Fait peu surprenant, le dénombrement de la population des sans-abri est en soi une tâche ardue, étant donné la nature ambulante de ce groupe (Peressini, McDonald et Hulchanski, 1995). Il n'existe à ce jour aucune mesure nationale ni provinciale cohérente de la population des sans-abri (National Housing and Homelessness Network, 2001). L'information glanée auprès des refuges d'urgence ou d'autres fournisseurs de services à cette population (qu'il s'agisse par exemple de programmes d'accueil pour les sans-abri, de lignes d'assistance téléphonique ou de banques d'alimentation) est en général vue comme la meilleure méthode d'estimation du nombre de personnes sans abri dans une collectivité. Cette méthode présente toutefois le risque d'additionner plusieurs fois les personnes utilisant plus d'un service et de ne pas tenir compte de celles qui ne se prévalent d'aucun des services disponibles.

Les statistiques sur les personnes sans abri peuvent être remises en question non seulement en raison de problèmes méthodologiques, mais aussi parce qu'elles sont la plupart du temps basées sur des données en provenance d'un seul endroit (p. ex., Toronto) et qu'elles excluent des éléments cruciaux, tels que l'âge et la langue maternelle. Ces statistiques sont par ailleurs issues de l'emploi d'une définition restrictive de « sans-abri » et excluent de ce fait les femmes qui vivent dans des logements surpeuplés, peu sécuritaires, inadéquats, inabordables ou temporaires, de même que celles qui, pour quelque raison que ce soit, courent un risque imminent de se retrouver à la rue.

Au mieux, les statistiques reprises dans le présent rapport donnent une vague idée de l'ampleur du phénomène des femmes sans abri en Ontario et de ce fait, il convient de les interpréter avec circonspection.

LES FEMMES SANS ABRI DANS LES CENTRES URBAINS

L'information ci-après, portant pour l'essentiel sur la clientèle des refuges d'urgence de Toronto, confirme l'ampleur et la gravité du problème des femmes et des enfants sans abri :

- les femmes seules et les mères accompagnées de leurs enfants représentent 29 pour 100 de la clientèle des refuges d'urgence (Ville de Toronto, 1999);
- entre 1992 et 1998, le nombre de femmes seules ayant utilisé un refuge d'urgence a fait un bond de 78 pour 100 (Ville de Toronto, 1999);
- les femmes jeunes risquent davantage de se retrouver sans abri que leurs aînées, vu que l'âge de près du quart de la clientèle des refuges d'urgence se situe entre 15 et 24 ans (Ville de Toronto, 1999);
- les familles forment le groupe en plus rapide expansion parmi la clientèle des refuges d'urgence, les mères seules s'y ajoutant à un rythme deux fois plus rapide que les couples avec des enfants (Ville de Toronto, 1999);
- le nombre de femmes accompagnées d'enfants qui utilisent les refuges d'urgence est passé de 24 pour 100 en 1988 à 37 pour 100 en 1996 (Ville de Toronto, 1999);
- entre 1989 et 1999, on a assisté à une hausse de 130 pour 100 du nombre d'enfants logés dans des refuges d'urgence (Ville de Toronto, 1999);
- quelque 300 bébés naissent chaque année à Toronto de mères sans abri, dont un tiers sont des adolescentes (Berstein et Lee, 1998);
- un tiers de la clientèle des refuges d'urgence est connue pour avoir d'importants problèmes de santé mentale et cette proportion passe aux trois-quarts pour les femmes seules sans abri (Ville de Toronto, 1999).

LES DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES EN MATIÈRE DE RECOURS AUX REFUGES D'URGENCE

Les femmes ont tendance à davantage prolonger leur séjour dans un refuge d'urgence que les hommes (la durée de séjour moyenne est de sept jours chez les femmes contre deux ou trois jours chez les hommes; Ville de Toronto, 2000). Cet écart s'explique peut-être du fait que les femmes cherchent souvent abri dans des maisons de transition ou des maisons d'hébergement pour femmes battues (Ville de Toronto, 2000). Ces établissements offrent aux femmes victimes de mauvais traitements et à leurs enfants la possibilité de se loger de façon temporaire,

qu'il s'agisse seulement de deux jours ou de plusieurs mois. Ils leur offrent aussi de quoi manger et s'habiller, des services de consultation, de l'aide avec les transports et des renseignements sur l'aide juridique, l'aide sociale, l'éducation, la formation professionnelle et les ressources communautaires, en plus de mettre ces femmes en rapport avec les autres services dont elles peuvent avoir besoin (Santé Canada, 1999a).

Lors de la publication du rapport du groupe d'action sur les sans-abri du maire de Toronto, on comptait dans cette ville 12 maisons d'hébergement pour femmes battues, dotées en tout et pour tout de 385 lits (Ville de Toronto, 1999). Étant donné la faible capacité d'accueil de ces maisons d'hébergement, les femmes victimes de mauvais traitements sont souvent dirigées vers les refuges d'urgence ou les centres d'hébergement ordinaires; en fait, entre 1988 et 1996, plus de la moitié des femmes battues ont utilisé ces derniers plutôt que les maisons d'hébergement spécialement conçues à leur intention (Ville de Toronto, 1999). La pénurie de logements abordables à Toronto contribue non seulement à rendre la capacité d'accueil des refuges d'urgence insuffisante, mais elle force les femmes à rester plus longtemps dans ce type d'hébergement (Ville de Toronto, 1999). Une autre explication à l'utilisation prolongée des refuges d'urgence par les femmes est qu'elles ont souvent, par rapport aux hommes sans abri, des besoins plus complexes sur le plan de leur santé physique ou mentale, et qu'elles nécessitent donc des interventions et des traitements plus poussés (Ville de Toronto, 1999).

LES PERSONNES QUI COUCHENT À LA DURE³

Les personnes qui couchent à la dure forment le noyau de la population des sans-abri (Raising the Roof, 2002). Bien qu'il soit très difficile d'estimer combien de sans-abri couchent à la dure, les services d'aide aux gens de la rue à Toronto laissent entendre que leur nombre est en hausse. À titre d'exemple, en plus des personnes qui utilisent les refuges d'urgence disponibles à l'année

Il existe à Toronto environ 385 lits dans des maisons d'hébergement pour femmes battues. Lorsque ces maisons n'ont pas de place pour elles, les femmes battues et leurs enfants doivent se tourner vers d'autres hébergements de secours : on les trouve en nombre au moins égal dans les refuges d'urgence ordinaires que dans les maisons spécialement prévues pour les accueillir.

(Ville de Toronto, 1999)

³ « Coucher à la dure » est une expression utilisée pour désigner les personnes qui vivent dans la rue, dans des lieux publics ou dans tout autre endroit inadapté à l'habitation des humains (Raising the Roof, 2002).

longue à Toronto, quelque 450 personnes sont accueillies les nuits d'hiver dans des refuges d'urgence genre « Out-of-the-Cold » qui ne fonctionnent qu'à cette saison (Ville de Toronto, 1999). Les femmes sont présumées représenter environ un quart des sans-abri qui couchent à la dure. Bon nombre de ces femmes sont non seulement sans abri, mais enceintes de surcroît (Killion, 1995). Enfin, on retrouve parmi les personnes qui couchent à la dure un nombre disproportionné d'Autochtones, de malades mentaux et de toxicomanes (Ville de Toronto, 2000).

LES FEMMES SANS ABRI DANS LES RÉGIONS RURALES

Vu que la recherche effectuée au Canada sur le phénomène des sans-abri l'a été principalement dans des grands centres urbains, il n'existe que fort peu de documentation sur les sans-abri dans nos régions rurales. À la campagne, dont la population des sans-abri est méconnue, les logements, les refuges d'urgence et autres ressources sont souvent rares (communication personnelle en octobre 2001 avec Steve Trujillo, président du Groupe de travail sur la santé rurale), d'où la tendance migratoire vers les centres urbains évoquée plus tôt.

