

**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 LAVAL**

**PAR  
FRANÇOIS AUBRY**

**Cahier du LAREPPS NO 04-07**

**2<sup>e</sup> édition révisée**

**LAREPPS / UQAM  
Montréal, janvier 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 LAVAL

Par François Aubry

(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>4</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>NOTE LIMINAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>8</b>
ENSEMBLE DU PROJET DE RECHERCHE .....	8
CADRE THÉORIQUE ET DÉFINITIONS DE BASE.....	9
MÉTHODOLOGIE RELATIVE AUX PORTRAITS RÉGIONAUX.....	13
PLAN DU DOCUMENT .....	18
BIBLIOGRAPHIE .....	19
<b>CHAPITRE 1.....</b>	<b>22</b>
<b>PRÉSENTATION DE LA RÉGION DE LAVAL.....</b>	<b>22</b>
LA POPULATION .....	22
LE MARCHÉ DU TRAVAIL .....	24
REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES .....	25
LA SCOLARITÉ.....	25
QUELQUES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE VIE .....	27
LES RESSOURCES MÉDICALES.....	28
<b>CHAPITRE 2.....</b>	<b>30</b>
<b>L'INCAPACITÉ DANS LA RÉGION DE LAVAL.....</b>	<b>30</b>
AVANT-PROPOS.....	30
PARTIE I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS .....	32
<i>La prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité .....</i>	<i>32</i>
<i>Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre la population avec et sans incapacité.....</i>	<i>37</i>
PARTIE II. PARTICIPATION SOCIALE ET BESOINS DE SERVICES.....	42
<i>Statut d'activité, indice de « désavantage social », aides techniques et adaptation de logement .....</i>	<i>42</i>
<i>L'aide domestique.....</i>	<i>48</i>
<i>Le transport et les déplacements .....</i>	<i>52</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 .....	65
BIBLIOGRAPHIE .....	67
<b>CHAPITRE 3.....</b>	<b>68</b>
<b>L'ORGANISATION DES SERVICES DANS LA RÉGION DE LAVAL.....</b>	<b>68</b>
AVANT-PROPOS.....	68
PARTIE I. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, AUTISME ET TED .....	74
INTRODUCTION .....	74
<i>Prévention et dépistage.....</i>	<i>74</i>
<i>Diagnostic et traitement .....</i>	<i>75</i>
<i>Adaptation et réadaptation.....</i>	<i>75</i>
<i>Services éducatifs .....</i>	<i>77</i>
<i>Travail et activités productives.....</i>	<i>79</i>

<i>Ressources résidentielles</i> .....	81
<i>Transport</i> .....	82
<i>Soutien psychosocial et soutien à la famille</i> .....	83
<i>Activités sociales, loisirs et culture</i> .....	86
<b>PARTIE II. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE</b> .....	89
<b>INTRODUCTION</b> .....	89
<i>Prévention et dépistage</i> .....	90
<i>Diagnostic et traitement</i> .....	90
<i>Adaptation et réadaptation</i> .....	91
<i>Services éducatifs</i> .....	94
<i>Travail et activités productives</i> .....	94
<i>Ressources résidentielles</i> .....	95
<i>Transport</i> .....	96
<i>Soutien psychosocial et à la famille</i> .....	96
<i>Activités sociales, loisirs et culture</i> .....	97
<i>Vie associative et défense de droits</i> .....	98
<b>PARTIE III. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE</b> .....	99
<b>INTRODUCTION</b> .....	99
<i>Prévention, diagnostic et traitement</i> .....	100
<i>Adaptation et réadaptation</i> .....	105
<i>Services éducatifs</i> .....	105
<i>Travail et activités productives</i> .....	106
<i>Ressources résidentielles</i> .....	107
<i>Transport</i> .....	108
<i>Soutien psychosocial et à la famille</i> .....	108
<i>Activités sociales, loisirs et culture</i> .....	108
<i>Vie associative et défense de droits</i> .....	109
<b>CONCLUSION</b> .....	109
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	115
<b>ANNEXE A : THÉMATIQUES DE L'OPHQ</b> .....	<b>117</b>
<b>ANNEXE B : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES CONCERNANT L'ANALYSE DE STATISTIQUES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS</b> .....	<b>120</b>

## Liste des acronymes

ALTA	Association lavalloise des usagers du transport adapté
CH	Centre hospitalier
CHARL	Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval
CHCR	Centre hospitalier et centre de réadaptation
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIT	Contrat d'intégration au travail
CJL	Centre jeunesse de Laval
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDI-NL	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Normand-Laramée
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CS	Commission scolaire
CSL	Cité de la santé de Laval
CTA	Centre de travail adapté
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DSP	Direction de la santé publique
EQLA	Enquête québécoise sur les limitations des activités
ESS	Enquête sociale sur la santé
HJR	Hôpital juif de réadaptation



ISQ	Institut de la statistique du Québec
LAREPPSP	Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MTQ	Ministère des transport du Québec
OBNL	Organisme à but non lucratif
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PROS	Programme régional d'organisation de services
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource institutionnelle
RRSSSL	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
STL	Société de transport de la ville de Laval

## 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

---

<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 internationale 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).

secteur non lucratif, « Nonprofit Sector » qu'à une certaine littérature européenne qui 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 nationale » 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 régionale » 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, 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.

---

<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).



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).

---

<sup>7</sup> Nous remercions de leurs concours messieurs Serge Tousignant et Jean Charest, responsables des Bureaux

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 :

- Les Orientations régionales et le Plan d'action en déficience intellectuelle (RRSSS de Laval 1997a, 2000);
- Les Orientations régionales et le Plan d'action en déficience physique (RRSSS de Laval 1997c, 2000);
- Les Orientations régionales et le Plan d'action en santé mentale (RRSSS de Laval 1997d, 2000);
- Le Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux pour l'ensemble de la région (RRSSS de Laval 1998, 2002).

