

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales  
(LAREPPS)  
Université du Québec à Montréal (UQAM)**

**Portrait des besoins et des services  
LES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS  
DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-  
TÉMISCAMINGUE**

**PAR  
HÉLÈNE DAGENAI**

**Cahier du LAREPPS NO 04-15**

**2<sup>e</sup> édition révisée**

**LAREPPS / UQAM  
Montréal, août 2004**

Rapport de recherche réalisé dans le cadre de la Phase II du projet  
« Inventaire et bilan des programmes de soutien et des services  
concernant les personnes ayant des incapacités au Québec »

Sous la direction de  
Yves Vaillancourt, professeur à l'UQAM

Portrait des besoins et des services  
LES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Par Hélène Dagenais

(2<sup>e</sup> édition révisée)

La série des 17 publications composant les Portraits des besoins et des services  
a fait appel à un groupe de collaborateurs particuliers  
et l'auteur de ce rapport les en remercie :

Lucie Dumais et Jean Proulx (pour la supervision d'ensemble et la rédaction)  
Serge DesRoches, Mounira Badro et François Turcotte-Goulet (pour l'analyse statistique et la  
rédaction)

#### Note sur la mise à jour des données

La publication de cette série, dont les sept premiers rapports ont été déposés en juin 2003 et révisés au courant de l'automne 2003, contient des données recensées au cours des douze derniers mois. Il y a donc nécessairement eu évolution de certaines informations depuis la dernière cueillette de renseignements, notamment en raison de l'actuelle réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, certains noms d'organisations, acronymes et documents officiels peuvent être devenus caducs. Nous enjoignons les lecteurs à tenir compte de la date de publication du rapport pour se situer sur l'état de mise à jour des données.

L'analyse statistique présentée dans ce rapport repose en grande partie sur les données de l'EQLA, l'enquête québécoise sur les limitations d'activités. Elle ne se substitue pas aux portraits statistiques qu'a publiés l'Office des personnes handicapées du Québec au courant de l'automne 2003. Elle en constitue plutôt un complément car elle exploite des variables par tableaux croisés. En outre, dans certains cas, les catégories de population ne correspondent pas parfaitement avec celles de l'Office, car des contraintes de pondération statistique empêchaient de retenir le même degré de précision.

**Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004**  
**Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004**

**ISSN – 1490-8069**

## Les auteurs et les collaborateurs de la recherche

### Le directeur de la recherche :

Yves Vaillancourt, professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal

### Les co-chercheurs :

Jacques Caillouette, professeur au Département de service social de l'Université de Sherbrooke

Lucie Dumais, professeure associée à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (coordination générale)

### Les professionnels de recherche et coordonnateurs du LAREPPS:

François Aubry

Jean Proulx

### Les professionnels et les assistants de recherche :

Camille Allaire

Mounira Badro

Lise Belleau-Nantel

Rachel Boivin

Normand Boucher

Magali Bretin (U. de Sherbrooke)

Jean-Olivier Chapel

Sylvie Cloutier

Marie-Andrée Coutu

Hélène Dagenais

Alain Deslauriers

Serge DesRoches

Marie-Noëlle Ducharme

Paul Girard

Josée Kaltenback

Amélie Lefort

Marylène Lessard (U. de Sherbrooke)

Ernesto Molina (U. de Sherbrooke)

Paul Morin

Attant Appolinaire N'Gouari

Marie-Claude Ouellet

Nathalie Tremblay (U. de Sherbrooke)

François Turcotte-Goulet

### La secrétaire de direction du LAREPPS :

Carole Vilandré

### Les partenaires de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ):

Anne Hébert, directrice générale adjointe

Suzanne Doré, chef de l'équipe d'évaluation, direction de la recherche, du développement et des programmes (DRDP)

Éric Meunier, conseiller à l'évaluation, DRDP

Serge Tousignant, Conseiller à la Direction des bureaux régionaux de l'Ouest du Québec

## Remerciements

Démarré à l'été 2000, ce projet se poursuit en partenariat avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et, depuis ce temps, nos activités de recherche se sont nourries des échanges fructueux avec les chercheurs de la Direction de la recherche, du développement et des programmes (DRDP) ainsi que de la collaboration de responsables régionaux des bureaux de l'OPHQ. Le projet comprend deux grandes phases se déroulant sur deux années chacune : une première phase (2000-2002), qui a conduit à faire un inventaire et un bilan des programmes et services d'envergure nationale, et une seconde phase (2002-2004), qui porte sur les situations régionales et examine les dynamiques sur le plan de l'offre et de la demande de services.

Ce projet a été rendu possible grâce à l'aide financière du ministère du Développement social du Canada (anciennement Développement des ressources humaines Canada) et à l'appui de M. Pierre Fortier, conseiller spécial, et de Mme Valérie Théorêt, du Bureau de la condition des personnes handicapées.

Durant près de quatre années, plusieurs chercheurs universitaires, professionnels de recherche, assistants au LAREPPS, de même que des praticiens de la réadaptation avec qui nous conservons des liens privilégiés, ont collaboré, à des degrés divers, à alimenter notre production. Nous les remercions chaleureusement pour leur travail, leurs conseils et leur soutien.

## Note liminaire

Le présent portrait des besoins et services est l'édition révisée d'un rapport de recherche déposé à l'été 2003 sous la forme d'un document de travail. En effet, au cours des derniers mois, nous avons soumis le contenu pour validation finale auprès de lecteurs sélectifs et de personnes ressources dans la région. Nous procédons maintenant à une 2<sup>e</sup> édition promise à une diffusion plus large. D'ici l'été 2004, le LAREPPS aura publié dix-sept portraits décrivant les besoins des personnes ayant des incapacités et les services qui leur sont offerts dans chacune des régions du Québec.

## Table des matières

<b>LES AUTEURS ET LES COLLABORATEURS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>NOTE LIMINAIRE.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>9</b>
ENSEMBLE DU PROJET DE RECHERCHE .....	9
CADRE THÉORIQUE ET DÉFINITIONS DE BASE .....	10
MÉTHODOLOGIE RELATIVE AUX PORTRAITS RÉGIONAUX.....	14
PLAN DU DOCUMENT.....	19
BIBLIOGRAPHIE.....	20
<b>CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE .....</b>	<b>23</b>
LA POPULATION .....	24
LE MARCHÉ DU TRAVAIL.....	25
REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES .....	26
LA SCOLARITÉ.....	26
QUELQUES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE VIE .....	28
LES RESSOURCES MÉDICALES.....	29
<b>CHAPITRE 2 : L'INCAPACITÉ DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE .....</b>	<b>31</b>
AVANT-PROPOS.....	31
PARTIE I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS.....	33
<i>La prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité.....</i>	<i>33</i>
<i>Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre la population avec et sans incapacité.....</i>	<i>38</i>
PARTIE II. PARTICIPATION SOCIALE ET BESOINS DE SERVICES.....	43
<i>Statut d'activité, indice de « désavantage social », aides techniques et adaptation de logement .....</i>	<i>43</i>
<i>L'aide domestique .....</i>	<i>49</i>
<i>Le transport et les déplacements .....</i>	<i>53</i>
<i>La fréquentation scolaire .....</i>	<i>56</i>
<i>La participation au marché du travail.....</i>	<i>59</i>
<i>La participation aux activités physiques et de loisirs.....</i>	<i>63</i>
SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS RÉGIONALES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS .....	66
BIBLIOGRAPHIE .....	68
<b>CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION DES SERVICES AUX PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS... 69</b>	
PARTIE I. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE .....	74
<i>Prévention et promotion .....</i>	<i>74</i>
<i>Diagnostic et traitement .....</i>	<i>76</i>
<i>Adaptation et réadaptation.....</i>	<i>76</i>
<i>Les services éducatifs .....</i>	<i>78</i>
<i>Travail et activités productives.....</i>	<i>80</i>
<i>Maintien à domicile.....</i>	<i>83</i>
<i>Ressources résidentielles.....</i>	<i>85</i>
<i>Transport.....</i>	<i>87</i>
<i>Soutien à la famille.....</i>	<i>90</i>
<i>Loisirs.....</i>	<i>94</i>
<i>Vie associative.....</i>	<i>95</i>

PARTIE II. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE .....	99
<i>Prévention et dépistage</i> .....	100
<i>Diagnostic et traitement</i> .....	100
<i>Adaptation et réadaptation</i> .....	101
<i>Les services éducatifs</i> .....	104
<i>Travail et activités productives</i> .....	106
<i>Ressources résidentielles</i> .....	109
<i>Transport</i> .....	111
<i>Soutien à la famille et aux proches</i> .....	112
<i>Activités sociales, culture et loisirs</i> .....	113
<i>Vie associative</i> .....	115
PARTIE III. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE .....	117
<i>Prévention</i> .....	119
<i>Diagnostic, traitement, réadaptation et intégration sociale</i> .....	121
<i>Intégration socioprofessionnelle et éducation</i> .....	123
<i>Hébergement</i> .....	124
<i>Soutien à la famille</i> .....	125
<i>Transport</i> .....	128
<i>Vie associative</i> .....	128
CONCLUSION.....	130
BIBLIOGRAPHIE.....	137
<b>ANNEXE A : THÉMATIQUES DE L'OPHQ .....</b>	<b>140</b>
<b>ANNEXE B : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES CONCERNANT L'ANALYSE DE STATISTIQUES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS .....</b>	<b>143</b>

## Liste des acronymes et abréviations

AIS :	Association pour l'intégration sociale
APAQ :	Association des propriétaires d'autobus du Québec
AQETA :	Association québécoise pour les troubles d'apprentissage
ARLPAT :	Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue
AVD-AVQ :	Aides à la vie domestique / quotidienne
CAAP :	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAMO :	Comité d'adaptation de la main-d'œuvre
CH :	Centres hospitaliers
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHVOSPR :	Centre hospitalier de la Vallée-de-l'Or et des soins psychiatriques régionaux
CIT :	Contrat d'intégration au travail
CLD :	Centre local de développement
CLE :	Centre local d'emploi
CLSC :	Centre local de service communautaire
CPE :	Centre de la petite enfance
CR :	Centre de réadaptation
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRVA :	Centre de ressources pour la vie autonome
CS :	Centre de santé
DRSP :	Direction régionale de la santé publique
DSP :	Direction de la santé publique
EHDAA :	Élèves handicapés en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
LIP :	<i>Loi sur l'instruction publique</i>
LSAT :	Loisir et sport Abitibi-Témiscamingue
MADPH :	Maintien à domicile pour personnes handicapées
MRC :	Municipalité régionale de comté
ONBL :	Organisme à but non lucratif
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
PAD :	Programme d'adaptation de domicile

PI :	Plans d'intervention
PSI :	Plan de services individualisé
RAIDDAT :	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue
RAPHAT :	Regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue
RASPHA :	Regroupement des associations au service des personnes handicapées d'Amos
RASPHAT :	Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue
RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI :	Ressources intermédiaires
RTF :	Ressources de type familial
SARAT :	Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
SAT :	Services d'aides techniques
SHQ :	Société d'habitation du Québec
SOC :	Soutien aux organismes communautaires
TED :	Troubles envahissants du développement

## Introduction générale

### ENSEMBLE DU PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de la recherche Inventaire et bilan des programmes et services concernant les personnes ayant des incapacités au Québec, le Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales (LAREPPS) présente ici l'un des 17 portraits régionaux décrivant l'offre et la demande de services publics et communautaires.

À l'origine, la planification de ce projet de recherche lui octroyait deux phases : la Phase I portant sur les politiques et les programmes à l'échelle du Québec (rapport déposé en juillet 2002<sup>1</sup>), et la Phase II portant sur les dynamiques locales et régionales. Outre les 17 portraits régionaux, deux autres types de produits ressortiront de cette seconde phase : un inventaire (sur support informatique) des ressources communautaires et d'économie sociale s'adressant aux personnes handicapées, classées par région; de même que cinq monographies régionales (Mauricie, Estrie, Bas-Saint-Laurent, Montérégie et Montréal).

Les portraits régionaux brossent un tableau descriptif des régions. Ils en caractérisent les forces et les faiblesses de manière factuelle, sur la base de trois corpus de données : un relevé des organismes communautaires et des établissements publics locaux et régionaux (notre inventaire informatisé des ressources communautaires et d'économie sociale jouant ainsi son rôle d'outil de recherche), des statistiques diverses sur l'économie régionale et sur la population, en provenance notamment de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA), et des analyses de la documentation officielle disponible dans chacune des régions. Quant aux monographies, elles tenteront d'expliquer une situation régionale donnée en faisant l'analyse des dynamiques entre acteurs (partenariales, hiérarchiques, conflictuelles) et celle de leurs pratiques sur le terrain (institutionnalisées, décentralisées, innovatrices). Comme les portraits régionaux, chacune des monographies constituent un rapport à part entière.

---

<sup>1</sup> VAILLANCOURT Y., CAILLOUETTE J., DUMAIS L. (dir.) (2002). *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et élément de bilan*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre de la Phase I du projet « Inventaire et bilan des programmes de soutien et des services concernant les personnes ayant des incapacités au Québec », Montréal, LAREPPS / ARUC / UQAM, juillet, 379 pages. Le rapport fera l'objet d'un ouvrage qui sera publié aux Presses de l'Université du Québec / Collection Pratiques et politiques sociales et économiques en 2004.

## CADRE THÉORIQUE ET DÉFINITIONS DE BASE<sup>2</sup>

Les portraits régionaux ont une portée descriptive et il n'est pas négligeable de définir ici certaines notions ayant servi au découpage de la réalité régionale. Notre vision des politiques sociales invoque la présence de quatre grands acteurs socio-économiques parmi lesquels le secteur public et le tiers secteur (incluant les organismes communautaires et bénévoles, les coopératives et les entreprises d'économie sociale) occupent une place de choix. En outre, la transformation de l'État providence nous invite à identifier des avenues de changement et des innovations sans nous limiter à la perspective, courante à cette époque, du « tout au marché ». Au contraire, nous sommes sensibles au potentiel de développement d'une économie plurielle où le tiers secteur contribue à créer la solidarité et *l'empowerment* des collectivités et des individus. Quatre définitions nous paraissent utiles à présenter.

### Les politiques sociales et les interventions de l'État

Les politiques sociales sont des interventions de l'État et des pouvoirs publics qui contribuent au bien-être et à la citoyenneté des individus, des collectivités locales, voire des régions, et cela d'une manière qui fait reculer la « marchandisation » et la « familialisation ». Très brièvement, mettons en relief quelques éléments de cette définition que le LAREPPS fait sienne en travaillant à partir des écrits d'Esping-Andersen (1990 et 1999; voir aussi Vaillancourt et Ducharme, 2000). Les politiques sociales :

- Impliquent une forme d'intervention étatique et gouvernementale, ce qui ne veut pas dire que leur mise en œuvre relève uniquement du dispositif étatique et gouvernemental;
- Contribuent au bien-être et à la citoyenneté, si on tient pour acquis que leurs fonctions déclarées correspondent à leurs fonctions réelles, ce qui n'est pas toujours le cas;
- Sont à la fois une affaire de redistribution des revenus et de renforcement de la citoyenneté active impliquant à la base les droits sociaux, mais aussi l'autodétermination et *l'empowerment* des personnes qu'on a trop souvent pris l'habitude de voir comme des consommatrices des politiques sociales;

---

<sup>2</sup> La section est extraite du chapitre 1 du Rapport de la Phase I (Vaillancourt, Caillouette et Dumais, *Op. cit.* : 24-71).

- Constituent un antidote à la « marchandisation » (c'est-à-dire à une tendance à confier à la logique marchande la résolution des problèmes sociaux); elles visent à régulariser et à corriger les effets pervers des lois du marché;
- Permettent de contrer la « familialisation » que nous pourrions définir comme la tendance à reléguer à la sphère familiale (i.e. la famille et son entourage, voire principalement les femmes) la gestion des problèmes sociaux;
- Visent la promotion du bien-être et de la citoyenneté, non seulement des individus, mais aussi des collectivités locales et des régions (la revitalisation des communautés locales défavorisées dans des milieux urbains ou ruraux).

### **Quatre grands groupes d'acteurs, dont le tiers secteur de l'économie sociale**

Dans les travaux sur les politiques sociales que nous menons au LAREPPS depuis une dizaine d'années (Vaillancourt, 1997; Jetté *et al.*, 2000; Vaillancourt et Tremblay, 2001), nous éprouvons constamment le besoin de bien distinguer le rôle de l'État sur le plan de la régulation, du financement et de la dispense des services<sup>3</sup>. Cette distinction s'avère souvent utile afin de faire des analyses nuancées de certaines transformations, en cours ou possibles, concernant les politiques sociales. Ainsi, les politiques sociales impliquent une intervention de l'État et des pouvoirs publics, mais celles-ci peuvent s'articuler avec l'intervention des associations ou de ce que nous appelons les acteurs de l'économie sociale (voir Laville et Nyssens, 2001). Cette nuance est très importante pour éviter l'attrait d'une problématique sociale-étatiste dans laquelle la prise en charge des protections sociales qui cesse d'être assumée par la sphère familiale ou qui n'est pas transférées à la sphère marchande ne pourrait relever uniquement des acteurs étatiques et des pouvoirs publics. La « démarchandisation » et la « défamilialisation » proviennent aussi d'une présence et d'une reconnaissance plus grande des associations, c'est-à-dire d'une certaine concertation des pouvoirs publics et des associations, dans l'optique d'une approche territorialisée.

Cette distinction permet, au moment d'aborder la question de la dispense des politiques sociales, en particulier dans le domaine des services aux personnes, d'être attentifs au fait que

---

<sup>3</sup> Cette distinction des quatre grands secteurs de ressources concernés par la dispense des services aux personnes a été reprise par Durst et Bluehardt de l'Université de Regina en Saskatchewan (2001 :25-31).

quatre grands groupes ou secteurs d'acteurs socio-économiques peuvent être impliqués dans la dispense :

- Premièrement, on trouve le secteur marchand (le marché ou le privé lucratif). L'accroissement de la participation de ce secteur renvoie au phénomène de la privatisation (ou « marchandisation »).
- Deuxièmement, il y a le secteur étatique ou public (l'État et les pouvoirs publics). L'accroissement de la participation de ce secteur mène à l'étatisation.
- Troisièmement, vient le secteur de l'économie sociale, souvent appelé tiers secteur. L'accroissement de la participation de ce secteur donne ce que nous appelons la « solidarisation ».
- Quatrièmement, on trouve le secteur de l'économie domestique et de la solidarité familiale (la famille, les personnes aidantes). L'accroissement de la participation de ce secteur donne de la « familialisation ».

En distinguant la contribution possible de ces quatre grands groupes d'acteurs dans la dispense des services aux personnes, nous utilisons un cadre d'analyse qui comporte un double avantage. D'une part, ce cadre permet de sortir des schémas binaires qui tendent à tout ramener à l'État ou au marché, ou encore à l'étatisation ou à la privatisation. D'autre part, en distinguant le secteur de l'économie sociale de celui de l'économie domestique, ce cadre d'analyse permet d'établir des scénarios dans lesquels une moins grande implication de l'État et du secteur public dans la dispense des politiques sociales ne conduit pas nécessairement à une augmentation de la privatisation ou de la « familialisation ».

### **Une définition large de l'économie sociale qui inclue les organismes communautaires**

Le LAREPPS a fait le choix de mettre l'accent sur les points de convergence plutôt que sur les points de différenciation entre les concepts de tiers secteur et d'économie sociale<sup>4</sup>. Lorsque nous utilisons le concept de tiers secteur, nous référons moins à la littérature américaine sur le secteur non lucratif, « Non Profit Sector » qu'à une certaine littérature européenne qui

---

<sup>4</sup> Dans d'autres textes (Vaillancourt, 1999), nous avons mis l'accent sur les différences entre les concepts de tiers secteur et d'économie sociale, en nous démarquant entre autres du courant de littérature international marqué par la recherche internationale dirigée par Lester Salamon de la John Hopkins University qui exclut les coopératives du tiers secteur, sous prétexte qu'elles peuvent générer des profits (Salamon *et al.*, 1999).

utilise de façon interchangeable les mots « third sector » et « voluntary sector » et surveille les interfaces avec les politiques sociales en transformation (Defourny et Monzon Campos, 1992; Defourny, Develtere et Fonteneau, 1999). Nous nous retrouvons particulièrement dans un courant de littérature du Royaume-Uni, qui utilise l'expression « voluntary and community sector » ou encore « voluntary and community organizations », pour bien signifier que les organismes communautaires font partie du secteur volontaire ou du tiers secteur.

En fait, nous sommes favorables à une définition large et inclusive de l'économie sociale qui englobe les associations et les organismes communautaires autonomes, tout autant que les coopératives, les mutuelles et les entreprises. C'est ainsi que, au cours des dernières années, dans les écrits du LAREPPS, nous avons souvent repris à notre compte une définition de l'économie sociale qui était proche de celle proposée par le Chantier de l'économie sociale (1996) à l'occasion du Sommet socio-économique de l'automne 1996. Il nous apparaît pertinent de revenir sur cette définition :

- Pris dans son ensemble, le domaine de l'économie sociale regroupe l'ensemble des activités et organismes issus de l'entrepreneuriat collectif qui s'ordonne autour des principes et règles de fonctionnement suivants :
- L'entreprise de l'économie sociale a pour finalité de servir ses membres ou la collectivité plutôt que de simplement engendrer des profits et viser le rendement financier;
- Elle a une autonomie de gestion par rapport à l'État;
- Elle intègre dans ses statuts et ses façons de faire un processus de décision démocratique impliquant usagères et usagers, travailleuses et travailleurs;
- Elle défend la primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition de ses surplus et de ses revenus;
- Elle fonde ses activités sur les principes de la participation, de la prise en charge et de la responsabilité individuelle et collective.

Cette définition, comme l'ont rappelé certains chercheurs (Lévesque et Ninacs, 1997), met l'accent sur les valeurs en insistant sur la démocratisation de l'entreprise (ou de l'organisme) rendue possible par la participation des travailleurs et des usagers. Cette définition permet

d'inclure « des composantes aussi diversifiées que les coopératives, les mutuelles et les organismes à but non lucratif, notamment les organismes communautaires » (D'Amours, 2002 : 284). Elle a été proposée par le Chantier de l'économie sociale au Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 et acceptée par les partenaires socio-économiques, ainsi que par le gouvernement du Québec. Elle est demeurée la définition officielle de l'économie sociale au cours des années ayant suivi le Sommet.

### **L'innovation dans la transformation des politiques sociales**

Dans notre approche, l'économie sociale peut contribuer à la mise en œuvre de nouvelles politiques sociales complices du soutien à la citoyenneté des personnes présentant des incapacités. Dans cette vision des politiques sociales, il importe non seulement de dépasser l'approche providentialiste, mais de briser les relations traditionnelles entre intervenants et usagers, puisque les personnes présentant des incapacités ont la capacité de contribuer à la planification, la gestion et l'évaluation des politiques sociales qui les concernent. Elles ont un rôle à jouer non seulement du côté de la demande de politiques sociales, mais aussi du côté de l'offre. Tout cela suppose qu'on ne se laisse pas enfermer dans une vision fordiste et providentialiste des politiques sociales, vision qui les cantonnerait dans la production de services et la redistribution monétaire en perdant de vue le soutien à la citoyenneté. D'où l'importance de réfléchir sur le concept de construction conjointe de l'offre et de la demande souvent reprise dans le courant français de la sociologie économique qui se réclame de l'économie solidaire (voir entre autres Laville, 2000).

### **MÉTHODOLOGIE RELATIVE AUX PORTRAITS RÉGIONAUX**

Tous les portraits régionaux qui sont produits dans le cadre de la phase II du projet de recherche étaient constitués sur la base d'une même méthodologie, par souci de les comparer et, ainsi, de se donner la possibilité de faire une synthèse d'ensemble. Toutefois, l'absence de données récentes dans certaines régions, ou leur inaccessibilité, expliquent les variations dans l'étendue des informations contenues dans chacun des 17 portraits. Néanmoins, dans l'ensemble, nous sommes confiants d'avoir traité suffisamment de documentation et rencontré des personnes

clés correctement informées pour nous permettre de produire des portraits robustes, représentatifs et comparables. Nous présentons ci-dessous les procédures qui ont été suivies.

### **L'inventaire des ressources communautaires et le relevé des établissements publics**

Nous avons voulu produire des informations de base, exhaustives et à jour, consistant à dénombrer et à classer les organismes du tiers secteur (organismes communautaires et de l'économie sociale) et les établissements du réseau public offrant des services ou du soutien communautaire aux personnes handicapées.

L'inventaire des organismes du tiers secteur servait deux buts : pour la recherche, il pouvait donner une idée de l'étendue des services à la population dans différents domaines (transport, éducation, travail et emploi, etc.); pour l'Accueil-référence de l'OPHQ, il permettait de constituer une banque de données des organismes utiles pour les usagers des services<sup>5</sup>.

Dans la suite logique de nos efforts des années précédentes (avec la « base de données nationales » des programmes de la Phase I), nous avons utilisé le logiciel *Access* comme support informatique de la banque de données des organismes du tiers secteur. La liste des catégories d'information retenues dans la banque, environ une vingtaine, découle en grande partie d'une réflexion sur les travaux de recherche de la Phase I, mais aussi d'un sondage sommaire de personnes ressources mené par Jean Proulx, Ernesto Molina et Normand Boucher dans six régions et permettant d'identifier les données disponibles<sup>6</sup>. Quant à la structure informatisée de la banque de données (dite « base de données régionales » ou « inventaire régional »), sa conception revient à Jean-Olivier Chapel.

La recherche d'informations permettant de constituer des ébauches de listes d'organismes a été confiée à différentes personnes au sein de l'équipe. Internet constituait l'outil principal de recherche. Le cas échéant, nous avons aussi eu recours au téléphone. Ces listes ont ensuite été validées par les Bureaux régionaux de l'OPHQ<sup>7</sup>, retournées au LAREPPS pour corrections et,

---

<sup>5</sup> Nous soulignons la collaboration de Gilles Théberge, conseiller à la Direction de la recherche, du développement et des programmes de l'OPHQ, pour le démarrage de notre inventaire.

<sup>6</sup> En plus de fouiller des répertoires d'organismes sur Internet, ils ont sondé des personnes dans : les bureaux régionaux de l'OPHQ, des régies régionales de la santé; des regroupements d'organismes de promotion (ROPPH); des regroupements d'organismes communautaires en santé mentale. Suite à ce déblayage, ils ont conclu que la constitution d'un inventaire, par région, des organisations offrant des services aux personnes handicapées pouvait être réalisée assez facilement (sauf pour Montréal).

<sup>7</sup> Nous remercions de leurs concours messieurs Serge Tousignant et Jean Charest, responsables des Bureaux régionaux de l'est et de l'ouest du Québec, ainsi que le personnel des Bureaux qui ont validé nos listes.

finalement, saisies sur support informatique. Nous estimons que la base de données régionale comportera des informations sur environ 1200 organismes répartis sur l'ensemble des 17 régions inventoriées.

En plus de constituer l'inventaire des organismes du tiers secteur, le relevé des établissements du réseau public (CLSC, Centres de réadaptation, Centres hospitaliers, CHSLD, écoles) ou des établissements quasi gouvernementaux (tels que les centres de travail adapté, les services spécialisés de main d'œuvre, les organismes de transport adapté) s'est avéré un complément essentiel de nos portraits régionaux. Ces relevés étaient généralement disponibles et d'accès facile, comme à travers des sites Internet des ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, du Transport, de l'Emploi et de la Solidarité sociale; ou encore à partir des imprimés ou des sites Internet d'instances nationales ou régionales telles que la fédération des commissions scolaires, la fédération des centres de réadaptation, et les régies régionales.

### **La cueillette des données en régions : les documents de base et les autres sources d'information**

Nous avons ciblé de manière précise les documents servant de matériel brut aux portraits. Ainsi, ce sont surtout des documents gouvernementaux relativement récents, d'envergure nationale ou régionale, que nous avons tenté de recueillir dans chacune des régions. Étant donné que nous avons pu bénéficier rapidement des informations de nature exploratoire obtenues grâce aux recherches monographiques menées en parallèle, nous avons choisi de nous inspirer de la documentation répertoriée lors des enquêtes monographiques pour établir une base commune servant à la recherche documentaire dans les 17 régions. Par conséquent, la base de renseignements de chacun des portraits devrait correspondre globalement à la liste suivante :

Du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) :

- De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux proches (MSSS, 2001a) : et Plan d'action de la politique (MSSS, 2001b);
- Portrait de situation des orientations ministérielles de 1995 en déficience physique (MSSS, 2002);
- Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale (CSMQ, 1998) et État d'avancement du plan d'action (MSSS, 2001c).

Documents de diverses provenances comportant des dossiers sur l'ensemble des régions :

- La série des Documents de travail relatifs au Réseau de la santé et des services sociaux en régions, publiés en 2003 par la Division de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (Ouadahi et Fleury, 2003);
- La série des Portraits régionaux publiés par l'OPHQ entre janvier et juin 2002. (Office des personnes handicapées du Québec, 2002);
- Répertoire statistique Transport adapté 2000 (Direction du transport terrestre des personnes, Ministère du Transport du Québec, 2001).

Documents types des régions régionales, mais pouvant être disponibles ou non, selon la région, comme par exemple :

- *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Plan d'action* (RRSSSAT, 2004).
- *Organisation régionale des services aux personnes ayant une incapacité motrice* (RRSSSAT, 1996a).
- *Réseau intégré de services en santé mentale pour la région Abitibi-Témiscamingue* (RRSSSAT, 1997).
- *Plan de consolidation 1998-2002* (RRSSSAT, 1999).

Autres publications types, mais spécifiques à chacune des régions, en provenance d'instances régionales ou locales pertinentes ou d'établissements publics, tels que :

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Clair foyer (2003). *Rapport annuel 2002-2003*, Rouyn-Noranda, 43 pages.
- Centre de réadaptation La Maison (2003). *Rapport annuel 2002-2003*, Rouyn-Noranda, 12 pages.
- Commission scolaire Harricana (2001). *Politique de la Commission scolaire Harricana sur les normes d'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Amos, octobre, 24 pages.

À l'évidence, mis à part les documents d'envergure nationale, la documentation spécifique à une région n'avait pas toujours d'équivalent dans les autres régions. En effet, la disponibilité de la documentation était fort variable d'une région régionale à l'autre : les documents n'étaient pas tous disponibles sur Internet (d'ailleurs, certaines régions n'avaient tout simplement pas de site Internet), ou la communication avec certaines personnes ressources dans la région même n'a pas toujours été facile pour diverses raisons (congé de maladie, poste vacant, manque de temps). Il a donc été plus laborieux de prendre connaissance de la documentation dans certaines régions. Par ailleurs, il s'est avéré, dans certains cas, que l'ensemble des documents de base étaient disponibles dans la région mais ils n'avaient pas été mis à jour depuis plusieurs années. Cela ne rencontrait donc pas nos exigences en matière d'actualisation des données. Par exemple, toutes les régions régionales ne se sont pas dotées, dans les deux ou trois dernières années, de documents d'orientation ou de plans d'action dans le champ de la déficience intellectuelle et encore moins en déficience physique. En revanche, la plupart des régions ont élaboré de tels dossiers dans le champ de la santé mentale. Il est donc compréhensible que l'information soit manquante dans certaines régions ou que, dans quelques cas, nous ayons eu recours à d'autres types de documents ou à des entrevues ponctuelles pour combler ces lacunes. L'utilisation de moyens informels, telles que des entrevues ponctuelles, a été soulignée dans le texte de manière à inciter à plus de prudence dans l'interprétation des données et de la portée des résultats.

### **L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA)**

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA), bien qu'elle date de quelques années (données de 1998), demeure une des rares enquêtes statistiques qui permettent

de décrire de manière significative et assez exhaustive la population des personnes handicapées dans les régions du Québec. L'accès à cette banque de données, de même que la diffusion des résultats, sont soumis à des procédures exigeantes; nous nous sommes conformés, en ce sens, aux demandes de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ). Le traitement statistique des données s'avère aussi relativement complexe puisqu'il faut tenir compte du plan « échantillonnal » afin d'obtenir des résultats probants. Aux lecteurs qui aimeraient avoir plus de détails, nous suggérons de consulter l'annexe statistique (Annexe B).

Dans tous nos portraits régionaux, les résultats en provenance de l'EQLA sont associés à leurs coefficients de signification. Ces résultats sont accompagnés de données statistiques obtenues auprès de certains ministères, de l'OPHQ ou de Statistique Canada.

## **PLAN DU DOCUMENT**

Chacun des portraits régionaux se divise en trois chapitres de longueur inégale. En premier, nous faisons une brève mise en contexte de la région à l'aide de statistiques générales sur l'économie régionale et sur la population résidente. Dans le second chapitre, nous faisons une analyse relativement substantielle des statistiques portant sur la population des personnes ayant des incapacités, en faisant des comparaisons avec le reste du Québec ou avec la population sans incapacités. Plusieurs indicateurs, révélateurs de l'intégration et de la participation sociale des personnes, ou des obstacles, y sont traités : la prévalence des incapacités et leur nature, les activités sociales et professionnelles, les limitations d'activités et les besoins en aides techniques ou personnelles. Le troisième chapitre aborde l'offre de services. Nous y faisons état de la présence ou de l'absence des organismes communautaires et des établissements publics dans tous les domaines d'activités<sup>8</sup>. Ce chapitre est construit sous la forme d'un bilan en trois temps correspondant aux trois grands types d'incapacités des personnes : la déficience physique, la déficience intellectuelle et les problèmes de santé mentale. La conclusion cerne les caractéristiques prédominantes de la région concernant à la fois la demande et l'offre de services ainsi que le partage des rôles entre le secteur communautaire et le secteur public. Elle souligne également les points forts de l'action du tiers secteur et tente de mettre en relief les champs où la région fait preuve d'un potentiel d'innovation au bénéfice des personnes handicapées.

---

<sup>8</sup> Ces domaines ou thématiques sont inspirés de la classification en usage à l'OPHQ. Voir l'Annexe A.

## BIBLIOGRAPHIE

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre, 264 pages.

D'AMOURS, Martine (2002). « Économie sociale au Québec. Vers un clivage entre entreprise collective et action communautaire », *Recma. Revue internationale de l'économie sociale*, no 284, mai 2002.

DEFOURNY, Jacques, DEVELTERE, Patrick et Benedicte FONTENEAU (sous la direction de) (1999). *L'économie sociale au Nord et au Sud*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Lancier s.a.

DEFOURNY, Jacques et José L. MONZON CAMPOS (sous la direction de) (1992). *Économie sociale – The Third Sector*, De Boeck, Bruxelles, 459 pages.

DURST, Douglas et Mary BLUECHARDT (2001). *Urban Aboriginal Persons with Disabilities : Triple Jeopardy!*, Regina, University of Regina, 236 pages.

ESPING-ANDERSEN, Gosta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, UK, Polity Press, 248 pages.

ESPING-ANDERSEN, Gosta (1999). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF, Le lien social, avec épilogue inédit de l'auteur pour l'édition française et une préface de François-Xavier Merrien, 310 pages.

JETTÉ, Christian, LÉVESQUE, Benoît, MAGER, Lucie et Yves VAILLANCOURT (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, 202 pages.

LAVILLE, Jean-Louis (sous la direction de) (2000). *L'économie solidaire. Une perspective internationale*, deuxième édition, Paris, Desclée de Brouwer, Sociologie économique, Desclée de Brouwer, 345 pages.

LAVILLE, Jean-Louis et Marthe NYSSSENS (sous la direction de) (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte / MAUSS /CRIDA, 288 pages.

LÉVESQUE, Benoît et William NINACS (1997). *L'économie sociale au Canada : L'expérience québécoise*, document de réflexion pour le colloque Stratégies locales pour l'emploi et l'économie sociale tenu à Montréal les 18 et 19 juin 1997, Montréal, Les publications de l'IFDEC, 23 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 46 pages. (disponible en format Pdf sur le site < <http://www.msss.gouv.qc.ca> > )

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux proches*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 111 pages. (disponible en format Pdf sur le site < <http://www.msss.gouv.qc.ca> > )

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux proches*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 33 pages. (disponible en format Pdf sur le site < <http://www.msss.gouv.qc.ca> > )

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001c). *État d'avancement du plan d'action de décembre 1998 - Transformation des services en santé mentale*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, février, 50 pages. (disponible en format Pdf sur le site < <http://www.msss.gouv.qc.ca> > )

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Portrait de situation des orientations ministérielles 1995 « Pour une véritable participation à la vie en communauté, un continuum intégré de services en déficience physique »*, Québec, Direction générale des services à la population (DGSPA) du Ministère de la santé et des services sociaux, février, 184 pages.

MINISTÈRE DU TRANSPORT DU QUÉBEC (2002). *Répertoire statistique Transport adapté 2000*. Québec, Montréal, Direction du transport terrestre des personnes du ministère des Transport, 334 pages. (disponible en format Pdf sur le site < <http://www.mtq.gouv.qc.ca> > )

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2002). *L'OPHQ en Abitibi-Témiscamingue. Portrait régional*, Rouyn-Noranda, janvier, 12 pages.

SALAMON, Lester M., ANHEIER, Helmut K., LIST, Regina, TOEPLER, Stefan, SOKOLOWSKI, S. Wojciech and ASSOCIATES (sous la direction de) (1999). *Global Civil society. Dimensions of the Nonprofit Sector*, The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, Baltimore, MD, The Johns Hopkins Center for Civil society Studies, 509 pages.

VAILLANCOURT, Yves, avec la collaboration de Christian JETTÉ (1997). *Vers un nouveau partage de responsabilité dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, Cahiers du LAREPPS, no 97-05, mai 1997, 302 pages.