Un article paru récemment dans le *Globe and Mail* de Toronto laisse entendre que le phénomène des sans-abri, bien que moins visible que dans les grandes villes, est un problème tout aussi réel et croissant dans les collectivités de moins grande envergure (« Homeless woe », 2002). La pénurie de refuges d'urgence et d'autres formes d'hébergement dans les petites villes entraîne souvent l'itinérance d'un hébergement temporaire vers un autre.

First et Toomey (sans date) ont constaté qu'une grande partie de la population des sans-abri dans les campagnes de l'Ohio sont des femmes et que la moitié d'entre elles environ sont accompagnées de leurs enfants. Près d'une de ces femmes sur deux vit avec de la parenté ou des amis, deux sur cinq logent dans des refuges d'urgence ou des maisons d'hébergement et 15 pour 100 dorment dans des automobiles, des édifices abandonnés et d'autres abris de fortune.

1.4 POURQUOI CERTAINES FEMMES PAUVRES SONT-ELLES SANS ABRI?

Lorsqu'une personne se retrouve sans abri, la principale cause en est la pauvreté (Ville de Toronto, 1999). La recherche démontre que les femmes sont sur-représentées parmi les plus pauvres de la population, ce qui explique que l'on parle de plus en plus souvent de la « féminisation

de la pauvreté » (Belle, 1990). Cette féminisation de la pauvreté est largement due à la multiplication des familles monoparentales dirigées par une femme, au fait que les femmes sont reléguées aux emplois les moins valorisants et les moins bien rémunérés, au manque de services de garderie convenables et abordables, de même qu'aux restrictions et coupures intervenues dans les programmes de sécurité du revenu tels que l'aide sociale et l'assurance-emploi (Ville de Toronto, 1999).

Les femmes à faible revenu ne perdent pas toutes leur logement. Certaines d'entre elles forment toutefois des sous-groupes courant un risque accru de se retrouver à la rue, y compris les femmes ayant une maladie mentale et celles qui ont longtemps souffert de violence et d'autres formes de mauvais traitements.

LA MALADIE MENTALE

Les femmes ayant une maladie mentale sont sur-représentées parmi les sans-abri. Jusqu'à 75 pour 100 des femmes seules sans abri à Toronto sont atteintes d'une maladie mentale (Ville de Toronto, 1999), dont les plus fréquentes sont la dépression clinique, un état de stress post-traumatique et des troubles liés à la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues (Bassuk, Buckner, Perloff et Bassuk, 1998).

Un lien a été établi entre l'incidence accrue de la maladie mentale chez les sans-abri et la désinstitutionnalisation (Bachrach, 1984). Ces quarante dernières années ont en effet vu une transformation radicale des modes de prestation de services aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Le système de soins de santé mentale canadien, autrefois centralisé et principalement basé dans les hôpitaux, s'est transformé en un réseau décentralisé, avant tout communautaire (Wasylenki, Goering et Macnaughton, 1992). Depuis 1960, le nombre de lits disponibles dans les services de psychiatrie de la région du grand Toronto a chuté de 80 pour 100 (Ville de Toronto, 1999). Parallèlement, des voix se sont levées pour déplorer l'insuffisance régionale de services et de programmes médicaux et psychiatriques, surtout par rapport aux besoins des personnes atteintes de maladies mentales graves ou chroniques (Ville de Toronto, 1999), qui, du fait de leur isolement social et de leur dépendance envers l'aide sociale, courent un risque élevé de se retrouver sans abri.

75 pour 100 des femmes seules sans abri souffrent d'une maladie mentale.

(Ville de Toronto, 2001)

LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES

La violence envers les femmes et la montée du nombre de femmes sans abri sont intrinsèquement liées (Société canadienne d'hypothèques et de logement, sans date). Les femmes aux prises avec la violence et d'autres formes de mauvais traitements finissent parfois par voir dans l'itinérance une façon de se mettre en sécurité (Société canadienne d'hypothèques et de logement, sans date). Parmi les femmes ayant utilisé un refuge d'urgence à

Près de 3 femmes sur 10 qui utilisent les refuges d'urgence citent la violence conjugale comme raison première de leur itinérance.

(Ville de Toronto, 1999)

Toronto, 27 pour 100 citent la violence conjugale comme la raison première de leur itinérance (Ville de Toronto, 1999). Parmi les jeunes sans abri, 70 pour 100 disent s'être retrouvés à la rue suite à de mauvais traitements physiques et sexuels (Ville de Toronto, 1999). La violence pourrait fort bien jouer un rôle plus important encore dans les régions rurales, vu les distances

séparant parents et amis, l'insuffisance des transports en commun, le manque de débouchés, la pauvreté et la dépendance économique ou encore l'éloignement des refuges d'urgence, des établissements de santé et d'autres services de protection et de soutien (Cohen et Ansara, sous presse).

Le manque de services sanitaires, sociaux et communautaires, l'insuffisance de logements abordables à l'échelle locale et la désintégration de la famille, le fait d'être une réfugiée, d'avoir été évincée de son logement ou d'être nouvelle dans une ville sont autant d'éléments qui peuvent contribuer au fait qu'une femme se retrouve sans abri (Bhugra, 1996; Novac, 1996; Raising the Roof, 2002).

II. PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES ONTARIENNES SANS ABRI

2.1 PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES SANS-ABRI EN GÉNÉRAL

D'une manière générale, l'état de santé des personnes sans abri est tel qu'elles ont de nombreux problèmes médicaux et que leur espérance de vie en est réduite. Leurs problèmes de santé ne sont pas fondamentalement différents de ceux du reste de la population, mais leurs manifestations tendent à être plus graves ou chroniques en raison de facteurs tels que l'itinérance ou l'hébergement dans des locaux surpeuplés, le manque de sommeil, le stress, l'exposition à des températures extrêmes, l'insuffisance

des soins médicaux, une mauvaise alimentation ou encore la violence (pour plus de détails, voir Hwang, 2001).

Une enquête menée en 1991 sur l'état de santé d'un échantillon représentatif de 458 hommes et femmes sans abri à Toronto a permis de conclure à une incidence plus élevée de certaines affections parmi la population itinérante que parmi la population en général, à savoir : les allergies, y compris le rhume des foins, l'angine, les différentes formes d'arthrite et de rhumatisme, l'asthme, le diabète, les emphysèmes et la bronchite chronique, l'épilepsie, les traumatismes crâniens, les crises cardiaques, l'hypertension, les troubles gastrointestinaux, musculo-squelettiques ou neurologiques et enfin, les accidents cérébrovasculaires (Ambrosio et al., 1992). Il existe des preuves que l'état de santé des personnes vivant dans des abris de fortune est encore pire que celui des personnes qui utilisent des refuges d'urgence (Gelberg et Linn, 1989).

Les paragraphes qui suivent donnent quelques précisions sur certaines des affections les plus répandues parmi les sans-abri au Canada en général :

LE MANQUE DE SOMMEIL ET L'ÉPUISEMENT

Il est souvent difficile pour les personnes qui couchent dans la rue ou dans les salles bondées des refuges d'urgence de faire le plein de sommeil. Une enquête menée à Toronto a révélé que près de la moitié des sans-abri de cette ville dorment moins de six heures par nuit (Ambrosio et al., 1992).

LES DÉFICIENCES NUTRITIONNELLES

Les personnes sans abri ont toujours beaucoup de mal à se nourrir de façon suffisante et nutritive. Bunston et Breton (1990) ont comparé l'alimentation quotidienne des femmes seules sans abri qui utilisent des refuges d'urgence et des centres d'accueil aux recommandations du Guide alimentaire canadien pour manger sainement et conclu que le nombre moyen de portions que ces femmes mangeaient dans chacune des quatre catégories d'aliments figurant au guide était inférieur à la quantité recommandée. Même lorsqu'elles ont assez à manger en termes de quantité, les femmes sans abri et leurs enfants à charge ont souvent une alimentation trop riche en graisses saturées et trop pauvre en vitamines et en minéraux, du simple fait que les aliments les moins chers sont souvent les moins sains (Silver et Panares, 2000).