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

- Le Conseil régional de développement (CRD).

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

---

régionaux de l'est et de l'ouest du Québec, ainsi que le personnel des Bureaux qui ont validé nos listes.

documents n'étaient pas tous disponibles sur Internet (d'ailleurs, certaines régies 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 régies 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 régies 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 (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre, 46 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 NYSENS (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 (2002). *L'OPHQ des Laurentides (Série des portraits régionaux)*, Drummondville, OPHQ, 17 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.

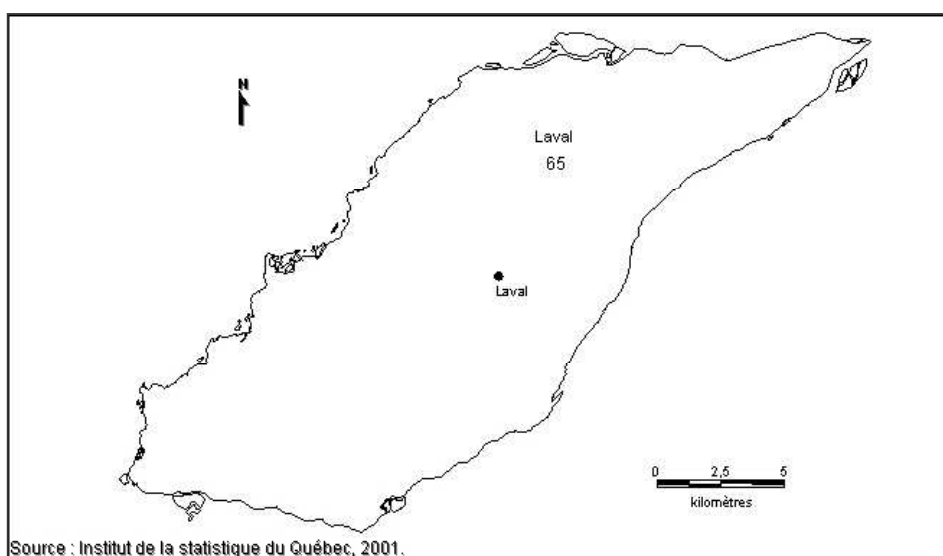
VAILLANCOURT, Yves et Marie-Noëlle DUCHARME (2000). *Le logement social, une composante importante des politiques sociales en reconfiguration : État de la situation au Québec*, Montréal, UQAM, Cahiers du LAREPPS, n° 00-08, décembre, 61 pages.

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 Laval<sup>9</sup>

La région de Laval est située au nord de Montréal sur l'Île-Jésus dont elle recouvre la totalité de la superficie de 245 km<sup>2</sup>. À la fois une région administrative (depuis 1992), une MRC, une ville et une île, Laval compte une population de 354 773 (2001), soit 4,8% e la population du Québec.



#### LA POPULATION

Au cours des dix dernières années, la région de Laval a vu sa population augmenter de 10,2%, un gain net d'environ 33 000 personnes. Ce dynamisme démographique tranche avec celui de la région de Montréal qui a vu sa population augmenter d'un modeste 1,3% pendant la

<sup>9</sup> Cette introduction se veut un survol de la région de Laval 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).



même période. Au total, de 1991 à 2001, environ 10 000 Québécoises et Québécois d'autres régions, la grande majorité âgée de moins de 30 ans, sont venus s'installer à Laval. Pendant la même période, 44 000 personnes ont quitté la région de Montréal pour s'installer dans une autre région du Québec.

Comme nous pouvons le constater à la lecture du Tableau 1.1, la structure d'âge de la population de Laval est semblable à celle de l'ensemble du Québec. La population de Laval est en moyenne plus jeune que celle de la région de Montréal.

**Tableau 1.1 Répartition de la population selon le groupe d'âge, Laval et le Québec, 2001**

	<b>0-14 ans</b> %	<b>15-29 ans</b> %	<b>30-64 ans</b> %	<b>65 ans et plus</b> %
Laval	18,2	18,5	50,2	13,0
Le Québec	17,6	19,7	49,7	13,0

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

Le taux de croissance annuelle des plus de 65 ans a été de 4,4 % entre 1996 et 2001 (tableau 1.2). Il s'agit d'une croissance deux fois plus forte que la moyenne québécoise (2,3%) et surtout plus forte que la croissance de la population totale (0,8 %) de Laval. En d'autres termes, le poids des 65 ans et plus aura tendance à s'accroître pendant les prochaines années. Si le processus de vieillissement s'accélère à Laval et qu'il s'accompagne aussi d'une augmentation de la prévalence de l'incapacité nous devrions nous questionner sur l'accessibilité actuelle des services de proximité. Est-ce que l'organisation des services à l'intérieur des espaces de banlieue peut être améliorée sans nécessairement changer la trame urbaine ? Ou à l'inverse, les difficultés d'organiser des services dans une banlieue telle que Laval contribuent-elles à favoriser la migration des personnes âgées vers Montréal ? Bref, les personnes qui développent une incapacité à Laval migreraient-elles naturellement vers Montréal pour obtenir des services de proximité ?

**Tableau 1.2 Taux de croissance de la population de plus de 65 ans et de la population totale, Laval et le Québec, (1996-2001)**

	<b>65 ans et plus</b>	<b>Population totale</b>
Laval	4,4	0,8
Le Québec	2,3	0,3

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

## LE MARCHÉ DU TRAVAIL

En 2001 la région comptait 173 600 emplois, soit 5,0% de l'ensemble des emplois au Québec. L'économie de Laval est très diversifiée et tous les secteurs d'activités y sont présents, comme l'indique la répartition des emplois selon les trois grands secteurs d'activité présentée au tableau 1.3. Elle se caractérise par sa spécialisation dans le domaine agricole et horticole, par l'importance du commerce de détail et des activités de construction ainsi qu'une forte présence de l'industrie des biotechnologie (OPHQ, 2002).