VAILLANCOURT, Yves (1999). « Tiers secteur et reconfiguration des politiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 11, no 2 / vol. 12, no 1, automne 1998 / printemps 1999.

VAILLANCOURT, Yves, AUBRY, François, D'AMOURS, Martine, JETTÉ, Christian, THÉRIAULT, Luc et Louise TREMBLAY (2000). « Social Economy, Health and Welfare : The

Specificity of the Quebec model within the Canadian Context », *Canadian Review of Social Policy / Revue Canadienne de politique sociale*, nos 45-46, printemps et automne 2000.

VAILLANCOURT, Yves et Marie-Noëlle DUCHARME (2000). *Le logement social, une composante importante des politiques sociales en reconfiguration : État de la situation au Québec*, Montréal, UQAM, Cahiers du LAREPPS, n° 00-08, décembre, 61 pages.

VAILLANCOURT, Yves et Louise TREMBLAY (sous la direction de) (2001). *L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : une perspective interprovinciale*, Montréal, LAREPPS, UQAM, 184 pages.

## Chapitre 1

### Présentation de la région de l'Abitibi-Témiscamingue<sup>9</sup>

Région limitrophe de l'Ontario, de l'Outaouais, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue s'étend sur une superficie 65 000 km<sup>2</sup>. La région est divisée en 4 MRC ainsi qu'une ville-MRC (Rouyn-Noranda). On y retrouve 66 municipalités et 13 territoires non organisés et une population d'environ 150 000 personnes en 2001. Les deux pôles urbains que sont la MRC de la Vallée-de-l'Or et la ville de Rouyn-Noranda regroupent respectivement 29 % et 27 % de la population régionale. La MRC d'Abitibi en compte 17 % et la MRC d'Abitibi-Ouest 15 %. Enfin, la MRC du Témiscamingue représente 12 % de la



<sup>9</sup> Cette introduction se veut un survol de la région de l'Abitibi-Témiscamingue à partir d'un certain nombre d'indicateurs démographiques et socio-économiques. Toutes les données, ainsi que les cartes géographiques, sont tirées des documents (pdf) préparés par le gouvernement du Québec dans le cadre du Rendez-vous national des régions en novembre 2002 : il s'agit du Portrait statistique des régions du Québec (novembre 2002) ([http://www.rendez-vousregions.net/pdf/portrait\\_statistique\\_regions.pdf](http://www.rendez-vousregions.net/pdf/portrait_statistique_regions.pdf)), ainsi que des portraits Les régions en un clin d'œil (non daté) ([http://www.rendez-vousregions.net/sections/por\\_03.html](http://www.rendez-vousregions.net/sections/por_03.html)). Voir Ministère des Régions, « Le rendez-vous national des régions – Portraits des régions », < <http://www.rendez-vousregions.net/sections/por.html> > (novembre).

population<sup>10</sup>. À cela s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre quatre réserves indiennes et trois établissements. Le développement économique de la région repose largement sur les gisements miniers et l'exploitation de la forêt. Environ 95 % de la population parle français.

## LA POPULATION

Selon Statistique Canada, au cours des dix dernières années (1991-2001), la région de l'Abitibi-Témiscamingue a vu sa population diminuer de 3,1 %, une diminution nette de 4 820 personnes. En tenant compte de la structure d'âge de sa population, nous voyons que la population a vieilli au cours de la décennie, puisque les moins de 30 ans ne forment plus que 40,1 % de la population comparativement à 47,0 % en 1991. Aujourd'hui, la région demeure un peu plus jeune que l'ensemble du Québec. Comme nous pouvons le constater à la lecture du tableau 1.1, la population de la région compte une plus grande proportion de très jeunes personnes (0-14 ans) et une moindre proportion de personnes âgées (65 ans et plus) que dans le reste du Québec.

**Tableau 1.1 Répartition de la population selon le groupe d'âge, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 2001**

	<b>0-14 ans</b> %	<b>15-29 ans</b> %	<b>30-64 ans</b> %	<b>65 ans et plus</b> %
Abitibi-Témiscamingue	19,3	20,8	48,8	11,1
Le Québec	17,6	19,7	49,7	13,0

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

Le taux de croissance annuelle de la population de 65 ans et plus a été de 2,4 % entre 1996 et 2001 (tableau 1.2). Il s'agit d'une croissance sensiblement égale à la moyenne québécoise (2,3%) et surtout plus forte que la croissance de la population totale (-1,0 %) de l'Abitibi-Témiscamingue. En d'autres termes, le poids des 65 ans et plus aura tendance à s'accroître pendant les prochaines années.

<sup>10</sup> Source : Statistique Canada, Estimations de population 2002, révisées en novembre 2002.

**Tableau 1.2 Taux de croissance de la population de 65 ans et plus et de la population totale, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec (1996-2001)**

	<b>65 ans et plus</b> %	<b>Population totale</b> %
Abitibi-Témiscamingue	2,4	-1,0
Le Québec	2,3	0,3

Source : Statistique Canada, Recensements de la population 1996 et 2001.

## LE MARCHÉ DU TRAVAIL

En 2001 l'Abitibi-Témiscamingue comptaient 66 000 emplois, soit 1,9 % de l'ensemble des emplois au Québec. La région connaît une structure différente de celle du Québec, comme l'indique la répartition des emplois selon les trois grands secteurs d'activité présentée au tableau 1.3. L'exploitation minière est la principale activité du secteur primaire tandis que l'agroalimentaire est l'un des domaines en expansion en Abitibi-Témiscamingue.

**Tableau 1.3 Répartition en pourcentage des emplois selon trois grands secteurs d'activité, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 2001**

	<b>Primaire</b> %	<b>Secondaire</b> %	<b>Tertiaire</b> %
Abitibi-Témiscamingue	13,2	13,3	73,5
Le Québec	2,8	22,5	74,6

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

Nous présentons au tableau 1.4 quelques indicateurs de la dynamique du marché du travail en Abitibi-Témiscamingue et dans l'ensemble du Québec.

**Tableau 1.4 Taux de chômage, taux d'emploi des 15-64 ans et taux d'assistance-emploi, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 2001**

	<b>Taux de chômage<sup>a</sup></b> %	<b>Taux d'emploi<sup>b</sup></b> %	<b>Taux d'a-e<sup>c</sup></b> %
Abitibi-Témiscamingue	12,2	61,4	9,1
Le Québec	8,7	67,6	8,8

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

a) Taux de chômage : population sans emploi et à la recherche d'un emploi en proportion de la population active (personnes en emploi et personnes sans emploi qui cherchent activement un emploi).

b) Taux d'emploi : nombre de personnes en emploi en proportion de la population totale de 15 à 64 ans.

c) Taux d'assistance-emploi : nombre de prestataires de l'assistance-emploi (aide-sociale) en proportion de la population âgée de 0 à 64 ans.

La région de l'Abitibi-Témiscamingue a connu une augmentation du nombre d'emplois entre 1995 et 2001 en même temps qu'une augmentation du taux de chômage durant la même période.

## REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES

Tout comme les données sur le marché du travail, le revenu personnel disponible *per capita* constitue un indice du niveau de vie de la population d'un pays ou d'une région. Nous présentons au tableau 1.5 l'évolution de cet indicateur pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble du Québec, en 1989 et en 2001. Au cours de cette période, la région s'est maintenue légèrement en-dessous de la moyenne québécoise.

**Tableau 1.5 Revenu personnel disponible per capita, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1989 et 2001**

	1989 \$	2001 \$	Variation 1989-2001 %
Abitibi-Témiscamingue	13 849	17 084	23,4
Le Québec	15 118	19 069	26,1

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

On peut également mesurer l'évolution du développement économique d'une région à l'aide d'un indice qui combine deux des grands indicateurs économiques : le revenu personnel disponible *per capita* et le taux d'emploi de la population âgée de 15 à 64 ans. Cet indice de disparités régionales est fixé à 100 pour l'ensemble du Québec. Le tableau 1.6 indique que la situation économique de l'Abitibi-Témiscamingue était moins favorable à la moyenne québécoise en 1989 et en 2001. De plus, la diminution de la valeur de l'indice pendant la période 1989-2001 révèle une détérioration du positionnement économique régional.

**Tableau 1.6 Indice de disparités régionales de développement, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1989 et 2001**

	1989	2001
Abitibi-Témiscamingue	93,2	90,2
Le Québec	100,0	100,0

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

## LA SCOLARITÉ

La population de l'Abitibi-Témiscamingue a un profil de scolarité différent de l'ensemble du Québec. La fraction des personnes ayant un diplôme d'études secondaires est plus basse (79,7 % versus 82,5 %) mais cela signifie tout de même une amélioration relative pour la région.

En effet, au cours des dix dernières années, l'écart entre le taux régional et le taux pour l'ensemble du Québec s'est un peu rétréci, comme le montre le tableau 1.7.

**Tableau 1.7 Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1990-1991 et 2000-2001**

	<b>1990-1991</b> %	<b>2000-2001</b> %
Abitibi-Témiscamingue	72,5	79,7
Le Québec	76,8	82,5

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

Le niveau de scolarité atteint par les personnes qui détiennent un emploi représente un indicateur important du dynamisme du marché du travail puisque les exigences des employeurs, en ce qui concerne la formation de la main-d'œuvre, sont de plus en plus élevées. Nous présentons au tableau 1.8 le taux de travailleuses et travailleurs âgés de 20 à 64 ans ayant complétés des études collégiales.

**Tableau 1.8 Pourcentage des travailleurs et travailleuses de 20 à 64 ans ayant complété exclusivement des études collégiales<sup>a</sup>, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1990 et 2001**

	<b>1990</b> %	<b>2001</b> %	<b>Variation 1990-2001</b> %
Abitibi-Témiscamingue	42,2	56,7	34,4
Le Québec	44,8	59,2	32,1

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*  
a) Excluant les diplômés universitaires

La proportion des travailleurs ayant complété des études collégiales dans la région demeure, depuis 1990, en deçà de celle de l'ensemble du Québec. Cette augmentation de 14,5 points, entre 1990 et 2001, ne reflète pas les performances en terme de taux d'emploi qui ont évoluées de 5,3 % entre 1989 et 2001<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Données du Rendez-vous national des régions, *Portrait statistique des régions*, Québec (novembre 2002), p.18.

## QUELQUES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE VIE

Nous présentons dans cette section quelques indicateurs de la qualité de vie en Abitibi-Témiscamingue et dans l'ensemble du Québec.

### Perception de l'état de santé

L'évaluation que font les individus de leur état de santé peut être considérée comme un « bon indice de prédiction des problèmes de santé » (Gouvernement du Québec, *Portrait statistique des régions*, 2002 : 44). En Abitibi-Témiscamingue, la perception qu'ont les gens de leur état de santé s'est améliorée au cours des années et ce, relativement plus que dans l'ensemble du Québec, comme l'indique le tableau 1.9.

**Tableau 1.9 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus se percevant en moyenne ou en mauvaise santé, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1987 et 1998**

	1987 %	1998 %	Variation 1987-1998 %
Abitibi-Témiscamingue	13,4	11,4	-14,9
Le Québec	11,4	11,0	-3,5

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

### Le logement

L'accession à la propriété et la proportion des revenus consacrée au logement constituent deux indicateurs de la qualité de vie de la population. En Abitibi-Témiscamingue, la proportion de ménages propriétaires de leur logement était relativement stable entre 1986 et 1996 (de 62,5 à 62,9 %). Ce taux est sensiblement plus élevé que la moyenne québécoise qui a, elle-même peu bougé (54,7 % en 1986 et 56,5 % en 1996)<sup>12</sup>.

Toutefois, la proportion des ménages de l'Abitibi-Témiscamingue qui consacre 30 % et plus de leurs revenus aux dépenses de logement a quelque peu diminuée par rapport à la moyenne québécoise tant pour les propriétaires que pour les locataires, comme le montre le tableau 1.10, même si dans le cas des locataires, la situation s'est quelque peu détériorée depuis 1986.

**Tableau 1.10 Proportion des ménages consacrant 30% et plus de leur revenu aux dépenses de logement, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1986 et 1996**

<sup>12</sup> Idem, p.48.

	Propriétaires		Locataires	
	1986 %	1996 %	1986 %	1996 %
Abitibi-Témiscamingue	14,1	13,0	36,7	39,4
Le Québec	13,9	16,3	36,4	42,3

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

### La criminalité

Le taux de criminalité constitue un indice important de sécurité dans une région et par ricochet, de la qualité de vie. Dans l'ensemble du Québec, ce taux a diminué de manière importante (-22 %) de 1990 à 1999. Cette diminution a été légèrement plus élevée dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (-23,8 %) qui a vu le nombre d'infractions au code criminel par 100 000 habitants passer de 6 816 à 5 194 au cours de la même période. Cependant, en dépit de l'amélioration, ce taux demeure dans la moyenne québécoise.

### LES RESSOURCES MÉDICALES

Les ressources humaines de base dans le domaine des soins médicaux constituent un indicateur parmi plusieurs autres de la capacité de recevoir des soins médicaux dans une région donnée. Nous présentons au tableau 1.11 le nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 100 000 personnes dans la région et dans l'ensemble du Québec en 1993 et 2000. En Abitibi-Témiscamingue, le nombre de médecins par 100 000 habitants s'est accru de 1993 à 2000, passant de 166 à 188 alors que la situation québécoise tendait à se détériorer.

**Tableau 1.11 Nombre de médecins<sup>a</sup> pour 100 000 personnes, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, 1993 et 2000**

	1993	2000	Variation 1993-2000
Abitibi-Témiscamingue	166	188	13,3%
Le Québec	199	197	-1,0%

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

a) Excluant les médecins résidents

Plus spécifiquement, la région a bénéficié d'une augmentation du nombre de médecins spécialistes avec un bond de 17,6 %, alors que le nombre d'omnipraticiens augmentait de 12,4 % pendant la période 1993-2000.

Pour le personnel soignant, autres que les médecins, la situation était sensiblement différente. En l'an 2000, on comptait dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue 919 employé-es<sup>13</sup> pour 100 000 personnes, soit une baisse de 0,4 % par rapport à 1993. Pour l'ensemble du Québec, ce chiffre était de 960 en l'an 2000, soit une augmentation de 1,1 % par rapport à 1993.

Le nombre d'infirmières autorisées s'est accru de 3,9 % dans la région pour s'établir à 562 pour 100 000 personnes en 2000 (tableau 1.12). Dans l'ensemble du Québec, l'augmentation n'a été que de 4,7 %, atteignant ainsi une moyenne de 532 infirmières autorisées par 100 000 personnes en 2000. Par contre, pendant la même période, le nombre d'infirmières auxiliaires a diminué de 35,6 % ce qui est une baisse plus grave que celle observée dans l'ensemble du Québec (-21,1 %). Au niveau du nombre d'infirmières auxiliaires, il y a eu un certain recul pour la région (105 versus 127 pour l'ensemble du Québec).

**Tableau 1.12 Infirmières autorisées et auxiliaires pour 100 000 personnes, Abitibi-Témiscamingue et ensemble du Québec, nombre en 2000 et variation 1993-2000**

	Infirmières autorisées		Infirmières auxiliaires	
	nombre en 2000	Variation 1993-2000	Nombre en 2000	Variation 1993-2000
Abitibi-Témiscamingue	562	3,9%	105	-35,6%
Le Québec	532	4,7%	127	-21,1%

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*

<sup>13</sup> En ÉTP, ou équivalent temps-plein.

## Chapitre 2

### L'incapacité dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue

#### AVANT-PROPOS

Pour faire l'inventaire régional de la demande des personnes ayant des incapacités, nous avons consulté plusieurs banques de données publiques. Nos principales sources de données demeurent toutefois celles de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), via le Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ). Nous y avons consulté l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) ainsi que l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1998. Plus particulièrement, notre démarche au CADRISQ a consisté à extraire des tableaux croisés à l'échelle régionale.

Il faut dire que les enquêtes sur la santé de l'ISQ sont structurées de manière à mettre en relation les concepts d'incapacité, de déficience et de désavantage. En ce qui concerne l'incapacité, l'ISQ se réfère à la définition de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) français qui dit que l'incapacité « correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain » (ISQ, 2001 : 40). Quant à la déficience, elle est la résultante « d'une maladie, d'un trouble ou d'un traumatisme » (Idem.), alors que le « désavantage social » correspond aux conséquences sociales d'une incapacité. En d'autres termes, le désavantage « vient de l'impossibilité pour un individu de se conformer aux normes ou aux attentes du monde dans lequel il vit et survient lorsque l'individu ne peut accomplir certains rôles fondamentaux nécessaires à sa survie en tant qu'être social » (Idem.). Nous avons respecté ces trois dimensions lors de nos requêtes d'informations statistiques notamment en cherchant à connaître la prévalence de l'incapacité, à mesurer les effets de l'incapacité sur l'intégration sociale et, finalement, à évaluer l'effet de l'incapacité sur la demande de services.

En ce qui concerne les difficultés associées à l'incapacité, l'ISQ a développé l'indice de désavantage social. Bien entendu, le « désavantage social » ne découle pas simplement de l'incapacité. Il est également la résultante d'interactions avec l'environnement. Afin de décrire le « désavantage social », nous avons, dans la présente étude, exploité aussi bien l'EQLA que les

statistiques du recensement de la population de 1996. Selon l'OPHQ, « le recensement canadien de 1996 utilise seulement deux questions pour identifier les personnes ayant une incapacité. Ces questions, plus générales, portent sur les « limitations d'activités » vécues à la maison, à l'école ou au travail, telles que perçues par les personnes. La population des personnes avec incapacité est ainsi définie d'une manière moins précise que par l'EQLA » (OPHQ, 2003 : 8). Entre autres, les incapacités légères « n'étaient pas identifiées par les questions du recensement ; parce qu'elles se considéraient peu limitées dans leurs activités, ces personnes étaient plus susceptibles de répondre non aux questions du recensement que les personnes ayant de graves incapacités » (Idem.).

En ce qui concerne les données administratives du ministère de l'Éducation, nous avons utilisé les compilations de l'OPHQ sur les effectifs scolaires des élèves handicapés des niveaux primaire et secondaire selon le type de regroupement (classe régulière, classe spéciale ou école spéciale) et la nature de l'incapacité pour l'année budgétaire 2001-2002.

Nous avons également utilisé les statistiques d'Emploi-Québec sur la participation des personnes handicapées (selon la définition du ministère) aux mesures et services d'emploi. Il s'agit des données sur les nouvelles participations pendant la période couverte entre le 1<sup>er</sup> avril 2001 et le 31 mars 2002. Les mesures et les services d'emploi sont : les axes de préparation à l'emploi, les axes d'insertion à l'emploi, les autres axes ainsi que les contrats d'intégration au travail (CIT)<sup>14</sup>.

Les données sont présentées en deux parties. La première partie porte sur la prévalence de l'incapacité et sur les caractéristiques socio-économiques de la population ayant des incapacités comparativement à celle sans incapacité. La deuxième partie traite des dimensions de l'intégration sociale (études, travail, loisirs et déplacements) et de la demande de services visant à assurer une autonomie à domicile des personnes ayant des incapacités.

---

<sup>14</sup> Plus précisément, les services spécialisés ou mesures actives d'emploi aux personnes faisant face à des difficultés particulières liées à l'accès au marché de l'emploi sont les suivants. a) L'axe de préparation à l'emploi, qui vise à permettre aux personnes défavorisées au plan de l'emploi d'acquérir ou de développer des compétences personnelles en réalisant des activités intégrées de préparation et d'insertion en emploi en vue d'entrer sur le marché du travail. Cet axe regroupe les *Mesure de formation*, *Projets de préparation pour l'emploi* et les *Services d'aide à l'Emploi*. b) L'axe d'insertion à l'emploi regroupe les mesures *Subventions salariales d'insertion en emploi* et *Supplément de retour au travail*. c) La catégorie autres axes regroupe les mesures *Soutien à l'emploi autonome*, *Activités d'aide à l'emploi*, *Insertion sociale*, *Fonds de lutte contre la pauvreté* et *Projets pilotes pour travailleurs âgés*. Quant au CIT, il a pour but de favoriser l'embauche d'une personne handicapée en accordant une subvention salariale à un employeur pour faciliter l'accès à l'emploi des personnes qui veulent et peuvent intégrer une entreprise ordinaire.

Le portrait établit systématiquement une comparaison des statistiques régionales à la moyenne québécoise<sup>15</sup>. De plus, la précision des données de l'ESS et de l'EQLA est révélée par les coefficients de variation<sup>16</sup>. Ainsi, les données avec un coefficient de variation entre 15 % et 25 % (représentées par \*) sont à interpréter avec prudence alors que celles avec un coefficient supérieur à 25 % (représentées par \*\*) sont peu fiables.

## **PARTIE I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS**

### **La prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité**

La nature de l'incapacité a des répercussions directes sur les possibilités qu'a un individu de surmonter des obstacles dans son environnement physique ou social mais également sur la planification et la dispense des services. C'est pourquoi nous devons commencer ce portrait par une description de la condition d'incapacité.

À titre de première observation, signalons que pour l'ensemble du Québec, le taux standard<sup>17</sup> d'incapacité a progressé de 12,0 % en 1991 à 15,2<sup>18</sup> % en 1998 (ISQ, 2001). La « condition d'incapacité » ne se distribue pas uniformément sur le territoire québécois. Comme le révèle la figure 2.1, le taux calculé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue (15,1 %) est similaire à la moyenne québécoise (15,2 %). Les autres régions dont le taux est inférieur à la moyenne québécoise sont celles de Laval, de l'Estrie, de la Gaspésie-les-Iles, de Chaudière-Appalaches, de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

### **Figure 2.1**

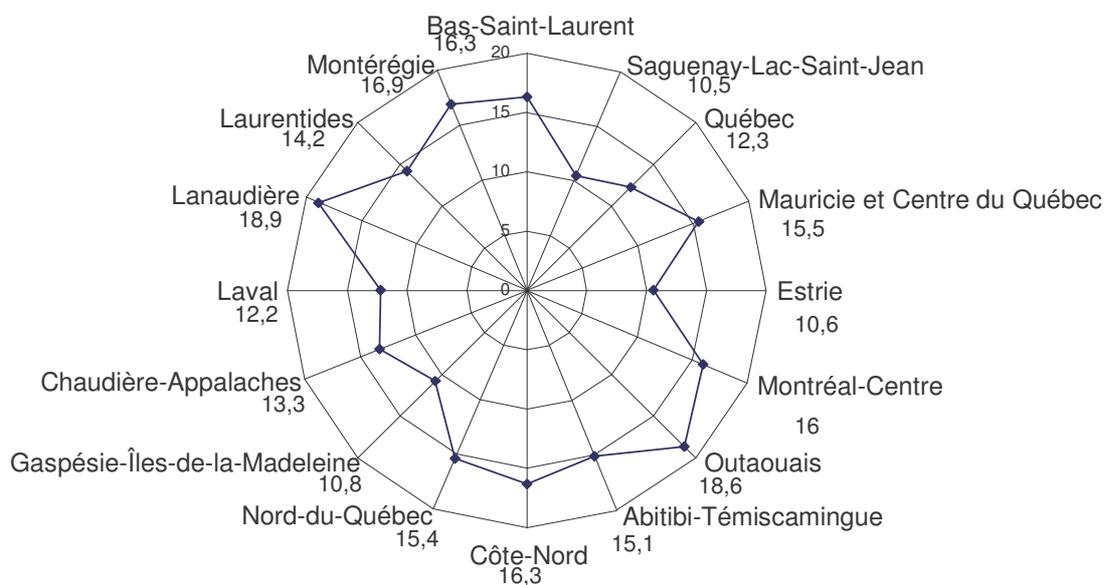
<sup>15</sup> La moyenne québécoise est toujours calculée en incluant les valeurs de la région décrite dans le calcul.

<sup>16</sup> Le calcul des pourcentage dans les tableaux constitués des données de l'ESS et de l'EQLA a été effectué à partir des estimations pondérées de population alors que le calcul des coefficients de variation a été réalisé sur les estimations pondérées des proportions moins l'effet de plan d'échantillonnage. Par ailleurs, les proportions calculées sur des estimations de population sont légèrement différentes de celles obtenues après une pondération sur les proportions moins l'effet de plan.

<sup>17</sup> Le taux standard prend en considération l'effet de la structure d'âge et des effectifs par sexe.

<sup>18</sup> Pour l'ensemble du portrait, les statistiques portent exclusivement sur la population vivant en ménage privé.

### Taux standard d'incapacité en 1998



ISQ (2001) EQLA 1998.

L'utilisation du taux standard comporte toutefois des limites puisqu'il y a soustraction de l'influence de la structure d'âge sur les valeurs statistiques. Il faut également tenir compte du fait que pour certains, la vie commence avec une incapacité, alors que pour d'autres, l'apparition d'une incapacité se produit pendant l'enfance ou pendant l'âge adulte.

Malheureusement, nous ne disposons pas d'informations statistiques à l'échelle régionale sur la prévalence de l'incapacité chez les enfants québécois. Par contre, à l'échelle du Québec, nous savons que le taux d'incapacité chez les 0-14 ans<sup>19</sup> était de 8,6 % en 1998 (ISQ, 2001). Signalons que dans l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA) de 1991, Statistique Canada avait révélé un taux d'incapacité de 7,54 %. Cette progression de l'incapacité a été observée dans toutes les sous catégories d'âge soit les 0 à 4 ans, les 5 à 9 ans et les 10 à 14 ans. Par ailleurs, le taux d'incapacité chez les garçons est presque deux fois plus élevé que chez les filles (10,6 % versus 6,6 %). Chez les garçons, le taux d'incapacité est élevée pendant les

<sup>19</sup> L'incapacité chez les enfants est définie par sept indicateurs : troubles de vue, de parole, d'audition, problèmes chroniques de santé physique, troubles émotifs ou de comportement, déficience intellectuelle, troubles d'apprentissage et autres troubles.

premières années scolaires entre l'âge de 5 à 9 ans (11,3%). Selon l'ISQ, les incapacités qui apparaissent tôt dans la vie sont préoccupantes « parce qu'elles peuvent contribuer à restreindre l'accès à l'éducation et à limiter les perspectives d'emploi – pourraient avoir des conséquences plus étendues que les incapacités qui apparaissent à un âge avancé » (ISQ, 2001 : 89).

En ce qui concerne la population adulte (15 ans et plus), nous disposons de données pour décrire les particularités de la prévalence de l'incapacité à l'échelle régionale. Nous avons divisé la population adulte en deux sous-groupes, celui des 15 à 64 ans et celui des 65 ans et plus, afin de mieux cerner les enjeux associés à chacun des stades de vie. Le tableau 2.1 nous révèle que les problèmes d'incapacité s'accroissent avec l'âge. En Abitibi-Témiscamingue, 12 % des personnes de 15 à 64 ans avaient un problème d'incapacité comparativement 43,3 % des 65 ans et plus en 1998. Par rapport à l'ensemble du Québec, la prévalence des incapacités en Abitibi-Témiscamingue est légèrement plus élevée chez les personnes de plus de 65 ans tandis qu'elle est plus ou moins similaire pour les 15 à 64 ans (tableau 2.1).

**Tableau 2.1 Proportion de la population avec incapacité par groupe d'âge et par gravité de l'incapacité (1998)**

	Prévalence à l'intérieur du groupe d'âge %	Prévalence selon la gravité de l'incapacité %	
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>			
15-64 ans	12,0	Légère	8,0
		Modérée ou grave	4,0
65 ans et plus	43,3	Légère	18,5*
		Modérée ou grave	24,8
<b>Le Québec</b>			
15-64 ans	12,6	Légère	8,4
		Modérée ou grave	4,2
65 ans et plus	41,6	Légère	20,8
		Modérée ou grave	20,8
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence ** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement *** Coefficient de variation non calculé Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998			

À l'échelle québécoise, le taux d'incapacité augmente rapidement à partir de 55 ans, soit pendant les dernières années de la vie active (ISQ, 2001). D'autre part, la gravité<sup>20</sup> de l'incapacité

<sup>20</sup> Plus précisément, la notion de gravité réfère à ce qui suit : « L'échelle concernant les adultes tient compte à la fois de l'intensité d'une incapacité (totalement ou partiellement incapable) et de son étendue (le nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité aux questions de sélection principalement) » (ISQ, 2001 : 76). Les catégories grave et modérée ont été fusionnées pour des raisons de confidentialité.

croît aussi avec l'âge<sup>21</sup>. En Abitibi-Témiscamingue, les personnes de 15 à 64 ans sont deux fois plus concernées par des incapacités légères (8,0 %) que par des incapacités modérées ou graves (4,0 %). Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles sont davantage concernées par des incapacités modérées ou graves (24,8 %) que des incapacités légères (18,5 %\*). De plus, ces dernières personnes sont proportionnellement moins sujettes à des incapacités légères que celles de même condition dans l'ensemble du Québec (20,8 %).

À l'échelle québécoise, le taux d'incapacité chez les femmes est légèrement supérieur (16 %) à celui des hommes (14 %) (ISQ, 2001 : 78). Par ailleurs, les données de l'EQLA révèlent qu'en Abitibi-Témiscamingue, les tendances sont similaires chez les hommes et chez les femmes quant à la gravité de l'incapacité. La majorité des hommes et des femmes de l'Abitibi-Témiscamingue ont une incapacité de gravité légère (tableau 2.2). Le taux se trouve davantage accentué chez les hommes (60,5 % versus 56,6 % chez les femmes). En général, les tendances hommes-femmes sont similaires à celles de l'ensemble du Québec. Par ailleurs, il est à noter que l'incapacité n'est pas nécessairement un état stable; elle peut évoluer avec le temps.

**Tableau 2.2 Gravité de l'incapacité selon le sexe parmi la population de 15 ans et plus (1998)**

		Légère %	Modéré ou grave %	Total %
Homme	Abitibi-Tém.	60,5	39,5	100
	Le Québec	63,4	36,6	100
Femme	Abitibi-Tém.	56,6	43,4	100
	Le Québec	58,9	41,1	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\*Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998

Bien qu'une personne puisse avoir plusieurs incapacités, l'EQLA révèle que 52,2 % de la population de plus de 15 ans avait une seule incapacité et que 28,6 % en avait deux. C'est pourquoi nous portons un regard sur la prévalence des incapacités exclusives et de ses relations avec les fonctions atteintes (tableau 2.3).

Au Québec, près d'une personne sur deux, aux prises avec une incapacité, a un problème de motricité (mobilité ou agilité) et ce, à travers tous les groupes d'âge<sup>22</sup> (tableau 2.3). La

<sup>21</sup> Soulignons que le taux d'incapacité a connu une hausse significative chez les tous les sous-groupes d'âge entre 1986 et 1998 (ISQ, 2001).

<sup>22</sup> En ce qui concerne les troubles psychiques, la prévalence est plus grande chez les 15 à 34 ans que dans les groupes plus âgés (ISQ, 2001).

proportion des personnes de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont des incapacités liées à la mobilité est légèrement inférieure (45,3 %) à celle de l'ensemble du Québec (49,3 %). Par contre, la prévalence des incapacités liées à des limitations multiples est plus élevée en Abitibi-Témiscamingue (32 %) que dans l'ensemble du Québec (28,5 %). Par ailleurs, les problèmes de santé mentale et de déficience intellectuelle (catégorie « psychisme seul »), ils touchaient 7,8 % des Québécois avec incapacité.

**Tableau 2.3 Nature exclusive des incapacités parmi la population de 15 ans et plus (1998)**

	Communication seule %	Motricité seule %	Psychisme seul %	Limitations multiples %	Total %
Abitibi-Témiscamingue	13,3*	45,3	9,3**	32,0	100
Le Québec	14,5	49,3	7,8	28,5	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998

Il s'avère important de se questionner sur l'origine des problèmes de santé ayant causé l'incapacité. Au Québec, pour plus de 85 % des cas, l'incapacité arrive à l'âge adulte, plus particulièrement entre 15 et 54 ans (ISQ, 2001 :105). Par conséquent, les problèmes d'incapacité dont l'origine remonte à la naissance sont plutôt marginaux à l'intérieur de la catégorie regroupant la naissance, la maladie<sup>23</sup> et le vieillissement (tableau 2.4). La proportion des personnes de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont des incapacités liées à la naissance, à la maladie ou au vieillissement (43,2 %) est plus faible que celle pour l'ensemble du Québec (56,2 %). Par contre, toutes les autres origines des problèmes de santé sont sureprésentées en Abitibi-Témiscamingue comparativement au Québec.

**Tableau 2.4. Origine des problèmes de santé ayant causé les incapacités parmi la population de 15 ans et plus (1998)**

	Naissance, maladie ou vieillessement %	Liée au travail %	Accident à la maison ou ailleurs %	Autres causes %	Total %
Abitibi-Tém.	43,2	22,7*	22,7*	11,4**	100
Le Québec	56,2	14,1	19,3	10,4	100

<sup>23</sup> Signalons que les maladies sont souvent responsables des incapacités liées à la vision et à l'agilité, à l'audition et à la mobilité (Idem.)

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998

### Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre la population avec et sans incapacité

À priori, nous pouvons affirmer que les personnes ayant des incapacités sont généralement désavantagées socio-économiquement comparativement à des personnes sans incapacité. Comme premier élément de comparaison du statut socio-économique, nous disposons de statistiques sur le plus haut niveau de scolarité atteint chez les personnes avec et sans incapacité (tableau 2.5). De façon générale, la scolarisation est l'un des meilleurs moyens pour améliorer sa condition de vie. Certes, il faut considérer lors de l'analyse des données de l'EQLA que les conditions actuelles de scolarisation sont différentes de celles des générations précédentes. Bref, les statistiques nous révèlent que la population actuelle de plus de 65 ans a généralement moins d'années de scolarité que les plus jeunes de la société (ISQ, 2001).

**Tableau 2.5 Plus haut niveau de scolarité atteint parmi la population de 15 ans et plus avec et sans incapacité (1998)**

		Moins de 9 années %	10 à 12 années %	Études collégiales %	Études universitaires %
Avec incapacité	Abitibi- Témiscamingue	39,7	28,8*	16,4**	9,6**
	Le Québec	28,8	30,9	22,7	14,9
Sans incapacité	Abitibi- Témiscamingue	18,4	37,7	27,9	14,6
	Le Québec	14,3	32,4	29,2	22,3

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998  
 Le total ne peut donner 100 % en raison de l'exclusion de la catégorie « autres réponses » du tableau.

Par rapport à l'ensemble du Québec, nous retrouvons en Abitibi-Témiscamingue une plus grande part de personnes avec incapacité à avoir moins de 9 années de scolarité (39,7 % versus 28,8 % au Québec). Par ailleurs, les pourcentages pour les personnes avec incapacité tendent à diminuer, beaucoup plus qu'au Québec, avec l'augmentation des stades scolaires.

Le niveau de scolarité a une influence certaine sur la nature de l'emploi occupé et, par conséquent, sur le niveau du revenu personnel. Les données du recensement de 1996 indiquent

que le revenu moyen personnel des hommes, avec ou sans incapacité, était légèrement plus élevé en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec, tandis que le revenu des femmes était inférieur à celui de l'ensemble provinciale. Selon le tableau 2.6, les hommes de la région avec incapacité gagnaient un revenu personnel moyen de 18 269 \$ alors qu'en moyenne, les Québécois de même condition gagnaient 17 758 \$. Par ailleurs, le revenu moyen des femmes avec incapacité en Abitibi-Témiscamingue était de 11 419 \$ alors que celui des Québécoises de même condition était de 12 696 \$. Cependant, bien plus patent est la condition économique défavorable qui existe entre le revenu des personnes avec incapacité et celles sans incapacité. Le revenu moyen des hommes avec incapacité en Abitibi-Témiscamingue était de 12 116 \$ inférieur à celui des hommes sans incapacité.

En ce qui concerne les statistiques de 1998, elles nous révèlent que la population adulte avec incapacité se trouve majoritairement à l'intérieur des catégories de faible revenu personnel (moins de 19 999\$). Au Québec, près de 55 % des personnes ayant une incapacité gagnent moins de 19 999 \$, proportion similaire à celle de l'Abitibi-Témiscamingue. Bien que la catégorie des revenus supérieurs à 40 000 \$ ne soit pas statistiquement significative chez les personnes ayant une incapacité, les personnes sans incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue sont légèrement plus nombreuses dans cette catégorie (20,4 %) que la moyenne québécoise (19 %).

**Tableau 2.6 Revenu moyen personnel selon le sexe (1996) et distribution de la population de 15 ans et plus, avec et sans incapacité, selon les catégories de revenu personnel (1998)**

<b>Revenu moyen personnel (1996)</b>		<b>Homme</b>	<b>Femme</b>					
		<b>\$</b>	<b>\$</b>					
Avec incapacité	Abitibi-Témiscamingue	18 269	11 419					
	Le Québec	17 758	12 696					
Sans incapacité	Abitibi-Témiscamingue	30 385	16 937					
	Le Québec	29 533	18 379					
<b>Catégories de revenu personnel (1998)</b>								
		<b>Moins de 11 999 \$ %</b>	<b>12 000 à 19 999 \$ %</b>	<b>20 000 à 29 999 \$ %</b>	<b>30 000 à 39 999 \$ %</b>	<b>40 000\$ et plus %</b>	<b>Non disponible %</b>	<b>Total %</b>
Avec incapacité	Abitibi-Tém.	32,6*	22,5*	15,7*	7,9**	4,5**	16,9	100
	Le Québec	33,2	22,7	14,3	9,3	9,7	10,8	100
Sans incapacité	Abitibi-Tém.	27,2	14,9	17,0	13,5	20,4	7,0	100
	Le Québec	26,2	15,3	17,6	13,1	19,0	8,8	100
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence ** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement *** Coefficient de variation non calculé Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998								

Une des explications du désavantage économique des personnes handicapées peut se trouver dans la composition du revenu (tableau 2.7). En Abitibi-Témiscamingue, les transferts gouvernementaux (assurance-emploi, allocations sociales, etc.) représentaient 57,1 % du revenu total des personnes avec incapacité en 1996, comparativement à 51,7 % pour l'ensemble du Québec. La part du revenu d'emploi chez les personnes avec incapacité était de loin plus faible (30,7 %). L'écart était particulièrement grand entre le revenu des personnes avec incapacité (30,7 %) et ceux sans incapacité (79,8 %). En revanche, les personnes de l'Abitibi-Témiscamingue tiraient une part légèrement plus grande de revenus d'emploi que leurs vis-à-vis de l'ensemble du Québec (29,3 % pour ceux ayant une incapacité et 79,8 % pour ceux sans incapacité). À l'inverse, la part tirée des autres revenus, comprenant notamment les allocations de la CSST et de la SAAQ, était moindre en Abitibi-Témiscamingue.