La malnutrition est non seulement mauvaise pour la santé, elle peut accroître les risques de maladie chronique et affaiblir le système immunitaire. Les femmes sans abri ayant des enfants sont plus souvent atteintes de malnutrition que d'autres, vu qu'il leur arrive de se priver de nourriture en faveur de leurs enfants (Institut canadien de la santé infantile, sans date).

LE DIABÈTE, L'HYPERTENSION ET L'ANÉMIE

Le diabète, l'hypertension et l'anémie tardent souvent à être diagnostiqués ou traités chez les personnes sans abri, à cause des difficultés que celles-ci ont à accéder aux services de santé. Une mauvaise alimentation, un recours tardif aux soins médicaux, l'impossibilité matérielle de se procurer les médicaments nécessaires, le stress et les entraves à l'exécution des protocoles thérapeutiques rendent ces affections particulièrement problématiques au sein de la population des sans-abri (Daly, 1996; Hwang et Bugeja, 2000).

LES AFFECTIONS DE LA PEAU ET DES PIEDS

Les affections de la peau, y compris la cellulite, l'impétigo, la dermatite de stase, la gale et les poux de corps, sont fréquentes chez les personnes sans abri (Hwang, 2001). Les affections des pieds les plus répandues au sein de cette population sont l'onychomycose, le pied d'athlète, les cors et les durillons, de même que le pied d'immersion (Hwang, 2001). Toutes ces affections sont causées ou aggravées par le port de souliers inadéquats, l'exposition prolongée à l'humidité, les longues périodes de marche ou de station debout, de même que l'impossibilité de prendre des douches ou de faire sa lessive (Hwang, 2001).

LES MALADIES COURANTES

Le rhume et la grippe, qui se soignent en principe facilement, dégénèrent souvent en problèmes plus graves chez les personnes sans abri par l'influence du stress, de l'exposition au grand froid et de l'absence de soins immédiats et continus (Silver et Panares, 2000).

LES MALADIES RESPIRATOIRES

Les maladies respiratoires, y compris la tuberculose, sont également très répandues chez les personnes sans abri. Leur traitement se complique lorsqu'elles ne sont diagnostiquées que tardivement et que l'infection est avancée, lorsque les malades ne se conforment pas au protocole thérapeutique prescrit et à plus forte raison lorsque ces maladies sont causées par une souche virale pharmacorésistante (Hwang, 2001). Les séjours dans des refuges d'urgence, du fait du surpeuplement habituel de ces derniers, augmentent le risque de contracter une maladie infectieuse (Hwang, 2001).

2.2 PROBLÈMES DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES SANS ABRI

Bien qu'aucune étude n'ait décelé de différence fondamentale au niveau de l'état de santé général des personnes sans abri selon qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes

(Bhugra, 1996; Novac, 1996), il est évident que les femmes sans abri ont des caractéristiques, des vulnérabilités et des besoins en matière de traitement bien spécifiques. Les paragraphes qui suivent abordent certains problèmes de santé propres aux femmes sans abri.

LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes sans abri ne contrôlent souvent guère quand et comment elles tombent enceintes. La victimisation sexuelle, le recours à la prostitution pour gagner sa subsistance, l'absence de moyen de contraception, l'incertitude quant à leur propre fertilité et le désir d'intimité sont autant de facteurs pouvant entraîner une grossesse non planifiée (Silver et Panares, 2000).

Environ 13 pour 100 des Torontoises sans abri auprès desquelles Ambrosio et ses collègues ont fait enquête en 1992 se sont à l'époque dites enceintes. Une autre étude effectuée en 1998 par plusieurs organismes de santé publique, toujours à Toronto, a estimé à 300 le nombre de bébés naissant chaque année de mères sans abri (Berstein et Lee, 1998). Il ressort de statistiques compilées aux États-Unis que jusqu'à un quart des femmes sans abri sont enceintes ou ont accouché au cours des douze derniers mois (Wenzel, Andersen, Gifford et Gelberg, 2001). La grossesse pose toute une série de problèmes de santé pour les femmes sans abri. Les risques de complications sont fréquents en raison d'un manque de soins prénatals, d'une mauvaise alimentation et de l'exposition à la violence. Selon une étude effectuée par Street Health, un organisme torontois, bien que la majorité des femmes enceintes sans abri reçoivent des soins prénatals, une grande partie d'entre elles ne mangent pas suffisamment pour se tenir en assez bonne santé (Ambrosio et al., 1992). De plus, un tiers des femmes qui ont accouché de leur dernier enfant à l'hôpital n'avaient nulle part où aller lors de leur mise en congé (Ambrosio et al., 1992).

Malgré le risque de grossesse non planifiée, les femmes sans abri ne sont pas toujours en mesure d'utiliser un moyen de contraception, parce qu'elles ont parfois du mal à se procurer le moyen de leur choix. Leur accès limité aux établissements de santé et aux prestations d'assurance-santé

Entre 13 et 25 pour 100 des femmes sans abri sont enceintes.

(Ambrosio et al., 1992; Wenzel et al., 2001)

Trois femmes sans abri sur dix ayant accouché de leur dernier enfant à l'hôpital disent n'avoir eu nulle part où aller lors de leur mise en congé.

(Ambrosio et al., 1992)

risque de les contraindre à s'en remettre à des méthodes contraceptives ne nécessitant pas d'ordonnance (p. ex., des condoms). Même lorsqu'elles disposent d'un moyen de contraception, d'autres facteurs tels que l'opposition de leur partenaire, des pertes de mémoire ou le vol peuvent limiter son utilisation à bon escient. Les médecins se montrent parfois réticents à suggérer d'autres méthodes (p. ex., la pose d'un stérilet ou d'un implant contraceptif sous-cutané de type Norplant ou encore l'injection de l'agent progestatif Depo-Provera) de crainte que le suivi nécessaire ne puisse pas se faire (Burroughs et al., 1990).

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET LES SYMPTÔMES D'AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

L'incidence des infections transmises sexuellement est élevée chez les femmes sans abri. Gelberg et ses collègues ont estimé en 2001 que jusqu'à six femmes sans abri sur dix sont porteuses d'une telle infection. D'après un examen des dossiers médicaux des femmes sans abri soignées dans une clinique mobile de soins gynécologiques à Chicago, 30 pour 100 des tests de Papanicolaou effectués sur ces femmes ont révélé des anomalies (Johnstone, Tornabene et Marcinak, 1993). La proportion de femmes atteintes de chlamydia, de gonorrhée et de trichomonase était respectivement de 3, 6 et 26 pour 100. Ces constatations soulignent l'importance d'offrir aux femmes sans abri des soins gynécologiques de routine.

Les femmes sans abri sont aussi particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et donc au sida. Les rapports sexuels sans protection et l'injection de drogues sont les deux principales sources d'infection par le VIH chez les femmes (Santé Canada, 2001). Kilbourne, Herndon, Andersen, Wenzel et Gelberg (2002), après avoir interrogé des femmes américaines sans abri à propos de leurs comportements susceptibles d'augmenter leur risque d'infection par le VIH, ont conclu que 64 pour 100 d'entre elles avaient des rapports sexuels sans protection, 22 pour 100 se prostituaient et 8 pour 100 s'injectaient de la drogue. La victimisation sexuelle dans la rue et dans les refuges d'urgence peut augmenter plus encore le risque d'infection par le VIH, et donc le risque de sida, chez les femmes sans abri.

Les femmes sans abri manifestent par ailleurs souvent des symptômes d'affections gynécologiques, tels que des pertes vaginales anormales, des saignements irréguliers, des douleurs graves dans la région pelvienne, des brûlures lors de la miction ou encore des démangeaisons, des enflures et des rougeurs dans la région vaginale (Wenzel et al., 2001).