**Tableau 1.3 Répartition en pourcentage des emplois selon trois grands secteurs d'activité, Laval et le Québec, 2001**

	Primaire %	Secondaire %	Tertiaire %
Laval	0,2*	21,8	78,0
Le Québec	2,8	22,5	74,6

Source : Québec (2002), *Portrait statistique des régions*  
\*Source Statistique Canada. Valeur estimée

Nous présentons au tableau 1.4 quelques indicateurs de la dynamique du marché du travail dans la région de Laval et dans l'ensemble du Québec.

**Tableau 1.4 Taux de chômage, taux d'emploi des 15-64 ans et taux d'assistance-emploi, Laval et le Québec, 2001**

	Taux de chômage <sup>a</sup> %	Taux d'emploi <sup>b</sup> %	Taux d'a-e <sup>c</sup> %
Laval	7,2	71,8	5,1
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 situation sur le marché du travail dans la région de Laval est beaucoup plus favorable que celle qui prévaut dans l'ensemble du Québec, particulièrement en ce qui a trait au taux d'emploi qui, à 71,8% en 2001, est le plus élevé de toutes les régions du Québec, suivi de près par la Montérégie (71,7%). Aussi, de 1994 à 2001 le taux de chômage dans la région de Laval a diminué de 5,2 points de pourcentage (de 12,4% à 7,2%) comparativement à une baisse de 3,6 points (de 12,3% à 8,7%) dans l'ensemble du Québec et de 4 points à Montréal (14,0% à 10%).

## REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES

Tout comme les données sur le marché du travail, celles sur 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 Laval et pour l'ensemble du Québec en 1989 et en 2001. Comme on peut le constater, si la situation dans la région de Laval est plus favorable que dans l'ensemble du Québec, l'écart s'est quelque peu rétréci au cours de la période.

**Tableau 1.5 Revenu personnel disponible *per capita*, Laval et le Québec, 1989 et 2001**

	1989 \$	2001 \$	Variation 1989-2001 %
Laval	16 023	19 338	20,7
Le Québec	15 118	19 069	26,1

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

On peut aussi mesurer l'évolution du développement économique d'une région à l'aide d'un indice qui combine deux des grands indicateurs économiques que sont 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. Nous présentons l'évolution de cet indice pour la région de Laval au Tableau 1.6 qui révèle une légère détérioration du positionnement économique régional entre 1989 et 2001. Cependant, la situation économique de Laval demeure meilleure que la moyenne québécoise.

**Tableau 1.6 Indice de disparités régionales de développement, Laval et le Québec, 1989 et 2001**

	1989	2001
Laval	107,2	103,8
Le Québec	100,0	100,0

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

## LA SCOLARITÉ

La région de Laval a vu son taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires augmenter de 8,2 points ou de 10,9% au cours des années 1990 comparativement à 5,7 points ou 7,4% pour l'ensemble du Québec. Pendant cette période Laval a rattrapé et a surpassé le taux moyen québécois comme le montre le tableau 1.7.

**Tableau 1.7 Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires, Laval et le Québec, 1990-1991 et 2000-2001**

	<b>1990-1991</b> %	<b>2000-2001</b> %
Laval	75,3	83,5
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>, Laval et ensemble du Québec, 1990 et 2001**

	<b>1990</b> %	<b>2001</b> %	<b>Variation</b> %
Laval	39,7	54,7	37,8
Le Québec	44,8	59,2	32,1

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

a) Excluant les diplômés universitaires

Le pourcentage de travailleurs et de travailleuses ayant complété des études collégiales est inférieur à Laval comparativement à l'ensemble du Québec ; la région accuse un retard d'environ 5 points par rapport à la province, même si ce pourcentage a augmenté davantage à Laval que dans l'ensemble du Québec entre 1990 et 2001. Ce bilan ne reflète pas les performances en terme de taux d'emploi de la région de Laval qui a un taux d'emploi supérieur de 4,2 points ou 6,2% supérieur à celui du Québec en 2001<sup>10</sup>.

<sup>10</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 dans la région de Laval 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, 2002 : 44). À ce chapitre, de toutes les régions du Québec, Laval est celle où la proportion de la population qui estime que leur état de santé s'est détériorée de 1987 à 1998 est la plus élevée (-22%). Dans l'ensemble du Québec, la proportion des gens qui considèrent que leur état de santé s'est détériorée a diminué de 3,5%, 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, Laval et le Québec, 1987 et 1998**

	1987 %	1998 %	Variation 1987-1998 %
Laval	9,1	11,1	22,0
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. La proportion de ménages propriétaires de leur logement est restée relativement stable de 1986 à 1996 dans la région de Laval, passant de 64,8% à 64,9% au cours de la période. Ces taux sont sensiblement plus élevés que la moyenne dans la région de Montréal qui est passé de 32,2% à 34,3% et de la moyenne québécoise (54,7% en 1986 à 56,5% en 1996).

La proportion des ménages qui consacrent 30% et plus de leurs revenus aux dépenses de logement dans la région Laval est supérieure à la moyenne québécoise tant pour les propriétaires que pour les locataires, comme le démontre le Tableau 1.10. Par rapport à la moyenne québécoise, la situation s'est détériorée, particulièrement pour les propriétaires.