**Tableau 2.7 Composition du revenu parmi la population avec et sans incapacité (1996)**

	Revenus d'emploi		Transferts gouvernementaux		Autres revenus	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	%	%	%	%	%
Abitibi-Tém.	30,7	79,8	57,1	14,4	12,2	5,8
Le Québec	29,3	77,0	51,7	14,0	19,0	9,0

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 1996  
Compilation de l'OPHQ, novembre 2001.

Nous pouvons supposer que la faiblesse réelle des revenus des personnes handicapées influence la perception de leur situation financière par rapport à celle des personnes sans incapacité. Le tableau 2.8 indique que parmi la population ayant une incapacité en Abitibi-Témiscamingue, 43,9 % des personnes se percevaient dans une situation financière suffisante comparativement à 48,1 % dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, plus du tiers des personnes avec incapacité de la région (32,7 %) se percevaient pauvres, comparativement à 21,3 % de la population sans incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue.

**Tableau 2.8 Situation économique personnelle perçue parmi la population de 15 ans et plus avec et sans incapacité (1998)**

Population adulte avec ou sans incapacité		À l'aise	Suffisante	Pauvre	Très pauvre	NSP	Total
		%	%	%	%	%	%
Avec incapacité	Abitibi-Tém.	8,2**	43,9	32,7	11,2**	4,1***	100
	Le Québec	11,8	48,1	29,9	7,0	3,2***	100
Sans incapacité	Abitibi-Tém.	15,1	57,3	21,3	3,5*	2,9***	100
	Le Québec	19,2	55,1	19,0	2,8	3,8***	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
\*\*\* Coefficient de variation non calculé  
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998

Des facteurs tel que l'âge de la personne, la gravité de l'incapacité et la situation économique personnelle, quand ils sont combinés avec le fait de vivre seul, prédisent l'autonomie personnelle ou l'état de vulnérabilité. Un jeune individu avec une incapacité légère et une situation financière relativement aisée, aura une vie sociale autonome même s'il vit seul. Selon les données du recensement de 1996, la proportion des Québécois de 0 à 64 ans avec incapacité et vivant seul dans un ménage privé était deux fois et demie plus forte (20,4 %) que celle des personnes sans incapacité (8,0 %). En Abitibi-Témiscamingue, les proportions calculées sont proches des moyennes québécoises (tableau 2.9). Chez les 65 ans et plus, les données nous révèlent qu'une partie importante de la population québécoise, avec ou sans incapacité, vivait

seule (32,0 % et 29,1 %). Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, les proportions calculées sont très similaires à ces moyennes, soit 33,1 % et 29,8 %. Bien entendu, les personnes vivant seules dans leur logement ne sont pas pour autant isolées socialement.

**Tableau 2.9 Proportion des personnes vivant seules selon l'âge parmi la population avec et sans incapacité (1996)**

	0 à 64 ans		65 ans et plus	
	Avec incapacité %	Sans incapacité %	Avec incapacité %	Sans incapacité %
Abitibi-Témiscamingue	19,7	6,7	33,1	29,8
Le Québec	20,4	8,0	32,0	29,1

Source : Statistique Canada, Recensement de la Population 1996, Compilation de l'OPHQ, novembre 2001

<sup>1</sup> L'erreur d'échantillonnage se situe entre 16,3 % et 33,3 %. Il convient que cette donnée soit utilisée avec prudence.

<sup>2</sup> L'erreur d'échantillonnage est supérieure à 33,3 %. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Dans notre dernière observation, nous nous interrogeons sur le soutien social des personnes avec incapacité (tableau 2.10). En quelque sorte, les données sur le soutien social désignent la qualité du réseau des relations personnelles avec les gens de l'entourage (amis ou parenté<sup>24</sup>). Si les données entre la région et l'ensemble du Québec sont similaires pour les personnes sans incapacité, ce n'est pas le cas pour les données relatives aux personnes avec incapacité. Parmi ces personnes, en Abitibi-Témiscamingue, la proportion qui obtient un soutien social élevé est plus élevée (75,8 %) que celle de l'ensemble du Québec (69,9 %). Par ailleurs, les personnes avec incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue reçoivent en moindres proportions un soutien social faible (17,2 %\*) comparativement à l'ensemble des Québécois de même condition (25,9 %). Quant à elles, les personnes sans incapacité ont un réseau social plus développé. En général, ces personnes sont en plus grande proportion à bénéficier d'un soutien social élevé, tant dans la région (78,5 %) que dans l'ensemble du Québec (79,4 %).

<sup>24</sup> L'indice de soutien social est établi à partir de sept questions : il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible (ESS 1998 et OPHQ, 2003).

**Tableau 2.10 Indice de soutien social parmi la population de 15 ans et plus avec et sans incapacité (1998)**

		Soutien social faible %	Soutien social élevé %	NSP, non disponible %	Total %
Avec incapacité	Abitibi-Tém.	17,2*	75,8	7,1***	100
	Le Québec	25,9	69,9	4,2***	100
Sans incapacité	Abitibi-Tém.	18,6	78,5	2,9***	100
	Le Québec	18,0	79,4	2,5***	100
<small>* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  **Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  *** Coefficient de variation non calculé  Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998</small>					

## **PARTIE II. PARTICIPATION SOCIALE ET BESOINS DE SERVICES**

Dans cette partie nous traitons de l'intégration sociale à travers différentes dimensions : la participation sur le marché du travail, la scolarisation, la pratique des loisirs, l'utilisation des modes de transport, et également la demande de services visant à favoriser l'autonomie des personnes à leur domicile.

Avant d'aborder en détail ces pratiques sociales, nous présentons quelques indices qui témoignent du niveau de participation sociale des personnes et qui mettent en relief les entraves ou, au contraire, les « facilitateurs » de l'intégration sociale. Il s'agit des indices suivants : le statut d'activité, le « désavantage social », l'utilisation des aides techniques et l'adaptation des logements.

### **Statut d'activité, indice de « désavantage social », aides techniques et adaptation de logement**

Pour évaluer globalement la nature de la participation sociale, nous disposons de données sur le « statut d'activité habituel au cours des douze derniers mois » (tableau 2.11). Cet indice comprend les quatre catégories suivantes : en emploi, tenant maison, à la retraite et sans emploi<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Pour des raisons de confidentialité la catégorie « étudiant » a été regroupée avec celle des « autres réponses ».

**Tableau 2.11 Statut d'activité habituel des adultes au cours des 12 derniers mois parmi la population de 15 ans et plus, avec et sans incapacité (1998)**

		En emploi	Tenant maison	À la retraite	Sans emploi	Autres	Total
		%	%	%	%	%	%
Avec incapacité	Abitibi-Tém.	24,5*	29,6*	30,6*	10,2**	5,1***	100
	Le Québec	27,8	19,3	33,0	14,1	6,0***	100
Sans incapacité	Abitibi-Tém.	60,7	14,4	7,1*	4,9*	12,9***	100
	Le Québec	58,1	13,3	10,3	3,5	14,9***	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
\*\*\* Coefficient de variation non calculé  
Source Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998

Nous constatons qu'une part importante de la population ayant une incapacité, tant au Québec qu'en Abitibi-Témiscamingue, était inactive en 1998. En Abitibi-Témiscamingue, 30,6 % des personnes avec incapacité étaient à la retraite, comparativement à 33 % dans l'ensemble du Québec. Ajoutons à ce propos qu'une fraction additionnelle notable tenait maison dans la région (29,6 %\* comparativement à 19,3 % dans l'ensemble de la province). Ainsi, une part importante des personnes avec incapacité ne serait pas directement concernée par la dynamique du marché du travail. Pour celles-ci, les entraves à l'intégration sociale s'effectuent surtout dans la vie quotidienne ou dans celle de la consommation des biens et des services.

Si nous examinons plus précisément la population québécoise des 15 à 64 ans, nous constatons qu'elle est composée d'étudiants et de personnes appartenant à la population active (ISQ, 2001 : 152)<sup>26</sup>. Mais la part de la population ayant une incapacité et qui est aux études est relativement faible (5,7 %) comparativement à la part de la population sans incapacité (14,7 %). À cet égard, il n'existe pas vraiment de différences entre la situation des hommes handicapés et des femmes handicapés (Idem.). La fréquentation des institutions d'enseignement est, elle aussi, moindre chez les Québécois de 15 à 34 ans avec incapacité (29,4 %) que chez ceux qui n'ont pas d'incapacités (37 %) (Idem)<sup>27</sup>.

Bien que nous traitions davantage de la question du travail dans une section subséquente, nous décrivons ici les contraintes de l'incapacité sur l'« employabilité ». À l'échelle du Québec, nous constatons que les personnes ayant une incapacité sont en proportion presque deux fois

<sup>26</sup> Ces données ne sont pas présentées sous forme de tableau dans le présent chapitre.

<sup>27</sup> Toutes les statistiques concernant la fréquentation scolaire dans les régions ne sont pas statistiquement significatives. Dans une section subséquente, nous décrivons en détails la fréquentation scolaire des enfants et des étudiants à partir d'autres sources que celles de l'EQLA.

moins nombreuses (27,8 %) à occuper un emploi que les personnes sans incapacité (58,1 %) (ISQ, 2001) <sup>28</sup>. Les hommes handicapés sont en proportion plus nombreux (33,8 %) que les femmes handicapées (23 %) (Idem). L'écart entre les personnes avec et sans incapacité est moindre dans la catégorie d'âge des 15 à 34 ans (42,3 % versus 51,4 %) que dans la catégorie d'âge des 35 à 54 ans (50,2% versus 81,1%) (Idem). Ces différences nous amènent à suggérer un effet de structures intergénérationnelles. Autrement dit, la jeune génération des personnes handicapées (celle qui a moins de 30 ans) a peut-être davantage bénéficié des politiques québécoises favorables à leur insertion sociale et à leur intégration scolaire. Nous sommes aussi amenés à nous référer au contexte économique régional pour comprendre la dynamique de l'insertion au travail des personnes ayant une incapacité. À l'échelle de l'Abitibi-Témiscamingue, la proportion des personnes ayant une incapacité et qui sont en emploi était de 24,5 %\* alors que la proportion calculée pour l'ensemble du Québec était de 27,8 %. Au Québec, la proportion des personnes ayant une incapacité et qui sont sans emploi était de 14,1%.

Afin de mesurer les conséquences sociales de l'incapacité, l'ISQ a construit un indice synthétique du désavantage social. L'indice prend en considération « les désavantages d'indépendance physique ou de mobilité de même que ceux liés à l'occupation principale et à d'autres activités, tels les loisirs et les sports » (ISQ, 2001 : 123). Il comporte les catégories suivantes : dépendance forte et modérée, dépendance légère, limitation dans l'activité principale et limitation dans les autres activités sans désavantage<sup>29</sup>. À l'échelle québécoise, les statistiques nous révèlent que le niveau de dépendance de la population handicapée vivant en ménage privé est très liée à l'âge, à la gravité de l'incapacité et au sexe. En d'autres termes, les femmes âgées sont généralement plus dépendantes au Québec (ISQ, 2001 ; 128). Chez les plus jeunes (de 15 à 34 ans), nous observons qu'ils présentent des limitations dans la réalisation des activités mais qu'ils ne se considèrent pas dépendants (Idem).

Selon les données du tableau 2.12, les personnes avec incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue vivent moins avec des dépendances d'ordre modérée et forte (17,9 %\*) ou légère

<sup>28</sup> Ces données ne sont pas présentées sous forme de tableau dans le présent chapitre.

<sup>29</sup> En détails, les catégories se définissent comme suit : a) la dépendance forte réfère aux personnes dépendantes envers les autres pour les soins personnels ; b) la dépendance modérée exclut la catégorie précédente, et réfère à la dépendance envers les autres pour les courtes sorties ; c) la dépendance légère exclut les catégories précédentes et réfère à la dépendance envers les autres pour les travaux lourds ; d) les limitations dans l'activité principale sans dépendance excluent les catégories précédentes et réfèrent aux limitations à l'école, au travail ou à la maison ; e) les limitations dans d'autres activités excluent les catégories précédentes et réfèrent à l'incapacité de faire du sport, des

(18,5 %\*) comparativement à l'ensemble du Québec (21,3 % et 23,5 %). Par contre, un nombre plus élevé de personnes dans la région ont une limitation au niveau de l'activité principale (32,5 %) par rapport à l'ensemble du Québec (25,7 %). Rappelons que la dépendance modérée ou forte désigne, selon l'ISQ, une dépendance envers autrui pour la réalisation des tâches quotidiennes, pour les soins personnels, pour le déplacement à l'intérieur de la maison, pour la préparation des repas et pour les déplacements sur courts trajets (moins de 80 km) (ISQ, 2001 : 124).

**Tableau 2.12 Indice de désavantage social (dépendances forte et modérée regroupées) parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

	Dépendance forte ou modérée %	Dépendance légère %	Limitation activité principale %	Limitation autres activités %	Sans désavantage %	Total %
Abitibi-Tém.	17,9*	18,5*	32,5	9,9*	21,2*	100
Le Québec	21,3	23,5	25,7	9,2	20,2	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la Statistique du Québec, EQLA 1998 et ESS 1998.

Certaines personnes aux prises avec une incapacité qui engendre des limitations dans la réalisation d'une activité principale ou d'une activité secondaire, ou qui les rendent dépendantes des autres pour la réalisation de différentes tâches ou activités, peuvent améliorer leurs conditions de vie grâce à l'utilisation des aides techniques<sup>30</sup>. L'aide technique représente « l'aide non humaine pour compenser une limite physique » et elle vise « à corriger une déficience, à compenser une incapacité, à prévenir ou réduire une situation d'handicap » (définition du Conseil consultatif sur les aides technologiques (CCAT), tirée de ISQ, 2001 : 167). Parmi les types d'aides techniques répertoriés par l'EQLA, nous retrouvons les appareils qui « compensent les problèmes d'audition, de vision, du langage et de la parole, de mobilité et d'agilité, mais aussi les adaptations et les installations aménagées à l'intérieur du logement ou d'un véhicule et les équipements médicaux utilisés par la personne elle-même pour lui permettre de vivre dans la communauté » (Idem). Soulignons qu'en 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CCAT avait constaté qu'il existait un écart croissant entre la demande et l'offre d'aides techniques, notamment par le biais des organismes publics québécois (Idem).

---

loisirs et de longs déplacements; f) la catégorie « sans désavantage » réfère aux personnes n'ayant aucune des limitations précédentes malgré la présence d'une incapacité.

Afin de connaître l'importance des aides techniques ou des services spécialisés (tel que le transport adapté) dans la vie quotidienne des personnes ayant une incapacité au Québec, l'ISQ a compilé trois indicateurs : le taux global d'utilisation d'aides techniques, le nombre d'aides techniques utilisées et les besoins d'aides techniques non comblés. À l'échelle régionale toutefois, nous ne disposons que des informations sur le nombre d'aides techniques utilisées.

À l'échelle du Québec, et pour la population totale avec ou sans incapacité, le taux global d'utilisation d'aides techniques était de 4,4 %, touchant ainsi près de 314 000 personnes (ISQ, 2001 : 173). Au sein de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité grave, le taux global d'utilisation était de 65,3 % (environ 87 000 personnes) alors qu'il était de 39,1 % au sein de la population ayant une incapacité modérée (environ 96 500 personnes). Il était de 19 % au sein de la population ayant une incapacité légère (environ 112 000 personnes) (Idem.). Si on relie l'indice d'utilisation à l'indice de désavantage social tel que calculé par l'ISQ pour la population ayant une incapacité, on s'aperçoit que le taux d'utilisation d'aides techniques était de 76 % dans la population ayant une dépendance forte, de 48,4 % au sein de la population ayant une dépendance modérée, de 29,1 % pour la population ayant une dépendance légère, de 20,7 % parmi ceux qui vivent des limitations d'activités sans dépendance et de 23,5 % chez ceux qui vivent sans désavantage (Idem.). En d'autres termes, nous observons à l'échelle québécoise une relation entre la progression de l'utilisation des aides techniques, l'accroissement de la gravité de l'incapacité et la perte d'autonomie personnelle.

À l'échelle du Québec et par ordre d'importance décroissant, les aides à l'audition étaient les plus utilisées (8,9%) par la population avec incapacité, suivies des aides à la vision (8,8 %), des aides à la mobilité (8,5 %) puis de l'aménagement du domicile (5,1 %), et enfin, des services de soins personnels (4,1 %) (ISQ, 2001 : 187). Précisons qu'au sein de la population utilisant une aide à la mobilité, les aides les plus utilisées étaient la canne (68,1 %), le fauteuil roulant manuel (29,7 %), la marchette (24 %) et les appareils orthopédiques pour le dos et les jambes (17,3\* %) (Idem.). Au sein de la population utilisant des aménagements pour entrer ou sortir de la maison (soit 2,4% de la population avec incapacité), les aménagements spéciaux les plus fréquemment mentionnés étaient la rampe d'accès ou d'entrée au niveau du sol (80%), une porte d'entrée ou un couloir élargi (49,3 %), une porte automatique (45,2 %) et un stationnement accessible (43,8\* %), alors qu'à l'intérieur du logement, la barre d'appui ou la main courante constituaient

---

<sup>30</sup> Il faut signaler que dans l'EQLA, les critères de sélection des répondants ont eu comme conséquence d'exclure les personnes qui amélioreraient grandement leur condition grâce à l'utilisation d'aides techniques. À titre d'exemple, une

les aménagements les plus communs (88,3%) (ISQ, 2001 : 196-199). De façon plus générale, ce sont les installations de la salle de bain (baignoire et douche) que les personnes avec incapacité signalent le plus fréquemment (7,1 %) comme étant les plus difficiles à utiliser s'il n'y a pas d'aides ou d'aménagements spéciaux (ISQ, 2001 : 199).

Concernant le nombre d'aides techniques utilisées, une relation s'établit aussi avec l'âge des utilisateurs. Globalement, à l'échelle du Québec, les enfants handicapés utilisent majoritairement une seule aide technique (67,5%), tandis que les 15 à 64 ans ont un recours un peu plus varié (54,7 % utilisent une aide, 28,2 % en utilisent deux ou trois et 17,2 % se servent de quatre aides ou plus). Quant aux personnes handicapées âgées de 65 ans ou plus, elles dépendent davantage de plusieurs aides techniques (39,1 % en utilisent deux ou trois, et 23,1 % se servent de quatre ou plus) (ISQ, 2001 : 174.)

En Abitibi-Témiscamingue (tableau 2.13), 79,8 % des personnes ayant une incapacité légère n'utilisaient pas d'aides techniques (c'est un taux comparable à celui de l'ensemble du Québec, 80,8 %). Par ailleurs et de façon globale, l'écart se creuse quand il s'agit des personnes ayant une incapacité modérée ou forte. Pour expliquer cet écart, il faudrait tenir compte du fait que l'utilisation des aides techniques croît avec la gravité de l'incapacité (voir le tableau 2.1).

**Tableau 2.13 Nombre d'aides techniques utilisées, selon la gravité de l'incapacité, parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

		Aucune %	Au moins une %
Abitibi-Tém.	Légère	79,8	20,2*
	Modérée ou grave	41,3*	58,7
Le Québec	Légère	80,8	18,9
	Modérée ou grave	51,5	48,1

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la Statistique du Québec, EQLA 1998 et ESS 1998.

À l'échelle du Québec, les besoins non comblés en aides techniques sont plus grands chez les personnes ayant une incapacité grave (23,4 %) que chez celles ayant une incapacité modérée (10,9 %) (ISQ, 2001 : 181). Les besoins sont plus grands chez les personnes ayant une dépendance forte (26,9\* %) que chez celles qui ont des limitations d'activités sans dépendance (6,7 %). Les personnes vivant dans un ménage privé, pauvre ou très pauvre sont, elles aussi, plus

---

personne ayant un appareil d'audition et qui déclarait bien entendre était exclue de l'enquête de l'EQLA (ISQ, 2001).

nombreuses (10,6 %) à signaler des besoins d'aides techniques non comblés que celles qui vivent dans des ménages à revenu moyen ou supérieur (5,3\* %) (Idem.). Les principales raisons invoquées pour expliquer des besoins non comblés sont les suivantes : les aides sont trop coûteuses (64 %), les besoins ne sont pas toujours systématiques (39 %), les aides n'ont pas été prescrites (37,5 %) et l'incapacité n'est pas assez grave (22,7 %\*) (ISQ, 2001 : 182).

En Abitibi-Témiscamingue, comme au Québec, outre les besoins concernant les grandes catégories d'aides techniques déjà mentionnées, près de 90 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité n'avaient pas de besoins d'aides techniques supplémentaires (tableau 2.14).

**Tableau 2.14 Besoins d'aides techniques supplémentaires parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

	Oui %	Non %
Abitibi-Témiscamingue	12,6*	87,4
Le Québec	8,1	91,9

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la Statistique du Québec, EQLA 1998 et ESS 1998.

### L'aide domestique

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, le maintien des personnes dans leur domicile figure parmi les finalités des politiques sociales ainsi que dans les logiques de dispense des services sociaux et de santé. C'est pourquoi nous nous attardons à évaluer la demande des services d'aide dans les activités quotidiennes des personnes ayant des incapacités.

L'EQLA présente la question de l'aide aux personnes handicapées sous plusieurs dimensions. Premièrement, l'EQLA identifie des sous-groupes de population. D'une part, on distingue les personnes qui ont des besoins d'aide de celles qui n'en ont pas. D'autre part, parmi les personnes qui ont des besoins, certaines reçoivent de l'aide mais d'autres n'en reçoivent pas. Enfin, parmi celles qui reçoivent de l'aide, certaines n'ont pas nécessairement des besoins additionnels alors que d'autres personnes en ont. Deuxièmement, l'EQLA distingue les types d'aide demandée ou offerte. L'aide peut se présenter sous la forme d'aide personnelle (préparation des repas, soins personnels et pour les déplacements à l'intérieur de la résidence), d'aide pour les tâches domestiques (achats, travaux ménagers courants, finances personnelles) ou

encore d'aide pour les gros travaux ménagers (déneigement, peinture, lavage des murs) (voir OPHQ, 2003). Un quatrième indicateur, « l'aide totale », regroupe l'aide personnelle, les tâches domestiques et les gros travaux ménagers. De ces différentes dimensions de l'aide, nous nous sommes limités dans nos explorations statistiques à l'échelle régionale à quelques variables clés seulement, entre autres pour des raisons de confidentialité. Ces variables sont : la fréquence de l'aide reçue, la source de l'aide, les besoins non comblés pour la réalisation de tâches domestiques et les besoins d'aide totale.

À l'échelle québécoise, l'EQLA a permis de constater que le besoin d'aide pour la réalisation des activités quotidiennes était plus grand chez les femmes (56,7 %) que chez les hommes (40,3 %). Il était également plus grand chez les personnes de 65 ans et plus (64,4 %) que le dans le groupe des 15 à 64 ans (41,4%). En ce qui a trait à de l'aide additionnelle, une plus forte proportion d'hommes de 15 à 64 ans (24,3 %) ont des besoins comparativement à leurs confrères de 65 ans et plus (13,6\* %). Concernant l'aide reçue, les personnes de 65 ans et plus reçoivent en proportion un peu plus d'aide que les 15 à 64 ans. Enfin, les besoins d'aide non comblés (parmi les personnes n'ayant pas reçu d'aide ou parmi celles ayant des besoins additionnels) sont plus grands chez les 15 à 64 ans (44 %) que chez les 65 ans ou plus (34,9 %) (ISQ, 2001 : 211).

Parmi les trois types d'aide retenus (aide personnelle, aide pour les tâches domestiques et aide pour les gros travaux ménagers), le besoin était davantage exprimé pour la réalisation des tâches domestiques (30,5 %) et des gros travaux ménagers (41,8 %), notamment chez les personnes de 65 ans et plus. Quant au problème du manque d'aide chez les 15 à 64 ans (« aide non reçue » parmi les personnes recevant de l'aide), il était fréquent pour l'aide personnelle (28,5 %) et les tâches domestiques (31,4 %), mais moins fréquent chez les 65 ans et plus (soit respectivement 20,5\* % et 18,8 %). En ce qui concerne le besoin d'aide additionnelle (toujours parmi les personnes recevant de l'aide), il était aussi davantage exprimé par les 15 à 64 ans, mais cette fois, pour des tâches domestiques et de gros travaux ménagers. Enfin, au niveau des besoins d'aide non comblés (parmi l'ensemble des personnes ayant des besoins d'aide), si une proportion importante dans les deux groupes d'âges signale des lacunes dans l'aide personnelle (soit respectivement 34,4 % et 30,2 %); ce sont les 15-64 ans qui demeurent les plus fortement négligés au niveau des tâches domestiques (42,7 % versus 26,8 %) et des gros travaux ménagers (32,7 % versus 24,4 %) (ISQ, 2001 : 211). Notons tout de même que ce sont les 15 à 64 ans qui reçoivent le plus fréquemment de l'aide pour des travaux ménagers courants (Idem.).

Pour terminer la description à l'échelle québécoise, signalons que les besoins d'aide additionnelle ou les besoins d'aide non comblés sont plus grands chez les personnes vivant dans un ménage pauvre ou très pauvre. Bref, l'appartenance à une classe sociale défavorisée rend plus difficile l'accès aux services de soutien à domicile (ISQ, 2001 : 215). Par ailleurs, 47 % des personnes habitant les régions rurales déboursaient de l'argent afin d'obtenir un service comparativement à 36 % personnes des régions urbaines (ISQ, 2001 : 219).

Concernant la fréquence de l'aide domestique, l'EQLA indique que la préparation des repas constitue l'aide la plus fréquente au niveau quotidien, que l'aide pour les finances personnelles s'effectue généralement une fois par semaine et que l'aide pour les gros travaux se donne habituellement moins qu'une fois par mois (ISQ, 2001 : 216).

À l'échelle de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, en ce qui concerne l'aide reçue pour la réalisation des travaux ménagers courants (ex : épousseter et ranger), 78,3 % des personnes avec incapacité requièrent de l'aide au moins une fois par semaine (tableau 2.15). Il s'agit d'une proportion largement supérieure à celle calculée pour l'ensemble du Québec (60,6 %).

**Tableau 2.15 Fréquence de l'aide pour des travaux ménagers courants parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

	Tous les jours	Au moins 1 fois par semaine	NSP	Total
	%	%	%	%
Abitibi-Témiscamingue	17,4**	78,3	4,3	100
Le Québec	36,8	60,6	2,6	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\*Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998

En Abitibi-Témiscamingue, les personnes ayant une incapacité légère sont proportionnellement plus nombreuses (58 %) à faire seules leur ménage courant que la moyenne des Québécois de même condition (54,2 %) (tableau 2.16). Lorsqu'une personne a une incapacité modérée ou grave, la « dépendance » envers les autres s'accroît pour la réalisation de cette tâche, que la personne y participe elle-même ou non. Par contre, chez la population ayant une incapacité modérée ou grave et qui effectuent seules leur ménage, les proportions pour la région (36,5 %\*) et pour l'ensemble du Québec (37 %) sont similaires.

À l'échelle québécoise, il faut signaler que la source de l'aide, pour faire le ménage, demeure principalement le conjoint ou les enfants (60 %). Les amis, les bénévoles et les personnes apparentées représentaient la deuxième source d'aide en importance (ISQ, 2001 : 218). Par ailleurs, le réseau des CLSC était très peu utilisé comparativement à celui des autres sources (comprenant les organismes communautaires).

**Tableau 2.16 Identification de la personne qui fait les travaux ménagers courants selon la gravité de l'incapacité parmi la population avec incapacité de 15 ans et plus (1998)**

		La personne seule	La personne avec une autre	Une autre personne	NSP	Total
		%	%	%	%	%
Incapacité légère	Abitibi-Tém.	58,0	23,9*	18,2*	-	100
	Le Québec	54,2	27,6	18,1	0,2	100
Incapacité modérée ou grave	Abitibi-Tém.	36,5*	22,2	41,3	-	100
	Le Québec	37,0	26,5	36,3	0,1	100
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence						
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement						
*** Coefficient de variation non calculé						
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998						

Au sein de la population ayant une incapacité en Abitibi-Témiscamingue, 35 %\* des personnes avaient des besoins d'aide non comblés pour la réalisation de tâches domestiques (tableau 2.17). Il s'agit de personnes qui ont besoin d'une aide additionnelle ou qui n'ont pas reçu d'aide pour réaliser au moins une tâche domestique. La proportion est comparable à celle observée dans l'ensemble du Québec (35,1 %). Signalons que les besoins d'aide non comblés diffèrent peu entre les milieux urbains et ruraux à l'échelle du Québec (ISQ, 2001 : 215).

**Tableau 2.17 Besoins d'aide non comblés pour des tâches domestiques parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

		Oui
		%
Besoins d'aide non comblés pour tâches domestiques	Abitibi-Témiscamingue	35,0*
	Le Québec	35,1
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence		
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement		
*** Coefficient de variation non calculé		
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998		

Finalement, le tableau 2.18 indique que les besoins d'aide totale en Abitibi-Témiscamingue (43,7 %), qui regroupent l'aide personnelle, les tâches domestiques et les gros travaux ménagers, étaient moins élevés que ceux exprimés pour l'ensemble du Québec (49,5 %).

Il est à constater qu'à l'échelle québécoise, les personnes les plus pauvres, de même que celles qui ont une incapacité modérée ou grave, étaient plus nombreuses à solliciter de « l'aide totale ».

**Tableau 2.18 Besoins d'aide totale parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

		Oui %
Besoins d'aide totale	Abitibi-Témiscamingue	43,7
	Le Québec	49,5
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence **Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement *** Coefficient de variation non calculé Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998		

### Le transport et les déplacements

Une partie la population handicapée a des limitations à quitter la demeure, et certaines personnes y sont même confinées (le confinement à la demeure est fortement lié à la gravité de l'incapacité). Par conséquent, les personnes ayant des incapacités ont plus souvent recours à des réseaux sociaux, communautaires et institutionnels pour se déplacer. À l'échelle québécoise, on estimait que 12,8 % des personnes vivant en ménage privé avaient des limitations à quitter leur demeure, dont un tiers qui se disait y être confiné (tableau 2.19).

Les personnes qui n'ont pas de difficulté à quitter leur demeure sont, par définition, des personnes qui peuvent se déplacer pour obtenir des services ou pour participer à des activités sociales. Les statistiques de l'Abitibi-Témiscamingue révèlent que la proportion des personnes qui n'ont pas de limitation à quitter la demeure (86,8 %) était comparable à la proportion calculée pour l'ensemble du Québec (86,1 %).

**Tableau 2.19 Limitation à quitter la demeure parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

	Limitation à quitter la demeure ou confiné %	Aucune limitation à quitter la demeure %	NSP %	Total %
Abitibi-Tém.	13,2*	86,8	-	100

Le Québec	12,8	86,1	1,1***	100
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence **Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement *** Coefficient de variation non calculé Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998				

La nature et la gravité de l'incapacité, ainsi que la longueur des trajets à effectuer, ont des effets sur les modes et les services de transport utilisés. Certes, l'organisation du territoire, notamment la distribution de la population et des activités dans l'espace, influe également sur la mobilité des personnes. En Abitibi-Témiscamingue, l'offre et la demande de déplacements en transport public n'existent pas comme elle peut exister à Québec et à Montréal. Cette situation explique en partie l'importance du véhicule individuel afin d'assurer les déplacements-travail des personnes (tableau 2.20). Selon des données du recensement compilé par l'OPHQ, 75,9 % de la population avec incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue conduisait un véhicule individuel pour se rendre au travail, comparativement à 78,6 % des personnes sans incapacité. Cette proportion est bien plus élevée que celle calculée pour l'ensemble du Québec (65,9 %<sup>2</sup>). Par ailleurs, il semble que le recours aux transports collectifs ou aux taxis pour se rendre au travail est assez marginalisée. Ces modes de transport incluent les services de transport adapté.

**Tableau 2.20 Mode de transport pour se rendre au travail parmi la population avec et sans incapacité (1996)**

	Véhicule individuel conducteur		Véhicule individuel passager		Transport collectif ou taxi	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	%	%	%	%	%
Abitibi-Tém.	75,9	78,6	8,3 <sup>1</sup>	7,2	1,1 <sup>2</sup>	1,1
Le Québec	65,9 <sup>2</sup>	73,4	7,6 <sup>2</sup>	5,9	15,6 <sup>2</sup>	11,8
<sup>1</sup> L'erreur d'échantillonnage se situe entre 16,3 % et 33,3 %. Il convient que cette donnée soit utilisée avec prudence. <sup>2</sup> L'erreur d'échantillonnage est supérieure à 33,3 %. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement. N/a Information non disponible. Source : Statistique Canada, Recensement de la population 1996 Compilation de l'OPHQ, novembre 2001.						

Les statistiques de l'EQLA nous révèlent, à leur tour, l'importance du véhicule individuel pour assurer les déplacements de la population de l'Abitibi-Témiscamingue (tableau 2.21). Malgré la gravité de leur incapacité, 63,2 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave conduisaient un véhicule individuel en 1998. La proportion était nécessairement plus forte chez

les personnes ayant une incapacité légère (73 %). Par rapport à l'ensemble du Québec, les proportions calculées pour l'Abitibi-Témiscamingue sont bien supérieures.

**Tableau 2.21 Conduit un véhicule individuel, selon la gravité de l'incapacité, parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

		Oui %
Incapacité légère	Abitibi-Témiscamingue	73,0
	Le Québec	63,0
Incapacité modérée ou grave	Abitibi-Témiscamingue	63,2
	Le Québec	44,1
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence		
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement		
*** Coefficient de variation non calculé		
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998		

L'accessibilité des modes de transport pour les personnes handicapées repose notamment sur des considérations technologiques. Pour compenser leurs limitations fonctionnelles ou pour surmonter les obstacles environnementaux, les personnes ayant une incapacité utilisent parfois des aides techniques ou des services spécialisés. À l'échelle du Québec, seulement 12 % des personnes ayant une incapacité utilisaient des aides techniques pour effectuer leurs déplacements (tableau 2.22). En Abitibi-Témiscamingue, les besoins d'accompagnement pour les longs trajets étaient particulièrement élevés (18,2 %\*) comparativement à l'ensemble du Québec (14,5 %).

**Tableau 2.22 Utilisation des aides techniques pour se déplacer et besoins d'accompagnement pour effectuer des courts ou longs trajets parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

		Oui %
Utilise des aides techniques pour se déplacer	Abitibi-Témiscamingue	9,9**
	Le Québec	12,0
Besoins d'accompagnement pour les courts trajets	Abitibi-Témiscamingue	11,6*
	Le Québec	11,8
Besoins d'accompagnement pour les longs trajets	Abitibi-Témiscamingue	18,2*
	Le Québec	14,5
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence		
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement		
*** Coefficient de variation non calculé		
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998		

À défaut de pouvoir obtenir des aides techniques, certaines personnes ayant une incapacité sont accompagnées pour effectuer leurs déplacements. À l'échelle québécoise, la proportion des personnes qui ont des besoins d'accompagnement est légèrement supérieure pour

les longs trajets que celle pour les courts trajets (14,5 % versus 11,8 %) <sup>31</sup>. La tendance de l'Abitibi-Témiscamingue est similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, nous constatons que l'incapacité à faire de longs trajets est liée à la gravité de l'handicap (tableau 2.23). À l'échelle du Québec, 6,7 % des personnes ayant une incapacité légère ne peuvent effectuer de longs trajets, alors que la proportion est de 27,5 % chez celles ayant une incapacité modérée ou grave. Le problème est moins aigu en Abitibi-Témiscamingue où 23,8 %\* de ceux ayant une incapacité modérée ou grave ne pouvait effectuer de longs trajets. De façon générale, les femmes et les personnes de plus de 65 ans sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas pouvoir effectuer de longs trajets.

**Tableau 2.23 Incapacité à effectuer des longs trajets selon la gravité de l'incapacité parmi la population de 15 ans et plus (1998)**

		Oui %
Incapacité légère	Abitibi-Témiscamingue	5,6**
	Le Québec	6,7
Incapacité modérée ou grave	Abitibi-Témiscamingue	23,8*
	Le Québec	27,5
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence		
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement		
*** Coefficient de variation non calculé		
Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998		

### La fréquentation scolaire

Nous avons décrit plus haut le problème de la sous-scolarisation relative aux adultes ayant des incapacités <sup>32</sup>. Ici, nos interrogations portent sur la fréquentation scolaire des enfants et des jeunes adultes (15-24 ans). Avant de décrire la situation régionale à partir des informations du ministère de l'Éducation, nous brosons le portrait québécois à partir des données tirées de l'EQLA. Bien entendu, notre intérêt est d'aborder les effets de l'incapacité aux premières étapes de processus d'intégration sociale.