LE CANCER DU SEIN ET LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Non seulement le cancer du sein est-il le cancer diagnostiqué plus que tout autre chez les Canadiennes, mais son incidence est en hausse constante depuis le début des années 1980 (Santé Canada, 1999b). L'incidence du cancer du col de l'utérus, elle, diminue par contre depuis quelques années, mais divers facteurs tels que le début des relations sexuelles à un jeune âge, la multiplicité des partenaires sexuels, l'infection au papillomavirus, la consommation de tabac et l'appartenance à un groupe défavorisé sur le plan socio-économique augmentent la susceptibilité à cette maladie (Santé Canada, 1998). Présentement, la seule stratégie éprouvée de réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus est le dépistage précoce grâce, respectivement, à une mammographie ou à un test de Papanicolaou (Santé Canada, 1999b; Santé Canada, 1998). Bien qu'aucune d'entre elles n'ait porté exclusivement sur les femmes sans abri, les recherches effectuées à ce jour donnent à penser que les femmes ayant le moins de revenus et d'éducation sont celles qui subissent le moins souvent de tests de dépistage précoce du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus (Katz et Hofer, 1994).

LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES

La violence envers les femmes est à bien des égards à l'origine des plus graves problèmes de santé que connaissent les femmes sans abri. La violence est souvent un précurseur de l'itinérance des femmes qui, une fois sans abri, continuent d'être exposées à la violence, parfois plus grave encore. Ainsi, la violence est une menace qui pèse constamment sur les femmes sans abri, avec les conséquences qui s'ensuivent pour leur santé.

Chaque année, plus d'une Torontoise sans abri sur cinq est victime d'une agression sexuelle.

(Ambrosio et al., 1992)

Lors d'une enquête effectuée à Toronto, près de la moitié (46 pour 100) des femmes sans abri ont dit avoir subi une agression physique durant l'année écoulée, 21 pour 100 ont dit avoir subi une agression sexuelle et 43 pour 100 ont dit avoir été physiquement ou sexuellement agressées à plus de cinq reprises (Ambrosio et al., 1992). Au-delà de la douleur associée aux lésions résultant de ce type d'agression, une telle violence peut avoir pour séquelles

l'isolement social, un état de stress post-traumatique, la dépression clinique, des troubles anxieux généralisés et la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Nombreuses sont par ailleurs les femmes victimes de violence qui se disent aux prises avec des sentiments de colère ou de peur et qui adoptent de ce fait une attitude plus réservée et plus méfiante, autant de facteurs qui peuvent entraver l'accès aux services de santé (Statistique Canada, 1993).

LA MALADIE MENTALE

Les femmes atteintes d'une maladie mentale, en particulier les femmes dépressives, sont sur-représentées au sein de la population des sans-abri. Des études ont montré que jusqu'à 75 pour 100 des Torontoises sans abri ont une maladie mentale (Ville de Toronto, 1999). De plus, les deux tiers de ces femmes disent avoir déjà tenté de se suicider, et 29 pour 100 d'entre elles disent avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois (Ambrosio et al., 1992).

Les deux tiers des femmes sans abri ont déjà tenté de se suicider et 29 pour 100 d'entre elles ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois.

(Ambrosio et al., 1992)

Comparées à la population des sans-abri en général, les femmes sans abri ayant des problèmes de santé mentale se heurtent souvent à des difficultés additionnelles. À titre d'exemples, ces femmes :

- ont souvent des antécédents de mauvais traitements sexuels, physiques ou affectifs (Ambrosio et al., 1992; Ontario Medical Association, 1996);
- restent sans abri plus longtemps (Ontario Medical Association, 1996);
- ont tendance à avoir des maladies non diagnostiquées en plus de leurs problèmes de santé mentale (Burroughs et al., 1990);
- sont plus difficiles à atteindre en termes de prestation de services de santé (Burroughs et al., 1990);
- utilisent trop peu les services psychiatriques (Padgett et Struening, 1992);
- manifestent souvent un comportement paranoïaque ou un comportement d'évitement, ce qui diminue plus encore la probabilité qu'elles cherchent à se faire soigner (Ontario Medical Association, 1996);
- n'ont guère de relations sociales susceptibles de les aider à accéder aux services de santé (Hatton, 2001).

LA CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES

La recherche donne à penser qu'entre 16 et 67 pour 100 des femmes sans abri ont un problème de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues (Silver et Panares, 2000). Un lien a pu être établi entre la situation de sans-abri et l'abus de substances psychoactives dès le début de l'âge adulte associé à d'autres expériences négatives, telles qu'un logement précaire, la victimisation sexuelle et physique ou encore la maladie mentale du père ou de la mère et sa consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues (Goering et al., 1997; Nyamathi, Bayley, Anderson, Keenan et Leeke, 1999).

LES TROUBLES CONCOMITANTS

Il arrive fréquemment qu'une personne sans abri ait à la fois des problèmes de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues et des problèmes de santé mentale. En fait, certaines femmes sans abri ont recours à la boisson ou à la drogue pour atténuer les symptômes de leur maladie mentale (Silver et Panares, 2000). *Pathways to Homelessness*, une étude détaillée de la prévalence de l'abus d'alcool et d'autres drogues et de la dépendance à ces substances parmi la clientèle des refuges d'urgence à Toronto, fait ressortir que les trois quarts des personnes chez qui l'on a posé un diagnostic de maladie mentale à vie sont aussi l'objet d'un diagnostic de toxicomanie (Goering et al., 1997).

La recherche aux États-Unis a fait ressortir des disparités au niveau de la prévalence des maladies mentales et de la toxicomanie entre divers sous-groupes de femmes.

On a pu constater en particulier que les femmes seules sans abri qui sont atteintes de maladies mentales ont moins tendance à consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon abusive (Fischer et Breakey, 1991). Le taux de maladie mentale et de toxicomanie est moins important chez les mères seules sans abri qu'au sein de la population des sans-abri en général (Shinn et al., 1998).

75 pour 100 de la clientèle des refuges d'urgence ayant une maladie mentale a également des problèmes de toxicomanie.

(Goering et al., 1997)

III. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Bien que les femmes sans abri souffrent d'une vaste gamme de problèmes de santé physique et mentale, elles ont souvent du mal à obtenir les soins dont elles ont besoin. Divers obstacles externes ou systémiques empêchent ou du moins entravent leur accès aux services de santé, résultent, lorsqu'elles y accèdent, en des soins mal adaptés à leur situation et découragent les professionnels de la santé de leur fournir les soins nécessaires. Bien des aspects d'ordre personnel ou liés à leur mode de vie font aussi qu'il est difficile pour les femmes sans abri d'accéder aux services de santé ou d'accepter des soins.

3.1 OBSTACLES SYSTÉMIQUES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Le système de santé traditionnel fonctionne suivant le principe que chaque patiente ou patient a un domicile fixe, accès à un téléphone et un réseau de parents et d'amis qui peuvent l'aider en cas de besoin. Ce système crée pour les femmes sans abri des obstacles formidables à l'accès aux services de santé.

L'ABSENCE DE MÉDECIN DE FAMILLE

Très peu de femmes sans abri ont un médecin de famille ou se tournent régulièrement vers la même source de soins; elles ont plutôt tendance à n'accéder aux services de santé qu'en cas d'extrême nécessité et sont nombreuses dans pareil cas à s'en remettre uniquement aux services des urgences hospitalières. Ambrosio et ses collègues rapportent dans leur enquête de 1992 que 54 pour 100 des personnes sans abri sur lesquelles celle-ci a porté sont allées aux urgences une fois au moins dans l'année écoulée et que près d'une sur cinq obtient plus souvent des soins aux urgences que n'importe où d'autre. En conséquence, ces personnes ont des dossiers médicaux éparpillés entre divers fournisseurs de soins, dont aucun ne connaît tous leurs antécédents (Ambrosio et al., 1992).

54 pour 100 des personnes sans abri sont allées aux urgences une fois au moins dans l'année écoulée et près d'une sur cinq obtient plus souvent des soins aux urgences que n'importe où d'autre.