**Tableau 1.10 Proportion des ménages consacrant 30% et plus de leur revenu aux dépenses de logement, Laval et le Québec, 1986 et 1996**

	Propriétaires		Locataires	
	1986 %	1996 %	1986 %	1996 %
Laval	13,8	19,7	36,3	42,7
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 la qualité de vie dans une région. Dans l'ensemble du Québec, ce taux a diminué de manière importante (-22,1%) de 1990 à 1999. Cette diminution a été beaucoup plus modeste dans la région de Laval qui a vu le nombre d'infractions au code criminel par 100 000 habitants passer de 6 793 à 5 410 au cours de la même période, une diminution de 20,4%. Cette diminution est légèrement inférieure à celle constatée dans la région de Montréal même si le nombre d'infractions par 100 000 habitants était de beaucoup supérieur en 1999 (9 025) qu'à Laval (5 410).

### 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 de Laval et dans l'ensemble du Québec en 1993 et 2000. À Laval, le nombre de médecins par 100 000 habitants s'est accru de 1993 à 2000, passant de 123 à 134 alors que la situation québécoise tendait à se détériorer.

**Tableau 1.11 Nombre de médecins<sup>a</sup> pour 100 000 personnes, Laval et le Québec, 1993 et 2000**

	1993	2000	Variation 1993-2000
Laval	123	134	8,9%
Le Québec	199	197	-1,0%

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

a) Excluant les médecins résidents

L'amélioration de la situation dans la région de Laval est le fait de l'augmentation du nombre de médecins spécialistes qui a connu un bond de 30,2% pendant la période alors que le nombre d'omnipraticiens diminuait légèrement (-2,5%).

Pour l'ensemble du personnel soignant autres que les médecins, la situation est sensiblement différente. En l'an 2000, on comptait dans la région de Laval 596 employé-es (ÉTP<sup>11</sup>) pour 100 000 personnes, une augmentation de plus du tiers (34,2%) par rapport à 1993, ce qui constitue la hausse la plus forte de toutes les régions. Pour l'ensemble du Québec, ce chiffre était de 960 en l'an 2000, une augmentation de 1,1% par rapport à 1993.

Ces moyennes cachent cependant une situation fort contrastée en ce qui concerne l'évolution du nombre d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires comme le démontre le Tableau 1.12. Le nombre d'infirmières autorisées a augmenté de 37,6% entre 1993 et 2000 dans la région de Laval pour se chiffrer à 311 pour 100 000 habitants. Par contre, leur nombre reste beaucoup en deçà de la moyenne québécoise qui est de 532 infirmières autorisée pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 4,7% entre 1993 et 2000.

Les infirmières auxiliaires ont quant à elle vu leur nombre chuter de 10,6% pendant la même période alors qu'à l'échelle de la province la baisse a été de 21,1%. Leur nombre est toujours en dessous de la moyenne du Québec puisqu'on retrouve 59 infirmières auxiliaires pour 100 000 habitants à Laval comparativement à une moyenne de 127 dans l'ensemble du Québec.

**Tableau 1.12 Infirmières autorisées et auxiliaires pour 100 000 personnes, Laval et le Québec, nombre en 2000 et variation 1993-2000**

	Infirmières autorisées		Infirmières auxiliaires	
	Nombre en 2000	Variation 1993-2000	Nombre en 2000	Variation 1993-2000
Laval	311	37,6%	59	-10,6%
Le Québec	532	4,7%	127	-21,1%

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

C'est cependant l'augmentation du nombre de préposé-es aux bénéficiaires dans la région de Laval (49,3% comparativement à 4,4% à Montréal et 7,1% dans l'ensemble du Québec) qui explique la forte augmentation de l'ensemble du personnel soignant (34,2%) mentionnée au début de cette section.

<sup>11</sup> Il s'agit du personnel oeuvrant dans le réseau d'établissements sociosanitaires en équivalent temps-plein.

## Chapitre 2

### L'incapacité dans la région de Laval

#### 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<sup>12</sup>.

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.

---

<sup>12</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 l'utilisation de la variable de l'ESS « sousreg ».



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>13</sup>.

---

<sup>13</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.

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.

Le portrait établit systématiquement une comparaison des statistiques régionales à la moyenne québécoise<sup>14</sup>. La précision des données de l'ESS et de l'EQLA est révélée par les coefficients de variation<sup>15</sup>. 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>16</sup> d'incapacité était de 12,0 % en 1991 et de 15,2<sup>17</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 Laval (12,2 %) est inférieur à la moyenne québécoise (15,2 %). Les autres régions dont le taux est inférieur à la moyenne québécoise sont

<sup>14</sup> La moyenne québécoise est toujours calculée en incluant les valeurs de la région décrite dans le calcul.

<sup>15</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.

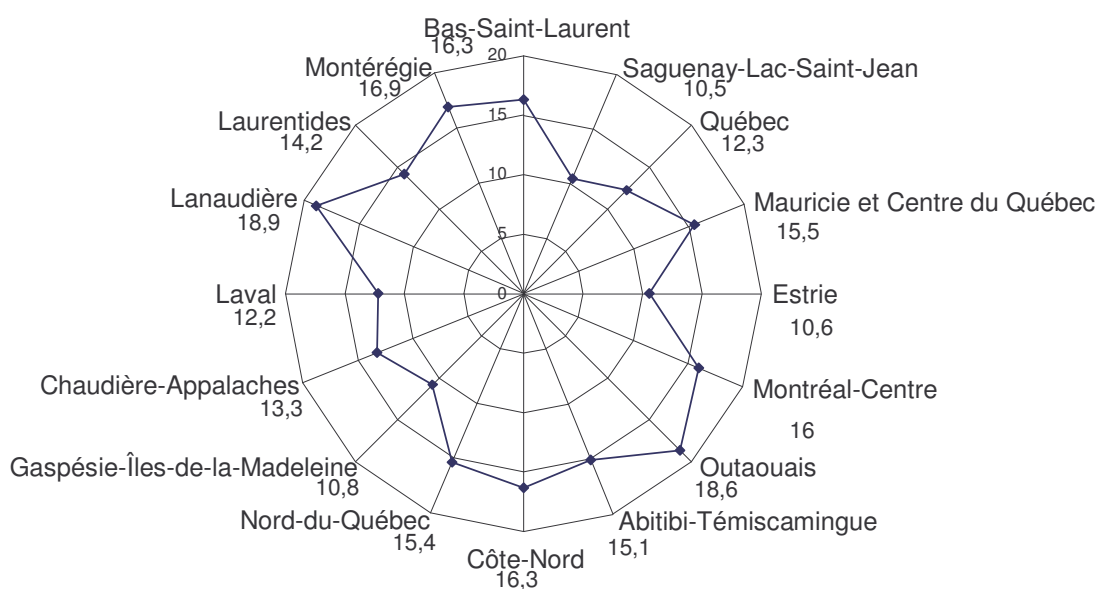
<sup>16</sup> Le taux standard prend en considération l'effet de la structure d'âge et des effectifs par sexe.