En 1998, 96 % des enfants québécois de 5 à 14 ans ayant une incapacité fréquentaient ou avaient fréquenté une école (ISQ, 2001 : 263). Nous pouvons nous demander si l'incapacité a eu

<sup>31</sup> Les courts trajets sont des déplacements de moins 80 km alors que les longs trajets sont supérieurs à 80 km.

<sup>32</sup> Les informations sur la fréquentation des enfants handicapés d'âge préscolaire en garderie ne sont pas traitées dans le cadre de cette étude. Soulignons malgré tout que 22 % des enfants utilisaient des services de garde en 1998.

une conséquence sur leur processus de scolarisation. Selon l'EQLA, plus du quart des enfants ayant une incapacité ont pris du retard dans leur scolarisation (ISQ, 2001 : 264). Par contre, 71,4% des enfants ayant une incapacité légère percevaient que leur problème n'avait pas de conséquences sur leur scolarisation, alors que les enfants avec une incapacité grave ou modérée percevaient un cumul de conséquences sur leur scolarisation (59,9 %\*) (ISQ, 2001 : 264-265). La conséquence la plus fréquemment identifiée était celle d'étirer la durée nécessaire pour compléter les études. L'ESLA de 1991 avait aussi révélé cette perception dans la même proportion qu'en 1998 soit respectivement 25,7 % et 24,8 % (Idem.). La deuxième conséquence soulevée était celle d'obliger l'enfant à fréquenter une école à l'extérieur du quartier. Dans l'ESLA de 1991, la deuxième conséquence était plutôt de bénéficier d'une aide spéciale à l'école (accompagnateur, lecteur, etc.). La différence s'expliquerait-elle par des changements dans l'organisation scolaire ? C'est une hypothèse.

On rapporte aussi que les enfants ayant des troubles émotifs ou une déficience intellectuelle étaient proportionnellement nombreux (30,4 %) à estimer que leur incapacité engendrait une ou plusieurs conséquences sur leur scolarisation. Parmi ces répercussions, on compte des limitations dans la participation aux activités régulières de la classe, aux jeux physiques et aux autres jeux, ainsi qu'aux activités parascolaires<sup>33</sup>(ISQ, 2001 : 267).

Les données administratives du ministère de l'Éducation de 2001-2002 nous indiquent que la population des élèves de l'Abitibi-Témiscamingue était composée de 1,3 % d'enfants handicapés dans les écoles primaires et de 1,5 % dans les écoles secondaires (tableau 2.24).

**Tableau 2.24 Proportion des élèves handicapés selon le niveau scolaire (2001-2002)**

	Primaire %	Secondaire %
Abitibi-Témiscamingue	1,3	1,5
Le Québec	1,6	1,6

Source : OPHQ (2002), Compilation des données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire (2000-2001 et 2001-2002) du ministère de l'Éducation.

En Abitibi-Témiscamingue, les proportions d'élèves ayant des troubles de déficience intellectuelle (35,4 %) ou des troubles de communication (36,8 %) étaient plus fortes que celles observées dans l'ensemble du Québec, soit respectivement 27,9 % et 30,3 % (tableau 2.25). Par contre, moins de personnes de la région avaient des handicaps liés à la mobilité (18,9 %) ou au développement (4,3 %) par rapport à l'ensemble de la province (respectivement 21,2 % et 17 %).

<sup>33</sup> Mentionnons aussi que seulement 32 % des enfants québécois ayant une incapacité avaient reçu une évaluation de leurs besoins scolaires par un professionnel. Le psychologue ou psychiatre était le professionnel le plus fréquemment consulté (68,7%) suivi de l'orthopédagogue (33,8 %) (Idem.).

**Tableau 2.25 Classement des élèves handicapés par type d'incapacité 2001-2002**

	Intellectuelle %	Mobilité <sup>2</sup> %	Communication <sup>3</sup> %	Développement <sup>4</sup> %	Autres <sup>5</sup> %
Abitibi-Tém.	35,4	18,9	36,8	4,3	4,6
Le Québec	27,9	21,2	30,3	17,0	3,5

Source : OPHQ (2002), Compilation des données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire (2000-2001 et 2001-2002) du ministère de l'Éducation.  
<sup>2</sup>Ce groupe comprend les catégories suivantes : motrice légère ou organique, motrice grave.  
<sup>3</sup>Ce groupe comprend les catégories suivantes : visuelles, auditives et langagières.  
<sup>4</sup>Ce groupe comprend les catégories suivantes : troubles envahissants du développement, troubles relevant de la psychopathologie.  
<sup>5</sup>Ce groupe comprend les catégories suivantes : atypique, déficience intellectuelle légère et reconnu handicapé.

Au niveau de l'organisation scolaire, l'EQLA nous révèle que 80,2 % des enfants étaient inscrits à l'école régulière alors qu'en 1991, la proportion était de 69,5 %. Par ricochet, le processus d'insertion en classe régulière a contribué à réduire la proportion d'enfants inscrits en classe spéciale. À l'échelle du Québec, l'organisation scolaire consistait en un passage du primaire au secondaire par la transition de la classe régulière à la classe spéciale ou à l'école spéciale. Les données du ministère de l'Éducation révèlent quelques nuances quant à l'organisation scolaire en Abitibi-Témiscamingue au niveau du secondaire (tableau 2.26). En 2001-2002, les jeunes du secondaire, de la région, étaient davantage regroupés dans des classes spéciales (70 %) comparativement à l'ensemble du Québec (45,5 %) et un moins grand nombre fréquentait les écoles spéciales (6 %) par rapport au Québec (30,1 %).

**Tableau 2.26 Répartition des élèves handicapés par type de classe 2001-2002**

		Répartition par type de classe (%)		
		Classe régulière	Classe spéciale	École spéciale
Abitibi-Témiscamingue	Primaire	48,7	38,8	12,5
	Secondaire	24,0	70,0	6,0
Le Québec	Primaire	43,1	39,1	17,8
	Secondaire	24,4	45,5	30,1

Source : OPHQ (2002), Compilation des données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire (2000-2001 et 2001-2002) du ministère de l'Éducation.

Chez les jeunes adultes, 77,6 % personnes entre 15 et 34 ans fréquentaient des institutions scolaires. 72,2 % d'entre elles étaient inscrites à temps plein et le tiers fréquentait l'école secondaire en 1988 (ISQ, 2001 : 262). Les statistiques du recensement canadien de 1996 rapportaient que seulement 50,7 % des Québécois de 15 à 24 ans ayant une incapacité fréquentaient des institutions d'enseignement à temps plein. En Abitibi-Témiscamingue, la proportion des jeunes, avec incapacité, aux études à temps plein était de 54,5 % alors que celle à

temps partiel était de 4,5<sup>2</sup> %. Nous retrouvons ainsi relativement plus de jeunes adultes à l'intérieur des institutions d'enseignement dans la région.

Pour terminer, signalons l'importance des stages en milieu de travail pendant les dernières années de scolarisation. Selon des informations traitées par l'OPHQ (Stat Flash, 1999), le fait d'avoir suivi un stage double les chances d'occuper un emploi après les études.

**Tableau 2.27 Fréquentation scolaire des 15-24 ans parmi la population avec et sans incapacité (1996)**

	Ne fréquente pas l'école		Fréquenté à temps plein		Fréquenté à temps partiel	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	%	%	%	%	%
Abitibi-Tém.	41,1 <sup>1</sup>	35,6	54,5	58,9	4,5 <sup>2</sup>	5,5
Le Québec	42,5	30,6	50,7	63,3	6,9	6,1
<sup>1</sup> L'erreur d'échantillonnage se situe entre 16,3 % et 33,3 %. Il convient que cette donnée soit utilisée avec prudence.						
<sup>2</sup> L'erreur d'échantillonnage est supérieure à 33,3 %. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.						
N/a La formule de calcul ne peut être appliquée, car l'une ou les données ont une valeur 0.						
Source : Statistique Canada, Recensement de la population 1996						
Compilation de l'OPHQ, novembre 2001.						

## La participation au marché du travail

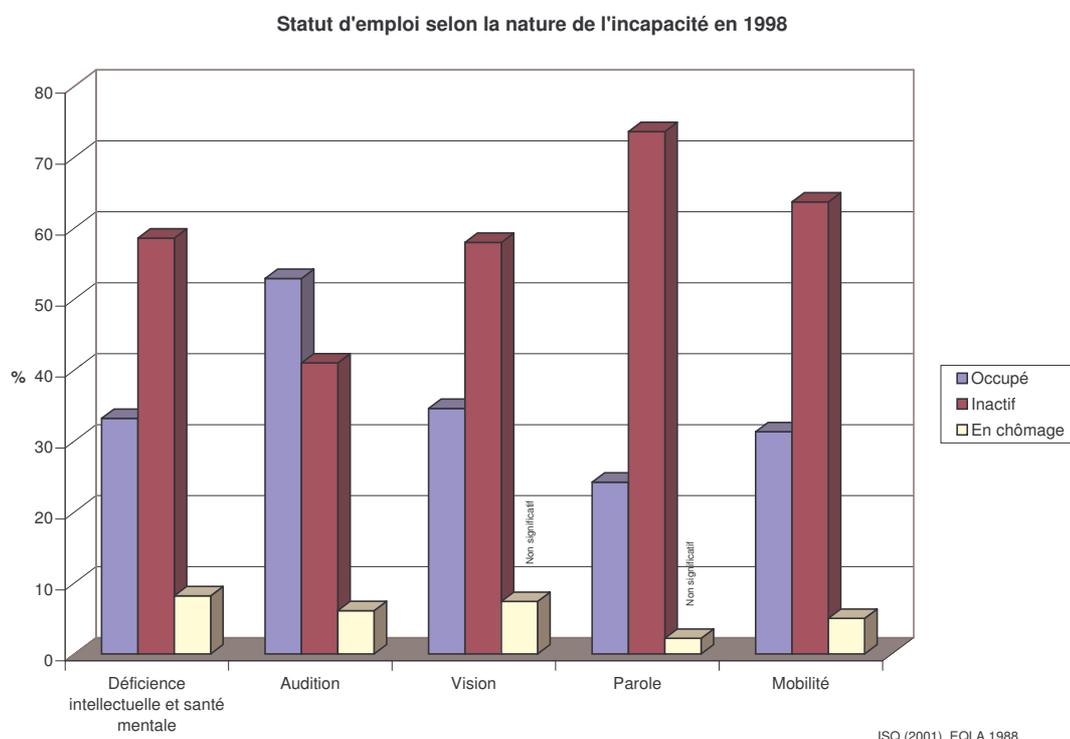
Dans notre société, le travail permet aux personnes, avec ou sans incapacité, d'intégrer la communauté. Bien entendu, l'intégration au travail n'est pas simple pour les personnes ayant des incapacités puisque des obstacles s'ajoutent à ceux rencontrés par la plupart des jeunes, tels que les problèmes liés à l'aménagement des lieux, à l'organisation du travail et à la discrimination. En d'autres termes, des limitations associées à la nature et la gravité de l'incapacité peuvent représenter des contraintes à l'insertion des personnes handicapées à l'intérieur d'entreprises privées dites « compétitives ».

À l'échelle québécoise, l'ESLA (de 1986 et de 1991) et l'EQLA nous révèlent que l'accès au marché du travail s'est amélioré pour les personnes handicapées. La proportion des personnes de 15 à 64 ans avec incapacité qui ont un emploi est passée de 31,1 % en 1986 à 42,5 % en 1998 (ISQ, 1998 : 281). On estime qu'en 1998, 267 800 personnes handicapées occupaient un emploi. Les personnes dans les catégories d'âges 15 à 34 ans et 35 à 54 ans étaient les plus actives (environ une personne sur deux) alors que les personnes de 55 à 64 ans étaient majoritairement inactives (73,9 %) (Ibid. : 282). Par ailleurs, les hommes (47,5 %) travaillaient davantage que les

femmes (38,3 %) et que les personnes ayant moins de neuf ans de scolarité étaient majoritairement inactives (73,9%) (Idem.).

Les personnes ayant une incapacité liée à la parole (72,5 %) se percevaient relativement plus désavantagées que les autres à l'égard de l'emploi. Parmi ceux ayant une déficience intellectuelle, des problèmes de santé mentale, une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité ou ayant deux incapacités, on dénombrait une personne sur deux à percevoir un désavantage pour le travail (ISQ, 2001 : 292).

**Figure 2.2**  
**Statut d'emploi selon la nature des incapacités**



La figure 2.2 reproduit graphiquement les données concernant le statut de l'emploi en provenance de l'EQLA (ISQ, 2001 : 283). Elle indique que 33,2 % des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un problème de santé mentale occupaient un emploi en 1998 (IDEM). Comparativement à celles-ci, les personnes présentant d'autres types d'incapacité se trouvent dans une situation intermédiaire puisque les personnes ayant une incapacité liée à la parole étaient, de loin, moins « occupées » (occupant un emploi) (24,2%\*) que celles ayant une déficience auditive (52,9 %) (Idem).

D'autre part, à l'échelle québécoise, 78,6 % des personnes ayant une incapacité travaillaient à temps plein, notamment à l'intérieur d'entreprises de moins de 19 employés (39,4%). (ISQ, 2001 : 286). Un sondage de l'OPHQ auprès de 1612 entreprises ayant 10 à 49 employés (CAMO, 2001) indique que le taux d'emploi des personnes handicapées était de 0,72% en 1997. Les résultats d'un sondage de Léger et Léger datant de 1998-99 et mené auprès de 1012 entreprises de plus de 50 employés, révélaient qu'en moyenne 68,5 % des entreprises interrogées n'avaient pas d'employés handicapés. Le taux d'emploi des personnes handicapées était globalement de 0,48 % et il grimpait à 1 % à l'intérieur des services gouvernementaux (Idem).

À l'échelle régionale, 24,5 %\* des personnes avec incapacité en Abitibi-Témiscamingue occupaient un emploi en 1998 (tableau 2.11), soit légèrement moins que la moyenne québécoise (27,8 %). Parmi les personnes inactives âgées entre 15 et 64 ans, certaines se percevaient totalement incapables d'intégrer le marché du travail, d'autres se considéraient limitées quant au genre et la quantité de travail à réaliser et, finalement, certaines se disaient capables de travailler sans limitations. Selon le tableau 2.28, il s'avère que 47,3 % des personnes inactives de l'Abitibi-Témiscamingue se percevaient totalement incapables de travailler en raison de leur état de santé. Cette proportion est moindre que celle calculée pour l'ensemble du Québec (53,7 %). Par ailleurs, en Abitibi-Témiscamingue une proportion plus grande de personnes avec incapacité se considérait « capable de travailler ». À cet égard, 34,5 %\* des personnes inactives se croyaient aptes à travailler comparativement à 28,1 % dans l'ensemble du Québec.

**Tableau 2.28 Capacité de travailler de la population inactive parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)**

	<b>Totalement incapable de travailler</b> %	<b>Limité dans le travail</b> %	<b>Capable de travailler</b> %	<b>Total</b> %
Abitibi-Témiscamingue	47,3	18,2**	34,5*	100
Le Québec	53,7	18,2	28,1	100

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  
 \*\*\* Coefficient de variation non calculé  
 Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998

À l'échelle québécoise, les personnes ayant une incapacité liée à la parole sont en proportion plus nombreuses à se considérer incapables de travailler (80,1 %). Elles sont suivies par les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un problème de santé mentale (71,9 %), des problèmes d'agilité (66,7 %), de mobilité (66,4 %) et de vision (63,2 %). Mentionnons aussi que 47,1 % des personnes de 15 à 34 ans ayant une incapacité se considéraient capables de travailler sans limitation alors que la proportion était seulement de 20,2 % chez les 35 à 54 ans et de 26,6 % chez les 54 à 64 ans (ISQ, 2001 : 291).

À travers la province, le manque de formation (15,2 %) était la principale cause de l'insuccès des personnes inactives sur le marché du travail. Par contre, à peine 14 % des gens inactifs avaient cherché de l'emploi au cours des deux années précédentes (ISQ, 2001 : 295). Les autres causes citées étaient le manque de travail (13 %), la crainte de perdre le revenu actuel et ce qui s'y rattache (9 %), et le fait d'avoir été victime de discrimination (7 %) (ISQ, 2001 : 296).

Bien entendu, l'insertion professionnelle des personnes handicapées est facilitée grâce aux diverses interventions gouvernementales en matière d'emploi. Pour la période d'avril 2001 à mars 2002, 446 participations de personnes handicapées résidant en Abitibi-Témiscamingue ont été comptabilisées dans quatre groupes de mesures d'Emploi-Québec (tableau 2.29). Les plus courues de ces mesures ont été les contrats d'intégration au travail auxquelles 39 % de la population avec incapacité de la région ont participé comparativement à 23,7 % des Québécois de même condition. Par rapport à l'ensemble du Québec, les personnes de l'Abitibi-Témiscamingue ont eu moins recours aux « axes de préparation à l'emploi » (38,8 %) ainsi qu'aux « autres axes » (40,8 %). Ces derniers comprennent les mesures suivantes : soutien à l'emploi autonome, activités d'aide à l'emploi, insertion sociale, fonds de lutte contre la pauvreté et projets pilotes pour travailleurs âgés.

**Tableau 2.29 Nombre de participants<sup>1</sup> aux mesures et services d'Emploi-Québec (parmi les personnes considérées handicapées selon le ministère), 1 avril 2001 au 31 mars 2002**

	Axe de préparation pour l'emploi <sup>2</sup>		Axe d'insertion en emploi <sup>3</sup>		Autres axes <sup>4</sup>		Contrat d'intégration au travail		Total	Part des participants sur l'ensemble de personnes «avec une contrainte sévère» (mars/2002) <sup>5</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Abitibi-Tém.	173	38,8	21	4,7	182	40,8	174	39,0	446	16,9
Le Québec	5198	40,7	1076	8,4	5788	45,3	3024	23,7	12773	10,2

Source : MESS, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, avril 2003

1. Le nombre d'individus distincts signifie qu'on a retenu une seule fois un même individu par catégories. Toutefois, un même individu peut être comptabilisé dans plus d'une catégorie.

2. Cet axe regroupe les *Mesure de formation, Projets de préparation pour l'emploi* et les *Services d'aide à l'Emploi*.

3. Cet axe regroupe les mesures *Subventions salariales d'insertion en emploi* et *Supplément de retour au travail*.

4. Cet axe regroupe les mesures *Soutien à l'emploi autonome, Activités d'aide à l'emploi, Insertion sociale, Fonds de lutte contre la pauvreté* et *Projets pilotes pour travailleurs âgés*.

5. Estimation du LAREPPS à partir des données du mois de mars 2002.

## La participation aux activités physiques et de loisirs

Selon la nature et la gravité de l'incapacité, plusieurs obstacles peuvent complexifier la pratique des loisirs et surtout, des activités physiques. Malgré tout, selon l'EQLA, plus de 65 % de la population avec incapacité pratiquaient des activités physiques pendant leurs heures de loisirs (ISQ, 2001 : 309). Signalons que l'EQLA distingue sept types d'activités : la marche, les activités individuelles estivales (vélo, golf, etc.), les activités individuelles hivernales (patinage, ski, etc.), les sports d'équipe, les sports en duel, le conditionnement physique et les autres activités physiques (jardinage, danse, baignade, etc.). Par la nature même de certaines activités, nous pouvons constater que les jeunes sont plus susceptibles de faire des activités physiques<sup>34</sup> que les personnes plus âgées. La pratique d'activités physiques ou de loisirs ne s'explique pas seulement par des facteurs psycho-physiologiques mais aussi par des déterminants socio-économiques. Les individus plus scolarisés ou ayant des revenus élevés ont un taux de pratique de loisirs supérieur aux personnes moins bien positionnées socialement.

En Abitibi-Témiscamingue, 79,8 % des personnes avec incapacité légère pratiquaient des activités physiques (tableau 2.30). Il s'agit d'une proportion légèrement plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec (75,8 %). Chez les personnes avec une incapacité modérée ou grave, la pratique d'activités physiques est davantage réduite. Par contre, la participation dans la région demeure supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec (46,8 %).

**Tableau 2.30 Pratiques d'activités physiques et d'activités de loisirs selon la gravité de l'incapacité parmi la population de 15 ans (1998)**

		Pratique d'activités physiques %	Pratique d'activités de loisirs %
Incapacité légère	Abitibi-Témiscamingue	79,8	86,5
	Le Québec	75,8	78,1

<sup>34</sup> Signalons que la marche (78,7 %) fait partie des activités physiques mais également le conditionnement physique (37,7 %), les activités individuelles en hiver (24,1 %) et les sports d'équipe (21,5 %) (ISQ, 2001 : 312)

Incapacité modérée ou grave	Abitibi-Témiscamingue	59,7	69,8
	Le Québec	46,8	62,5
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence ** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement *** Coefficient de variation non calculé Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998			

Comparativement aux sports, la pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques<sup>35</sup> (cinéma, jeux de cartes, etc.) est généralement plus accessible aux personnes ayant une incapacité. En Abitibi-Témiscamingue, nous observons une grande participation de personnes ayant une incapacité légère aux activités de loisirs (86,5 %, tableau 2.30). Cette proportion est bien plus élevée que celle calculée à l'échelle québécoise (78,1 %). De même, la population de l'Abitibi-Témiscamingue ayant une incapacité modérée ou grave s'adonne davantage aux activités de loisirs (69,8 %) qu'aux activités physiques (59,7 %), une tendance également présente dans l'ensemble du Québec.

Les personnes handicapées ne sont pas nécessairement satisfaites de la quantité de leurs activités physiques et de loisirs. En général, les plus jeunes désirent faire davantage d'activités physiques et de loisirs que les plus âgés. Entre le désir et la pratique réelle, plusieurs obstacles peuvent rendre difficile l'augmentation de la pratique des activités physiques et de loisirs. À l'échelle québécoise, le premier obstacle identifié est l'incapacité physique elle-même, tant pour avoir davantage d'activités physiques (60,5 %) que de loisirs (42,2 %) (ISQ, 2001 :318). Les coûts d'accès, l'éloignement des sites et le besoin d'accompagnement font également parti des obstacles mentionnés.

La population de l'Abitibi-Témiscamingue avec incapacité légère est proportionnellement moins nombreuse à souhaiter faire davantage d'activités physiques ou de loisirs que ne l'est la moyenne des Québécois de même condition (tableau 2.31). Ainsi, 49,2 % de la population avec incapacité modérée ou grave de l'Abitibi-Témiscamingue désire effectuer davantage d'activités physique (comparativement à 56,2 % de la population québécoise de même condition) et 27 %\* désire effectuer davantage d'activités de loisirs (par rapport à 42,5 % des Québécois de même condition).

**Tableau 2.31 Désire faire davantage d'activités physiques et d'activités de loisirs selon la gravité de l'incapacité parmi la population de 15 ans (1998)**

<sup>35</sup> Dans les tableaux 2.30 et 2.31 nous avons simplifié la nomenclature en désignant « les activités de loisirs autres que les activités physiques » par les termes « activités de loisirs ».

		<b>Désire faire davantage d'activités physiques %</b>	<b>Désire faire davantage d'activités de loisirs %</b>
Incapacité légère	Abitibi-Tém.	44,9	36,0
	Le Québec	49,2	37,3
Incapacité modérée ou grave	Abitibi-Tém.	49,2	27,0*
	Le Québec	56,2	42,5
<p>* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence  ** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement  *** Coefficient de variation non calculé  Source : Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998</p>			

## SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS RÉGIONALES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS

Ce portrait de la région de l'Abitibi-Témiscamingue traduit un profil assez proche de la réalité de l'ensemble de la province avec, naturellement, certaines distinctions. De façon globale, la région de l'Abitibi-Témiscamingue a une population un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec mais son taux de croissance est négatif (de l'ordre de -1 %) pour la population totale. Une part relativement importante de son marché du travail repose sur le secteur primaire (13,2 % versus 2,8 % dans l'ensemble du Québec) et les revenus moyens *per capita* sont moins élevés que ceux de l'ensemble des Québécois.

En ce qui a trait plus particulièrement à la population avec incapacité de l'Abitibi-Témiscamingue, certaines tendances se rapprochent de celles de l'ensemble du Québec. C'est notamment le cas de la prévalence des incapacités à l'intérieur des groupes d'âge ainsi que de la prévalence par gravité de l'incapacité (tableau 2.1). Cependant, la nature et les origines des incapacités diffèrent entre la région et l'ensemble de la province. En Abitibi-Témiscamingue, la population de 15 ans et plus a relativement plus de limitations multiples (32 %) et moins d'incapacités liées à la motricité (45,3 %) que dans l'ensemble du Québec (respectivement 28,5 % et 49,3 %, voir tableau 2.3). Par ailleurs, la population avec incapacité de la région tire relativement plus ses origines d'incapacité de problèmes liés au travail (22,7 %\*) et d'accidents à la maison ou ailleurs (22,7 %\*) mais relativement moins de problèmes de naissance ou de vieillissement (43,2 %) comparativement à l'ensemble du Québec (tableau 2.4).

Pour ce qui est de la situation économique de l'Abitibi-Témiscamingue, de façon globale, le taux de chômage dans la région (12,2 %) est plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (8,7%) (tableau 1.4). Par contre, les hommes de la région (avec ou sans incapacité) gagnent un revenu personnel plus élevé que la moyenne des hommes québécois tandis que les femmes (avec et sans incapacité) de l'Abitibi-Témiscamingue gagnent un revenu plus bas que les Québécoises (tableau 2.6). Par ailleurs, alors que la distribution par catégorie de revenus est plutôt similaire à l'ensemble du Québec (tableau 2.6), un taux légèrement plus élevé de la population (avec et sans incapacité) de la région tend à se considérer pauvre (32,7 % comparativement à 29,9 % au Québec, tableau 2.8). La composition du revenu des personnes ayant des incapacités en Abitibi-Témiscamingue repose largement sur les transferts gouvernementaux (57,1 % versus 51,7 % au Québec) (tableau 2.7). Pour ce qui est de la participation aux mesures et services d'Emploi-Québec, les personnes ayant des incapacités en Abitibi-Témiscamingue se prévalent

particulièrement plus des contrats d'intégration au travail (39 %) comparativement à l'ensemble du Québec (23,7 %) (tableau 2.29). Dans la région, les personnes avec incapacité sont également plus nombreuses à avoir un soutien social élevé (75,8 %) comparativement à l'ensemble du Québec (69,9 %) (tableau 2.10). De plus, parmi la population inactive de la région, une part notable tenait maison (29,6 %\* versus 19,3 % au Québec, voir tableau 2.11).

L'indice de désavantage social constitue également une différence régionale importante par rapport à l'ensemble du Québec. Relativement moins de personnes ayant des incapacités se disent «dépendants» (36,4 %\* versus 44,8 % au Québec), tandis que 32,5 % de la population a des limitations au niveau de l'activité principale comparativement à 25,7 % des Québécois de même condition (tableau 2.12). Les personnes avec incapacité de la région sont plus nombreuses à avoir recours à des aides techniques (tableau 2.13) mais elles seraient en moins grand nombre à nécessiter de l'aide pour les travaux ménagers courants par rapport à l'ensemble de la province (tableau 2.15). Globalement, moins de personnes avec incapacité en Abitibi-Témiscamingue ont des besoins d'aide totale (43,7 %) comparativement au reste du Québec (49,5 %) (tableau 2.18).

Le profil scolaire en Abitibi-Témiscamingue recèle également quelques nuances comparativement à l'ensemble du Québec. À cet égard, la distribution des jeunes de la région recèle relativement plus d'incapacité d'ordre intellectuel (35,4 %) et de communication (36,8 %) comparativement à l'ensemble du Québec (respectivement 27,9 % et 30,3 %) (tableau 2.25). Cela dit, ces jeunes sont plus nombreux à fréquenter les établissements scolaires à temps plein (tableau 2.27). Au niveau de la répartition des élèves par classe, nous remarquons qu'au niveau du secondaire, la région de l'Abitibi-Témiscamingue a davantage recours à la classe spéciale (70 %), qui se fait au détriment de l'école spéciale (6 %, voir tableau 2.26).

Les personnes ayant des incapacités en Abitibi-Témiscamingue sont plus nombreuses à avoir recours au véhicule personnel comme mode de transport, et ce, malgré la gravité de leur incapacité (tableaux 2.20 et 2.21). Par ailleurs, la population avec incapacité de la région fait davantage des activités physiques ou de loisirs que dans l'ensemble du Québec (tableau 2.30) mais souhaite, en moindre proportion, en effectuer davantage (tableau 2.31).

## BIBLIOGRAPHIE

CAMO, 2001, Bulletin trimestriel d'information, volume 3, no.1 novembre, 2001. Dossier : *Les employeurs et l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail*. Voir le site Internet : <[http:// :www.camo.qc.ca](http://www.camo.qc.ca)>

EMPLOI-QUÉBEC / MESS (1998). *Bulletin mensuel*, vol. 14, no. 3, mars.

EMPLOI-QUÉBEC / MESS (2003). *Bulletin mensuel*, vol. 19, no. 3, mars.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2001) *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 511 pages.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (MESS) (2003), *Compilation des statistiques sur la participation aux mesures et services d'Emploi-Québec*, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (1998), *Stat Flash*, septembre 1998, numéro 6, Drummondville.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (1999), *Stat Flash*, novembre 1999, numéro 6, Drummondville.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC(OPHQ) (2001). *Compilation du recensement de la population de 1996 de Statistique Canada*, Drummondville, novembre.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2002), *Compilation des données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire (2000-2001 et 2001-2002) du ministère de l'Éducation*, Drummondville.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2003). *Portrait statistique de la population avec incapacité – Région de l'Outaouais 2003*, Drummondville, mars (DRDP-1137).

VAILLANCOURT, Y., J. CAILLOUETTE, L. DUMAIS (dir.) (2002). *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et élément de bilan*, Rapport de recherche réalisé dans le cadre de la Phase I du projet « Inventaire et bilan des programmes de soutien et des services concernant les personnes ayant des incapacités au Québec », Montréal, LAREPPS / ARUC / UQAM, juillet, 379 pages.

## CHAPITRE 3

### **L'organisation des services aux personnes ayant des incapacités**

La région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue se divise en six territoires sociosanitaires correspondant aux territoires desservis par 3 établissements de type Centre local de services communautaires (CLSC) et trois établissements de type Centre de santé (CS), appelés le plus souvent CLSC. Fait à noter, les territoires couverts par ces établissements correspondent aux territoires de quatre MRC (MRC d'Abitibi, MRC d'Abitibi-Ouest, MRC de la Vallée-de-l'Or, MRC du Témiscamingue) et d'une ville (ville de Rouyn-Noranda). Mentionnons cependant que deux établissements se retrouvent sur le territoire de la MRC du Témiscamingue. Bien que dans son plan d'action triennal d'organisation des services la Régie Régionale ait prévu une révision de l'organisation des services où chaque MRC serait appelée à établir ses propres structures et mécanismes de concertation (RRSSSAT, 2003 : 3), elle devra revenir à sa structure initiale, compte tenu de la nouvelle *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Sanctionnée le 18 décembre 2003, la nouvelle loi spécifie que les propositions relatives au territoire local devront être conçues, dans la mesure du possible, à partir des territoires ou des regroupements de territoire des Centres locaux de services communautaires existants (Gouvernement du Québec, 2003 : 3).

#### **Les établissements publics de santé et de services sociaux**

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte quatorze établissements publics de santé et de services sociaux. On y retrouve trois Centres hospitaliers (CH) : le CH Hôtel-Dieu d'Amos (MRC Abitibi), le CH Rouyn-Noranda (ville de Rouyn-Noranda) et le CH Vallée-de-l'Or et de soins psychiatriques régionaux issus de la fusion de deux établissements en 2002<sup>36</sup>. Ce CH est situé dans la MRC de la Vallée-de-l'Or. À chacun des CH est rattachée une clinique externe de psychiatrie.

---

<sup>36</sup> Depuis 2002, le sigle de l'établissement du Centre hospitalier de la Vallée-de-l'Or et de soins psychiatriques régionaux, CHSPAT, est remplacé par le sigle: CHVOSPR.

Toutes les MRC ont un CLSC<sup>37</sup> (ou CS) et un CHSLD. Avant 2004, plusieurs ont déjà fusionné les missions CH, CLSC, CHSLD. On retrouve :

- quatre CH-CLSC-CHSLD : le CS Sainte-Famille de Ville-Marie (MRC du Témiscamingue), le CS de Témiscamingue (MRC du Témiscamingue), le CS Vallée-de-l'Or dans la MRC du même nom et le RSSS des Aurores boréales à La Sarre dans la MRC Abitibi-Ouest;
- un CHSLD : La Maison Pie XII de Rouyn-Noranda dans la ville du même nom;
- un CLSC : le CLSC Le partage des eaux de Rouyn-Noranda dans la ville du même nom;
- un CLSC-CHSLD : le CLSC-CHSLD Les Eskers (MRC Abitibi).

Quatre centres de réadaptation viennent en aide à des clientèles aux prises avec des problématiques diverses. On retrouve :

- un centre régional de réadaptation en déficience physique : le Centre de réadaptation La Maison situé à Rouyn-Noranda dans la ville Rouyn-Noranda et comptant un service externe dans chacune des MRC de la région;
- un centre régional de réadaptation en déficience intellectuelle : le Centre de réadaptation Clair Foyer situé à Amos dans la MRC Abitibi et comptant un service externe dans chacune des MRC de la région;
- un centre régional de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie : le Centre de réadaptation Normand est situé à Amos dans la MRC Abitibi et s'est associé aux six CLSC de la région afin de desservir les quatre MRC et la ville;
- un centre jeunesse : le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue situé à Val-d'Or dans la MRC la Vallée-de-l'Or et qui compte deux centres de réadaptation pour la jeunesse : le CR La Maison de Rouyn-Noranda et le Centre d'orientation L'Étape de Val-d'Or. Le Centre jeunesse compte également six points de services pour la jeunesse à : Amos, La Sarre, Rouyn-noranda, Senneterre, Val-d'Or et Ville-Marie.

---

<sup>37</sup> Selon les nouveaux découpages territoriaux, en vigueur depuis avril 2004, les six CLSC en Abitibi-Témiscamingue sont les suivants ; le territoire de CLSC Abitibi-Ouest, le territoire de CLSC Abitibi, le territoire de CLSC Rouyn-Noranda, le territoire de CLSC de Ville-Marie, le territoire de CLSC de Témiscamingue et le territoire de CLSC la Vallée-de-l'Or.

### **Les établissements privés conventionnés**

- deux CHSLD
- un centre de réadaptation

### **Les médecins**

En mars 2003, la région comptait 135 médecins omnipraticiens et 92 médecins spécialistes. S'ajoutent à cela 3 omni-anesthésistes et 3 omni-psychiatres (RRSSSAT, 2003; 15).

### **Les commissions scolaires**

Cinq commissions scolaires (soit une par MRC) dispensent la formation au niveau primaire et secondaire dans la région :

- la Commission scolaire du Lac-Abitibi à La Sarre dans la MRC Abitibi-Ouest;
- la Commission scolaire de l'Or-et-des-Bois dans la MRC de la Vallée-de-l'Or;
- la Commission scolaire Harricana à Amos dans la MRC Abitibi;
- la Commission scolaire de Rouyn-Noranda dans la ville Rouyn-Noranda;
- la Commission scolaire du Lac-Témiscamingue dans la MRC du Témiscamingue

### **Les services publics d'aide à l'emploi**

On retrouve une direction régionale Emploi-Québec située à Rouyn-Noranda. Six Centres locaux d'emploi (CLE) offrent des services à la population : le CLE d'Amos, le CLE de La Sarre, le CLE de Rouyn-Noranda, le CLE de Senneterre, le CLE de Val-d'Or et le CLE de Ville-Marie. On retrouve aussi un SSMO, Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue de Rouyn-Noranda, qui possède 5 points de services (Amos, La Sarre, Ville-Marie, Val-d'Or et Senneterre) qui couvrent la majorité du territoire.

### **Les organismes de soutien à l'économie sociale**

Un Centre local de développement (CLD) dessert chacune des MRC : le Centre local de développement Abitibi, le Centre local de développement d’Abitibi-Ouest, le Centre local de développement de la ville de Rouyn-Noranda, le CLD Vallée-de-l’Or et le Centre local de développement Témiscamingue.

### **Les organismes communautaires d’aide aux personnes avec incapacités**

Nous présentons au tableau 3.1 un aperçu de ces organismes locaux et régionaux selon le type de handicap des personnes desservies. Bien que nous examinerons plus en détail la contribution des organismes communautaires tout au long du présent chapitre, le tableau 3.1 nous permet d’ores et déjà d’identifier quelques grandes caractéristiques de ces ressources.

**Tableau 3.1 Les organismes communautaires en Abitibi-Témiscamingue, nombre et pourcentage de l'ensemble des organismes (73 organismes différents)**

	<b>DP</b>	<b>DI</b>	<b>SM</b>
Nombre total d’organismes	43 (59 %)	28 (38 %)	39 (53 %)
Nb d’org. intervenant exclusivement en	18 (25 %)	1 (1 %)	26 (36 %)
Nb d’org. intervenant en DP et DI	14 (19 %)	14 (19 %)	-
Nb d’org. intervenant en DP, DI et SM	11 (15 %)	11 (15 %)	11 (15 %)

Ensuite, dans le tableau 3.2 , nous présentons un aperçu des thématiques d’intervention selon les définitions retenues par l’Office des personnes handicapées du Québec et dont nous reproduisons les définitions en annexe.