(Ambrosio et al., 1992)

LES OBSTACLES LIÉS À L'ADMINISTRATION ET À LA COMMUNICATION

Faute de domicile fixe et de numéro de téléphone, les femmes sans abri ont beaucoup de mal à prendre des rendez-vous pour des visites médicales, tout comme il est très difficile pour les professionnels de la santé de les aviser des résultats de leurs analyses, ou encore de leur fournir des soins de suivi, de les informer et de les aiguiller vers d'autres services de soutien (Ville de Toronto, 1999).

LES PROBLÈMES LORS DE LA MISE EN CONGÉ D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

L'hospitalisation est réservée aux problèmes médicaux les plus graves et de nos jours, les patientes et patients sont congédiés des hôpitaux plus rapidement que jamais. D'ordinaire, les hôpitaux donnent à chaque patiente ou patient au moment de sa mise en congé un programme de traitement détaillé, avec pour instructions de le suivre attentivement une fois « de retour à la maison ». Ceci suppose bien sûr que les patientes et patients ont un domicile et qu'il existe des soutiens sociaux susceptibles de les aider à suivre leur programme de traitement. Pourtant, d'après le rapport publié en 1999 par le groupe de travail sur les sans-abri constitué par le maire de Toronto, les établissements de santé donnent régulièrement leur congé à des personnes qui n'ont pas de domicile fixe, mais qui vont de ce pas dans un refuge d'urgence, voire se retrouvent à la rue. Les exploitants des refuges d'urgence ne disposent que de ressources limitées pour apporter à ces personnes le soutien et les services dont elles ont besoin (Ville de Toronto, 1999). Les personnes sans abri n'ont donc souvent guère d'autre choix que de faire leur convalescence dans la rue (Ambrosio et al., 1992); leur convalescence en est de ce fait prolongée et elles risquent de ne pas se rétablir complètement (Ambrosio et al., 1992).

Près de huit patientes ou patients sans abri sur dix ont reçu leur congé d'un établissement de santé sans que personne ne les aide à trouver un endroit où aller.

(Ambrosio et al., 1992)

L'étude de la population torontoise de sans-abri effectuée par Ambrosio et ses collègues (1992) a révélé que 79 pour 100 des personnes prises en considération aux fins de celle-ci avaient reçu leur congé d'un établissement de santé sans que personne ne les aide à trouver un endroit où passer leur convalescence. Plus de 38 pour 100 de ces personnes s'étaient retrouvées à la rue ou s'étaient rendues

dans un refuge d'urgence à leur sortie de l'hôpital. L'apparition de ces personnes dans un refuge d'urgence peut présenter un gros problème pour le personnel de ce dernier, qui n'a souvent pas la formation, les ressources ou les installations nécessaires pour leur fournir des soins adéquats.

LA CARTE SANTÉ OU AUTRE ATTESTATION D'ASSURANCE

Les membres du grand public prennent généralement pour acquis qu'il leur est possible d'accéder sans trop de mal aux services de santé qu'il leur faut. La situation de la majorité des sans-abri est différente. Bien que tout le monde au Canada ait droit à l'assurance-santé et aux services de santé, quantité de personnes sans abri sont incapables de présenter une preuve de leur admissibilité à cette assurance et donc à ces services (Hwang, 2001). L'enquête menée à Toronto a fait ressortir que près de 40 pour 100 des personnes interrogées n'avaient pas de carte Santé en cours de validité (Ambrosio et al., 1992), entre autres parce qu'elles l'avaient égarée ou que quelqu'un la leur avait volée. Les démarches nécessaires pour obtenir une carte de remplacement sont compliquées et longues, surtout pour les personnes qui n'ont pas d'autre pièce d'identité suite à une perte ou un vol, sans oublier que les coûts afférents sont élevés et que les formalités à accomplir peuvent être décourageantes.

Près de quatre personnes sans abri sur dix n'ont pas de carte Santé en cours de validité.

(Ambrosio et al., 1992)

L'absence de carte Santé et de toute autre pièce d'identité rend l'accès aux services de santé particulièrement difficile. Hwang, Windrim, Svoboda et Sullivan (2000) ont constaté que 7 pour 100 des personnes prises en considération dans leur étude s'étaient vu refuser des services de santé parce qu'elles n'avaient pas été en mesure de présenter de carte Santé en cours de validité, et près de la moitié avaient été éconduites par le service des urgences d'un hôpital. Même dans les établissements de santé qui n'exigent pas la présentation d'une carte Santé, l'absence de carte empêche d'obtenir divers tests ou analyses, ou encore un renvoi vers des spécialistes (Hoey, 1996). Bon nombre de personnes sans abri n'ont aucune assurance-médicaments et n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments vendus sur ordonnance (Hwang et Gottlieb, 1999).

LES FACTEURS EMPÊCHANT LES MÉDECINS D'AGIR

Le mode de rémunération traditionnel des médecins ne les incite guère à fournir des services de santé aux personnes sans abri (Hwang et al., 2000). Sans carte Santé en cours de validité, les médecins, les spécialistes et même les techniciennes ou techniciens de laboratoire ne peuvent pas se faire payer. Les médecins qui soignent des personnes sans abri au centre-ville de Toronto ne touchent en moyenne de paiement que pour 54 pour 100 de ces patients (Hwang et al., 2000). Non seulement les personnes sans abri n'ont-elles souvent pas de carte Santé en cours de validité, mais la durée d'une consultation avec les femmes sans abri en particulier est souvent supérieure à la moyenne à cause de la complexité de leurs problèmes physiques et mentaux (Hwang et al., 2000); or, les médecins ne peuvent pas facturer davantage pour les consultations plus longues.

LE MANQUE DE MOYENS DE TRANSPORT

L'un des facteurs qui empêche certaines personnes sans abri d'accéder aux services de santé est l'absence de transports en commun abordables. L'état de santé de certaines personnes et leur éloignement des services dont elles auraient besoin font qu'il leur est impossible de s'y rendre à pied. Cette situation est encore plus fréquente dans les régions rurales, où les distances sont plus grandes et les transports en commun limités, voire inexistant (Fitchen, 1992; S. Trujillo, communication personnelle, octobre 2001).

L'ATMOSPHÈRE INCONFORTABLE ET PEU RASSURANTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Quantité de femmes sans abri sont mal à l'aise dans l'atmosphère institutionnelle d'un hôpital et hésitent à se rendre dans un laboratoire ou une clinique qu'elles ne connaissent pas pour se soumettre à des tests ou à des soins de suivi (Ambrosio et al., 1992). Ceci est particulièrement vrai pour les femmes ayant une maladie mentale et des antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels. De plus, bien des femmes sans abri ressentent une grande gêne dans les établissements qui accueillent aussi des hommes et où elles doivent passer devant des groupes d'hommes sans abri pour accéder à des services de santé (Kinnon et Hanvey, 1996).

L'INSENSIBILITÉ ET LES IDÉES FAUSSES DE CERTAINS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Nombreuses sont les femmes sans abri qui disent avoir subi une forme de discrimination et de stigmatisation de la part de professionnels de la santé (Plumb, 2000). Certaines affirment s'être carrément vu refuser des soins, alors que d'autres disent que les personnes qui les ont soignées leur ont clairement fait sentir qu'elles ne le faisaient qu'à contrecœur (Ambrosio et al., 1992; Fisher et Lohin, 1997; Novac, 1996). Les membres des professions de la santé ne sont sans doute pas toujours équipés pour faire face aux complexités de l'état de santé des femmes sans abri et, s'ils sont de surcroît mal renseignés ou sensibilisés à propos des conditions de vie et des besoins particuliers de ces patientes, ils risquent par inadvertance de leur fournir des soins inadéquats. Il arrive que certains professionnels de la santé abandonnent d'office l'idée de proposer des dépistages de routine et des soins préventifs aux femmes sans domicile fixe, jugeant qu'il s'agirait là d'interventions qui ne pourraient pas être menées à bien dans les circonstances (Burroughs et al., 1990).