<sup>17</sup> Pour l'ensemble du portrait, les statistiques portent exclusivement sur la population vivant en ménage privé.

celles des Laurentides, de l'Estrie, de la Gaspésie-les-Iles, de Chaudière-Appalaches, de Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

**Figure 2.1**

**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>18</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.

<sup>18</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.

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 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. À Laval, 11,8 % des personnes de 15 à 64 ans avaient un problème d'incapacité comparativement 25,1 % des 65 ans et plus en 1998. Par rapport à l'ensemble du Québec, la prévalence des incapacités à Laval est moindre, tant chez les personnes de plus de 65 ans que ceux ayant entre 15 à 64 ans.

À l'échelle québécoise, le taux d'incapacité augmente rapidement à partir 55 ans, soit pendant les dernières années de la vie active (ISQ, 2001). D'autre part, la gravité<sup>19</sup> de l'incapacité croît aussi avec l'âge<sup>20</sup>. Les Lavallois de 15-64 ans sont concernés à la fois par des incapacités légère (6,1 %) ou modérée et grave (5,7 %). Chez les Lavallois de plus de 65 ans, les problèmes d'incapacité par rapport à l'ensemble du Québec sont presque deux fois moins importants, notamment au niveau des incapacités légères (10,9 %\* versus 20,8 %).

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

---

<sup>19</sup> Gravité 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.

<sup>20</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).

	<b>Prévalence à l'intérieur du groupe d'âge</b> %	<b>Prévalence selon la gravité de l'incapacité</b> %	
<b>Laval</b>			
15-64 ans	11,8	Légère	6,1
		Modérée ou grave	5,7
65 ans et plus	25,1	Légère	10,9*
		Modérée ou grave	14,1
<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 chez les femmes est légèrement supérieur (16 %) à celui des hommes (14 %) (ISQ, 2001 : 78). Par ailleurs, à Laval, les différences structurelles homme-femme au niveau de la gravité de l'incapacité sont similaires à celles observées dans l'ensemble du Québec (Tableau 2.2). Les femmes ont davantage des incapacités modérées ou graves que les hommes. Par contre, la proportion des Lavallois à vivre avec une incapacité modérée ou grave est plus grande (43,5 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (36,6 %).

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

		<b>Légère</b> %	<b>Modérée ou grave</b> %	<b>Total</b> %
Homme	Laval	56,5	43,5	100
	Le Québec	63,4	36,6	100
Femme	Laval	44,0	56,0	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>21</sup> (tableau 2.3). En ce qui concerne les troubles psychiques, la prévalence est plus grande chez les 15 à 34 ans que dans les groupes plus âgés. Par ailleurs, les personnes ayant des limitations multiples connaissent des problèmes plus graves (ISQ, 2001). Par rapport à l'ensemble du Québec, les incapacités liées à la mobilité sont légèrement sur-représentées à Laval (57,4 %) alors que les incapacités liées à la communication (audition, vision et parole) sont sous-représentées (11 %\*).

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

	<b>Communication seule %</b>	<b>Motricité seule %</b>	<b>Psychisme seul %</b>	<b>Limitations multiples %</b>	<b>Total %</b>
Laval	11,0*	57,4	8,8**	22,8*	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

L'importance des incapacités de nature physique nous amène à décrire les origines des problèmes de santé physique. Selon l'ISQ, pour plus de 85 % des cas, l'incapacité arrive à l'âge adulte, plus particulièrement entre 35 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 et le vieillissement dans le tableau 2.4. Signalons que les maladies sont souvent responsables des incapacités liées à la vision et à l'agilité, à l'audition et à la mobilité. À Laval, 61,6 % des problèmes de santé physique trouvent leur origine d'une maladie, du vieillissement ou de la naissance comparativement à 56,2 % pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, les accidents de travail, à la maison ou ailleurs sont légèrement sous-représentés à Laval.

<sup>21</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).

**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 %
Laval	61,6	14,1*	17,2*	7,1**	100
Le Québec	56,2	14,1	19,3	10,4	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

### 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	Laval	29,0*	39,1*	14,5**	13,0**
	Le Québec	28,8	30,9	22,7	14,9
Sans incapacité	Laval	13,3	34,1	29,9	20,6
	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.

Selon nos compilations statistiques, 29 %\* de la population lavalloise ayant une incapacité a moins de 9 ans de scolarité comparativement à 13,3 % de la population sans incapacité. Il est intéressant de noter que l'écart de scolarité entre les personnes avec et sans incapacité est plus considérable que celui observé dans l'ensemble du Québec. En revanche, la proportion des personnes ayant de 10 à 12 années de scolarité est plus importante à Laval.