**Tableau 3.2 Les organismes communautaires en Abitibi-Témiscamingue selon les champs d'intervention, nombre et pourcentage par type d'incapacités<sup>38</sup>**

Champs d'intervention *	DP	DI	SM
Accès aux services	1/43 (2 %)	1/28 (4 %)	1/28 (3 %)
Activités sociales, loisir et culture	18/43 (42 %)	15/28 (54 %)	11/28 (28 %)
Adaptation et réadaptation fonctionnelle	3/43 (7 %)	2/28 (7 %)	3/28 (8 %)
Communication	0/43	1/28 (4 %)	1/28 (3 %)
Conditions de vie	0/43	0/28	0/28
Droits	20/43 (47 %)	14/28 (50 %)	12/28 (31 %)
Maintien à domicile	7/43 (16 %)	3/28 (11 %)	2/28 (5 %)
Prévention	1/43 (2 %)	1/28 (4 %)	11/28 (28 %)
Ressources résidentielles	1/43 (2 %)	2/28 (7 %)	7/28 (18 %)
Services éducatifs et formation continue	1/43 (2 %)	1/28 (4 %)	0/28
Soutien à la famille	13/43 (30 %)	5/28 (18 %)	12/28 (31 %)
Soutien psychosocial	17/43 (40 %)	8/28 (29 %)	25/28 (64 %)
Transport	10/43 (23 %)	8/28 (29 %)	8/28 (21 %)
Travail et activités productives	5/43 (12 %)	5/28 (18 %)	4/28 (10 %)
Vie associative	17/43 (40 %)	10/28 (36 %)	10/28 (26 %)

\* Les organismes communautaires interviennent dans plus d'un champ d'intervention. C'est pourquoi les sommes des organismes communautaires et les pourcentages dépassent 100%.

\* Il faut être prudent avant de mettre en relation ces données avec celles contenues plus loin dans le chapitre. Intervenir dans un champ ne signifie pas obligatoirement offrir des services (par exemple, intervenir dans les transports ne signifie pas que des services de transport adaptés sont offerts ; il peut s'agir d'un organisme de défense des droits des usagers du transport adapté).

L'étude détaillée de ces données sera faite au cours du présent chapitre. Notons néanmoins que plusieurs organismes interviennent dans plus d'une thématique, soit une moyenne de 2,7 en déficience physique, 3 en déficience intellectuelle et 2,7 en santé mentale. De plus, plusieurs organismes interviennent dans quelques champs d'intervention privilégiés, tels que : les activités sociales, de loisir et de culture, la défense des droits, le soutien à la famille, le soutien psychosocial et la vie associative alors que d'autres champs sont plus ou moins délaissés par les organismes communautaires : l'accès aux services, l'adaptation et la réadaptation fonctionnelle, la communication, la prévention, les ressources résidentielles et les services éducatifs.

<sup>38</sup> Incluant les OTA, CTA et le SSMO de la région. Source : LAREPPS, 2003.

## **PARTIE I. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE**

Le *programme* en déficience physique<sup>39</sup> regroupe les activités et les services qui s'adressent aux personnes dont la déficience physique entraîne, ou selon toute probabilité et de façon imminente va entraîner, des incapacités (auditive, du langage et de la parole, motrice ou visuelle) significatives et persistantes et qui vivent ou risquent de vivre des situations de handicaps (RRSSAT, 1996a : 7).

En octobre 1996, la RRSSAT a adopté son programme en déficience physique pour les personnes ayant une incapacité motrice dont le titre est Organisation régionale des services aux personnes ayant une incapacité motrice (RRSSAT, 1996a). En novembre 1996, la RRSSAT a produit le cadre de référence des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en déficience physique. Le document a été nommé Continuum intégré de services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en déficience physique (RRSSAT, 1996b). Enfin, en février 2002, la RRSSAT a adopté un programme de soutien à domicile des personnes handicapées dont la gestion est assurée par les CLSC-CS, ce programme est appelé Programme de soutien dans le milieu de vie naturel des personnes handicapées et un cadre de gestion applicable à la région de l'Abitibi-Témiscamingue (RRSSAT, 2002a).

Depuis 1996, la RRSSAT a également déterminé un ensemble d'orientations, d'objectifs et de cibles pour l'ensemble de ses programmes, dont le programme en déficience physique. On les retrouve dans quatre documents distincts : Transformation du système de santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue (RRSSAT, 1996), Plan de consolidation 1998-2002 (RRSSAT, 1999), Bilan du plan de consolidation 1998-2002 (RRSSAT, 2002), et enfin, Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006 (RRSSAT, 2003).

### **Prévention et promotion**

En général, peu de régions disposent d'un plan directeur de la santé publique qui inclut un volet spécifique à la déficience physique (MSSS, 2000 : 40). C'est le cas notamment de la région de l'Abitibi-Témiscamingue où aucun continuum de services d'information, de promotion, de prévention et de dépistage sur la déficience physique n'est encore mis en place. Cependant, dans

---

<sup>39</sup> Dans ce portrait, la partie qui traite de la déficience physique n'inclue pas la santé physique.

un document intitulé *Organisation régionale des services aux personnes ayant une incapacité motrice*, la Régie régionale précise un ensemble d'actions en vue d'en assurer la réalisation :

« La Direction régionale de la santé publique de la Régie régionale (DRSP), en partenariat avec le centre de réadaptation en déficience physique (le CR La Maison), les autres établissements de la région et les cliniques privées, poursuivra, développera et facilitera l'implantation de programmes d'actions éducatives et informationnelles auprès des groupes cibles ainsi que la recherche de techniques efficaces de dépistage et de prévention. Des services d'information à la personne et à ses proches, dès la confirmation d'une déficience physique possible, seront mis en place dans les établissements qui accueillent ces personnes afin de leur assurer tout le soutien nécessaire. Par le fait même, des canaux de références et d'orientation entre les partenaires impliqués dans la continuité et la complémentarité des services à la personne et à ses proches seront prévus dans le cadre de protocoles spécifiques » (RRSSAT, 1996a : 8).

À notre connaissance, aucun document ne précise si ces actions ont été mises en place.

Les CLSC de la région de l'Abitibi-Témiscamingue offrent à la population de leur territoire des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation et de réinsertion. Ils jouent un rôle prépondérant en prévention en réalisant et en collaborant avec leurs partenaires à de nombreuses activités qui peuvent contribuer à la prévention de déficiences physiques pouvant conduire à des incapacités. Il s'agit principalement de programmes en promotion de la santé et en prévention du tabagisme, des toxicomanies, des suivis de périnatalité et post-natals, des suivis infirmiers dans les milieux de services de garde et scolaire ainsi qu'en milieu de travail.

Par ailleurs, la Direction de la santé publique de la Régie régionale a la responsabilité de protéger la santé de la population et d'en mesurer l'évolution. La promotion et la prévention constituent un des cinq champs de responsabilité de la DSP. Elle intervient afin de prévenir les maladies ou les comportements à risques, de promouvoir la santé et le bien-être et d'informer la population.

Les organismes communautaires ainsi que les autres partenaires (commission scolaire, CLE, CRD, etc.) sont souvent associés à des activités de prévention et de promotion réalisées par les CLSC ou la DSP.

## **Diagnostic et traitement**

Pour le diagnostic et le traitement en déficience physique ainsi que pour la réadaptation fonctionnelle précoce, il existe un service de base dans chaque MRC. Ce service de base en santé physique et réadaptation est rendu par une équipe multidisciplinaire qui est sous la responsabilité des CH, des CS et des ultrasécialisés hors région, en partenariat avec les CHSLD et le CR La Maison (RRSSSAT, 1996a).

En plus du diagnostic et du traitement, l'équipe multidisciplinaire procède à une évaluation globale des aspects fonctionnels de la personne sitôt que la présence d'une incapacité est décelée.

Par ailleurs, il se peut que des personnes nécessitent des soins spécialisés au niveau régional et ultraspecialisés hors région. Des corridors de services et des protocoles d'entente sont aménagés en ce sens.

## **Adaptation et réadaptation**

Pour les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation physique, il existe une équipe multidisciplinaire de base dans chaque MRC ainsi qu'une équipe régionale spécialisée par programme : accidentés cérébraux vasculaires, traumatisés crânio-cérébraux, infirmité motrice cérébrale, myopathie, ataxie, sclérose en plaque, ostéoporose/arthrose, amputés, myélopathie, grands brûlés, polytraumatisés, etc.

Le CR La Maison est désigné par la Régie régionale comme responsable du continuum de services en adaptation et réadaptation. Le CR a comme partenaire plusieurs organismes : CH, CS, CHSLD, ultraspecialisés hors région, CLSC et organismes communautaires.

Les services spécialisés de réadaptation physique offerts par le CR La Maison visent les personnes de tous les âges présentant des problèmes de la parole et du langage, de déficience physique, de déficience auditive, de déficience visuelle, et enfin, des problèmes neurologiques. Les services sont regroupés en dix programmes clientèles :

- réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral;
- réadaptation en déficience auditive offerte aux jeunes de 0 à 21 ans;
- réadaptation des troubles du langage, de la parole et de la communication;

- réadaptation en déficience visuelle;
- petite enfance pour les enfants de 0 à 6 ans;
- réadaptation fonctionnelle intensive, régionale et locale (RFI);
- réadaptation pour les adultes ayant une déficience motrice;
- programme pour les victimes d'un accident vasculaire cérébral;
- programme pour les personnes atteintes d'une maladie évolutive;
- services d'aides techniques (SAT).

Durant l'année 2002-2003, le Centre de réadaptation a signé une entente de services avec le CRDI Clair Foyer et la Commission scolaire du Lac-Témiscamingue pour la vente de service en orthophonie. Une autre entente a été signée avec la Commission scolaire du Lac-Abitibi pour la vente de services en orthophonie et en éducation spécialisée (Centre de réadaptation La Maison, 2003 : 7).

Pour compléter le volet réadaptation, divers *Programmes de soutien dans la communauté* sont également offerts par le CRDI Clair Foyer (2003). S'apparentant à nos autres thématiques de recherche, nous les décrivons plus loin.

Le siège social de l'organisme est situé à Rouyn-Noranda. Compte tenu de l'étendue du territoire, des points de services ont été établis dans les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda. Ainsi on retrouve un point de service dans le Pavillon Youville à Rouyn-Noranda, dans le CH La Sarre à La Sarre, dans le CH Hôtel-Dieu à Amos, dans le Centre hospitalier de Val-d'Or, et enfin, dans le CS Sainte-Famille. Au cours de l'année 2002-2003, un total de 132 180 interventions ont été réalisées par le CR La Maison auprès de 2 349 usagers pour un total de 71 413 heures de services (RRSSAT, 2003a : 25).

Selon la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, les services sont disponibles pour toutes les clientèles de tous les groupes d'âge sur l'ensemble du territoire, mais avec plusieurs lacunes dans l'offre de service : il existe peu de services aux adultes en déficience auditive malgré une forte demande, les usagers font face à de longues listes d'attente en langage-parole et ont accès à une petite portion des services requis, et enfin, l'équipe en déficience visuelle est à compléter (MSSS, 2002 : 111).

Dans son *Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006*, la RRSSAT prévoit finaliser la conception et l'organisation régionale des services en déficience du langage et de la parole en collaboration avec les partenaires intersectoriels (RRSSAT, 2003 : 202).

### **Les services éducatifs**

Le ministère de l'Éducation confie aux commissions scolaires la responsabilité d'offrir des services éducatifs qui doivent répondre aux capacités et aux besoins de l'ensemble des élèves incluant les élèves handicapés ou les élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. L'âge admissible est fixé à 5 ans et les services éducatifs doivent être disponibles jusqu'à l'âge de 18 ans, ou de 21 ans dans le cas d'une personne handicapée, au sens de la Loi.

Conformément à l'article 235 de la *Loi sur l'instruction publique* (LIP), une politique sur les modalités d'organisation des services éducatifs pour les élèves handicapés et les élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) doit être adoptée dans chacune des commissions scolaires du Québec. Les cinq commissions scolaires, Lac-Abitibi, Harricana, l'Ordes-Bois, Lac-Témiscamingue et Rouyn-Noranda, qui dispensent la formation de niveau primaire et secondaire dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, ont donc rédigé une politique à cet effet. On y retrouve, entre autres choses, les services d'appui à l'intégration. Ces services peuvent prendre différentes formes selon la commission scolaire et comprendre notamment :

- des services d'aide à l'apprentissage de l'élève (orthopédagogie, récupération, appui pédagogique, aide aux devoirs, nouvelles technologies, etc.);
- des services d'aide au comportement de l'élève (éducation spécialisée, psychoéducation, psychologie, local de retrait, code de procédure pour gérer les situations de crise, etc.);
- des services d'aide au développement cognitif et à la communication de l'élève (éducation spécialisée, orthophonie, etc.);
- des services d'aide à l'activité physique de l'élève (accompagnement, soins corporels, alimentation, déplacement, ergothérapie, aménagement physique adapté);
- des services d'aide à l'intégration (sensibilisation et préparation des autres élèves de la classe);
- des équipements spécialisés.

À titre d'exemple, la Commission scolaire Harricana rend disponible les services complémentaires suivants : orientation scolaire et professionnelle, psychologie, éducation spécialisée, personnel préposé aux EHDAA, orthopédagogie, orthophonie, ainsi que le service particulier suivant : enseignant en soutien à l'apprentissage afin de maintenir ou d'intégrer en classe ordinaire un élève handicapé et un élève en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (Commission scolaire Harricana, 2001 : 15).

La mise en place d'un comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage est également prévu par la *Loi sur l'instruction publique*. Ainsi, dans chaque commission scolaire, un EHDAA donne son avis sur la politique d'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage.

En Abitibi-Témiscamingue, pour la période 2001-2002, la proportion d'élèves handicapés au primaire par rapport à l'effectif scolaire total est de 1,3 %, ce qui est inférieur à la proportion observée dans l'ensemble du Québec qui est de 1,6 %. Au niveau secondaire, la proportion est de 1,5 % pour la région tandis qu'elle est de 1,6 % pour l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, au niveau primaire, près de 49 % des élèves handicapés sont en classe régulière tandis que 39 % sont en classe spéciale et que 13 % sont en école spéciale. Au niveau secondaire, la proportion des élèves handicapés en classe régulière est de 24 %, tandis que 70 % sont en classe spéciale et que 6 % d'entre eux sont intégrés dans des écoles spéciales (OPHQ, 2003a : 11).

En Abitibi-Témiscamingue, pour la période 2001-2002, on retrouvait 59 élèves ayant une déficience motrice inscrits au primaire et au secondaire. Sur un total de 302 élèves handicapés, 36,8 % présentaient une déficience liée à la communication, 35,4 % avaient une déficience intellectuelle, 18,9 % une déficience motrice, 4,3 % avaient des troubles de développement et 4,6 % présentaient d'autres problématiques (OPHQ, 2003 : 83).

Le Centre de réadaptation La Maison mentionne dans son rapport annuel (2002-2003) qu'il offre du support à l'intégration scolaire au niveau primaire et au niveau secondaire (Centre de réadaptation La Maison, 2003 : 7). Le CR La Maison participe également à l'élaboration des plans de services individualisés dans les écoles de la région.

Mentionnons que la RRSSSAT désire amorcer la mise en place de mesures de soutien au travail, aux loisirs et aux études en collaboration avec les partenaires sectoriels et intersectoriels (en cohérence avec les ententes MSSS-MEQ pour ce qui est de l'éducation) (RRSSSAT, 2003 : 202).

### *Les organismes communautaires*

Les associations de parents, qui sont présentes dans trois MRC, offrent du support et de l'information pour l'intégration scolaire des personnes handicapées. Il s'agit de :

- l'Association des parents d'enfants handicapés d'Abitibi-Ouest;
- l'Association des parents d'enfants handicapés du Témiscamingue inc.;
- l'Association des parents d'enfants handicapés L'Aile brisée de Val-d'or

L'association pour l'intégration sociale de Rouyn-Noranda fait également de la promotion pour l'intégration scolaire des personnes handicapées.

Par ailleurs, au niveau régional, on retrouve trois organismes communautaires qui se préoccupent des personnes handicapées :

- La Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue est un organisme communautaire qui a pour mission de veiller à l'amélioration de la qualité de vie et à l'intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de l'activité humaine. L'organisme offre, entre autres, l'aide nécessaire à l'intégration scolaire ainsi que des bourses d'étude;
- Le Regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT) s'occupe de la défense des droits et fait des représentations auprès de différents ministères dont le ministère de l'Éducation;
- L'Association québécoise pour les troubles d'apprentissage de la région Abitibi-Témiscamingue (AQETA Abitibi-Témiscamingue) contribue à promouvoir les droits et les intérêts des enfants ayant des troubles d'apprentissage.

### **Travail et activités productives**

Tout comme l'ensemble des citoyens de la région Abitibi-Témiscamingue, les personnes handicapées à la recherche d'un emploi peuvent se diriger vers un Centre local d'emploi (CLE)

où sont offerts les services publics reliés à l'emploi. Le CLE relève d'Emploi-Québec dont un des objectifs est de venir en aide aux demandeurs d'emploi qui cherchent à intégrer le marché du travail. Par l'entremise des CLE, Emploi-Québec offre un ensemble de mesures et de services d'emploi qui peuvent soutenir les personnes handicapées dans leur démarche d'insertion. Parmi celles-ci, nous retenons : les subventions salariales à l'embauche, les aides à l'emploi, les aides à l'acquisition d'expériences professionnelles, et enfin, les aides à la formation. En Abitibi-Témiscamingue, on retrouve un bureau régional Emploi-Québec situé à Rouyn-Noranda, de même que six CLE situés à Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Ville-Marie, Val-d'Or et Senneterre.

Le programme Contrat d'intégration au travail (CIT) favorise l'intégration en emploi et l'embauche d'une personne handicapée. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001, le programme CIT est administré par le ministère de l'Emploi, de la solidarité et de la famille, module Emploi-Québec. Les demandes de subvention doivent transiter par l'organisme Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue (SSMO) qui achemine les demandes de subvention à Emploi-Québec.

Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue est un organisme à but non-lucratif qui existe depuis 1985. L'organisme a une entente de service avec des objectifs de résultat avec Emploi-Québec, Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue est mandaté pour développer ou améliorer l'employabilité des personnes ayant des difficultés particulières d'insertion socio-professionnelle. Présentement Vision-Travail offre des services dans six localités (points de service) : Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda (bureau régional), Val-d'Or, Senneterre et Ville-Marie.

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) offre le programme Centre de travail adapté (CTA) aux personnes handicapées qui ont des limitations fonctionnelles importantes qui les empêchent d'être compétitives dans les entreprises régulières. L'apport financier de l'Office aux Centres de travail adapté permet d'assurer les emplois des personnes handicapées. Une convention de subvention entre l'Office et le Centre de travail adapté permet d'en établir les normes d'application et d'assurer le suivi de la démarche d'intégration.

En Abitibi-Témiscamingue, on retrouve trois centres de travail adapté :

- Les Ateliers Kami inc. à Ville-Marie;
- Les Ateliers Manutex à Rouyn-Noranda;

- Témabex inc. à Rouyn-Noranda.

Par ailleurs, le CAMO (Comité d'adaptation de la main d'œuvre) gère le Fonds d'intégration des personnes handicapées, un fonds canadien qui permet de financer des entreprises privées ou publiques (voir des particuliers) afin de les encourager à recruter des personnes ayant des incapacités.

Il existe un comité régional pour les milieux de travail adaptés coordonné par l'OPHQ. Ce comité regroupe différents partenaires régionaux concernés par l'intégration au travail des personnes vivant des limitations et il chapeaute les tables Action-Travail.

Afin de se rapprocher de la réalité de chacun des milieux géographiques, l'OPHQ a pris l'initiative de proposer la mise sur pied de Tables Action-Travail sectorielles dans chacune des MRC. Ces Tables regroupent des représentants d'organismes locaux ayant pour mission de favoriser l'intégration au travail des personnes vivant avec des limitations. On y retrouve habituellement : un représentant des CLE, les centres de réadaptation, Vision-Travail, la commission scolaire, le Regroupement d'association de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT), l'OPHQ et un ou deux organismes communautaires.

En 2002-2003, les cinq Tables Action-Travail sectorielles ont travaillé à l'implantation de milieux de travail adaptés pour les personnes ayant des limitations dans chacune des MRC, à raison d'une Table Action-Travail par MRC.

Le Centre de plein air du Lac Flavrian et le CFER Les Transformateurs (centre de formation en entreprise de récupération) à Rouyn-Noranda permettent au Centre de réadaptation La Maison d'offrir à ses usagers des milieux de travail protégés afin de poursuivre la réadaptation ou d'offrir une activité occupationnelle palliative. Ils sont également utilisés comme milieux de stage et d'apprentissage d'habitude de travail pour les usagers qui reçoivent ou ont reçu des services de réadaptation.

De plus, le Centre de réadaptation La Maison offre un volet d'évaluation des capacités de travail annexé aux différents programmes de réadaptation. Enfin, une ergothérapeute peut procéder à l'évaluation de l'aménagement des lieux et du poste de travail de la personne handicapée et faire des recommandations sur les adaptations nécessaires.

À part Vision-Travail, il n'existe pas d'organismes communautaires qui soient voués spécifiquement à l'intégration au travail des personnes handicapées. Cependant, soulignons l'organisme Les Intrépides de Rouyn-Noranda inc. qui offre des activités de développement de l'emploi par le biais de création de projets aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle.

En 2000, une consultation sur les problématiques d'intégration à l'emploi en Abitibi-Témiscamingue (Emploi-Québec, 2001) a permis d'établir certains constats sur l'intégration des personnes handicapées. Il ressort que l'expérience en emploi des personnes handicapées s'effectue principalement dans le secteur secondaire et dans les entreprises d'économie sociale ou d'insertion, là où le concept de productivité diffère de celui du secteur privé. La priorité accordée à la rentabilité économique de l'entreprise fait en sorte que l'on est moins enclin à embaucher une personne handicapée dans le cas où les lieux nécessiteraient une adaptation. Le problème principal d'intégration à l'emploi des personnes handicapées provient de la méconnaissance du milieu à l'égard de leur potentiel professionnel.

### **Maintien à domicile**

Les personnes handicapées et leurs proches aidants ont tout d'abord accès aux services de soutien à domicile tels que décrits dans la nouvelle Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003). Ces services sont offerts par les CLSC-CS et comprennent : les soins infirmiers, les services médicaux, le support psychosocial, les services d'ergothérapie, les services d'aide à domicile et le soutien aux aidants naturels. Par ailleurs, il existe un programme distinct s'adressant spécifiquement aux personnes (et leur famille) vivant en milieu naturel avec une déficience intellectuelle ou physique qui occasionne des limitations fonctionnelles et nécessitant plus de 3,5 heures de soin par semaine (MADPH).

Adopté par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en 2002, le programme de soutien à domicile pour les personnes handicapées regroupe les services de maintien à domicile, de soutien à la famille, de transport et d'hébergement. La gestion du programme est assurée par les CLSC-CS qui offrent une aide sous forme d'allocation permettant aux bénéficiaires de se procurer eux-mêmes les services dont ils ont besoin (RRSSSAT, 2002a). Cette allocation apparaît sous la forme d'un chèque emploi-service. En 2004, l'allocation était établie au montant de 9,50 \$ l'heure (RRSSSAT, 2003 : 197).

Le programme de maintien à domicile permet aux bénéficiaires de se procurer les services d'une personne pour les soutenir dans les activités. Le programme couvre les services suivants : les services d'aide à domicile, les soins de santé ne requérant pas une spécialisation en soins infirmiers et les services de surveillance.

Les services d'aide à domicile sont habituellement donnés par les auxiliaires familiales et sociales du CLSC. Ils peuvent prendre diverses formes : accompagnement, aide à la préparation des repas, soins d'hygiène et, exceptionnellement, soins ménagers.

Une entreprise d'économie sociale peut procurer des services de préparations de repas, d'assistance, d'entretien ménager et de travaux lourds au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. On en retrouve six, soit une par MRC et deux dans la MRC Vallée-de-l'Or :

- Défi Autonomie d'Amos;
- Le Centre de bénévolat de la Vallée-de-l'Or à Val-d'Or;
- La Table de concertation des personnes âgées du Témiscamingue à Ville-Marie;
- Les Intrépides à domicile à Rouyn-Noranda;
- Le Centre Saint-André à La Sarre;
- Le Coup de pouce communautaire Malartic.

En plus des entreprises d'économie sociale en soutien à domicile, quelques organismes communautaires peuvent également offrir ce genre de services :

- Le Point d'eau inc. d'Amos;
- Le Comité de bénévoles Tournesol d'Amos;
- La Popote roulante d'Amos inc. offre des services de repas chauds aux personnes en perte d'autonomie.

Des soins de santé peuvent être donnés sous la supervision du CLSC par du personnel non spécialisé en soins infirmiers.

Dans des circonstances particulières, notamment pour des raisons de maladie, de convalescence ou de réadaptation, une personne handicapée vivant seule peut nécessiter la présence d'une personne qualifiée pour sa sécurité.

### **Ressources résidentielles**

Les personnes handicapées physiques qui ne résident pas dans leur domicile bénéficient de plusieurs types de ressources résidentielles gérées par le secteur public : les ressources intermédiaires et d'hébergement de réadaptation (RI), les ressources de type familial (RTF) et les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Au-delà de 47 heures par semaines de soins, les personnes bénéficiant du programme MADPH géré par les CLSC sont orientées vers un CHSLD. En Abitibi-Témiscamingue, on retrouve six CHSLD, soit un dans chaque MRC et deux dans la MRC du Témiscamingue.

En 2002-2003, la Régie régionale reconnaissait 169 places en ressources intermédiaires. Parmi les personnes hébergées, six étaient des personnes ayant une déficience physique. Ces personnes ont eu accès aux six places existantes dans les deux foyers de groupe du CR La Maison. Le Foyer de groupe du Sourire et le Foyer de groupe Fortier offrent chacun trois places pour les personnes souffrant de sclérose en plaque et les personnes atteintes de paralysie cérébrale.

En 2002-2003, on retrouvait dix-neuf personnes ayant une déficience physique dans les ressources de type familial, soit quatre adultes et quinze enfants. Par ailleurs, sept personnes se retrouvaient sur la liste d'attente (RRSSAT, 2003a : 40-41). Depuis 2003, La RRSSAT désire accroître l'accessibilité aux services d'hébergement en RTF par une augmentation du budget dévolu aux familles et aux ressources afin d'éliminer les listes d'attentes (RRSSAT, 2003 : 199).

Une étude sur les besoins et la satisfaction en matière de logement des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité a été rendue publique en novembre 2002. On y donne certaines indications quant à l'offre de logements sociaux et communautaires pour cette clientèle en Abitibi-Témiscamingue (Thomas, 2002 : 49 à 51). Ainsi, on retrouve vingt-neuf offices municipaux d'habitation (OMH) gestionnaires d'habitations à loyer modique (HLM). Parmi les 1 220 unités de logement HLM disponibles, on compte officiellement une dizaine de logements qui sont réservés aux personnes handicapées. Ce qui représente moins de 1 % des unités

disponibles. Parmi six des onze coopératives d'habitation de la région, ce qui représente tout de même un total de 206 unités de logement, une seule unité de logement compte une rampe d'accès qui a été ajoutée aux frais du locataire. Enfin, la région compte 18 organismes d'habitation à but non lucratif. La plupart s'adressent à une clientèle constituée de personnes âgées en perte d'autonomie, de personnes démunies ou ayant des problèmes de santé mentale. Sur neuf ONBL d'habitation, totalisant 304 unités, on a répertorié trois immeubles accessibles à un fauteuil roulant, treize unités de logements accessibles à un fauteuil roulant et, finalement, seulement une quinzaine de personnes ayant des limitations sur le plan de la mobilité habitent ces logements.

En collaboration avec la Société d'habitation du Québec (SHQ), le Centre de réadaptation La Maison administre un programme de logements subventionnés accessible aux personnes handicapées ayant d'importants problèmes de déplacement et ayant un faible revenu. Le CR est mandataire de vingt-cinq unités de logements. En mars 2002, vingt-quatre des vingt-cinq unités de logement sont occupées par des personnes en fauteuil roulant.

L'organisme communautaire Les Intrépides de Rouyn-Noranda inc. gère six appartements supervisés pour les personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle.

L'Arche d'Amos (Le Saule fragile inc.) gère une ressource résidentielle pour les personnes handicapées et ayant une déficience intellectuelle. On y retrouve deux foyers de groupe et un appartement supervisé.

#### *Pour ceux qui désirent demeurer dans un logement ou dans leur maison*

La Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue est un organisme communautaire à qui la RRSSSAT a confié la gestion financière du programme des aides techniques et des fournitures aux personnes handicapées. Ce programme comprend quatre volets dont celui des aides à la vie quotidienne et à la vie domestique (AVQ, AVD) qui permet de défrayer les coûts de certains équipements comme les barres d'appui.

La SHQ administre le programme d'adaptation de domicile à l'intention des personnes handicapées (PAD). Des mandataires accrédités voient à l'application du programme. Les demandes proviennent des CLSC-CS et du Centre de réadaptation La Maison.

Selon l'étude citée plus haut, dans l'ensemble de la région, toutes les personnes qui interviennent dans l'adaptation de domicile déplorent le manque de logements accessibles ou

adaptés aux besoins des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité. Selon certains, même les ressources de type familial (RTF) et les ressources intermédiaires (RI) sont insuffisantes (Thomas, 2002 : 59).

## **Transport**

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, 32 % des municipalités sont desservies par le transport adapté. Ceci représente 67 % de la population. L'objectif du transport adapté est de favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des personnes ayant des incapacités en leur offrant un degré de mobilité et d'autonomie comparable à celui dont dispose la population en général. Le ministère des Transports du Québec est responsable du programme d'aide au transport adapté des personnes handicapées. Ce programme a été mis sur pied en 1979 et prévoit une subvention annuelle de 75 % de l'ensemble des coûts admissibles d'un service régulier de transport adapté, les autres coûts étant assumés par la municipalité et les passagers.

Le minibus est le principal mode de transport adapté utilisé en Abitibi-Témiscamingue. Il a été utilisé pour effectuer 97,8 % des déplacements en 2001. Le taxi est l'autre mode de transport adapté le plus couramment utilisé. Les organismes régionaux de transport adapté sont en service 52 semaines par année et offrent, en moyenne, 73 heures par semaine de service.

En 2001, la clientèle admise au transport adapté (tous types de déficience) se chiffrait à 1 891 individus. Parmi ceux-ci, on retrouvait un total de 1 316 personnes avec déficience physique. En 1996, le nombre de personnes admises au transport adapté se chiffrait à 1 331 alors qu'il se chiffrait à 900 en 1990. De 1990 à 2001, le nombre de personnes admises au transport adapté a augmenté de 110 % (ministère des Transports, 2003).

Toujours en 2001, les revenus globaux pour le transport adapté pour l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue totalisaient 1 188 488 \$ dont 851 603 \$ (75 %) provenaient d'une subvention du ministère des Transports du Québec.

En Abitibi-Témiscamingue, on retrouve sept organismes sans but lucratif de transport adapté aux personnes handicapées, soit un organisme pour les MRC d'Abitibi, d'Abitibi-Ouest et pour la ville de Rouyn-Noranda ainsi que deux organismes pour les MRC de Vallée-de-l'Or et de Témiscamingue. Le service est sous la responsabilité des municipalités constituantes, sauf pour la Corporation du transport adapté du Témiscamingue où la MRC est mandataire.

Dans la MRC du Témiscamingue, on retrouve Transport adapté de Témiscamingue inc. Située à Ville-Marie la corporation dessert également 18 autres municipalités. On retrouve également dans cette MRC, Transport adapté du Long-Sault inc. Située dans la ville de Témiscaming, la corporation dessert également la ville de Kipawa.

Pour l'année 2001, Transport adapté du Témiscamingue inc. a desservi une clientèle de 125 individus dont 115 avec déficience physique. Pour sa part, Transport adapté du Long-Sault inc. a desservi une clientèle de 86 individus dont 73 avec déficience physique.

Dans la MRC de la Vallée-de-l'Or, on retrouve Transport La Promenade inc., situé à Val-d'Or, et Transport adapté La Calèche d'Or, situé à Malartic. Pour l'année 2001, Transport La Promenade inc. a desservi une clientèle de 603 individus dont 454 avec déficience physique. Pour sa part, Transport adapté La Calèche d'Or a desservi 235 individus dont 220 avec déficience physique.

Dans la ville de Rouyn-Noranda, on retrouve Transport adapté Les Intrépides inc., situé dans la ville de Rouyn-Noranda. En 2001, la corporation a desservi une clientèle de 347 individus dont 241 avec déficience physique.

Dans la MRC Abitibi, on retrouve Transport adapté Amos inc., situé dans la ville d'Amos. En 2001, la corporation a desservi une clientèle de 326 individus dont 181 avec déficience physique.

Dans la MRC Abitibi-Ouest, on retrouve la Corporation de transport adapté d'Abitibi-Ouest. Située dans la ville de La Sarre, la corporation dessert également les villes de Colombourg, de Macamic ainsi que la ville et la paroisse Poularies. En 2001, la corporation a desservi une clientèle de 169 individus dont 69 avec déficience physique.

Une étude récente sur les besoins de transport des personnes handicapées et la satisfaction des usagers des services de transport public adapté en Abitibi-Témiscamingue a permis de constater que parmi les répondants : 48 % sont très satisfaits du transport public adapté, 50 % se déclarent satisfaits et aussi peu que 2 % sont insatisfaits. Par contre, il appert que de nombreux besoins persistent, particulièrement en ce qui a trait aux horaires (15 %), aux endroits desservis (11 %) et au coût du transport (8 %) (Thomas, 2001).

Il devrait exister un organisme au sein des principales villes du Québec ayant l'obligation de défendre les droits des usagers du transport adapté. Cet organisme est appelé le Regroupement

des usagers du transport adapté (RUTA). En Abitibi-Témiscamingue, le seul organisme de ce type est situé à Val-d'Or et porte le nom de Regroupement des usagers du transport adapté de Val-d'Or.

L'association des propriétaires d'autobus du Québec (APAQ) et ses membres, en collaboration avec l'OPHQ, offrent la carte québécoise d'accompagnement. Cette carte permet un accès gratuit à l'autobus à la personne qui accompagne une personne handicapée.

Quelques organismes communautaires offrent des services de transport aux personnes âgées en perte d'autonomie et parfois aux personnes handicapées :

- Le Comité des bénévoles Tournesol d'Amos;
- Le Centre de bénévolat de Rouyn-Noranda inc;
- Le Point d'eau inc. d'Amos;

*Pour les personnes qui désirent conduire leur propre véhicule ou avoir accès à un véhicule*

Le CR La Maison offre le programme *Évaluation des aptitudes et adaptations pour la conduite automobile*. Ce programme s'adresse aux personnes qui ont une déficience physique et qui veulent continuer à conduire un véhicule automobile.

Depuis 1997, la Société de l'assurance automobile du Québec est responsable du *Programme d'adaptation de véhicule pour personnes handicapées*. Ce programme a pour objectif d'accorder une aide financière permettant de rembourser les coûts d'achat, d'installation, de réparation et d'entretien requis pour pouvoir conduire ou avoir accès à un véhicule.

Il est possible d'obtenir une vignette de stationnement permettant l'accès aux espaces réservés aux personnes handicapées en s'adressant au bureau de l'assurance automobile.

*Pour les personnes qui doivent se déplacer pour suivre un traitement*

Le MSSS, par l'intermédiaire de son réseau de CLSC, offre le programme transport-hébergement afin de faciliter l'accès des personnes aux services d'adaptation-réadaptation et aux traitements qui sont liés aux limitations fonctionnelles en lien avec une déficience. Une allocation financière couvrant les frais reliés aux déplacements est attribuée selon des règles spécifiques.

### **Soutien à la famille**

Selon le *Programme de soutien dans le milieu de vie naturel des personnes handicapées* adopté en 2002 par le conseil d'administration de la RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue en conformité avec le cadre de référence sur les services à domicile, les proches qui soutiennent une personne qui a une ou des incapacités font partie de la clientèle des services à domicile (RRSSSAT, 2002a).

Les services sont offerts par des mesures d'allocation directe et visent à offrir un soutien permettant aux proches de poursuivre leur engagement. Ce soutien se traduit sous quatre formes de services possibles, soit le répit, le dépannage, le gardiennage et l'assistance aux rôles parentaux (RRSSSAT, 2002a : 7). Mentionnons que dans la nouvelle *Politique de soutien à domicile* adoptée en 2003, on parle de services psychosociaux plutôt que d'assistance des rôles parentaux.

Ces services peuvent être offerts par des organismes communautaires, des groupes bénévoles, des entreprises d'économie sociale ou encore par les CLSC. C'est le CLSC qui reçoit la demande et qui évalue l'admissibilité de la personne.

En 1997, la Régie régionale accorde aux centres de réadaptation Clair Foyer et La Maison, le mandat de consolider les services de répit, dépannage et gardiennage dans chacune des MRC de la région. On privilégie alors le partenariat entre les CR et les organismes communautaires. On prévoit cependant qu'un seul organisme communautaire par MRC peut assumer la dispensation des services. Des budgets protégés pour chaque MRC sont confiés aux deux CR (RRSSSAT, 2002a).

Dans les cas des personnes handicapées, les services de répit-dépannage qui sont offerts dans chaque MRC se déclinent comme suit :

- MRC Abitibi : les services sont offerts par le CR La Maison et le CRDI Clair Foyer;

- MRC du Témiscamingue : les services sont offerts par le CRDI Clair Foyer par le CR La Maison;
- MRC Abitibi-Ouest : les services sont offerts par un organisme communautaire, La Chrysalide;
- Ville de Rouyn-Noranda : les services sont offerts par l'Association pour l'intégration sociale (AIS);
- MRC Vallée-de-l'Or : les services sont offerts par le Centre de ressource à la vie autonome (CRVA).