LA FRAGMENTATION ET LA COORDINATION INSUFFISANTE DU RÉSEAU DE SERVICES

Méconnaissance des services disponibles : Les organismes qui fournissent des services aux femmes sans abri ont fréquemment des moyens financiers limités et fonctionnent en grande partie grâce au bénévolat. Par ailleurs, la coordination entre les divers secteurs de prestation laisse souvent à désirer. Dans bien des cas, les services de santé ne sont par exemple pas reliés entre eux et leurs fournisseurs n'ont qu'une vague idée de tous les services de santé, services sociaux et services d'aide au logement dont les femmes sans abri peuvent avoir besoin et, de ce fait, ne renvoient pas celles-ci vers les organismes susceptibles de leur venir en aide (Plumb, 2000).

Dossiers médicaux incomplets : Pour reprendre une remarque faite un peu plus haut, rares sont les femmes sans abri qui ont un médecin de famille ou une autre source habituelle de soins. Elles ont plutôt tendance à n'accéder aux services de santé qu'en cas d'extrême nécessité ou si quelqu'un insiste pour qu'elles se fassent soigner. En conséquence, leurs dossiers médicaux sont souvent éparpillés entre plusieurs fournisseurs de soins, sans qu'aucun ne connaisse tous leurs antécédents (Ambrosio et al., 1992).

Manque d'uniformité dans la prestation de services : Les règles d'accès et les normes relatives aux soins peuvent varier d'un organisme à l'autre (Ambrosio et al., 1992). Les femmes qui passent d'un organisme à un autre sont ainsi souvent obligées de réitérer leurs antécédents et leurs besoins en matière de soins durant de longues procédures d'admission, pour parfois se faire dire qu'en fin de compte, elles ne sont pas accessibles aux services de l'organisme en question.

Inaccessibilité des soins dentaires : La pénurie de services de soins dentaires abordables fait que les seules circonstances dans lesquelles les femmes sans abri ont recours à ce type de services sont si elles ont été blessées ou si elles font une rage de dents (Ambrosio et al., 1992; Breakey et al., 1989).

LA PÉNURIE DE SERVICES POUR LES PERSONNES MALADES MENTALES ET TOXICOMANES

Problèmes de santé mentale : Les fonds limités dont disposent les organismes communautaires pour venir en aide aux personnes ayant une maladie mentale entraînent des problèmes d'accès pour les femmes sans abri, vu que plus des trois quarts des femmes seules sans abri ont des problèmes de santé mentale (Ville de Toronto, 1999).

Problèmes de toxicomanie : Les femmes sans abri ayant un problème de toxicomanie risquent d'être doublement défavorisées. Non seulement sont-elles victimes de discrimination et de stigmatisation lorsqu'elles tentent d'accéder à des services de santé, mais en plus, elles risquent de se voir refuser des soins si elles ne s'abstiennent pas de boire ou de consommer d'autres drogues (Silver et Panares, 2000).

Troubles concomitants : Les femmes sans abri qui ont une maladie mentale et qui font une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues forment une population particulièrement vulnérable et difficile à atteindre. Les services de santé mentale ne sont souvent pas équipés pour faire face aux besoins de ces femmes en tant que toxicomanes et risquent même d'éconduire les patientes incapables de s'abstenir de boire ou de consommer de la drogue pendant la durée de leur traitement. Parallèlement, les fournisseurs de soins de santé dans les centres de traitement des toxicomanes risquent de ne pas avoir les connaissances, l'expérience et les ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins particuliers des femmes sans abri ayant une maladie mentale (Fisher et Lohin, 1997; Racine, 1994).

3.2 OBSTACLES PERSONNELS À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

LES PROBLÈMES GÉNÉRAUX LIÉS AU MODE DE VIE

Tant que les femmes sans abri doivent se démener pour se procurer les choses de première nécessité, comme de quoi manger et un endroit où dormir, ces priorités risquent de reléguer les soins de santé à un rang d'importance plutôt marginal (Gelberg, Gallager, Andersen et Koegel, 1997). Ceci est particulièrement vrai pour ce qui est des

soins préventifs et du traitement des affections chroniques asymptomatiques. Dans pareilles circonstances, la gestion d'un problème de santé peut s'avérer extrêmement difficile, comme l'illustre l'exemple ci-après :

Le diabète est une maladie qui nécessite le respect attentif d'un régime alimentaire et médicamenteux précis en vue d'éviter des conséquences graves, telles que la cécité. À Toronto, la plupart des adultes diabétiques sans abri disent avoir du mal à gérer leur maladie. Les difficultés citées ont trait au respect de leur régime (genre de nourriture servie dans les refuges d'urgence et impossibilité de faire des choix alimentaires), de même qu'à la coordination et à la logistique (impossibilité de se procurer de l'insuline et d'autres fournitures pour diabétiques en cas de besoin, voire de faire coïncider la prise de médicaments avec les repas). Quantité de refuges d'urgence interdisent la possession d'aiguilles, ce qui oblige les personnes diabétiques à cacher les leurs pour ne pas se faire évincer. En général, les diabétiques sans abri n'ont nulle part où ranger leurs aiguilles et leurs appareils pour mesurer leur taux de glycémie, ce qui les oblige à rester sur le qui vive pour ne pas se les faire voler.

(Hwang et Bugeja, 2000)

LES DIFFICULTÉS À EXÉCUTER LES PROTOCOLES DE TRAITEMENT

Comme elles n'ont pas de domicile fixe et fort peu d'argent, les femmes sans abri ont beaucoup de mal à exécuter les protocoles de traitement qui leur sont proposés, le cas échéant. Elles n'ont pas les moyens de se faire délivrer des médicaments vendus sur ordonnance, elles n'ont nulle part où se reposer et elles n'ont pas accès à une alimentation abordable et nutritive (Ambrosio et al., 1992).

L'ACCÈS AUX SOINS PRÉVENTIFS

Les convictions personnelles en matière de santé et le vécu des femmes sans abri peuvent aussi entraver l'accès de celles-ci à certains services de santé, notamment le dépistage du cancer du sein ou des cancers gynécologiques. Certaines femmes estiment que ce type de dépistage est inutile ou contre-indiqué. Les femmes sans abri font partie du groupe de femmes les moins nombreuses à demander des interventions préventives, telles que l'exécution régulière d'un test de Papanicolaou ou d'une mammographie (Burroughs et al., 1990).

L'ABSENCE D'UN RÉSEAU DE SOUTIEN / L'ISOLEMENT SOCIAL

La majorité des femmes sans abri n'ont pas de parents ni d'amis sur le soutien affectif et financier desquels elles peuvent compter en cas de crise. Ceci est surtout vrai pour les femmes qui ont fui un partenaire violent ou qui ont quitté une région isolée pour aller vivre à la ville. Cet isolement social réduit plus encore leur connexion avec les services disponibles (Ville de Toronto, 1999; Novac, 1996; Silver et Panares, 2000).

3.3 OBSTACLES DUS À DES PROBLÈMES D'ORDRE PSYCHOSOCIAL OU MENTAL

L'ESTIME DE SOI

Les personnes sans abri manifestent souvent une auto-efficacité réduite, de même que le sentiment de n'avoir aucune qualité ni aucun contrôle sur leur propre destinée (Ambrosio et al., 1992). Non seulement ces facteurs ont-ils des répercussions négatives sur la santé mentale de ces personnes, mais ils constituent un obstacle personnel important à l'accès aux services de santé et à l'adoption de comportements favorables à la santé (Ambrosio et al., 1992).

LE MANQUE DE CONFIANCE

Bon nombre de femmes sans abri tardent à consulter un médecin ou autre fournisseur de soins, voire y renoncent complètement, parce qu'elles ont eu une mauvaise expérience avec des membres d'une profession de la santé ou qu'elles ne leur font tout simplement pas confiance. Chez de nombreuses femmes sans abri, un rendez-vous pour des soins gynécologiques ou dentaires risque de déclencher des souvenirs de mauvais traitements, ce qui leur cause des frayeurs et une anxiété des plus intenses (Usatine, Gelberg, Smith et Lesser, et al., 1994).