À l'échelle québécoise, les caractéristiques de la fréquentation des institutions scolaires étaient les suivantes en 1998 : il s'agissait de personnes entre 15 et 34 ans (77,6 %), 72,2 % étaient inscrits à temps plein et le tiers fréquentait l'école secondaire (ISQ, 2001 : 262). Par ailleurs, sur 21 % des individus chez qui l'incapacité survenait avant la fin de la scolarisation, 27 % de ces derniers abandonnaient leurs études (Ibid. : 260).

Le niveau de scolarité a une influence certaine sur la nature de l'emploi occupé et, par conséquent, sur le niveau du revenu personnel. Il s'avère que des conditions économiques favorables contribuent probablement à stimuler la hausse des revenus personnels. Les données du recensement de 1996 nous indiquent que le revenu moyen personnel (avec ou sans incapacité) était plus élevé à Laval que la moyenne québécoise. Selon le tableau 2.6, les Lavalloises ayant une incapacité gagnaient un revenu personnel moyen de 13 628 \$ alors qu'en moyenne les Québécoises avec incapacité gagnaient 12 696 \$. Certes, même si le revenu moyen des Lavalloises avec incapacité était plus élevé que la moyenne, il était de loin inférieur à celui des hommes de même condition. Bien plus patent est le désavantage économique lorsque nous comparons les revenus des personnes ayant une incapacité avec ceux des personnes sans incapacité. À l'échelle québécoise, les personnes ayant une incapacité légère profitent de revenus généralement plus élevés que celles ayant une incapacité modérée ou grave. Par contre, les statistiques de 1998 indiquent 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 \$. À cet égard, les données pour la région de Laval sont peu significatives.



**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>					
Avec incapacité	Laval	19 543	13 628					
	Le Québec	17 758	12 696					
Sans incapacité	Laval	31 045	19 781					
	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	Laval	31,1*	17,6**	17,6**	10,8**	5,4**	17,6	100
	Le Québec	33,2	22,7	14,3	9,3	9,7	10,8	100
Sans incapacité	Laval	20,3	16,4	19,2	14,9	17,5	11,9	100
	Le Québec	26,2	15,3	17,6	13,1	19,0	8,8	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>								

À l'échelle québécoise, le manque de formation (15,2 %) était la principale cause pour expliquer les insuccès des personnes inactives sur le marché du travail. Par contre, l'EQLA nous a aussi révélé qu'à peine 14 % des gens inactifs en 1998 avaient cherché de l'emploi pendant les deux dernières années (ISQ, 2001 : 295). Les autres causes étaient le manque de travail (13 %), la crainte de perdre le revenu actuel (9 %) et le fait d'avoir été victime de discrimination (7 %) (ISQ, 2001 : 296).

Par ailleurs, si la crainte de perdre son revenu existe, elle doit être mise en relation avec l'importance des transferts gouvernementaux (assurance-emploi, allocations sociales,...) dans la composition du revenu total des personnes avec incapacité (47,2 %) (tableau 2.7). En 1996, la part du revenu d'emploi des personnes ayant une incapacité était deux fois et demi plus faible que celle des personnes sans incapacité. En revanche, par rapport au Québec, les personnes handicapées de Laval tiraient une part plus grande de revenus d'emploi (32,1 % versus 29,3 %). Les autres revenus comprennent notamment les allocations de la CSST et de la SAAQ.

**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
	%	%	%	%	%	%
Laval	32,1	79,2	47,2	11,8	20,7	9,0
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 signale que la proportion de la population lavalloise qui se perçoit pauvre (41,5 %) est plus forte que celle du Québec (29,9 %). Par contre, la proportion des personnes qui considèrent leur situation économique satisfaisante est moindre à Laval (37,8 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (48,1 %).

**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	Laval	11,0**	37,8	41,5	7,3**	2,4***	100
	Le Québec	11,8	48,1	29,9	7,0	3,2***	100
Sans incapacité	Laval	18,4	58,1	17,6	1,8**	4,2***	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 %). À Laval, les proportions calculées sont plus faibles que les

moyennes québécoises, soit 14,8 % et 6 %. Chez les 65 ans et plus, les données nous révèlent qu'une partie importante de la population québécoise avec et sans incapacité vivait seule en 1996 (32 % et 29,1 %). Comparativement à l'ensemble du Québec, la proportion des lavallois de plus de 65 ans (avec et sans incapacité) à vivre seule était moindre (27,5 % et 23,5 %). 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 %
Laval	14,8	6,0	27,5	23,5
Le Québec	20,4	8,0	32,0	29,1

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

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>22</sup>). La proportion des Lavallois avec incapacité qui considèrent obtenir un soutien social élevé est moindre (63,4 %) que celle calculée pour l'ensemble du Québec (69,9 %). Il est toutefois plus révélateur de comparer les Lavallois avec et sans incapacité. Les Lavallois avec incapacité sont bien plus nombreux en proportion (29,3 %\*) que les Lavallois sans incapacité (20,2 %) à considérer que leur soutien social est faible.

**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	Laval	29,3*	63,4	7,3***	100
	Le Québec	25,9	69,9	4,2***	100
Sans incapacité	Laval	20,2	76,6	3,2***	100
	Le Québec	18,0	79,4	2,5***	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 et ESS 1998

<sup>22</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).