Le Centre de plein air du Lac Flavrian, géré par le CR La Maison, offre un service de répit-gardiennage.

Pour ce qui est des services de gardiennage on retrouve :

- MRC Abitibi : le CRDI Clair Foyer a mis sur pied une banque de gardiens et gardiennes;
- MRC Abitibi-Ouest : les services sont offerts par un organisme communautaire, La Chrysalide. Par ailleurs une banque de gardiens et gardiennes, *Gard'Ange*, a été mise sur pied par l'association de parents d'enfants handicapés, le Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales, les centres de réadaptation ainsi que la commission scolaire;
- Ville de Rouyn-Noranda : l'AIS et le CRDI Clair Foyer ont mis sur pied une banque de gardiens et gardiennes;
- MRC du Témiscamingue : un service de gardiennage, Les Anges gardiens a été mis sur pied par l'Association de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue, le Centre de santé Sainte-Famille et le CRDI Clair Foyer;
- MRC Vallée-de-l'Or : l'Association des parents d'enfants handicapés L'Aile brisée de Val-d'Or, en collaboration avec les centres de réadaptation, a mis sur pied un programme de recrutement de gardiens et gardiennes.

De plus, plusieurs CPE acceptent les enfants handicapés. Ils peuvent recevoir une subvention pour faciliter l'intégration d'un enfant handicapé en faisant la demande au ministère de la Famille et de l'enfance.

Par ailleurs, il existe des services de garde en milieu scolaire dans trois MRC. Certains peuvent accueillir des enfants handicapés. Les services de garde peuvent obtenir une subvention pour accueillir les enfants handicapés. Ils en font la demande au ministère de l'Éducation.

Une étude récente sur Les besoins et la satisfaction en matière de répit-dépannage, gardiennage et service de garde concernant les personnes handicapées en Abitibi-Témiscamingue a permis d'établir quelques constats dont nous retenons les faits saillants (Dugré, 2001a : 81 à 83) :

En ce qui a trait au répit-dépannage :

- la plus grande insatisfaction provient du manque d'information sur les services disponibles;
- on considère qu'il y a un nombre insuffisant de ressources de répit.

En ce qui a trait au gardiennage :

- on veut également avoir accès à un plus grand nombre de ressources;
- on trouve le nombre d'heures allouées insuffisants (montants de l'allocation financière);
- les parents demandent l'amélioration de la formation des gardiennes.

En ce qui a trait aux CPE :

- on déplore le manque de place pour l'ensemble de la population ce qui affecte le nombre de places pour les enfants handicapés;
- à peine six des familles ayant fait partie de l'enquête ont utilisé les services des CPE.
- En ce qui a trait aux services de garde en milieu scolaire :
- peu de gens connaissent les services de garde qui accueillent les enfants handicapés;
- chez ceux qui les connaissent, peu de gens y ont accès .

Des associations offrent un service de soutien et d'information aux parents à qui l'on vient d'apprendre que leur enfant souffre d'une déficience : l'Association pour l'intégration sociale Rouyn-Noranda, l'Association de parents d'enfants handicapés Abitibi-Ouest, l'Association de

parents d'enfants handicapés du Témiscamingue, L'Aile brisée de Val-d'Or, l'Accueil et association pour personnes handicapées et parents de personnes handicapées de Senneterre.

Par ailleurs, la plupart des associations spécialisées qui offrent du soutien psychosocial et des activités d'intégration à leurs membres (activités sociales, loisirs, activités culturelles, défense des droits) offrent également du soutien à leur famille. Au niveau local on retrouve :

- l'Association des AVC et traumatisés crâniens de Val-d'Or;
- le Club AVC de Rouyn-Noranda inc.;
- la Société Alzheimer de Rouyn-Noranda;
- la Société Alzheimer de la Vallée-de-l'Or inc.;
- l'Association pour les personnes handicapées visuelles de Rouyn-Noranda;
- l'Association Voir sans voir de Val-d'Or;
- la Société canadienne de la sclérose en plaques de Rouyn-Noranda;
- l'Association de la fibrose kystique de Rouyn-Noranda.

Au niveau régional on retrouve :

- l'Association des traumatisés crâniens de l'Abitibi-Témiscamingue Le Pilier;
- l'Association des sourds et malentendants de l'Abitibi-Témiscamingue;
- la Société de sclérose en plaques de l'Abitibi-Témiscamingue;
- l'Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue;
- l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs;
- l'Association québécoise pour les enfants dysphasiques (audimuets).

Il ne faut pas oublier le personnel de l'Office des personnes handicapées (OPHQ) qui accueille, informe, soutient et conseille les proches d'une personne handicapée.

## Loisirs

L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (ARLPHAT) a pour mission de promouvoir les loisirs des personnes handicapées. En font partie, 26 clubs locaux regroupant près de 2 000 personnes. L'ARLPH gère le programme d'accompagnement en loisir pour personnes handicapées dont l'enveloppe budgétaire est jugée nettement insuffisante. À preuve, en 1999-2000, les demandes étaient évaluées à 101 724 \$ pour un budget de 16 320 \$ (Dugré, 2001 : 16).

Loisir et sport Abitibi-Témiscamingue (LSAT) est une unité régionale du Secrétariat au loisir et au sport. Son mandat consiste, entre autres, à mettre de l'avant des mesures favorisant l'accessibilité aux loisirs et aux sports des personnes handicapées.

Le Centre de plein air du Lac Flavrian, géré par le CR La Maison, reçoit des personnes vivant des situations de handicap pour de courts séjours.

Les commissions scolaires ont l'obligation de mettre leurs infrastructures et équipements à la disposition de la communauté après que les besoins de la clientèle scolaire soient satisfaits.

Enfin, dix organismes offrent des activités de jour aux personnes handicapées physiques ou aux personnes handicapées intellectuelles. Les organismes sont reliés par des ententes avec les CR. Pour les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda, voici la liste des organismes offrant des services aux personnes handicapées physiques :

- MRC Abitibi : La Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RASPHAT) offre des activités aux enfants ainsi que des camps d'été pour les adultes. Le Regroupement des associations au service des personnes handicapées d'Amos (RASPHA) offre des activités sociales et récréatives;
- MRC de la Vallée-de-l'Or : le Centre d'intégration physique l'Envol;
- MRC du Témiscamingue : on retrouve trois organismes dispensateurs d'activités de jour : deux d'entre eux, l'ACTIA et Indépendance 65+, se consacrent aux personnes handicapées;
- Ville de Rouyn-Noranda : l'organisme Les Intrépides offre des activités de jour à l'ensemble de la clientèle handicapée;
- MRC Abitibi-Ouest : Club de l'amitié des handicapés du secteur La Sarre inc.

Une étude récente sur les *Besoins et la satisfaction en matière de loisirs et d'activités de jour concernant les personnes handicapées* pour la région Abitibi-Témiscamingue a permis d'établir quelques constats (Dugré, 2001 : 142) :

- Il existe un besoin accru de services de loisirs et d'activités de jour;
- L'accessibilité des personnes handicapées aux loisirs est encore restreinte;
- Les programmes, structures et services mis en place par les commissions scolaires, les associations pour personnes handicapées et les services municipaux de loisirs ne peuvent favoriser actuellement la pratique optimale du loisir chez cette population;
- Les limites du transport adapté et de l'accessibilité des lieux demeurent des pierres d'achoppement, particulièrement en région;
- Pour une grande partie d'entre eux, l'accessibilité aux loisirs passe par la possibilité de disposer d'un accompagnateur.

### **Vie associative**

Au total, 43 organismes interviennent auprès des personnes ayant une déficience physique ou de leurs proches. Trente-quatre organismes agissent au niveau local et neuf ont un mandat régional.

Au niveau local, dix organismes offrent des services aux personnes ayant des limitations physiques, une déficience intellectuelle ou ayant une problématique en santé mentale. Douze organismes offrent des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées. Douze organismes offrent des services aux personnes ayant une déficience physique et une déficience intellectuelle.

Rappelons que dans la région Abitibi-Témiscamingue, le continuum de services en déficience physique regroupe trois grands axes de services : les services de stabilisation médicale et de réadaptation fonctionnelle précoce, les services d'adaptation-réadaptation et les services de soutien dans le milieu. Par ailleurs, la continuité et la complémentarité des services est assurée, ou en voie de l'être, dans chacune des MRC.

Tel que nous avons pu le constater, les organismes communautaires sont très présents dans le continuum des services en déficience physique. Ils sont omniprésents dans les services de

soutien dans le milieu où, au niveau local, ils offrent des services de répit, des services de dépannage, des services de gardiennage, des activités de jour, des services d'hébergement, des services psychosociaux, des services de soutien et d'information à la famille, des services de loisirs, des services de transport, des services de maintien à domicile. Bien qu'ils n'aient pas fait partie de notre propos jusqu'à maintenant, plusieurs organismes offrent des services de soutien et d'accompagnement et des services de défense des droits.

En maintien à domicile, six entreprises d'économie sociale et deux organismes communautaires offrent des services d'entretien ménager, d'assistance, de travaux lourds et parfois d'aide à la préparation des repas. La Popote roulante offre pour sa part uniquement des services de repas chauds. Bien qu'il s'adresse également aux personnes handicapées, la clientèle visée par ce type de service est principalement constituée de personnes âgées en perte d'autonomie.

En ce qui a trait aux ressources résidentielles, on retrouve deux organismes communautaires : Les Intrépides qui gère trois appartements pour les personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle et l'organisme L'Arche d'Amos (Le Saule Fragile inc.) qui offre deux foyers de groupe et un appartement supervisé à cette même clientèle.

Dans le transport, huit organismes sans but lucratif dispensent les services de transport adapté aux personnes ayant des incapacités. Un organisme, le Regroupement des usagers du transport adapté de Val-d'Or, défend les droits des usagers de cette localité. Par ailleurs, trois organismes communautaires offrent des services de transport aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Dans le cas des services de répit-dépannage et des services de gardiennage, des crédits récurrents sont dégagés par la Régie régionale afin d'assurer la stabilité des organismes communautaires. Sous la coordination des CR La Maison et Clair Foyer, trois organismes communautaires offrent des services de répit-dépannage et deux organismes s'impliquent dans les services de gardiennage pour les personnes aux prises avec une déficience physique ou une déficience intellectuelle.

De nombreuses associations offrent du soutien aux parents ou aux proches. C'est le cas notamment de trois associations de parents et de deux organismes qui s'intéressent particulièrement à l'intégration des personnes aux prises avec une déficience physique ou intellectuelle.

Des associations visant une problématique particulière (AVC, Alzheimer, etc.) soutiennent également les familles et les proches. On en retrouve huit au niveau local.

En ce qui a trait aux loisirs, dix organismes locaux, répartis dans les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda, offrent des activités de jour aux personnes handicapées physiques et handicapées intellectuelles. Les organismes sont reliés par des ententes avec les deux CR.

Les organismes sociaux sont également présents en intégration au travail. On retrouve trois CTA qui assurent des emplois aux personnes ayant des limitations fonctionnelles importantes. L'organisme Vision-Travail, qui a comme mandat spécifique de développer ou d'améliorer l'employabilité des personnes ayant des difficultés particulières d'insertion, offre des services dans six localités des cinq MRC. L'organisme Les Intrépides de Rouyn-Noranda inc. offre des activités de développement de l'emploi par le biais de création de projets aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle.

On ne retrouve pas d'organismes communautaires voués spécifiquement aux services éducatifs. Par contre, trois associations de parents offrent des conseils pour l'intégration des enfants à l'école et un autre organisme fait la promotion de l'intégration scolaire.

Par ailleurs, plusieurs organismes offrent du soutien psychosocial et de l'accompagnement. Selon les organismes, les activités prennent plusieurs formes : information, lieu pour briser l'isolement, groupes d'échange, centre de jour, soutien civique. C'est le cas de six organismes qui œuvrent auprès des personnes ayant une déficience physique ou une déficience intellectuelle. C'est le cas également de onze organismes œuvrant auprès de personnes aux prises avec un handicap spécifique (Alzheimer, AVC, etc.).

Le champ de la défense des droits est une thématique importante et concerne vingt organismes. Par ailleurs, les activités sociales, y compris les loisirs et la culture, sont prises en compte par quatorze organismes.

#### *Au niveau régional*

Au niveau régional, six associations visant une problématique particulière (AVC, Alzheimer, etc.) s'intéressent spécifiquement aux personnes ayant une déficience physique.

Un organisme de défense des droits, l'AQETA Abitibi-Témiscamingue, contribue à promouvoir les droits et les intérêts des enfants ayant des troubles d'apprentissage.

Le Regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT) s'occupe de défense des droits et fait des représentations auprès de différents ministères dont le ministère de l'Éducation.

La Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue est un organisme communautaire qui a pour mission de veiller à l'amélioration de la qualité de vie et à l'intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de l'activité humaine. L'organisme offre, à l'occasion et en complémentarité au programme existant, l'aide nécessaire à l'intégration scolaire ainsi que des bourses d'étude.

L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (ARLPHAT) a pour mission de promouvoir les loisirs des personnes handicapées ainsi que des personnes ayant une problématique de santé mentale sur l'ensemble du territoire

Enfin, au niveau provincial, le CAAP Abitibi-Témiscamingue offre du soutien aux personnes insatisfaites des services du réseau de la santé et des services sociaux.

#### *Financement*

En 2002-2003, vingt-et-un organismes communautaires œuvrant auprès de personnes handicapées (déficience physique et déficience intellectuelle) étaient financés dans le cadre du SOC pour un montant total de 417 565 \$ (RRSSSAT, 2003a : 11).

## **PARTIE II. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

Le *programme* en déficience intellectuelle offre divers services à la personne présentant un retard de développement significatif et généralisé apparu avant l'âge de dix-huit ans afin de la soutenir dans le développement optimal de son potentiel. Le programme vise également la famille et les proches (RRSSSAT, 1996).

Le programme « Déficience intellectuelle » est défini dans le document Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998 (RRSSSAT, 1996). Le Plan de consolidation 1998-2002 (RRSSSAT, 1999) a permis de déterminer un ensemble d'objectifs et de cibles afin de rencontrer les orientations de 1996. Par la suite, le Bilan du plan de consolidation 1998-2002 (RRSSSAT, 2002) a identifié les résultats des différentes cibles retenues. Enfin, le Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006 (RRSSSAT, 2003) a présenté des objectifs sur trois ans, des moyens pour les atteindre et des indicateurs de résultats. Mentionnons que ces quatre documents s'intéressent à l'ensemble des programmes et services offerts dont le *programme* en « déficience intellectuelle ».

Dans la foulée des orientations mises de l'avant dans la récente politique ministérielle (MSSS, 2001), les dirigeants de la RRSSSAT ont apporté des changements sur le plan des pratiques qui tendent de plus en plus à fonctionner en réseau de services intégrés. Ces changements sont perceptibles dans *Le Bilan du plan de consolidation 1998-2002* (RRSSSAT, 2002) et dans *Le Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006* (RRSSSAT, 2003).

Au cours de l'année 2003, le comité régional en déficience intellectuelle a entrepris de tracer un portrait de l'organisation actuelle des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, qu'elle soit associée ou non à d'autres problématiques. En janvier 2004, le comité a déposé un plan d'action régional s'inscrivant dans la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et à leurs proches, adoptée par le MSSS en 2001 (RRSSSAT, 2004).

## **Prévention et dépistage**

Certains services d'information et de sensibilisation sur la déficience intellectuelle sont laissés sous la responsabilité des CLSC-CS, du CRDI Clair Foyer, des organismes communautaires et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) qui dispensent des informations spécifiques selon les demandes qui leur sont acheminées (RRSSSAT, 1996).

Les CLSC, à travers leurs services courants de prévention destinés à l'ensemble de la population, visent à agir sur les facteurs de risques (ex. : saines habitudes de vie, prévention du tabagisme, vaccination, etc.) et sont appelés à exercer des activités visant à prévenir les déficiences intellectuelles.

Des programmes initiés par la Direction régionale de la santé publique (DRSP) permettent également de faire de la prévention. La DRSP réalise ses mandats avec l'aide des CLSC-CS, des médecins, des commissions scolaires et des organismes communautaires. À titre d'exemple, mentionnons les programmes *Naître égaux*, *Grandir en santé (NEGS)* et *Grandir ensemble* (RRSSSAT, 2002).

Les services périnataux de prévention, de dépistage et de référence sont assurés par les médecins et les infirmières des cliniques privées de médecine, des CH et des CLSC-CS.

Enfin, les CLSC-CS, les CH, les pédiatres, les médecins et les infirmières des cliniques privées ainsi que les organismes communautaires sont le plus souvent associés au dépistage des personnes ayant une problématique en déficience intellectuelle.

## **Diagnostic et traitement**

En mars 1996, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue adoptait les mécanismes et modalités d'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (CRDI Clair Foyer, 2000).

Tous les CLSC-CS de la région sont les portes d'entrée des nouvelles demandes. Une fois l'évaluation sommaire complétée, le CLSC-CS réfère la personne vers le coordonnateur des mécanismes d'accès (psychoéducateur du CRDI Clair Foyer) de la MRC de résidence de la personne qui procède à une évaluation.

Si le soupçon est retenu, il s'assure de désigner un éducateur (répondant) du processus évaluatif qui associera tous les partenaires requis pour les besoins de la personne. À partir des

résultats de l'évaluation, s'il est convenu que la personne nécessite la participation de plusieurs établissements, un comité interdisciplinaire d'élaboration de Plan de services individualisé (PSI) est mis sur pied. Ce comité procède à :

- l'élaboration du PSI de la personne;
- la désignation des dispensateurs de services;
- la nomination d'un responsable du PSI;
- la nomination du coordonnateur du PSI.

Conséquemment au PSI, les plans d'intervention (PI), sont élaborés par chaque partenaire concerné (établissement du réseau de la santé et des services sociaux, commissions scolaires, etc.).

### **Adaptation et réadaptation**

Le CRDI Clair Foyer offre les services d'adaptation-réadaptation aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Ces services comprennent trois volets :

- le programme de soutien à la personne, à la famille et aux proches;
- le programme socioprofessionnel;
- le programme résidentiel.

Nous reviendrons plus loin sur le soutien à la famille et aux proches ainsi que les programmes socioprofessionnel et résidentiel.

Le programme de soutien à la personne regroupe l'ensemble des activités reliées aux services d'adaptation-réadaptation et d'intégration sociale auprès de la personne ayant une déficience intellectuelle. Les services d'intégration comprennent la surveillance et la protection sociale (dispensés par le CR), les services d'accompagnement pour l'intégration dans les milieux (dispensés par les organismes communautaires) et la représentation des intérêts et la défense des droits (services dispensés par l'OPHQ et les organismes communautaires).

Les services d'adaptation-réadaptation sont du ressort du CRDI Clair Foyer qui intervient dans plusieurs activités :

- la stimulation précoce;
- l'assistance éducative à la maison, en garderie, à l'école et en milieu de vie autonome;
- les services psychologiques;
- les services psychosociaux;
- les services d'orthophonie.

Mentionnons que les CLSC offrent également les services d'orthophonie pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, notamment lorsque la déficience intellectuelle n'est pas diagnostiquée.

Afin de desservir toute la population de la région, le CRDI a établi des points de service dans chacune des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue. Ainsi, on retrouve un point de service dans chacune des sous-région suivantes : Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Ville-Marie, et Val-d'Or. Le siège social se trouve à Amos.

En mars 2003, le CRDI Clair Foyer desservait 543 personnes sur une clientèle potentielle de 743 personnes, soit un taux de pénétration de 80 %. Cette situation s'explique en partie par le fait que les parents préfèrent avoir recours aux services du CRDI à la fin de la période où l'enfant bénéficie des services en milieu scolaire (CRDI Clair Foyer, 2003a : 7).

#### *Les services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement.*

Le programme « *Autisme* » est défini dans le document *Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998* (RRSSSAT, 1996). Dans le plan stratégique présenté en 2003, le programme en « *Autisme* » devient le programme « *Troubles envahissants du développement (TED)* » (RRSSSAT, 20003).

Contrairement à ce qui se fait dans les autres régions, les programmes en troubles envahissants du développement (TED) font partie du secteur d'activité « *Personnes handicapées physiques* ». Ainsi, c'est le centre de réadaptation en déficience physique La Maison qui en a la responsabilité.

Dans le cadre du dernier modèle régional des services aux personnes autistes de l'Abitibi-Témiscamingue (RRSSSAT, 1996), la gamme des services comprend globalement les volets suivants :

- l'information et la sensibilisation;
- la prévention et le dépistage (accueil, accompagnement, évaluation et orientation);
- l'évaluation et le diagnostic;
- les traitements spécialisés ainsi que l'adaptation et la réadaptation;
- le support aux proches, l'intégration sociale ainsi que la défense des droits.

Le Centre de réadaptation La Maison, de concert avec la Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (SARAT), s'assure d'informer et de sensibiliser les partenaires et la population en général au phénomène des troubles envahissants du développement.

Les CH effectuent des activités de dépistage et de diagnostic. Certaines caractéristiques de l'autisme et des troubles envahissants du développement qui ne deviennent apparentes que durant l'enfance peuvent également être détectées en service de stimulation précoce, en garderie, en milieu scolaire ou encore par le médecin, le pédiatre, le CLSC et la Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (SARAT).

Par ailleurs, le CR La Maison, en partenariat avec la Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (SARAT), a mis en place des services de dépistage précoce de l'autisme et de troubles envahissants du développement. Ces services sont offerts en complémentarité avec les CLSC-CS, le CRDI Clair Foyer et les équipes externes de psychiatrie.

*Les services d'évaluation-diagnostic sont dispensés par le CR La Maison.*

Tous les CLSC-CS de la région sont les portes d'entrée des nouvelles demandes. Une fois l'évaluation sommaire complétée, le CLSC-CS réfère la personne vers le CR La Maison.

Une équipe régionale de base composée d'une psychologue, d'une orthophoniste, d'un travailleur social, d'un psychométricien et d'un médecin procède à l'évaluation et au diagnostic de la personne. Suite à l'évaluation, un comité interdisciplinaire d'élaboration de PSI est mis sur pied. L'équipe du PSI est constituée des principaux intervenants qui seront impliqués auprès de la personne diagnostiquée TED. On peut y retrouver : l'équipe interdisciplinaire du CR, le CLSC, le service de garde, la commission scolaire, etc. De façon quasi systématique, la SARAT y est

représentée. Conséquemment au PSI, les plans d'intervention (PI) sont élaborés par chaque partenaire concerné.

Par la suite, l'équipe se réunit régulièrement afin de faire le point sur les évaluations, les plans d'intervention individualisés et les plans de services individualisés (CR La Maison, 2003 : 11).

*Les traitements spécialisés d'adaptation-réadaptation sont offerts par le CR La Maison.*

Ils sont fournis dans les cinq points de services du CR ainsi qu'à partir du siège social situé à Rouyn-Noranda. Parmi les traitements offerts nous retrouvons : l'apprentissage AVD, AVQ, l'autonomie fonctionnelle, les activités de jour, les loisirs et les activités cognitives. À noter que certaines activités de loisirs et de jour sont sous la responsabilité du SARAT qui voit à établir des contrats de service avec les organismes qui dispensent déjà ce type de service aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Enfin, dans chacun des points de service du CR La Maison, on retrouve un Jardin l'Éveil qui se veut un centre de stimulation précoce pour la déficience physique et l'autisme.

### **Les services éducatifs**

Comme nous l'avons vu plus haut lorsqu'il était question des services éducatifs pour les personnes ayant une incapacité physique, les cinq commissions scolaires de la région Abitibi-Témiscamingue sont tenues d'adopter une politique sur les modalités d'organisation des services éducatifs pour les élèves handicapés et les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Sont incluses, les personnes ayant une déficience intellectuelle. Un comité EHDAA donne son avis à la commission scolaire sur l'organisation des services.

En Abitibi-Témiscamingue, pour la période 2001-2002, on retrouvait 107 élèves ayant une déficience intellectuelle inscrits au primaire et au secondaire. Sur un total de 302 élèves handicapés, 36,8 % présentaient une déficience liée à la communication, 35,4 % avaient une déficience intellectuelle, 18,9 % une déficience motrice, 4,3 % des troubles de développement et 4,6 % présentaient d'autres problématiques (OPHQ, 2003 : 83).

Le CRDI Clair Foyer offre un service d'assistance éducative alors qu'un éducateur accompagne les parents dans leur démarche d'intégration. Par ailleurs, le CR demeure disponible

aux différents intervenants de l'école afin de les aider à mieux comprendre la dynamique de l'enfant ayant une déficience intellectuelle.

Une partie des services en orthophonie est prodiguée à la clientèle déjà inscrite au CRDI Clair Foyer. Par ailleurs, le CR participe au comité EHDAA dans chaque commission scolaire. Enfin, le CRDI Clair Foyer participe à l'élaboration des plans de services individualisés dans les écoles de la région.

### *Les organismes communautaires*

Il arrive fréquemment que les organismes communautaires qui se préoccupent des personnes ayant une déficience physique soient également impliqués auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. C'est le cas notamment des organismes qui s'impliquent en éducation.

Les associations de parents qui sont présentes dans trois MRC offrent du support et de l'information pour l'intégration scolaire des enfants handicapés physiques et des enfants ayant une déficience intellectuelle. Il s'agit de :

- l'Association des parents d'enfants handicapés d'Abitibi-Ouest;
- l'Association des parents d'enfants handicapés du Témiscamingue inc.;
- l'Association des parents d'enfants handicapés L'Aile brisée de Val-d'or

L'association pour l'intégration sociale de Rouyn-Noranda fait également de la promotion pour l'intégration scolaire des personnes handicapées physiques et des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Par ailleurs, La Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue est un organisme communautaire qui a pour mission de veiller à l'amélioration de la qualité de vie et à l'intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de l'activité humaine. L'organisme offre, entre autres, l'aide nécessaire à l'intégration scolaire ainsi que des bourses d'étude.

Le regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT) s'occupe de défense des droits et fait des représentations auprès de différents ministères dont le ministère de l'Éducation.

L'Association québécoise pour les troubles d'apprentissage de la région Abitibi-Témiscamingue (AQETA Abitibi-Témiscamingue) contribue également à promouvoir les droits et les intérêts des enfants handicapés ayant des troubles d'apprentissage.

#### *Les services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)*

Les personnes présentant des troubles envahissants du développement sont incluses dans la *Politique sur les modalités d'organisation des services éducatifs pour les élèves handicapés et les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage* que doit présenter chacune des commissions scolaires. Le CR La Maison met à contribution un éducateur spécialisé afin d'accompagner la personne dans les différents programmes scolaires. Par ailleurs, sur invitation de l'école ou du parent, le SARAT peut intervenir dans le but d'aplanir les difficultés d'intégration.

Enfin, l'équipe du CR La Maison participe à l'élaboration des plans d'intervention individualisés dans les écoles où le besoin se fait sentir. Sur demande des parents, les intervenants de l'OPHQ accompagnent les enfants lors des plans d'intervention.

#### **Travail et activités productives**

Le CRDI Clair Foyer joue un rôle important au plan de l'intégration au travail et des activités productives par le biais de son programme socioprofessionnel. Le CR offre trois types de services : les activités de jour, la préparation au travail au moyen de stages et d'activités de soutien et l'intégration à l'emploi (CRDI Clair Foyer, 2000 : 18). En 2002-2003, 293 personnes ont profité de l'un ou l'autre des services socioprofessionnels (CRDI Clair Foyer, 2003 : 13).

Les activités de jour se divisent en deux catégories : les activités à connotation récréative offertes en collaboration avec les organismes communautaires et les activités à connotation éducative offerte en groupe par des éducateurs du CRDI.

La préparation au travail au moyen de stage ou de plateaux de travail vise à encadrer l'utilisateur admis ou inscrit dans des activités réalisées dans un milieu de travail régulier ou un

milieu de travail communautaire sous la supervision du personnel qualifié. Les personnes déficientes intellectuelles ont profité de stages ou de plateaux de travail pour 12 084 fréquentations (CRDI Clair Foyer, 2003 : 13).

L'intégration à l'emploi par des activités se fait dans un milieu de travail régulier sous la supervision du personnel de l'établissement. Le CR offre des activités individuelles d'encadrement permettant à l'utilisateur d'exécuter le travail rémunéré. En 2002-2003, 3 679 fréquentations en intégration à l'emploi rémunéré ont été effectuées (CRDI Clair Foyer, 2003 : 13).

Tout comme l'ensemble des citoyens de la région Abitibi-Témiscamingue, les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent se diriger vers un Centre local d'emploi (CLE) où sont offerts les services publics reliés à l'emploi. On y retrouve un ensemble de mesures et de services d'emploi qui peuvent soutenir les personnes dans leur démarche d'insertion. On retrouve en Abitibi-Témiscamingue, un bureau régional Emploi-Québec situé à Rouyn-Noranda de même que six CLE situés à Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Ville-Marie, Val-d'Or et Senneterre.

Tout comme pour les services éducatifs, les organismes communautaires qui offrent du soutien à l'emploi aux personnes ayant une déficience physique s'impliquent également auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Le programme Contrat d'intégration au travail (CIT) favorise l'intégration à l'emploi et l'embauche d'une personne handicapée en finançant un supplément salarial. L'organisme Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue a le mandat de préparer la personne handicapée, de réaliser une démarche d'intégration, d'évaluer son manque de productivité et de négocier une entente avec l'employeur. Le SSMO achemine les demandes de subvention au bureau régional du ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille, module Emploi-Québec.

Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue est un organisme à but non lucratif qui existe depuis 1985. Une partie des revenus de l'organisme est assurée, entre autre, par un contrat de service avec le ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille. L'organisme est mandaté pour développer ou améliorer l'employabilité des personnes ayant des difficultés particulières d'insertion socio-professionnelle. Présentement Vision-Travail offre des services dans six localités : Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda (bureau régional), Val-d'Or, Senneterre et Ville-Marie.

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) offre le programme Centre de travail adapté (CTA) aux personnes handicapées qui ont des limitations fonctionnelles importantes qui les empêchent d'être compétitives dans les entreprises régulières. L'apport financier de l'Office aux Centres de travail adapté permet d'assurer les salaires des personnes handicapées et la participation de l'employeur. L'entreprise doit être rentable afin d'assurer un revenu qui permet son fonctionnement. Une convention de subvention entre l'Office et le Centre de travail adapté permet d'en établir les normes d'application et d'assurer le suivi de la démarche d'intégration.

En Abitibi-Témiscamingue on retrouve trois centres de travail adapté :

- Les Ateliers Kami inc. à Ville-Marie (transformation de bois);
  - Personnes handicapées (19)
  - Personnes non-handicapées (9)
  - Total des personnes : 28
  
- Les Ateliers Manutex à Rouyn-Noranda (fabrication de salopettes de travail);
  - Personnes handicapées (60)
  - Personnes non-handicapées (10)
  - Total des personnes : 70
  
- Témabex inc. à Rouyn-Noranda (entretien ménager).
  - Personnes handicapées (68)
  - Personnes non-handicapées (46)
  - Total des personnes : 114

Par ailleurs, le CAMO (Comité d'adaptation de la main d'œuvre) gère le Fonds d'intégration des personnes handicapées, un fonds canadien qui permet de financer des entreprises privées ou publiques (voir des particuliers) afin de les encourager à recruter des personnes ayant des incapacités.

Tel que nous l'avons décrit au chapitre précédent portant sur les personnes handicapées physiques, un comité régional pour les milieux de travail adaptés ainsi que les Tables Action-Travail sectorielles, présentes dans chacune des MRC, voient à favoriser l'intégration des personnes ayant des limitations. Pour ce faire, ils doivent s'assurer de dispenser de la formation afin d'augmenter l'employabilité des personnes. En 2002-2003, les Tables Action-Travail

sectorielles ont travaillé à l'implantation de milieux de travail adaptés pour une quarantaine de personnes ayant des limitations.

Pour des informations sur les problématiques d'intégration au travail des personnes ayant une déficience intellectuelle, nous vous référons à la rubrique *Travail et activités productives* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique*.

#### *Les services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)*

L'intégration au travail et aux activités productives se fait par le biais d'un plateau de travail qui consiste à trier le papier et le carton au Centre de tri de Rouyn-Noranda. L'activité est coordonnée par le CR La Maison. Environ une dizaine de clients y travaillent.

#### **Ressources résidentielles**

Le CRDI Clair Foyer est responsable du programme résidentiel pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et ne pouvant vivre dans leur milieu résidentiel. Ce programme regroupe l'ensemble des ressources résidentielles substitués : internat, ressources de type familial et autres en fonction des besoins de la clientèle (CRDI Clair Foyer, 2000 : 18).

Le service d'hébergement interne est dispensé à Amos au siège social du CRDI Clair Foyer. L'internat a un permis de 31 places, il est composés de trois unités de vie de douze, dix et neuf chambres.

Au 31 mars 2003, 31 personnes résidaient en internat, 44 personnes vivaient dans les familles d'accueil, 166 personnes vivaient dans les résidences d'accueil et 18 personnes vivaient dans des ressources de type familial bénéficiant d'une rémunération complète par le CRDI (RTF-CRDI). Par ailleurs, 284 personnes vivaient en milieu naturel dont 197 personnes dans leur « famille naturelle » et 87 personnes dans les « autres milieux naturels » tels : en appartement, en chambre et pension, dans une ressource privée, dans les ressources communautaires d'hébergement sans lien contractuel avec le CRDI, chez les grands-parents, les frères, les sœurs, etc. (CRDI Clair Foyer, 2003a : 8).

De plus, on retrouve 39 places au Réseau de la santé et des services sociaux (RSS) Les Aurores boréales. Ces places sont réservées aux adultes présentant une déficience intellectuelle associée à des troubles de santé, des incapacités physiques ou des troubles de comportement

majeurs et des problèmes graves de santé mentale et d'adaptation sociale. Il est à noter que la RRSSSAT ainsi que ses partenaires tentent d'actualiser un plan de réinsertion sociale pour cette clientèle (RRSSSAT, 2004).

#### *Les organismes communautaires*

Les Intrépides, un organisme communautaire de Rouyn-Noranda, met six appartements supervisés à la disposition des personnes handicapées ou des personnes ayant une déficience intellectuelle.

L'Arche d'Amos (Le Saule Fragile inc.) gère une ressource résidentielle pour les personnes handicapées et ayant une déficience intellectuelle. On retrouve deux foyers de groupe et un appartement supervisé.

Une entente a été faite entre le CRDI Clair Foyer et l'Accueil Harvey-Bibeau pour offrir des services d'hébergement à la clientèle en déficience intellectuelle. Cinq appartements supervisés ont été mis en place.

Par ailleurs, il peut arriver que les ressources d'hébergement communautaire spécifiquement dédié aux personnes ayant une problématique de santé mentale accueillent des personnes ayant une déficience intellectuelle. Cette situation se présente lorsque la personne ayant une déficience intellectuelle présente également une problématique en santé mentale.

Pour des informations sur la problématique de logement des personnes ayant une déficience intellectuelle, nous vous référons à la rubrique *Ressources résidentielles* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique*.

#### *Les services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)*

L'unité de vie Robinson, qui est en fait l'internat du CR La Maison, peut accueillir onze personnes.

## Transport

Il est proposé de se référer à la rubrique *Transport* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique* pour avoir un aperçu de l'organisation des services en transport adapté.

En 2001, la clientèle ayant une déficience intellectuelle admise en transport adapté se chiffrait à 525 personnes (MTQ, 2003) selon la répartition suivante :

- Transport adapté de Témiscamingue inc. : 42
- Transport adapté du Long-Sault : 13
- Transport La Promenade inc. : 147
- Transport adapté La Calèche d'Or : 14
- Transport adapté Les Intrépides inc. : 87
- Transport adapté Amos inc. : 145
- Corporation de transport adapté d'Abitibi-Ouest : 77

Il existe un organisme au sein des principales villes du Québec ayant l'obligation de défendre les droits des usagers du transport adapté. Cet organisme est appelé le Regroupement des usagers du transport adapté (RUTA). En Abitibi-Témiscamingue, le seul organisme de ce type est situé à Val-d'Or et porte le nom de Regroupement des usagers du transport adapté de Val-d'Or.

Pour des informations supplémentaires sur les besoins de transport des personnes handicapées et la satisfaction des usagers des services, nous vous référons à la rubrique *Transport* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique*.

### *Pour les personnes qui doivent se déplacer pour suivre un traitement*

Le MSSS, par l'intermédiaire de son réseau de CLSC, offre le programme transport-hébergement afin de faciliter l'accès des personnes aux services d'adaptation-réadaptation et aux traitements qui sont liés aux limitations fonctionnelles en lien avec une

déficience. Une allocation financière couvrant les frais reliés aux déplacements est attribuée selon des règles spécifiques.

## **Soutien à la famille et aux proches**

### *Les mesures de répit-dépannage*

Les mesures de répit-dépannage qui ont été mises en place pour la famille et les proches des personnes ayant une déficience intellectuelle sont les mêmes que celles mises en place pour les familles et les proches des personnes ayant une déficience physique.

En 1997, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (RRSSAT) accorde aux centres de réadaptation Clair Foyer et La Maison le mandat de consolider les services de répit, dépannage et gardiennage dans chacune des MRC de la région. On privilégie alors le partenariat entre les CR et les organismes communautaires. On prévoit cependant qu'un seul organisme communautaire par MRC peut assumer la dispensation des services. Des budgets protégés pour chaque MRC sont confiés aux deux CR (RRSSAT, 2002a).