CONCLUSION

Bien que les femmes sans abri forment un groupe plutôt hétérogène, certains facteurs entrent en jeu chez l'ensemble d'entre elles qui peuvent contribuer à leur mauvais état de santé général. Ces facteurs incluent la pauvreté, le chômage, le faible niveau d'instruction, l'insuffisance de ressources matérielles (p. ex., un téléphone, un moyen de transport et un logement stable et adéquat), la crainte et la méfiance vis-à-vis des services de santé et les fournisseurs de soins ou encore l'absence de réseau de soutien social.

Si elles pouvaient accéder en temps voulu à des services de santé adaptés à leurs besoins, les femmes sans abri pourraient reprendre leur destinée en mains et planifier leur avenir. Une fois que leurs besoins immédiats en soins de santé physique et mentale seraient satisfaits, la gestion de leur cas et leur orientation vers les services de soutien communautaires appropriés pourraient les mettre sur la voie d'un logement stable, d'une désaccoutumance de l'alcool ou d'autres drogues, et enfin, de la participation à des programmes de formation professionnelle et de développement des talents personnels et donc sur la voie d'un emploi.

Il s'agit de mettre au point sans plus tarder des stratégies novatrices susceptibles d'éliminer les obstacles qui entravent l'accès des femmes sans abri aux services de santé. Une stratégie envisageable pour améliorer cet accès serait le repérage et l'évaluation des exemples prometteurs d'intégration et de coordination des services à l'intention des femmes sans abri ou qui courent le risque de se retrouver à la rue (Groupe de réflexion sur l'état de santé des femmes sans abri et socialement isolées, novembre 2001).

Une autre stratégie serait de veiller à ce que les membres des professions de la santé soient suffisamment bien éduqués et sensibilisés aux besoins et aux problèmes de santé des femmes sans abri (Groupe de réflexion sur l'état de santé des femmes sans abri et socialement isolées, novembre 2001). Un moyen d'y parvenir serait par exemple l'élaboration d'un programme de formation de base commun à l'ensemble des professionnels de la santé amenés par la suite à travailler avec les populations les plus pauvres, dont une grande partie sont des personnes sans abri ou qui risquent de perdre leur logement. Ce programme pourrait être de portée plus vaste, au-delà du phénomène des sans-abri, et aborder la pauvreté et l'interaction entre celle-ci et le sexe comme déterminants de la santé.

Enfin, il serait bon de déployer des efforts pour établir des réseaux de connaissances théoriques et pratiques regroupant des fournisseurs de services de santé et de services sociaux, de même que des responsables des politiques et autres décisionnaires au sein du gouvernement et des établissements clés, afin de faire en sorte que les besoins particuliers des femmes sans abri en matière de santé soient mieux connus et respectés.

BIBLIOGRAPHIE

- Ambrosio, E., Baker, D., Crowe, C. et Hardill, K. (1992). *The Street Health Report: A study of health status and barriers to health care of homeless women and men in the city of Toronto*. Toronto : Street Health.
- Bachrach, L.L. (1984). Deinstitutionalization and women. *American Psychologist*, 10, 1171-7.
- Bassuk, E.L., Buckner, J.C., Perloff, J.N. et Bassuk, S.S. (1998). Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *American Journal of Psychiatry*, 155 (11), 1561-4.
- Bassuk, E.L., Rubin, L. et Lauriat, A. (1984). Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141, 1546-9.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45, 385-9.
- Berstein, J. et Lee, J. (1998). *Young parents: No fixed address*. Toronto : Services de santé publique. Rapport au conseil municipal.
- Bhugra, D. (1996). *Homelessness and mental health*. New York : Cambridge University Press.
- Breakey, W.R., Fischer, P.J., Kramer, M., Nestadt, G., Romanoski, A.J., Ross, A., Royall, R.M. et Stine, O.C. (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *Journal of the American Medical Association*, 262, 1352-7.
- Bunston, T. et Breton, M. (1990). The eating patterns and problems of homeless women. *Women and Health* 16, 43-62.
- Burroughs, J., Bouma, P., O'Connor, E. et Smith, D. (1990). Health concerns of homeless women. Dans P.W. Brickner, L.K. Scharer, B.A. Conanan, M. Savarese et B.C. Scanlan (éd.). *Under the safety net: The health and social welfare of the homeless in the United States*. New York : W.W. Norton.
- Burt, M. (1992). *Over the edge: The growth of homelessness in the 1980s*. New York : Russell Sage Foundation.
- Cohen, M.M. et Ansara, D. (sous presse). Sexual assault and intimate partner violence. Dans D.E. Stewart, A. Cheung, L. Ferris, I. Hyman, M. Cohen et I.J. Williams (éd.) *Ontario Women's Health Status Report*. Toronto : Conseil ontarien des services de santé pour les femmes.
- Daly, G. (1996). *Homeless: Policies, strategies and lives on the street*. London: Routledge.
- First, R.J. et Toomey, B.G. (sans date). *Rural demographics*. Récupéré le 23 octobre 2001 à l'adresse <http://www.seorf.ohiou.edu/~xx085/rural.html>.
- Fischer, P.J. et Breakey, W.R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46, 1115-28.
- Fisher, M. et Lohin, R. (1997). *Beyond survival: Homelessness in Metro Toronto*. Toronto : United Way of Greater Toronto.
- Fitchen, J. (1992). On the edge of homelessness: Rural poverty and housing insecurity. *Rural Sociology*, 57, 173-93.
- Gelberg, L. et Linn, L.S. (1989). Assessing the physical health of homeless adults. *Journal of the American Medical Association*, 262(14), 1973-9.
- Gelberg, L., Gallager, T.C., Andersen, R.M. et Koegel, P. (1997). Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 87, 217-20.
- Gelberg, L., Leake, B.D., Lu, M.C., Andersen, R.M., Wenzel, S.L., Morgenstern, H., Koegel, P. et Browner, C.H. (2001). Use of contraceptive methods among homeless women for protection against unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases: Prior use and willingness to use in the future. *Contraception*, 63(5), 277-81.
- Glasser, I. et Bridgman, R. (1999). *Braving the street: The anthropology of homelessness*. New York : Berghahn Books.
- Goering, P., Tolomiczenko, G., Wasylenki, D., Boydell, K. et Halman, M. (1997). *Pathways to homelessness: The role of substance abuse*. Toronto : Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Hatton, D.C. (2001). Homeless women's access to health services: A study of social networks and managed care in the US. *Women & Health*, 33(3-4), 149-62.
- Hoey, J. (1996). It takes patience to treat the homeless. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 155(12). Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse www.cma.ca/cmaj/vol_155/issue-12/1737sid1.htm.
- Hwang, S. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(2), 229-33.