## 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>23</sup>.

**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	Laval	31,7*	23,2*	24,4*	15,9**	4,9***	100
	Le Québec	27,8	19,3	33,0	14,1	6,0***	100
Sans incapacité	Laval	59,5	13,2	12,1	3,0**	12,3***	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

Les personnes ayant des incapacités sont moins actives sur le marché du travail que celles sans incapacité. Par contre, la proportion des personnes ayant une incapacité et qui sont en emploi était légèrement plus forte à Laval (31,7 %\*) que dans l'ensemble du Québec (27,8 %). Signalons que les conditions d'emploi étaient relativement bonnes à Laval en 1998. Pour les trois

premiers mois de 1998 (moyenne mobile), le taux de chômage était de 8,6 % à Laval comparativement à 11,6 % dans l'ensemble du Québec (Emploi-Québec, 1998). La comparaison des populations avec et sans incapacité nous révèle aussi une présence importante de retraités (24,4 %\*) ou de personnes qui tenaient maison (23,2 %\*) parmi les personnes ayant une incapacité. À Laval, la proportion des personnes ayant une incapacité et qui sont à la retraite est toutefois plus faible que celle observée dans l'ensemble du Québec.

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>24</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>25</sup>.

Bien que nous traitions davantage de la question du travail dans la partie E, 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 moins nombreuses (27,8 %) à occuper un emploi que les personnes sans incapacité (58,1 %) (ISQ, 2001) <sup>26</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.

---

<sup>23</sup> Pour des raisons de confidentialité la catégorie « étudiant » a été regroupée avec celle des « autres réponses ».

<sup>24</sup> Ces données ne sont pas présentées sous forme de tableau dans le présent chapitre.

<sup>25</sup> Toutes les statistiques concernant la fréquentation scolaire dans les régions ne sont pas statistiquement significatives. Dans la partie D, nous décrirons en détails la fréquentation scolaire des enfants et des étudiants à partir d'autres sources que celles de l'EQLA.

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

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>27</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, il existe des écarts entre les proportions calculées dans quelques catégories à Laval et celles calculées pour l'ensemble du Québec. Les écarts les plus sensibles se trouvent au niveau des limitations dans la réalisation d'une activité principale (à la maison, au travail ou aux études) et de la dépendance légère. D'une part, la population avec incapacité de Laval était légèrement plus limitée pour réaliser une activité principale (33,6 %) que celle de l'ensemble du Québec (25,7 %). D'autre part, une plus forte proportion des Lavallois (31,4 %) avaient une dépendance légère, c'est-à-dire une dépendance totale envers les autres afin de réaliser de gros travaux domestiques et les courses ou partiellement pour les tâches quotidiennes, que celle calculée pour l'ensemble du Québec (23,5 %). En partie, l'organisation spatiale des services, qui n'a pas été établie sur des critères de proximité, contribue à accroître la dépendance envers les autres, notamment chez les personnes qui doivent faire des achats mais qui ne conduisent pas. 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).

---

<sup>27</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 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.

**Tableau 2.12 Indice de désavantage social (dépendance 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 %
Laval	21,2*	31,4	33,6	4,4**	9,5**	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>28</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).

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.

<sup>28</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 personne ayant un appareil d'audition et qui déclarait bien entendre était exclue de l'enquête de l'EQLA (ISQ, 2001).

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 avec 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 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).

À Laval (tableau 2.13), 83,8 % des personnes ayant une incapacité légère n'utilisaient aucune aide technique comparativement à 80,8 % des personnes de même condition à l'échelle québécoise. 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.

**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 %
Laval	Légère	83,8	16,2**
	Modérée ou grave	69,6	30,4*
Le Québec	Légère	80,8	18,9
	Modérée ou grave	51,5	48,1
<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 1998 et ESS 1998.</small>			

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 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 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).

Pour terminer, évoquons la seule statistique significative à l'échelle régionale (tableau 2.14) : à Laval, comme au Québec, outre les besoins concernant les grandes catégories d'aides techniques déjà mentionnées, plus de 90 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité n'avaient pas de besoins d'aides techniques supplémentaires.

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

	Oui %	Non %
Laval	9,5**	90,5
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 Laval, 58,3 %\* des personnes nécessitent de l'aide hebdomadaire pour la réalisation des travaux ménagers courants (ex : épousseter et ranger). Mentionnons que les proportions de Laval sont quasi-similaires à celles calculées pour l'ensemble du Québec (tableau 2.15). Au Québec, les 15 à 64 ans reçoivent plus fréquemment de l'aide pour des travaux ménagers courants que les 65 ans et plus. Par ailleurs, l'aide quotidienne consiste le plus souvent à la préparation des repas alors que l'aide pour les finances personnelles se produit le plus souvent une fois semaine et que celle pour les gros travaux, la fréquence la plus récurrente est moins d'une fois par mois (ISQ,2001: 216). Ce qui est notoire est que 36,8 % des Québécois ayant une incapacité nécessitaient des services quotidiens à domicile en 1998. De plus, 47 % des ruraux déboursaient afin d'obtenir un service comparativement à 36 % des urbains (Idem : 219).

**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 %
Laval	37,5**	58,3*	4,2	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

Plus d'un Québécois sur deux qui a une incapacité légère fait seul son ménage courant (54,2 %) (tableau 2.16). Chez les Lavallois, la proportion est réduite à 46,3 %. Pour cette tâche, la dépendance envers une autre personne est légèrement plus élevée. En effet, plus de 41,8 % des Lavallois ayant une incapacité doivent faire leur ménage courant avec une autre personne; comparativement à 27,6 % pour l'ensemble des Québécois ayant une incapacité.

Lorsqu'une personne a une incapacité modérée ou grave, la dépendance envers les autres s'accroît pour la réalisation de cette tâche avec ou sans sa propre participation. 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	Laval	46,3	41,8	11,9**	0	100
	Le Québec	54,2	27,6	18,1	0,2	100
Incapacité modérée ou grave	Laval	43,5**	30,4*	26,1	0	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 à Laval, 38 %\* 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 supérieure 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	Laval	38,0*
	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		

Pour terminer nous disposons des statistiques sur le besoin d'aide total qui regroupe l'aide personnelle, les tâches domestiques et les gros travaux ménagers. À Laval, plus 59,9 % des personnes avaient besoin d'aide pour réaliser ces tâches, comparativement à 49,5 % pour l'ensemble du Québec (tableau 2.18). À l'échelle québécoise, il a été observé que les plus pauvres et les personnes ayant une incapacité modérée ou grave étaient plus nombreux à solliciter de l'aide.