Dans les cas des personnes handicapées, les services de répit-dépannage et de gardiennage sont offerts dans chaque MRC. Pour la liste des organismes offrant ces services, se référer à la rubrique *Soutien à la famille et aux proches* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique*.

De plus, plusieurs CPE acceptent les enfants ayant une déficience intellectuelle. Ils peuvent recevoir une subvention pour faciliter l'intégration d'un enfant handicapé en en faisant la demande au ministère de la Famille et de l'enfance.

Par ailleurs, dans trois MRC, il existe des services de garde en milieu scolaire. Les services de garde peuvent obtenir une subvention pour accueillir les enfants ayant une déficience intellectuelle. Ils en font la demande au ministère de l'Éducation.

Pour des informations supplémentaires sur les besoins et la satisfaction des services de répit-dépannage concernant les personnes handicapées, nous vous référons à la rubrique *Soutien à la famille* de la section *Portrait de l'offre de services en déficience physique*.

Des associations offrent un service de soutien et d'information aux parents à qui l'on vient d'apprendre que leur enfant souffre d'une déficience : l'Association pour l'intégration sociale

Rouyn-Noranda, l'Association de parents d'enfants handicapés Abitibi-Ouest, l'Association de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue, L'Aile brisée de Val-d'Or, L'Accueil et association pour personnes handicapées et parents de personnes handicapées de Senneterre.

La Société Alzheimer de la Vallée-de-l'Or et la Société Alzheimer de Rouyn-Noranda offrent du soutien à la famille. Rappelons que ces deux organismes touchent à la fois à la problématique de déficience physique et à la problématique de déficience intellectuelle.

Il ne faut pas oublier le personnel de l'Office des personnes handicapées (OPHQ) qui accueille, informe, soutient et conseille les proches d'une personne handicapée.

### **Activités sociales, culture et loisirs**

Le CRDI Clair Foyer a des ententes de services avec des organismes communautaires pour dispenser des activités de jour qui se veulent des activités à connotation récréative. En 2002-2003, ces organismes ont permis à 310 personnes ayant une déficience intellectuelle de bénéficier d'activités pour un total de 25 965 fréquentations (CRDI Clair Foyer, 2003 : 13). Parmi ces organismes, nous retrouvons :

- MRC Abitibi : Le Saule Fragile (Arche d'Amos) et le Regroupement des associations au service des personnes handicapées d'Amos (RASPHA) (ce dernier dispense des activités de jour mais n'a aucune entente de services avec le CRDI Clair Foyer);
- MRC de la Vallée-de-l'Or : le Club des handicapés de Val-d'Or et le Centre d'intégration physique L'Envol;
- MRC du Témiscamingue : L'Association des parents d'enfants handicapés du Témiscamingue et L'ACTIA inc.;
- Ville de Rouyn-Noranda : Les Intrépides de Rouyn-Noranda offre des activités de jour à l'ensemble de la clientèle handicapée;
- MRC Abitibi-Ouest : Club de l'amitié des handicapés du secteur La Sarre.

De nombreux organismes communautaires, offrant des services aux personnes ayant une incapacité ainsi qu'à leurs familles, proposent également des activités culturelles et de loisirs, c'est le cas notamment de : l'Association des parents d'enfants handicapés d'Abitibi-Ouest,

l'Association des parents des enfants handicapés de L'Aile brisée de Val-d'Or, l'Association pour l'intégration sociale (Rouyn-Noranda) et L'Accueil et association pour personnes handicapées et parents de personnes handicapées de Senneterre.

De plus, les commissions scolaires ont l'obligation de mettre leurs infrastructures et équipements à la disposition de la communauté après que les besoins de la clientèle scolaire soient satisfaits.

Enfin, des organismes régionaux offrent également des activités sociales, culturelles et de loisirs aux personnes handicapées et aux personnes ayant une déficience intellectuelle, il s'agit de : l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (ARLPHAT), du Centre de plein air du Lac Flavrian, géré par le CR La Maison, qui reçoit des personnes vivant des situations de handicap pour de courts séjours. Enfin, Loisir et sport Abitibi-Témiscamingue (LSAT), qui est une unité régionale du Secrétariat au loisir et au sport, a comme mandat de mettre de l'avant des mesures favorisant l'accessibilité aux loisirs et aux sports des personnes handicapées.

#### *Les services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)*

Tel que mentionné plus haut, certaines activités de loisirs et de jour sont sous la responsabilité du SARAT qui voit à établir des contrats de service avec les organismes qui dispensent déjà ce type de service aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Durant l'été, les clients hébergés à l'unité de vie Robinson bénéficient du camp Pierre-Hélène à Rémigny et du centre de plein air du Lac Flavrian.

Le SARAT offre des camps de jours de huit semaines pour tous les *TED* au Camp Soleil.

## **Vie associative**

Comme nous avons pu le constater dans les pages précédentes, les associations sont très présentes dans l'offre de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou à leurs proches. Par ailleurs, 14 d'entre elles interviennent également auprès des personnes ayant des incapacités physiques. Au total, 28 associations interviennent auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. On en retrouve 24 au niveau local et 4 au niveau régional.

Au niveau local, dix organismes offrent des services aux personnes ayant des limitations physiques, une déficience intellectuelle ou ayant une problématique de santé mentale. Douze organismes offrent des services aux personnes ayant une déficience physique et une déficience intellectuelle.

En ce qui a trait aux ressources résidentielles, on retrouve deux organismes communautaires : Les Intrépides qui gère trois appartements pour les personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle et l'organisme L'Arche d'Amos (Le Saule Fragile inc.) offre deux foyers de groupe et un appartement supervisé à cette même clientèle.

Dans le transport, sept organismes sans but lucratif dispensent les services de transport adaptés aux personnes ayant des incapacités. Un organisme, Le Regroupement des usagers du transport adapté de Val-d'Or défend les droits des usagers de cette localité. Par ailleurs, trois organismes communautaires offrent des services de transport aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Dans le cas des services de répit-dépannage et des services de gardiennage, des crédits récurrents sont dégagés par la Régie régionale afin d'assurer la stabilité des organismes communautaires. Sous la coordination des CR La Maison et Clair Foyer, trois organismes communautaires offrent des services de répit-dépannage et deux organismes s'impliquent dans les services de gardiennage pour les personnes aux prises avec une déficience physique ou une déficience intellectuelle.

De nombreuses associations offrent du soutien aux parents ou aux proches. C'est le cas notamment de trois associations de parents et de deux organismes qui s'intéressent particulièrement à l'intégration des personnes aux prises avec une déficience physique ou intellectuelle.

Deux associations touchant la problématique Alzheimer soutiennent également les familles et les proches. Rappelons que l'Alzheimer est considéré également comme une déficience physique.

En ce qui a trait aux loisirs, onze organismes locaux répartis dans les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda offrent des activités de jour aux personnes handicapées physiques et handicapées intellectuelles. Les organismes sont reliés par des ententes avec les deux CR.

Les organismes sociaux sont également présents en intégration au travail. On retrouve, trois CTA qui assurent des emplois aux personnes ayant des limitations fonctionnelles importantes. L'organisme Vision-Travail (SSMO), qui a comme mandat spécifique de développer ou d'améliorer l'employabilité des personnes ayant des difficultés particulières d'insertion, offre des services dans six localités. L'organisme Les Intrépides de Rouyn-Noranda inc. offre des activités de développement de l'emploi par le biais de création de projets ciblant les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle.

On ne retrouve pas d'organismes communautaires voués spécifiquement aux services éducatifs. Par contre, trois associations de parents offrent des conseils pour l'intégration des enfants à l'école et un autre organisme fait la promotion de l'intégration scolaire.

Par ailleurs, plusieurs organismes offrent du soutien psychosocial et de l'accompagnement. Selon les organismes les activités prennent plusieurs formes : information, lieu pour briser l'isolement, groupes d'échanges, centre de jour, soutien civique. C'est le cas de six organismes qui œuvrent auprès des personnes ayant une déficience physique ou une déficience intellectuelle.

#### *Au niveau régional*

La Société de l'autisme de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (SARAT) informe et sensibilise les partenaires et la population en général du phénomène de l'autisme. La SARAT organise également des activités de loisirs et des activités culturelles de même qu'elle offre du support aux parents.

Un organisme de défense des droits, l'AQETA Abitibi-Témiscamingue, contribue à promouvoir les droits et les intérêts des enfants ayant des troubles d'apprentissage.

Le regroupement d'associations de personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (RAPHAT) s'occupe de défense des droits et fait des représentations auprès de différents ministères dont le ministère de l'Éducation.

La Ressource d'aide et services pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue est un organisme communautaire qui a pour mission de veiller à l'amélioration de la qualité de vie et à l'intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de l'activité humaine. L'organisme offre, entre autres, l'aide nécessaire à l'intégration scolaire ainsi que des bourses d'étude.

L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Abitibi-Témiscamingue (ARLPHAT) a pour mission de promouvoir les loisirs des personnes handicapées ainsi que des personnes ayant une problématique de santé mentale sur l'ensemble du territoire.

Enfin, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux parents Abitibi-Témiscamingue offre du soutien aux personnes insatisfaites des services du réseau de la santé et des services sociaux.

#### *Financement*

En 2002-2003, vingt-et-un organismes communautaires œuvrant auprès de personnes handicapées (déficience physique et déficience intellectuelle) étaient financés dans le cadre du SOC pour un montant total de 417 565 \$ (RRSSSAT, 2003a : 11).

### **PARTIE III. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE**

« La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives, relationnelles), à la réalisation des buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale ». (Santé et bien être social du Canada « La santé mentale des Canadiens vers un juste équilibre », 1988 in RRSSSAT, 1997).

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a adopté, le 20 mars 1997, son orientation pour un réseau intégré de services en santé mentale (RRSSSAT, 1997). L'organisation des services avait été faite selon les orientations de la Politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989). Cependant, l'organisation des services en santé mentale a été révisée dans les dernières années<sup>40</sup> et il semblerait qu'il n'y a pas eu d'application significative de ces travaux de révision, notamment en raison des changements annoncés par le nouveau gouvernement en place en 2004.

Le cadre conceptuel retenu implique des changements importants. La majeure partie des soins et des services est décentralisée et dispensée dans leur milieu social. Les centres hospitaliers généraux deviennent un élément du système pour la stabilisation et l'état de protection de la personne. Les méthodes d'intervention de crise et de réadaptation deviennent essentielles. La structure des services peut varier des cliniques de jour et de nuit jusqu'à l'hébergement en passant par les services offerts par les organismes communautaires et les groupes d'entraide. Des services de soutien dans le milieu sont également vus comme indispensables (RRSSSAT, 1997 : 15).

Sept catégories de service ont été ciblés :

- les services de base;
- les services de crise;
- les services de traitement;
- les services de réadaptation;
- les services d'accompagnement communautaire;
- les services de protection;
- les services de promotion.

La structure pour la mise en œuvre de ces orientations implique dans un premier temps, la mise en place des Tables de santé mentale. Dans chacune des MRC, on a regroupé des personnes intéressées et des représentants d'organismes dans le but d'en arriver à une meilleure

---

<sup>40</sup> RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES INTÉGRÉS EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (2004), *Un projet régional de l'accès aux services pour chaque citoyenne et citoyen d'ici*, avril, 46 pages.

concertation des efforts afin de répondre aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Des leaders pour chacune des tables ont été nommés. Il s'agit des représentants des CLSC-CS. Un comité régional de coordination, formé des leaders des cinq tables de MRC, des représentants d'associations régionales et des personnes-ressources provenant du Centre hospitalier de soins psychiatriques régionaux (CHVOSPR) et de la Régie régionale, voit au support et à l'implantation de ce réseau de services. Les services de base et les services spécialisés sont définis à partir du modèle de services intégrés déterminé par chaque MRC avec le soutien de la coordination régionale. Le CHVOSPR offre l'expertise en soins psychiatriques régionaux et agit comme soutien aux MRC (RRSSSAT, 1997).

Dans le *Plan de consolidation 1998-2002* (RRSSSAT, 1999), le programme de santé mentale de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, a été arrimé au Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS, 1998). Dès lors, la RRSSSAT a fait sienne la cible d'atteindre une répartition des dépenses de 40 % pour l'hospitalisation et de 60 % pour les autres services dans la communauté. Par ailleurs, la RRSSSAT a investi dans les groupes communautaires en santé mentale qui offrent de l'hébergement.

Le *Plan de consolidation 1998-2002* (RRSSSAT, 1999) a permis également de déterminer un ensemble d'objectifs et de cibles afin de rencontrer les orientations qui avaient été présentées en 1996 dans le document *Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998* (RRSSSAT, 1996). Le *Bilan du plan de consolidation 1998-2002* (RRSSSAT, 2002) a servi à identifier les résultats des différentes cibles retenues. Par la suite, *Le Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006* (RRSSSAT, 2003) a permis d'identifier des objectifs sur trois ans, des moyens pour les atteindre et des indicateurs de résultats. Mentionnons que ces quatre documents s'intéressent à l'ensemble des programmes et services offerts dont les programmes en « *Santé mentale* ».

## **Prévention**

Tel que spécifié dans le modèle d'organisation du réseau intégré de services en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue, la prévention et la promotion sont parties intégrantes des services de base et des services de crise (RRSSSAT, 1997).

---

### *Les services de base*

Objectifs : Informer et fournir un support pour que les personnes aient accès aux ressources nécessaires à leurs besoins de subsistance générale (nourriture, logement) ou leurs besoins matériels et financiers.

Ces services sont dispensés par les CLSC, les organismes communautaires et la Direction de la santé publique.

Les CLSC, à travers leurs services courants d'accueil et de prévention, sont appelés à exercer des activités visant à prévenir les problématiques de santé mentale.

La Direction de la santé publique actualise des modes d'intervention relatifs aux conditions de vie et à la détresse psychologique en soutenant, entre autres, des actions issues du milieu qui visent à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être, particulièrement en regard de la pauvreté (RRSSSAT, 2002 : 55).

Les organismes communautaires interviennent de différentes façons : travail de rue auprès des jeunes, prévention dans les écoles secondaires et assistance aux victimes d'agression sexuelle, activités éducatives et préventives pour prévenir l'impact des problèmes sociaux, etc.

### *Intervention de crise*

Objectifs : Évaluer, contrôler et résoudre les situations dangereuses ou critiques. Offrir un support psychologique ou matériel pour réduire l'intensité de détresse de l'individu, assurer à court terme sa sécurité et le maintien de son intégrité.

Ces services sont dispensés par les urgences hospitalières, par les cabinets privés de médecin, par les CLSC-CS et par des organismes communautaires avec lesquels des ententes sont établies.

Les CLSC assurent un service Info-Santé. Ils assurent également l'accès à des services sociaux et infirmiers d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour toutes les clientèles. Dans le cadre de services psychosociaux courants, ils sont en mesure d'assurer du support aux personnes en détresse psychologique.

Par ailleurs, l'implantation de mécanismes d'accès pour les jeunes présentant des troubles mentaux ainsi qu'à leur famille et à leurs proches est en processus d'implantation depuis 2002-2003. Des équipes multidisciplinaires interorganismes d'orientation clinique jeunesse et santé

mentale ainsi que les services spécialisés en pédopsychiatrie seront mis en place dans chaque MRC et sur le plan régional (RRSSSAT : 2002, 2003).

De plus, la RRSSSAT a déterminé comme cible prioritaire pour les années à venir, l'implantation d'un projet Info-Social et Services de crise, en collaboration avec les organismes sociaux (RRSSSAT, 2003 : 121).

Enfin, il se peut que des activités spécifiques soient mises de l'avant à partir de stratégies nationales mises de l'avant par le MSSS. C'est le cas pour la prévention du suicide. Avec l'apport des CLSC, le Centre régional de prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue et les comités locaux ont rendu disponible une ligne téléphonique 24/7 ainsi que des activités spécifiques adaptées à la réalité de chaque MRC. On retrouve sept associations ainsi qu'un centre vouées à la prévention du suicide dans les plus grandes villes de l'Abitibi-Témiscamingue, lesquels sont regroupés dans le Regroupement régional de prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue :

- Comité de prévention du suicide de Senneterre inc.;
- Comité de prévention du suicide de Val-d'Or inc.;
- Centre de prévention du suicide de Malartic;
- Comité de prévention du suicide du Témiscamingue inc.;
- Comité de prévention du suicide de La Sarre;
- Comité de prévention du suicide d'Amos inc.;
- Comité de prévention du suicide de Lebel-sur-Quévillon inc.;
- Centre de prévention du suicide de Rouyn-Noranda

### **Diagnostic, traitement, réadaptation et intégration sociale**

Le milieu médical est chargé d'établir des diagnostics. En ce qui a trait aux services de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale, le modèle d'organisation du réseau intégré de services en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue les intègre dans quatre services distincts : les services de traitement, les services de réadaptation, les services d'accompagnement communautaire et les services de protection (RRSSSAT, 1997).

*Les services de traitement :*

Objectifs : Poser un ensemble de gestes pour maximiser le bien-être physique, psychologique et affectif de la personne en contrôlant et en réduisant les symptômes et l'état de détresse mental par une intervention pharmacologique, psychologique ou légale. Identifier le lieu le plus propice à l'établissement du traitement. Il peut s'agir d'hospitalisation ou de clinique externe.

La région comprend :

- 46 lits de courte durée répartis dans trois CH et un CH-CLSC-CHSLD;
- 12 lits de longue durée et 8 lits de psychiatrie légale dans le Centre hospitalier de soins psychiatriques régionaux (CHVOSPR);
- des cliniques externes sont également disponibles dans les trois CH et dans trois CH-CLSC-CHSLD.

Le CHVOSPR (intégré au Centre hospitalier de la Vallée-de-l'Or) offre l'expertise de soins de services psychiatriques régionaux.

*Les services de réadaptation*

Objectifs : Augmenter le fonctionnement de la personne dans l'environnement de son choix en développant ses habiletés ou en mobilisant le support de son environnement pour qu'elle puisse avoir succès et satisfaction. Identifier ses valeurs, intérêts, expériences et habiletés pour choisir, obtenir et conserver les activités, personnes et lieux de préférence.

Sont considérés : les services de réadaptation thérapeutique et d'apprentissage aux habiletés de la vie quotidienne, les services de soutien dans le milieu de vie, les services résidentiels, les services de soutien aux familles et les services d'intégration socioprofessionnelle et d'éducation (RRSSAT, 1996 : 83).

*Réadaptation thérapeutique, apprentissage aux habiletés de la vie quotidienne et soutien dans le milieu de vie*

La RRSSSAT a supporté la mise en place et la consolidation de ressources offrant de la réadaptation thérapeutique, de l'apprentissage aux habiletés de la vie quotidienne et du soutien dans le milieu de vie. Les services sont offerts en concertation intersectorielle entre le secteur public et les organismes communautaires dans chacune des quatre MRC et de la ville de Rouyn-Noranda en Abitibi-Témiscamingue :

- MRC Abitibi : La Giboulée d'Amos;
- MRC Abitibi-Ouest : Le Trait d'Union La Sarre inc.;
- Ville Rouyn-Noranda : Le Pont;
- MRC du Témiscamingue : L'Entretoise et la Maison les 4 saisons du Témiscamingue;
- MRC Val-d'Or : L'Équipe de La Petite Rencontre, le Groupe soleil de Malartic, le Groupe en toute amitié de Senneterre; le Groupe d'entraide pour les personnes dépressives et maniaco-dépressives de Val-d'Or offre pour sa part de l'aide et du soutien.

### **Intégration socioprofessionnelle et éducation**

Tout comme l'ensemble des citoyens de la région Abitibi-Témiscamingue, les personnes ayant une problématique de santé mentale peuvent se diriger vers un Centre local d'emploi (CLE) où sont offerts les services publics reliés à l'emploi. On y retrouve un ensemble de mesures et de services d'emploi qui peuvent soutenir les personnes dans leur démarche d'insertion. En Abitibi-Témiscamingue, on retrouve un bureau régional Emploi-Québec situé à Rouyn-Noranda, de même que six CLE situés à Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Ville-Marie, Val-d'Or et Senneterre.

Le programme Contrat d'intégration au travail (CIT) favorise l'intégration en emploi et l'embauche d'une personne handicapée y compris les personnes ayant une problématique de santé mentale. Les demandes de subvention doivent transiter par l'organisme Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue qui achemine les demandes de subvention au bureau régional du ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille, module Emploi-Québec.

Vision-Travail Abitibi-Témiscamingue est un organisme à but non-lucratif qui existe depuis 1985. Subventionné annuellement par le ministère de l'Emploi, la solidarité sociale et la famille, module Emploi-Québec, l'organisme est mandaté pour développer ou améliorer l'employabilité des personnes ayant des difficultés particulières d'insertion socioprofessionnelle. Présentement Vision-Travail offre des services dans six localités : Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda (bureau régional), Val-d'Or, Senneterre et Ville-Marie.

Le Comité régional pour les milieux de travail adaptés ainsi que les Tables action-travail sectorielles, présentes dans chacune des MRC, voient à favoriser l'intégration des personnes ayant une problématique de santé mentale. Pour ce faire, ils doivent s'assurer de dispenser de la formation afin d'augmenter l'employabilité des personnes.

En 2002-2003, les Tables action-travail sectorielles ont travaillé à l'implantation de milieux de travail adaptés pour les personnes ayant des limitations avec un succès variable si l'on s'attarde aux chiffres suivants :

- Ville de Rouyn-Noranda : aucune personne n'a été intégrée en santé mentale;
- MRC du Témiscamingue : deux personnes intégrées en santé mentale;
- MRC Val-d'Or : deux personnes ciblées en santé mentale;
- MRC Abitibi-Ouest : deux personnes ciblées en santé mentale;
- MRC Abitibi : quatre personnes intégrées en santé mentale.

Les organismes qui se préoccupent de réadaptation thérapeutique, apprentissage aux habiletés de la vie quotidienne et de soutien dans le milieu de vie, font également la réinsertion socioprofessionnelle. Ceci peut comprendre le support à l'intégration au travail ainsi que le soutien au retour aux études. Par ailleurs, la Maison Saint-André Abitibi-Ouest offre également ce type de service.

### **Hébergement**

- La RRSSSAT a supporté la mise en place et la consolidation de ressources d'hébergement en milieu communautaire. Les services sont offerts en concertation intersectorielle dans les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda de la région Abitibi-Témiscamingue :

- MRC Abitibi : Accueil Harvey-Bibeau pour clientèles multiples (possibilité de 33 places) et La Giboulée (possibilité de 5 places);
- MRC Abitibi-Ouest : Le Trait d'union de La Sarre inc. (6 chambres + 4 logements supervisés);
- Ville de Rouyn-Noranda : La Résidence Les Saules (7 places), Le Pont de Rouyn-Noranda (4 appartements supervisés + 1 répit-dépannage), Les Appartements communautaires Le Pont inc. (8 appartements);
- MRC du Témiscamingue : La Maison Les 4 saisons du Témiscamingue (6 places);
- MRC Val-d'Or : La Chaumière de Val-d'Or (9 places).

Des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et des places dans les CHSLD sont également disponibles.

Au 31 mars 2003, six personnes présentant des problèmes de santé mentale étaient hébergées dans une ressource de type intermédiaire. Cette ressource est en fait un foyer de groupe géré par le CH Rouyn-Noranda et ne comporte que 6 places (RRSSSAT, 2003a : 42).

Le CRDI Clair Foyer gère le réseau de RTF pour les personnes présentant des troubles mentaux.

Au CHSLD de Macamic (affilié au RSSS des Aurores Boréales), 39 places sont réservées aux adultes ayant une déficience intellectuelle sévère ou très sévère associée à des troubles de comportement majeurs ou à des problèmes graves de santé mentale.

### **Soutien à la famille**

Le soutien aux familles et aux proches des personnes atteintes de maladies mentales se fait à partir de groupes d'entraide de soutien et d'information et par les services de répit et de dépannage. Dans le cas du répit et du dépannage, la Régie régionale accorde aux MRC un budget permettant de financer ces activités. Certaines MRC vont confier le mandat à un Comité de répit-dépannage en santé mentale composé des différents intervenants en santé mentale de la localité. Les personnes pourront être référées dans les maisons d'hébergement en santé mentale ou encore dans des activités de jour telles que : gardiennage, camp de jour, etc. La plupart des maisons

d'hébergement en santé mentale ont des places de dépannage. Par ailleurs, dans chaque MRC on retrouve un organisme voué au soutien aux familles et aux proches. Quelques MRC ont des ressources d'hébergement de dépannage autre que celles offertes par les maisons d'hébergement.

- MRC Abitibi : La Rescousse offre du soutien et de l'information aux proches ainsi que des services de répit-dépannage;
- Ville de Rouyn-Noranda : Le Portail offre du soutien et de l'information aux proches. Le Regroupement des personnes aidantes naturelles offre du soutien aux aidants naturels;
- MRC Abitibi-Ouest : Le Relais d'Abitibi-Ouest et Le Trait d'Union de La Sarre offrent des services de soutien aux familles et aux proches. Par ailleurs, La Maison du Compagnon offre un services d'hébergement de répit-dépannage pour les individus vivant des problématiques d'alcoolisme, de jeu compulsif et de toxicomanie. Une entente avec le RSSS des Aurores Boréales permet de référer des gens vivant une problématique de santé mentale;
- MRC du Témiscamingue : le soutien aux familles et aux proches est offert par le CS Sainte-Famille en collaborations avec La Bouée;
- MRC Vallée-de-l'Or : Le soutien à la famille est offert par l'organisme Valpabem ainsi que par le Groupe d'entraide pour les personnes dépressives et maniaco-dépressives de Val-d'Or.

#### *Les services d'accompagnement communautaire*

Selon le modèle d'organisation du réseau intégré de services en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue, les services d'accompagnement communautaire sont un service en soi et ne font pas partie des activités de réadaptation et intégration (RRSSSAT, 1997).

Objectifs : Informer la personne, la référer ou l'accompagner vers les services les plus appropriés à ses besoins, désirs et intérêts. L'impliquer dans des activités significatives et valorisantes.

Tous les organismes qui s'occupent d'intégration et de réadaptation offrent des services d'accompagnement et des activités culturelles et de loisirs. Par ailleurs, la Chaumière de Val-d'Or, la Maison Saint-André Abitibi-Ouest offrent également ce type de service.

### *Les services de protection*

Selon le modèle d'organisation du réseau intégré de services en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue, les services de protection sont un service à part entière, différent des services de réadaptation (RRSSSAT, 1997).

Objectifs : Secourir la personne vulnérable face à des situations de négligence, d'exploitation ou d'abus. L'informer et s'assurer qu'elle puisse exercer tous les droits reconnus à l'ensemble des citoyens ainsi que ceux prévus par la loi pour sa situation propre.

Les services d'aide et d'information en défense des droits sont offerts par les organismes communautaires. Au niveau régional, on retrouve Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDDAT) ainsi que le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).

Tous les organismes qui s'occupent d'intégration et de réadaptation offrent également des services d'aide et d'information de défense des droits. Par ailleurs, la Chaumière de Val-d'Or, la Maison Saint-André Abitibi-Ouest offrent également ce type de service.

### *Les services de promotion*

Selon le modèle d'organisation du réseau intégré de services en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue, les services de promotion sont également un service à part entière, différent des services de réadaptation (RRSSSAT, 1997).

Objectifs : Favoriser et faciliter l'accès aux services pour les usagers. Proposer des améliorations, modifications ou développement de services. Négocier des critères de modalité d'intégration.

Ces services sont assurés par les Tables territoriales de concertation et de coordination en santé mentale ainsi que par le Comité régional de concertation et de coordination en santé mentale.

## **Transport**

Il est proposé de se référer à la rubrique *Transport* de la section sur l'*organisation des services pour les personnes handicapées* pour avoir un aperçu de l'organisation des services en transport adapté.

En 2001, la clientèle avec une problématique en santé mentale admise en transport adapté se chiffrait à 29 personnes selon la répartition suivante :

- Transport adapté de Témiscamingue inc. : 5
- Transport adapté du Long-Sault : 0
- Transport La Promenade inc. : 2
- Transport adapté La Calèche d'Or : 0
- Transport adapté Les Intrépides inc. : 0
- Transport adapté Amos inc. : 0
- Corporation de transport adapté La Sarre d'Abitibi-Ouest : 22

### *Pour les personnes qui doivent se déplacer pour suivre un traitement*

Le MSSS, par l'intermédiaire de son réseau de CLSC, offre le programme transport-hébergement afin de faciliter l'accès des personnes aux services d'adaptation-réadaptation et aux traitements qui sont liés aux limitations fonctionnelles en lien avec une déficience. Une allocation financière couvrant les frais reliés aux déplacements est attribuée selon des règles spécifiques.

## **Vie associative**

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte 28 organismes communautaires qui interviennent spécifiquement auprès des personnes ayant une problématique en santé mentale. Parmi ceux-ci, on retrouve 25 organismes locaux répartis dans les quatre MRC et la ville de Rouyn-Noranda, deux organismes régionaux et un organisme suprarégional.

Par ailleurs, un organisme régional et dix organismes locaux se préoccupent de toutes les clientèles ayant des limitations. Nous n'avons répertorié que deux organismes œuvrant auprès des

personnes ayant une déficience intellectuelle et des personnes ayant une problématique de santé mentale.

Parmi les organismes régionaux qui se préoccupent particulièrement des personnes ayant une problématique en santé mentale, on retrouve : Le Centre régional de prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue et Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDDAT).

Parmi les organismes locaux qui se préoccupent spécifiquement de personnes ayant une problématique en santé mentale nous retrouvons :

- huit organismes œuvrant en prévention du suicide, répartis dans les principales villes de la région;
- huit organismes offrant des services de réadaptation thérapeutique, d'apprentissage aux habiletés de la vie quotidienne, de soutien dans le milieu de vie;
- neuf organismes offrant des services de protection et d'accompagnement communautaire;
- six organismes offrant des ressources d'hébergement;
- onze organismes offrant des services d'entraide et de soutien pour la famille et les proches;
- huit organismes offrant des services de répit-dépannage;
- huit organisme offrant des services d'intégration socioprofessionnelle et d'accès à l'éducation;
- neuf organismes offrent des services de loisirs;
- un organisme régional qui se préoccupent de toutes les clientèles ayant des limitations.

Nous retrouvons l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées qui a pour mission la promotion, l'accessibilité aux loisirs de tous les individus ayant des limitations (ARLPHAT) et le CAAP Abitibi-Témiscamingue qui apporte du support, du soutien et de l'accompagnement à tous ceux qui reçoivent des services dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Au niveau local, les six bureaux locaux de Vision-Travail offrent des services d'intégration au travail à toutes les personnes ayant des limitations.

Pour ce qui est du transport, six organismes sans but lucratif dispensent les services de transport adapté aux personnes ayant des incapacités. Le Regroupement des usagers du transport adapté de Val-d'Or défend les droits des usagers de cette localité. Par ailleurs, trois organismes communautaires offrent des services de transport aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

En hébergement, l'Accueil Harvey-Bibeau offre des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle et des personnes ayant une problématique de santé mentale.

### *Financement*

En 2002-2003, 24 organismes communautaires se préoccupant de la santé mentale ont été subventionnés pour un montant total de 1 665 657 \$ dans le cadre du SOC.

Dans son *Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006*, la RRSSAT prévoit consolider la mise en place et le financement des services communautaires qui soutiennent les personnes ayant une problématique de santé mentale (RRSSAT, 2003 : 191-192).

## **CONCLUSION**

Ce chapitre avait pour objectif de décrire l'organisation des services pour les personnes ayant des incapacités dans la région Abitibi-Témiscamingue en identifiant les principaux services et les lieux de responsabilité pour ces services. Nous avons porté une attention particulière au rôle joué par les organismes communautaires ainsi qu'à leurs champs d'intervention.

En conclusion, nous présentons, dans un premier temps, les caractéristiques générales de l'organisation des services aux personnes ayant des incapacités en Abitibi-Témiscamingue. Par la suite, nous dégagerons le rôle du secteur public et celui des organismes sociaux en spécifiant leurs champs d'intervention respectifs. Enfin, nous mettrons de l'avant les expériences ou les services qui nous semblent novateurs.

L'organisation des services sociaux et de santé est structurée selon une approche territoriale à partir des quatre MRC et la ville de la région. L'étendue du territoire (65 000 km<sup>2</sup>) et la faible densité de population rendaient nécessaire une desserte des services par MRC.

L'ensemble des services sociaux et de santé en Abitibi-Témiscamingue sont moins souvent disponibles qu'ailleurs au Québec. Les plans d'effectifs médicaux sont atteints à moins de 70 %. Il existe une grande instabilité des équipes médicales et les ressources professionnelles sont insuffisantes dans certaines disciplines telles l'ergothérapie, la physiothérapie, le domaine psychosocial, etc. (RRSSSAT, 2003 : 8-9). Comme toutes les régions éloignées, l'Abitibi-Témiscamingue manque de professionnels de la santé et des services sociaux et beaucoup d'efforts sont consentis par tous les établissements de la région pour recruter et maintenir les ressources humaines indispensables pour répondre aux besoins de la population.

Il existe une forte concertation dans le réseau des services sociaux et de la santé et au plan intersectoriel avec d'autres partenaires publics ou communautaires. Plusieurs Tables régionales et locales sont mises sur pied afin de mieux desservir la clientèle. C'est le cas, notamment, des Tables en santé mentale et des Tables Action-travail qui se préoccupent de personnes ayant des incapacités. De plus, plusieurs études sur les besoins des personnes handicapées en Abitibi-Témiscamingue ont été réalisées dans le cadre d'une entente spécifique signée par le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Office de personnes handicapées du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Régions.

Contrairement à ce qui se passe dans les autres régions, le programme des troubles envahissants du développement (TED) fait partie du secteur d'activité « *Personne handicapée* ». C'est pourquoi il est offert par le Centre de réadaptation en déficience physique La Maison.

La contribution des organismes communautaires est particulièrement importante dans la gamme de services offerts à la population de la région alors qu'une centaine d'organismes s'activent à répondre aux besoins exprimés. Cette contribution est d'ailleurs reconnue par la RRSSSAT qui finance une partie des activités des organismes par le biais du programme SOC. Rappelons qu'au 31 mars 2003, la RRSSSAT a fourni un financement de base à 127 organismes communautaires par le biais du SOC. Ce financement représentait 6 502 494 \$. De cette enveloppe, 1 687 916 \$ était consacré au financement de 24 organismes œuvrant en santé mentale et 417 465 \$ au financement de 21 organismes s'intéressant aux personnes handicapées dont près

de 200 000 \$<sup>41</sup> étaient destinés à l'Arche<sup>42</sup> (RRSSAT, 2003a : 11). La RRSSAT offre également d'autres formes de financement aux organismes communautaires par le biais d'entente de service ou de financement ponctuel. À titre d'exemple, mentionnons que les organismes travaillant dans le secteur de la santé mentale ont reçu de cette façon un montant de 836 449 \$ en 2001-2002.

Les organismes qui s'impliquent auprès des personnes ayant une problématique en santé mentale reçoivent la part du lion du budget octroyé par la RRSSAT. Ceci est dû en grande partie au fait qu'en 1998, la RRSSAT a faite sienne la cible du MSSS d'atteindre une répartition des dépenses de 40 % pour l'hospitalisation et de 60 % pour les autres services dans la communauté.

Au niveau local, il n'existe pas d'organisme social dédié spécifiquement aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Les vingt-et-un organismes que nous avons répertoriés s'impliquent également auprès des personnes ayant une déficience physique.

Pour ce qui est des rôles respectifs du secteur public et des organismes sociaux dans l'offre de services aux personnes ayant des incapacités, nous nous pencherons d'abord sur l'organisation des services en déficience physique et en déficience intellectuelle. Il appert que dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, la plupart des services offerts, autres que le diagnostic, le traitement, l'adaptation et la réadaptation, rejoignent systématiquement les deux clientèles. Par la suite, nous nous pencherons sur l'offre de services en santé mentale.

Bien qu'aucun plan directeur ou service structuré n'ait été mis en place pour la prévention et le dépistage des déficiences physiques et intellectuelles, le secteur public est tout de même présent de multiples façons. Les CLSC-CS et les CH, à travers leurs services courants de nature curative, les CLSC à travers leurs services courants d'accueil et de prévention destinés à l'ensemble de la population et enfin la Direction régionale de la santé publique à travers ses activités de promotion et de prévention, sont appelés à contribuer à la prévention et au dépistage des différentes incapacités. Mentionnons que les organismes sociaux et les partenaires intersectoriels peuvent être associés à certains projets ou programmes de prévention tels : travail de proximité auprès des jeunes, programme *Naître égaux grandir en santé* (NEGS).

Pour la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les services spécialisés sont disponibles dans chaque MRC et sont

---

<sup>41</sup> Intervenant de l'OPHQ

<sup>42</sup> L'Arche assure le logement d'une dizaine de personnes déficiente intellectuelle.

dispensés par le secteur public. La gamme de services comprend la stimulation précoce, le dépistage, le diagnostic et le traitement ainsi que l'adaptation et la réadaptation. Dans le cas de la déficience physique, les services de diagnostic et de traitement sont offerts par les CH, les CS et les Ultraspécialisés hors région en collaboration avec les CHSLD et le CR La Maison. Dans le cas de la déficience intellectuelle, les services sont offerts par les CLSC-CS et le CRDI Clair-Foyer.

Le Centre de réadaptation La Maison offre tous les services de réadaptation spécialisés en déficience physique et en TED à partir de ses cinq points de service. Le CR s'implique également dans les commissions scolaires, dans le cadre de ventes de services en orthophonie, pour l'élaboration des plans de services individualisés dans les écoles et pour le support à l'intégration scolaire au niveau primaire et secondaire.