- Hwang, S. et Bugeja, A. (2000). Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(2), 161–5.
- Hwang, S. et Gottlieb, J.L. (1999). Drug access among homeless men in Toronto. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 160(7), 1021.
- Hwang, S., Windrim, P., Svoboda, T. et Sullivan, W. (2000). Physician payment for the care of homeless people. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(2), 170–1.
- Institut canadien de la santé infantile. (sans date). *Families in crisis*. Récupéré le 2 mai 2002, à l'adresse <http://www.cich.ca/famcrisis.htm>. [renvoit au rapport *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI* (2000) — N.D.T.].
- Johnstone, H., Tornabene, M. et Marcinak, J. (1993). Incidence of sexually transmitted diseases and Pap smear results in female homeless clients from Chicago Health Outreach Project. *Health Care for Women International*, 14(3), 293–9.
- Katz, S.J. et Hofer, T.P. (1994). Socioeconomic disparities in preventative care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *Journal of the American Medical Association*, 272, 530–4.
- Kilbourne, A.M., Herndon, B., Andersen, R.M., Wenzel, S.L. et Gelberg, L. (2002). Psychiatric symptoms, health services, and HIV risk factors among homeless women. *Journal of the Poor and Underserved*, 13(1), 49–65.
- Killion, C.M. (1995). Special health care needs of homeless pregnant women. *Advanced Nursing Science*, 18(2), 44–56.
- Kinnon, D. et Hanvey, L. (1996). *Health aspects of violence against women: A Canadian perspective*. Document commandé pour le Forum canado-américain sur la santé des femmes. Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/english/advocate.htm. [*Effets sur la santé de la violence faite aux femmes – Perspective canadienne* : version française trouvée le 19 septembre 2002 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/violenfr.htm> — N.D.T.]
- Lenon, S. (2000). Living on the edge: Women, poverty, and homelessness in Canada. *Canadian Women's Studies*, 20(3), 125.
- Lewington, J. (25 avril 2002). Homeless woe not confined to big cities. *Globe and Mail*, A8.
- National Housing and Homelessness Network. (2001). State of the crisis: A report on housing and homelessness in Canada. Récupéré le 2 mai 2002 à l'adresse <http://www.tao.ca/~tdrc/news/StateofCrisis2001.htm>.
- Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (1991). *The right to adequate housing: United Nations Definition* [General Comment No. 4]. New York : United Nations. Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>. [*Le droit à un logement suffisant*, Observation générale n° 4 (1991) : version française trouvée le 19 septembre 2002 à l'adresse http://www.unhchr.ch/french/html/menu6/2/fs21_fr.htm — 4 — N.D.T.]
- Novac, S. (1996). *No room of her own: A literature review on women and homelessness/Elles ont besoin de toits : analyse documentaire sur les femmes sans-abri*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- Nyamathi, A., Bayley, L., Anderson, N., Keenan, C. et Leake, B. (1999). Perceived factors influencing the initiation of drug and alcohol use among homeless women and reported consequences of use. *Women & Health*, 29(2), 99–114.
- Ontario Medical Association. (1996). *Exploring the health impact of homelessness*. Récupéré le 2 mai 2002 à l'adresse <http://www.oma.org/phealth/homeless.htm>.
- Padgett, D.K. et Struening, E.L. (1992). Victimization and traumatic injuries among the homeless: Associations with alcohol, drug, and mental problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 525–34.
- Peressini, T., McDonald, L. et Hulchanski, D. (1995). *Estimating homelessness: Towards a methodology for counting the homeless in Canada*. Récupéré le 2 mai 2002 à l'adresse http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/imquaf/ho/ho_005.cfm. (*Évaluer le phénomène des sans-abri : à la recherche d'une méthode de dénombrement des sans-abri au Canada* : version française trouvée le 19 septembre 2002 à l'adresse http://www.cmhcschl.gc.ca/fr/amquablo/saab/saab_004.cfm)
- Plumb, J.D. (2000). Homelessness: Reducing health disparities. *Canadian Medical Association Journal*, 163(2), 172–3.

- Racine, G. (1994). *Des « cas lourds » aux situations complexes : Étude exploratoire sur le concept des « cas » lourds dans les maisons d'hébergement pour femmes sans abri*. Publié par l'auteur.
- Raising the Roof. (1999). Q & A: 1. *What is homelessness?* Q & A: 4. *Who are the homeless?* Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse <http://www.raisingtheroof.org/educate.html>.
- Santé Canada. (1998). *Le cancer du col utérin au Canada*. Récupéré le 3 mai 2002 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/updates/cervix_f.html.
- Santé Canada. (1999a). *Maisons de transition et d'hébergement pour femmes violentées au Canada*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Santé Canada. (1999b). *Le cancer du sein au Canada*. Récupéré le 3 mai 2002 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/updates/breast_f.html.
- Santé Canada. (2001). *HIV and AIDS among women in Canada*. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Actualités en épidémiologie. Récupéré le 3 mai 2002 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/women_e.html. [Le VIH et le sida chez les femmes au Canada : version française de ce rapport, mis à jour en 2002, trouvée le 19 septembre 2002 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsps/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/women_f.html — N.D.T.]
- Shinn, M., Weitzman, B.C., Stojanovic, D., Knickman, J.R., Jimenez, L., Dunchon, L., James, S. et Krantz, D.H. (1998). Predictors of homelessness among families in New York City: From shelter request to housing stability. *American Journal of Public Health*, 88, 1651–7.
- Silver, G. et Panares, R. (2000). *The health of homeless women*. Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse <http://www.med.jhu.edu/wchpc>.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (sans date). *No room of her own: A literature review on women and homelessness*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement. Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/imquaf/ho/ho_015.cfm. [publié en français en 1996 sous le titre *Elles ont besoin de toits : analyse documentaire sur les femmes sans abri*].
- Statistique Canada. (1993). Enquête sur la violence envers les femmes. *Le quotidien*, 18 novembre.
- Statistique Canada. (2000). *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Statistique Canada.
- Toronto Disaster Relief Committee. (1998). *State of emergency declaration: An urgent call for emergency humanitarian relief prevention measures*. Toronto : Toronto Disaster Relief Committee. Récupéré le 19 avril 2002 à l'adresse <http://www.tao.ca/~tdrc/>.
- Usatine, R.P., Gelberg, G., Smith, M.H. et Lesser, J. (1994). Health care for the homeless: A family medicine perspective. *American Family Physician*, 49, 139–46.
- Ville de Toronto. (1999). *Taking responsibility for homelessness: An action plan for Toronto*. Toronto : City of Toronto.
- Ville de Toronto. (2000). *The Toronto report card on homelessness, 2000*. City of Toronto : Toronto.
- Wasylenki, D., Goering, P. et Macnaughton, E. (1992). Planning mental health services: I. Background and key issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 199–205.
- Wenzel, S.L., Andersen, R.M., Gifford, D.S. et Gelberg, L. (2001). Homeless women's gynaecological symptoms and use of medical care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12(3), 323–41.

ANNEXE I : CONSEIL ONTARIEN DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES FEMMES

Le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes (le Conseil) a été créé en 1998 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Son but primordial est de promouvoir l'amélioration de la santé des Ontariennes à toutes les étapes de leur vie.

LA SANTÉ DES FEMMES

« La santé des femmes englobe leur bien-être émotif, social, culturel, spirituel et physique, tout en étant tributaire de leur réalité biologique et du contexte social, politique et économique dans lequel elles évoluent. Elle tient compte de la validité des perceptions des femmes, de leur expérience de la santé et de la maladie, de leurs valeurs et de leurs connaissances et du rôle à la fois de patientes et de soignantes qu'elles occupent. »

Définition retenue par le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes

COMPOSITION

Le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes est composé de membres nommés par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Présidés par N. Jane Pepino, ces membres possèdent des connaissances et un savoir-faire très variés en matière de recherche, de traitement, de santé publique et communautaire en général et de questions d'intérêt pour les consommateurs.

MANDAT

Destiné à être un catalyseur de changements essentiels et positifs, le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes s'est vu attribuer le mandat suivant :

- **conseiller, informer et sensibiliser** le public à propos des facteurs critiques qui influent sur la santé des femmes et des besoins particuliers des femmes en matière de services de santé;
- **plaider** vigoureusement l'amélioration de la santé des femmes en Ontario;
- **appuyer et orienter** la recherche dans le domaine de la santé des femmes et en **diffuser** les résultats;
- **aller au-devant** des femmes de la province et les **habiliter** à prendre elles-mêmes les décisions concernant leur santé.

Le Conseil fournit au ministre de la Santé et des Soins de longue durée des conseils stratégiques étayés par de solides recherches sur des questions liées à la santé des femmes et, à cette fin :

- cerne les facteurs influant sur l'état de santé des femmes et conseille au ministre de la Santé et des Soins de longue durée comme aux autres intervenants clés des lignes de conduite à l'égard de certains de ces facteurs;
- entreprend des recherches, des études d'orientation et des projets pilotes dans des domaines d'importance pour la santé des femmes;
- communique aux Ontariennes et aux autres intervenants de la province les conclusions tirées des réflexions sur les politiques, des travaux de recherche et des projets pilotes;
- contribue à sensibiliser et à éduquer le public en vue d'améliorer la santé des femmes.

VALEURS DE BASE

Les valeurs qui sous-tendent les activités du Conseil sont la recherche de consensus, l'équité, l'échange d'information, la transparence, la consultation et le partenariat.