Le Centre de réadaptation Clair Foyer offre toutes les activités de réadaptation en déficience intellectuelle à partir de ses cinq points de service. Le CR offre également le soutien à la famille et aux proches, le programme socioprofessionnel et le programme résidentiel. Le CR intervient également dans les écoles à partir de services en orthophonie, dans l'élaboration des plans de services individualisés dans les écoles et par le support à l'intégration scolaire au niveau primaire et secondaire.

Les CLSC pour leur part interviennent dans le continuum de services de plusieurs façons : la stimulation précoce, le dépistage et les références et les services courants de réadaptation. Ce sont les CLSC qui gèrent le programme de maintien à domicile, le programme de transport-hébergement et les services de répit-dépannage, gardiennage et psychosociaux offerts à la famille et aux proches.

Les organismes communautaires interviennent dans tous les services autres que les services spécialisés en diagnostic, traitement, adaptation et réadaptation. Au niveau local, certains s'impliquent auprès des personnes ayant une problématique en déficience physique ou en déficience intellectuelle (20 organismes), d'autres s'impliquent auprès de l'ensemble des personnes ayant des incapacités (10 organismes) et enfin, plusieurs organismes s'impliquent uniquement auprès des personnes ayant une déficience physique (13 organismes). Soulignons qu'au niveau local il n'existe à notre connaissance aucun organisme qui se préoccupe spécifiquement des personnes ayant une déficience intellectuelle. Au niveau régional, un organisme se préoccupe des personnes clientèle autiste, le SARAT, six organismes se préoccupent des

personnes ayant une déficience physique, deux organismes se préoccupent des personnes ayant une problématique en déficience physique ou en déficience intellectuelle. Enfin, un organisme touche l'ensemble des personnes ayant des incapacités.

On retrouve les organismes communautaires en support aux parents dans les services éducatifs; ils sont présents dans l'intégration au travail; ils sont très impliqués dans les services de maintien à domicile coordonnés par les CLSC.; ils sont peu présents par contre dans les ressources résidentielles; ils sont essentiels dans les services de transport adapté; ils s'impliquent dans la promotion et la défense des droits, parfois même, c'est leur unique mission; ils offrent du soutien et du support aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle et à leur famille; ils sont nombreux à offrir du soutien et du support aux personnes ayant une déficience physique particulière ainsi qu'à la famille. Enfin, parmi tous les services offerts par les organismes communautaires, nous avons remarqué que trois services recevaient une attention particulière de la part du secteur public. En effet, dans l'offre de services en répit-dépannage, en gardiennage et en loisirs, les organismes communautaires sont vus comme des partenaires par la RRSSAT et ils sont reliés par des ententes aux deux CR. Rappelons que nous avons répertorié quatorze organismes offrant ce type de services aux personnes ayant une problématique en déficience physique ou en déficience intellectuelle.

En somme, pour l'offre de services en déficience intellectuelle et en déficience physique, les services étatiques occupent principalement les créneaux spécialisés du diagnostic du traitement, de l'adaptation et de la réadaptation. Ils sont également présents en prévention et dépistage bien que les organismes sociaux y soient souvent actifs. Par contre, les autres services sont principalement offerts par le milieu communautaire qui, de plus en plus, est perçu comme un partenaire par le secteur public surtout pour les services de répit-dépannage et de loisirs.

L'offre de service en santé mentale se différencie de celle des autres incapacités pour une principale raison. En 1998, la RRSSAT a faite sienne la cible du MSSS d'atteindre une répartition des dépenses de 40 % pour l'hospitalisation et de 60 % pour les autres services dans la communauté. Cette répartition a un impact sur l'implication du secteur public et du secteur communautaire dans l'offre de service en santé mentale. Le secteur communautaire étant très présent dans les services de réadaptation.

Tout comme pour l'offre de service en déficience physique et en déficience intellectuelle, aucun plan directeur ou service structuré n'a été mis en place pour la promotion et la prévention

des problématiques en santé mentale. Le secteur public intervient par le biais des CLSC à partir de ses services courants et par la Direction de la santé publique à travers différents programmes de promotion de la santé. Les organismes communautaires peuvent également se joindre à différents projets de prévention.

L'intervention de crise est prise en charge au niveau public par les CLSC-CS et les urgences hospitalières. Les CLSC assurent les services Info-Santé, l'accès à des services sociaux et de santé d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour toutes clientèles. Ils offrent également des services psychosociaux courants. Les organismes sociaux sont sollicités dès l'intervention de crise. On retrouve sur le territoire huit comités de prévention du suicide chapeautés par un regroupement régional. Les organismes seront également appelés à collaborer au projet Info-Social et Services de crise qui sera mis sur pied sous peu.

Le secteur public intervient dans le diagnostic et le traitement à partir des CH, CH-CLSC-CHSLD et le Centre hospitalier de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue (CHSPA). Par contre une grande partie des services de réadaptation sont pris en charge par le secteur communautaire.

Sur chaque territoire de MRC, la RRSSSAT a supporté la mise en place et la consolidation de ressources offrant la réadaptation thérapeutique, l'apprentissage à la vie quotidienne et le soutien dans le milieu de vie. La RRSSSAT a supporté également la mise en place et la consolidation de ressources d'hébergement en milieu communautaire dans chaque MRC. Par ailleurs, la RRSSSAT a accordé aux MRC un budget permettant de financer les services de répit et de dépannage. Certaines MRC ont confié le mandat à un comité de répit-dépannage composé de différents intervenants en santé mentale de la localité.

Les organismes communautaires s'impliquent également dans la protection et l'accompagnement communautaire, les services d'entraide et de soutien pour la famille et les proches, les services de loisirs, les services d'intégration socioprofessionnelle et d'accès à l'éducation. Au total, 29 organismes interviennent spécifiquement auprès des personnes ayant une problématique en santé mentale.

En somme, les organismes communautaires sont des partenaires du secteur public dans l'offre de service en santé mentale. Leurs interventions sont sollicitées à bien de niveaux. Les budgets qui leur sont accordés dans le cadre du SOC et des autres ententes sont importants et

vont le demeurer compte tenu de la cible d'atteindre une répartition des dépenses de 40 % pour l'hospitalisation et de 60 % pour les autres services dans la communauté.

Quelques innovations ont retenu notre attention dans l'organisation des services sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Parmi celles-ci, nous retrouvons les Tables Action-Travail pour les personnes ayant des incapacités, et l'organisme Les Intrépides de Rouyn-Noranda qui offre un ensemble de services aux personnes handicapées et aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Les Tables Action-Travail regroupent des représentants d'organismes locaux issus de différents secteurs d'activité qui se sont donnés pour mission de favoriser l'intégration au travail des personnes vivant avec des limitations. On en retrouve cinq, soit une par MRC et elles ont toutes un coordonnateur à leur tête. Elles ont comme principal mandat de voir à la mise en place de milieux de travail adaptés et de dispenser la formation nécessaire. L'ensemble des Tables est chapeauté par un comité régional regroupant les différents acteurs régionaux. Parmi les particularités de ce projet, mentionnons le fait qu'il existe une coordination qui empêche que les différents intervenants sollicitent les mêmes partenaires locaux susceptibles d'accueillir un projet de milieu de travail adapté. Mentionnons également que les différents partenaires s'engagent à supporter la mise en place de projets de milieux de travail adaptés. Ceci a déjà donné d'heureux résultats.

Parmi un certain nombre d'organismes, citons à titre illustratif le cas des Intrépides. L'organisme Les Intrépides de Rouyn-Noranda inc. vise toute personne vivant avec un handicap physique, intellectuel et en perte d'autonomie. D'abord mis sur pied en 1967 pour offrir des activités de loisirs, l'organisme n'a cessé de diversifier ses activités. Initiateur de la mise en place du transport adapté, il offre aujourd'hui un centre d'activités de jour et l'organisation des services de loisirs suite à une entente avec les deux CR. Il offre également du soutien à domicile par le biais d'une entreprise en économie sociale, *Intrépides à domicile*, et enfin, il gère six appartements supervisés. Cette approche, se rapprochant des services intégrés, nous semble fort avantageuse pour les bénéficiaires.

## BIBLIOGRAPHIE

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CLAIR FOYER (2003). *Rapport annuel 2002-2003*, Rouyn-Noranda, 43 pages.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CLAIR FOYER (2003a). *Portrait de la clientèle du CRDI Clair Foyer*, Rouyn-Noranda, octobre.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CLAIR FOYER (2000). *Plan d'organisation CRDI Clair Foyer*, Rouyn-Noranda, décembre, 41 pages.

CENTRE DE RÉADAPTATION LA MAISON (2003). *Rapport annuel 2002-2003*, Rouyn-Noranda, 12 pages.

COMMISSION SCOLAIRE HARRICANA (2001). *Politique de la Commission scolaire Harricana sur les normes d'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Amos, octobre, 24 pages.

DUGRÉ, Suzanne (2001). *Les besoins et la satisfaction en matière de loisir et d'activités de jour concernant les personnes handicapées, Étude réalisée dans le cadre de l'entente spécifique qu'ont signée, en octobre 1999, le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère des Régions*, 168 pages.

DUGRÉ, Suzanne (2001a). *Les besoins et la satisfaction en matière de répit-dépannage gardiennage et services de garde concernant les personnes handicapées, Étude réalisée dans le cadre de l'entente spécifique qu'ont signée, en octobre 1999, le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère des Régions*, 115 pages.

EMPLOI-QUÉBEC (2001). *Consultation sur les problématiques d'intégration en emploi en Abitibi-Témiscamingue*, Service des communications Emploi-Québec, Direction régionale de l'Abitibi-Témiscamingue.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, décembre 2003, Québec, 15 pages.

LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES ET LES POLITIQUES SOCIALES (LAREPPS) (2003). *Inventaire régional des ressources communautaires s'adressant aux personnes handicapées*, (Base de données informatisée), Montréal.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, janvier, 19 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2002). *Portrait de situation des orientations ministérielles 1995*, février, 182 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 101 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2000). *Mesures d'aide financière aux familles ayant un enfant handicapé*, Directions des communications.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1989). *Politique de santé mentale du Québec*, Québec, 62 p.

MINISTÈRE DES TRANSPORTS (2003). *Répertoire statistique de la région Abitibi-Témiscamingue*, Transport adapté aux personnes handicapées 2001, Gouvernement du Québec.

OUADAHI, Youcef et Marie-Josée FLEURY (2003). *Portrait du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, (document de travail), janvier, Montréal, 17 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2003). *Portrait statistique de la population avec incapacité, région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Drummondville, 126 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2003a). *Portrait statistique de la population avec incapacité, région de l'Abitibi-Témiscamingue, Faits saillants*, Drummondville, 15 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ) (2002). *L'OPHQ en Abitibi-Témiscamingue. Portrait régional*, Rouyn-Noranda, janvier, 12 pages.

RRSSSAT (2004). *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Plan d'action*, Rouyn-Noranda, janvier, 14 pages.

RRSSSAT (2003). *Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006*, Rouyn-Noranda, décembre, 273 pages.

RRSSSAT (2003a). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Rouyn-Noranda, novembre, 96 pages.

RRSSSAT (2002). *Bilan Plan de consolidation 1998-2002*, Rouyn-Noranda, octobre, 85 pages.

RRSSSAT (2002a). *Programme de soutien dans le milieu de vie naturel des personnes handicapées et cadre de gestion applicable à la région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda, février, 21 pages.

RRSSSAT (1999). *Plan de consolidation 1998-2002*, Rouyn-Noranda, mars, 213 pages.

RRSSSAT (1997). *Réseau intégré de services en santé mentale pour la région Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda, mars, 28 pages.

RRSSSAT (1996). *Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998*, Rouyn-Noranda, juin, 143 pages.

RRSSSAT (1996a). *Organisation régionale des services aux personnes ayant une incapacité motrice*, novembre, 81 pages.

RRSSSAT (1996b). *Continuum intégré des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en déficience physique. Cadre de référence*, novembre, 57 pages.

THOMAS, Daniel (2002). *Les besoins et la satisfaction en matière de logement des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité. Étude réalisée dans le cadre de l'entente spécifique qu'ont signée, en octobre 1999, le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et le ministère des Régions*, 129 pages.

THOMAS, Daniel (2001). *Les besoins de transport des personnes handicapées et la satisfaction des usagers des services de transport public adapté, Étude réalisée dans le cadre de l'entente spécifique qu'ont signée, en octobre 1999, le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et le ministère des Régions*, 129 pages.

## Annexe A : Thématiques de l'OPHQ

**La thématique de l'adaptation et de la réadaptation fonctionnelle** concerne les services ou les équipements pour aider la personne ayant des incapacités à développer ses capacités physiques ou intellectuelles en vue d'acquérir ou de maintenir son autonomie ou encore de compenser ses incapacités. Les services d'encadrement intensif de même que les services d'adaptation-réadaptation dispensés dans le milieu (à domicile, en services de garde, en milieu scolaire ou au travail), en clinique externe ou en centre de jour de même que les services d'accès aux équipements spécialisés et leur entretien font partie de ce domaine d'intervention.

**La thématique du diagnostic et du traitement** concerne les services entourant les soins de santé et les services nécessaires pour connaître la déficience, établir le diagnostic, identifier et appliquer les traitements appropriés.

**La thématique des droits** englobe la promotion des droits et la défense des intérêts des personnes handicapées. Elle regroupe les interventions visant la réduction des obstacles légaux et administratifs à l'intégration des personnes ayant des incapacités de même que l'ensemble des mesures visant le changement des mentalités, la réduction et la suppression des préjugés et une meilleure connaissance des capacités, du potentiel et de l'apport de ces personnes à la société. Elle comprend également les programmes d'accès à l'égalité, les mesures destinées à faciliter l'autodétermination et à réduire les pratiques discriminatoires et les situations d'abus et de violence. Elle concerne de même les recours et les mécanismes prévus pour faciliter l'exercice des droits. De façon plus large, elle concerne les mesures favorisant, pour l'ensemble de la population, l'égalité des chances et la défense des droits, ces mesures ayant des retombées pour l'amélioration de la situation des personnes ayant des incapacités.

**La thématique des conditions de vie** concerne l'ensemble des mesures destinées à compenser, sans égard au revenu, les coûts reliés aux déficiences et aux incapacités, et à assurer aux personnes handicapées un revenu équivalent à celui de la population sans incapacité. De façon plus large, elle concerne les politiques sociales telles que les mesures de lutte à la pauvreté (dont les mesures visant à soutenir le logement social et le revenu) et celles visant à améliorer les conditions de vie de l'ensemble de la population, mesures ayant des retombées sur la situation des personnes ayant des incapacités.

**La thématique de la prévention** concerne les interventions reliées aux facteurs de risque impliqués dans le développement des déficiences et des incapacités. Il comprend les programmes et services de dépistage de même que les interventions axées sur la promotion de la santé. Ces interventions peuvent s'adresser à toute la population ou à des groupes cibles de cette population.

**La thématique des services éducatifs et de la formation continue** concerne les programmes, services, interventions reliés aux apprentissages sociaux, académiques et professionnels particuliers aux milieux préscolaires, scolaires et postsecondaires de même que les mesures visant le développement des compétences et la formation continue, pour les clientèles jeunes et adultes. Cela comprend les interventions des **services de garde** qui visent le développement du potentiel de l'enfant, en relation avec ses pairs. Cela comprend aussi les services d'information-référence et d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services, la participation aux activités, etc.).

**La thématique de la vie associative** fait appel à la reconnaissance de l'expression collective des personnes ayant des incapacités. Elle comprend les services reliés à la reconnaissance, au financement, au soutien, de même qu'à la formation des associations de personnes handicapées dont les activités sont principalement la promotion, la sensibilisation, l'information, l'entraide et la défense des droits.

**La thématique du travail et des activités productives** concerne les services reliés à l'orientation professionnelle, la recherche et le maintien en emploi. Cela comprend l'information-référence, l'orientation professionnelle, les stages en milieu de travail, les mesures de compensation financière, d'adaptation du poste et du milieu de travail, de suivi à l'emploi et toute autre mesure soutenant l'obtention et le maintien d'un emploi dont les services d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services d'emploi, etc.). Cela comprend également les programmes d'activités substitutives au travail ou les mesures permettant d'avoir une occupation principale non rémunérée.

N.B. Les mesures visant la sensibilisation des milieux de travail font partie du domaine de la promotion de l'intégration (thématique des droits). Les programmes d'activités substitutives au travail qui ne constituent pas une occupation principale font partie de la thématique des activités sociales, du loisir et de la culture.

**La thématique des activités sociales, du loisir et de la culture** concerne les programmes, services, interventions permettant aux personnes ayant des incapacités de connaître, se procurer et utiliser les biens de consommation, ressources et services de la communauté (qu'ils soient publics, communautaires ou privés); d'avoir des activités de loisir, de tourisme et des activités culturelles; de pratiquer leur religion; de participer à des activités substitutives au travail; de participer à des associations volontaires, de même qu'aux structures et organisations sociales lorsque ces activités ne constituent pas une occupation principale, et d'exercer leurs droits auprès de toute instance compétente. Cela comprend les services d'information-référence et d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services, la participation aux activités, etc.).

**La thématique du transport** réfère à des services reliés aux déplacements des personnes ayant des incapacités telle l'adaptation de véhicule, le transport adapté, la formule des taxis adaptés, l'accès et l'adaptation des réseaux réguliers de transport tels les traversiers, trains, avions, autobus, métro, etc.

**La thématique de l'accessibilité et de l'adaptation du milieu** réfère aux programmes, services et mesures destinés à rendre accessibles et à faciliter l'accès physique et l'utilisation des lieux intérieurs et extérieurs, de même que l'accès aux équipements et services réguliers aux personnes ayant des incapacités. Ceci dans le but d'obtenir des services et de réaliser des activités. Cela comprend, par exemple, les adaptations architecturales et les aménagements physiques, les mesures permettant l'accès aux services, biens, équipements de la communauté aux personnes ayant une incapacité auditive, visuelle ou intellectuelle et les adaptations donnant accès à la technologie informatique.

**La thématique du maintien à domicile** concerne les programmes, services, interventions permettant à la personne ayant des incapacités de demeurer en sécurité dans un lieu de résidence de son choix et de réaliser les activités reliées à la vie quotidienne et domestiques (nutrition, soins personnels, maintien de la condition corporelle, entretien et aménagement du lieu d'habitation, responsabilités civiles et financières). Cela comprend les services d'information-référence de même que les mesures d'encadrement et d'accompagnement personnel.

**La thématique du soutien psychosocial** concerne les programmes, services, interventions offrant un soutien à la personne ayant des incapacités et à ses proches afin de leur permettre de s'ajuster à leur réalité, de s'adapter aux caractéristiques reliées à l'existence d'incapacités et de maintenir des relations harmonieuses. Cela comprend, par exemple, les services psychologiques, les services offerts par des groupes d'entraide, les services de consultations sexuelles, etc. Cela comprend également les services d'information-référence de même que les mesures d'accompagnement personnel.

**La thématique du soutien aux familles** concerne toutes les mesures de soutien offertes aux proches et aux familles au sein desquelles vit une personne ayant des incapacités pour leur permettre de vivre des activités familiales et sociales régulières, de maintenir leurs rôles socio-économiques, d'exercer leurs rôles parentaux et demeurer dans leur milieu de vie. Cela comprend, entre autres, les services de répit, de gardiennage, d'aide domestique, d'assistance aux rôles parentaux et de dépannage. Cela comprend aussi les mesures assurant **l'accès et la disponibilité de services de garde** pour permettre aux parents ou aux proches de poursuivre leurs activités professionnelles et sociales. Cela comprend enfin les services d'information-référence de même que les mesures d'accueil et d'accompagnement des familles.

**La thématique des communications** fait référence aux interventions, services et mesures permettant aux personnes ayant des incapacités de communiquer avec les autres personnes. Elle comprend les services d'interprétariat et les services de communication en médias substitués ou en langage simplifié. Elle comprend également les adaptations donnant accès à la technologie des communications (par exemple, les services téléphoniques publics accessibles, les appareils de communication tels les décodeurs, *all-talk*, tableau bliss, les systèmes permettant le sous-titrage en temps réel, l'audiovision ou vidéo descriptive, etc.).

**La thématique des ressources résidentielles** concerne les programmes, services, interventions permettant à la personne ayant des incapacités de choisir, d'avoir accès et de se maintenir dans un lieu de résidence adapté à ses besoins. Elle comprend les divers types de ressources d'hébergement (ressources intermédiaires, foyers de groupe, appartements supervisés, etc.) de même que les programmes d'adaptation de domicile et toute mesure facilitant l'accès aux logements adaptés. Cela comprend également les services d'information-référence de même que les mesures d'accompagnement personnel.

**La thématique de l'accès aux services** concerne l'ensemble des mesures visant à soutenir le développement des services nécessaires à la réponse aux besoins des personnes ayant des incapacités et un accès équitable à ces services, de même qu'à ceux offerts à l'ensemble de la population. Elle comprend également les difficultés d'accès particulières vécues par certains groupes, dont les femmes, les jeunes, les personnes âgées, les personnes issues de communautés ethnoculturelles, les autochtones, etc. Elle inclut enfin les mesures globales de soutien à la coordination des services dans le but de fournir une réponse plus adéquate et cohérente aux besoins.

**Source :** [http://www.ophq.gouv.qc.ca/Thematiques/M\\_Thematiques.htm](http://www.ophq.gouv.qc.ca/Thematiques/M_Thematiques.htm)

## **Annexe B : Aspects méthodologiques concernant l'analyse de statistiques sur la population ayant des incapacités**

### **Démarche de recherche**

Dans la Phase II de la recherche, nous nous intéressons en fait à la question du « comment » : comment les services définis dans certains programmes inventoriés à la Phase I sont-ils dispensés concrètement dans les régions et localités et par qui ? Certes, la démarche serait incomplète si elle ne reposait pas sur une compréhension initiale des besoins des personnes ayant une incapacité. Bref, nous devons nous référer aux informations qui nous révèlent les particularités d'une vie au Québec avec un problème d'incapacité. Cet arrimage vise évidemment à questionner l'efficacité des interventions gouvernementales à atteindre des cibles précises, tel que l'accès à des services de santé de base ou spécialisés, mais surtout à mieux cerner les enjeux de l'intégration sociale des personnes handicapées dans les différentes régions du Québec.

### **Provenance des données statistiques : sources principales et complémentaires**

Pour faire l'inventaire régional de la demande des personnes ayant des incapacités nous avons consulté plusieurs banques de données publiques. Nos principales sources de données sont celles de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) via le Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ). Nous y avons consulté l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) ainsi que l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1998. Plus particulièrement, notre démarche au CADRISQ a consisté à extraire des tableaux croisés à l'échelle régionale<sup>43</sup>. Pour compléter, nous avons également exploité les statistiques du recensement de la population de 1996 ainsi que les données du ministère de l'Éducation du Québec et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

### **L'Enquête sociale et de santé (ESS) et l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA)**

#### **Généralités**

La démarche de l'ISQ afin d'enquêter les personnes ayant une incapacité s'est déroulée en deux temps en 1998. Un questionnaire de sélection a été soumis auprès de 29 792 personnes (dont 23 616 de 15 ans et plus) afin d'identifier les personnes ayant une incapacité<sup>44</sup> et ainsi

<sup>43</sup> Signalons qu'une difficulté technique s'est présentée puisque le découpage des régions socio-sanitaires ne correspond pas parfaitement à celui des régions administratives. Pour obtenir des données statistiques pour les régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec, nous avons fait une requête particulière notamment en utilisant la variable de l'ESS « sousreg ».

<sup>44</sup> Selon l'ISQ (2001), « les critères de sélection des personnes ayant une incapacité sont différents pour les adultes et les enfants. Les personnes âgées de 15 ans et plus sont considérées comme ayant une incapacité si elles ont répondu « oui » à l'une ou l'autre des 19 questions de sélection (QS-A1 à A19) correspondant aux critères suivants :  
– une limitation dans la capacité d'exécuter certaines tâches spécifiques ayant trait à la vision, l'audition, la parole, la mobilité ou l'agilité, comme entendre une conversation en groupe, lire les caractères d'un journal, monter un escalier, manier un objet (QS-A1 à A14);  
– une limitation dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans les loisirs à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou psychologique qui dure ou devrait durer six mois ou plus (QS-A15 et A19);

composer l'échantillon de l'EQLA. Par la suite, un questionnaire de suivi, c'est-à-dire l'EQLA comme telle, a été administré à 4 015 personnes (dont 3 546 de 15 ans et plus) identifiées par le questionnaire de sélection. Soulignons que nous avons exploité l'ESS afin de comparer les caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant une incapacité de celles sans incapacité. Dans un seul autre cas, nous avons exploité le questionnaire de sélection afin de connaître si le problème d'incapacité était limité au travail.

### Variables utilisées et traitement statistique

La comparaison des conditions socio-économiques des personnes avec incapacité et sans incapacité est possible puisque la démarche de l'enquête pour l'EQLA s'insère à l'intérieur de celle de l'ESS<sup>45</sup>. Spécifions que l'ESS nous renseigne sur les pratiques sociales, sur les problèmes de santé, sur la consommation des services mais aussi sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population québécoise. Plus particulièrement, nous avons extrait des statistiques sur le sexe, l'âge, le plus haut niveau de scolarité atteint, le statut d'activité au cours des douze derniers mois, le revenu personnel total, la perception la situation financière ainsi que l'indice de soutien social<sup>46</sup>.

En ce qui concerne les données de l'EQLA, notre quête a visé trois cibles : connaître la prévalence de l'incapacité, mesurer les effets de l'incapacité sur l'intégration sociale et finalement, évaluer l'effet de l'incapacité sur la demande de services.

Les données sont présentées dans un ordre logique qui puisse tenir compte des difficultés croissantes d'une personne ayant des incapacités de fonctionner « normalement » en société. Le premier niveau vise à décrire la prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité selon l'âge et le sexe (les facteurs intrinsèques). Au deuxième niveau, les données décrivent les conséquences de l'incapacité sur l'autonomie des personnes à domicile et sur leur intégration sociale<sup>47</sup>. À titre

– une difficulté à apprendre ou des problèmes de mémoire permanents (QS-A16);

– un diagnostic, par un professionnel de la santé, de troubles d'apprentissage, de troubles de la perception, de troubles de l'attention ou d'hyperactivité (QS-A17);

– une déficience intellectuelle (QS-A18). » (ISQ, 2001, p.75)

Pour les enfants, une liste d'état et de problèmes de santé a également servi à l'identification des répondants au questionnaire de suivi. Nous n'avons toutefois pas pu exploiter les données de l'enquête auprès des enfants à l'échelle régionale en raison des règles de confidentialité.

<sup>45</sup> L'Institut nous avise que l'EQLA a été « administrée au même échantillon que l'ESS98 » ainsi « l'information recueillie dans le cadre de celle-ci est aussi disponible pour les répondants de l'EQLA. L'ESS98 comprend deux instruments principaux : le QRI [administré par un interviewer] et le QAA (questionnaire auto-administré). Le QRI permet d'établir les caractéristiques du ménage et de ses membres. Outre les renseignements démographiques et socioéconomiques, l'instrument aborde de nombreux thèmes reliés à la santé comme les problèmes de santé, le recours aux services sociaux et de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures, la couverture des frais de santé, l'alimentation et l'air ambiant du domicile. Le QAA, qui est administré à toutes les personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie (usage du tabac, consommation d'alcool ou de drogues, alimentation, activité physique, poids corporel), l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, le soutien social, la famille, certains comportements de santé propres aux femmes, la sexualité, les acouphènes, la spiritualité et certains renseignements socioéconomiques et démographiques ». (ISQ, 2001, p.48)

<sup>46</sup> L'indice de soutien social est établi à partir de sept questions. Il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible (ESS 1998 et OPHQ, 2003).

<sup>47</sup> Selon l'ISQ, « les données de l'EQLA permettent également de mieux connaître les caractéristiques des personnes ayant une incapacité et d'appuyer les initiatives visant à contrer les obstacles qu'elles peuvent rencontrer dans leurs

d'exemple, pour décrire la sphère domestique nous disposons des statistiques sur la proportion des personnes handicapées ayant des limitations à quitter leur domicile. La sphère du travail est décrite par la proportion des personnes inactives mais ayant la capacité de travailler alors que la sphère des loisirs est illustrée par la proportion des personnes handicapées pratiquant des activités loisirs ou désirant en faire davantage. Bien entendu, ces pratiques sociales sont rendues possibles grâce à l'accessibilité des modes de transport privés ou collectifs. Pour certains, la capacité de conduire une voiture est gage d'intégration sociale alors que pour d'autres, l'incapacité suppose un accompagnement pour les déplacements ou rend impossibles de longs trajets. Le tableau B.1 présente la liste des variables tirées de l'EQLA.

**Tableau B.1 : Identification des variables de l'EQLA et des croisements de variables**

<b>Variables</b>	<b>Description (si nécessaire)</b>
Proportion de la population adulte ayant des incapacités (selon la gravité, l'âge et le sexe) en 1998	Gravité « <i>L'échelle concernant les adultes tient compte à la fois de l'intensité d'une incapacité (totalement ou partiellement incapable) et de son étendue (le nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité aux questions de sélection principalement) »</i> (ISQ, 2001, 76). Les catégories grave et modérée ont été fusionnées pour des raisons de confidentialité.
Nature exclusive des incapacités	En 1998, 52,2 % de la population adulte avec incapacité avait une seule incapacité. L'ISQ a créé un indice composé de quatre catégories d'incapacité de nature exclusive : motricité seulement (mobilité et agilité), communication seulement (audition, vision et parole), psychisme (intellectuelle/santé mentale seulement) et finalement, la catégorie des limitations multiples.
Origine des problèmes de santé physique	Variable dont nous avons regroupé les catégories naissance, maladie et vieillissement pour des raisons de confidentialité. Les autres catégories exclusives sont : liée au travail, accident à la maison et ailleurs et autres causes.
Indice de désavantage social	Selon l'ISQ, « <i>sur le plan conceptuel, l'indice de désavantage lié à l'incapacité utilisé dans ce chapitre s'apparente à l'indice d'autonomie fonctionnelle créé</i>

---

*efforts pour conserver ou accroître leur autonomie. L'adaptation des logements, des moyens de transport, d'un poste de travail ou l'intégration des enfants en service de garde ou en milieu scolaire sont autant d'exemples illustrant l'intérêt de bien mesurer l'ampleur du phénomène »* (ISQ, 2001 :73).

	<p><i>pour l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 par Wilkins, Rochon et Lafontaine (1995), qui prend lui aussi en considération les désavantages l'indépendance physique ou de mobilité de même que ceux liés à l'occupation principale et à d'autres activités, tels les loisirs et les sports (ISQ, 2001, p 123). Cet indice comporte les catégories suivantes : dépendance forte et modérée, dépendance légère, limitation activité principale, limitation autres activités, sans désavantage.</i></p> <p><i>« L'indice hiérarchique s'interprète comme un indice de gravité du désavantage lié à l'incapacité, la première catégorie représentant le niveau le plus grave. Par sa construction, l'indice de désavantage lié à l'incapacité accorde une importance plus grande aux désavantages d'indépendance physique ou de mobilité, puis aux désavantages d'occupation et aux autres désavantages » (ISQ, 2001, pp.124-125).</i></p>
Nombre d'aides techniques utilisées	<p>Par aide technique, on désigne une aide qui vise à corriger une déficience, à compenser une incapacité, à prévenir ou réduire un handicap. L'aide technique comprend les appareils, les dispositifs, les services utilisés dans différents milieux et ce, pour divers types d'incapacité. Le traitement que nous avons effectué mesure l'effet de la gravité de l'incapacité sur l'utilisation des aides techniques.</p>
Limitation à quitter la demeure	<p>Pour des raisons de confidentialité, nous avons regroupé les catégories limitation à quitter la demeure et confiné. L'autre catégorie est celle regroupant les personnes qui n'ont pas de limitation à quitter la demeure.</p>
Fréquence de l'aide des travaux ménagers	<p>Pour des raisons de confidentialité, nous avons regroupé les catégories 1 fois semaine et une fois par mois.</p>
Identification de la personne qui fait les travaux ménagers courants selon gravité de l'incapacité	<p>Les catégories sont les suivantes : la personne seule, la personne avec une autre, une autre personne.</p>
Besoin d'aide non comblé pour des tâches domestiques	<p>Selon l'ISQ, les « personnes ayant des besoins non comblés sont définies comme étant celles qui ne reçoivent pas d'aide mais déclarent en avoir besoin ou celles qui en reçoivent mais ont besoin d'aide</p>

	<i>additionnelle</i> (aide non reçue ou besoin d'aide additionnelle) » (ISQ, 2001, p. 209).
Besoin d'aide total	Selon l'ISQ, « <i>les personnes ayant besoin d'aide sont définies comme étant celles qui reçoivent de l'aide ou qui n'en reçoivent pas mais qui déclarent en avoir besoin (aide reçue ou aide non reçue)</i> » (ISQ, 2001, p.209) . La variable besoin d'aide total inclue l'aide personnel, l'aide pour les tâches domestiques et l'aide pour les gros travaux ménagers.
Capacité de travailler de la population inactive	Selon l'ISQ, « <i>toutes les personnes n'étant pas en emploi ou en chômage sont définies comme ne faisant pas partie de la population active</i> » (ISQ, 2001, p.276). Il s'agit donc de la population non incluse sur le marché du travail. La capacité de travailler de la population inactive est une variable qui témoigne de la perception des répondants de leur capacité de travailler. « <i>Cette perception peut être influencée par la durée de leur absence du marché du travail, qui remonte parfois à quelques années, et par de nombreux autres facteurs dont l'âge, le taux de chômage de la région, etc</i> ». (ISQ, 2001, p.279)
Pratique d'activités physiques pendant les heures de loisirs selon la gravité	Les activités physiques regroupent des activités telle que la marche, la natation, le jardinage, l'exercice physique, les promenades en fauteuil roulant, etc.
Pratique d'activités de loisirs autre que l'activité physique selon la gravité	Les autres activités de loisirs regroupent des activités tel que le bingo, le cinéma, le théâtre, participer à des rencontres sociales ou familiales, jouer aux carte, etc.
Désire faire plus d'activités physiques selon la gravité	Désir exprimé d'augmenter la pratique d'activités physiques.
Désire faire plus d'autres activités de loisir selon la gravité	Désir exprimé d'augmenter la pratique de loisirs autre les activités physiques
Conduit un véhicule individuel selon la gravité	Pour des raisons de confidentialité, les statistiques sur l'utilisation des autres modes de transport ne sont pas disponibles.
Utilise des aides techniques pour les déplacements	Il peut s'agir en autres de l'adaptation du véhicule.
Besoins d'accompagnement pour les courts trajets	Les courts trajets sont des déplacements de moins de 80 km.
Besoins d'accompagnement pour les longs trajets	Les longs trajets sont des déplacements de plus de 80 km.
Incapacité d'effectuer des longs trajets	Diverses raisons contribuent à rendre

selon la gravité	impossible les longs trajet : l'aménagement des terminus, les difficultés d'accéder au mode de transport, la fragilité de la santé,...
------------------	--

### Données du Recensement canadien et des ministères de l'Éducation (MEQ) et de l'Emploi et de la Solidarité (MESS)

La démarche comparative entre les populations avec et sans incapacité a été complétée par des statistiques du recensement de la population de 1996, dont l'OPHQ a fait certaines compilations<sup>48</sup>. Des compilations de l'OPHQ, nous avons utilisé les variables suivantes : le revenu moyen personnel, la proportion des personnes vivant seule, la composition du revenu ainsi que le mode de transport pour se rendre au travail (OPHQ, 2001).

En ce qui concerne les données administratives du ministère de l'Éducation, nous avons utilisé les compilations de l'OPHQ sur les effectifs scolaires des élèves handicapés<sup>49</sup> des niveaux primaire et secondaires selon le type de regroupement (classe régulière, classe spéciale ou école spéciale) et selon la nature de l'incapacité pour l'année budgétaire 2001-2002 (OPHQ, 2002).

Pour terminer, nous avons exploité les statistiques d'Emploi-Québec sur la participation des personnes handicapées<sup>50</sup> aux mesures et services d'emploi. Il s'agit des données sur les nouvelles participations pendant la période couverte entre le 1 avril 2001 et le 31 mars 2002. Les mesures et les services d'emploi sont : les axes de préparation à l'emploi, les axes d'insertion à l'emploi, les autres axes ainsi que les contrats d'intégration au travail (CIT).

<sup>48</sup> Selon l'OPHQ, « le recensement canadien de 1996 utilise seulement deux questions pour identifier les personnes ayant une incapacité. Ces questions, plus générales, portent sur les « limitations d'activités » vécues à la maison, à l'école ou au travail, telles que perçues par les personnes. La population des personnes avec incapacité est ainsi définie d'une manière moins précise que par l'EQLA » (OPHQ, 2003; 8). Entre autres, les incapacités légères « n'étaient pas identifiées par les questions du recensement; par ce qu'elles se considéraient peu limitées dans leurs activités, ces personnes étaient plus susceptibles de répondre aux questions du recensement que les personnes ayant de graves incapacités » (Idem.).

<sup>49</sup> Pour avoir la définition exacte d'élève handicapé, voir la source originale du Ministère de l'Éducation du Québec, Données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire 2001-2002.

<sup>50</sup> Voici la définition considérée par Emploi-Québec (au MESS) : Une personne est considérée handicapée si au début de la participation, la personne présente des contraintes sévères à l'emploi (reconnues au programme d'assistance-emploi) ou qu'elle a un ou plusieurs des codes de limitations à l'emploi suivants : limitation auditive, manuelle, visuelle, de la parole, limitation intellectuelle et difficulté d'apprentissage, mobilité physique réduite, problèmes respiratoires ou limitation en santé mentale.