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

		Oui %
Besoins d'aide totale	Laval	59,9
	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 Laval nous révèlent que la proportion des personnes limitées à quitter leur demeure ou confinée était plus grande (19 %\*) que la proportion calculée pour l'ensemble du Québec (12,8 %). Ces données doivent être mises en relation avec nos observations précédentes sur la part des Lavallois qui ont une dépendance légère envers les autres ou qui sont limités dans la réalisation d'une activité principale, notamment à la maison (voir également, plus loin dans le chapitre, la section sur la participation aux activités de loisirs).

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

	<b>Limitation à quitter la demeure ou confiné</b> %	<b>Aucune limitation à quitter la demeure</b> %	<b>NSP</b> %	<b>Total</b> %
Laval	19,0*	80,3	0,7***	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. Dans une région telle que le Laval, l'offre de transport public existe mais elle est probablement moins développée qu'à Montréal<sup>29</sup>. Le véhicule individuel était le mode de transport le plus utilisé à la fois par les personnes avec et sans incapacité en 1996 (tableau 2.20). 73,5 % des Lavallois avec incapacité conduisaient leur véhicule pour se rendre au travail, soit presque autant que les personnes sans incapacité (78,7 %). Il s'agit d'une proportion plus élevée que celle calculée pour l'ensemble du Québec. Seulement 13,3 % des Lavallois ayant une incapacité ont utilisé les services de transport collectif ou les taxis pour se rendre au travail en 1996. Soulignons que cette catégorie comprend pourtant les services de transport adapté. Doit-on considérer que les services de transport adapté servent davantage pour des motifs autres que le travail, c'est-à-dire pour les loisirs, pour obtenir des services de santé et pour les études ?

<sup>29</sup> Le prolongement du métro à Laval, si les stations sont accessibles, devrait encourager l'utilisation des transports collectifs.

**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
	%	%	%	%	%	%
Laval	73,5	78,7	8,7	5,9	13,3	11,5
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 1998 nous révèlent à nouveau l'importance du véhicule individuel pour assurer tous les déplacements des Lavallois (tableau 2.21). Malgré la gravité de leur incapacité, une personne sur deux ayant une incapacité modérée ou grave conduisait un véhicule individuel à Laval. La proportion était nécessairement plus forte chez les personnes ayant une incapacité légère (70,1 %). La proportion est plus forte que celle calculée dans l'ensemble du Québec (63 %). À l'échelle québécoise, chez les 15 à 64 ans, près de 70 % des personnes ayant une incapacité utilisaient le véhicule individuel à titre de conducteur et 4,4 % à titre de passager pour se rendre au travail (ISQ, 2001 : p.241). Les déplacements pour d'autres motifs tels que les déplacements pour les études ou pour des raisons de santé se font par le biais de différents modes de transport.

**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	Laval	70,1
	Le Québec	63,0
Incapacité modérée ou grave	Laval	51,7
	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). À cet effet, les statistiques de Laval sont peu fiables.

**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	Laval	9,2**
	Le Québec	12,0
Besoins d'accompagnement pour les courts trajets	Laval	7,1**
	Le Québec	11,8
Besoins d'accompagnement pour les longs trajets	Laval	10,1**
	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, il est à noter que 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>30</sup>.

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 plus aigu à Laval où 39,1 %\* de la population ayant une incapacité modérée ou grave ne pouvait effectuer de longs trajets. De façon générale, les femmes et les personnes de plus 65 ans sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas pouvoir effectuer de longs trajets.

<sup>30</sup> Les courts trajets sont des déplacements de moins 80 km alors que les longs trajets sont supérieurs à 80 km.

**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	Laval	14,7**
	Le Québec	6,7
Incapacité modérée ou grave	Laval	39,1*
	Le Québec	27,5
<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>		

### La fréquentation scolaire

Nous avons décrit le problème de la sous-scolarisation relative aux adultes ayant des incapacités<sup>31</sup> dans une partie précédente. 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 brossons 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 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 relativement 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>32</sup>(ISQ, 2001 : 267).

Les données administratives du ministère de l'Éducation de 2001-2002 nous indiquent que la population des élèves de Laval était composée de 1,6 % 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 %
Laval	1,6	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.

À Laval, la proportion d'enfants ayant des troubles de développement était plus forte (25,6 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (17 %) (tableau 2.25). Selon la définition du ministère de l'Éducation, les troubles de développement comprennent les troubles envahissants du développement et les troubles relevant de la psychopathologie. Par contre, la proportion des enfants ayant des incapacités liées à la communication était nettement plus faible (22,4 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (30,3 %).

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

<sup>31</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.

<sup>32</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.).

	<b>Intellectuelle</b> %	<b>Mobilité<sup>2</sup></b> %	<b>Communication<sup>3</sup></b> %	<b>Développement<sup>4</sup></b> %	<b>Autres<sup>5</sup></b> %
Laval	27,8	23,3	22,4	25,6	0,9
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 Laval, l'organisation scolaire est sensiblement différente de celle observée dans l'ensemble du Québec. Au primaire, les enfants sont davantage regroupés dans des classes spéciales (64,1 %) que les autres enfants québécois (39,1 %). Au niveau secondaire, la proportion des enfants en classe spéciale à Laval devient inférieure (32,9 %) à celle calculée pour l'ensemble du Québec (45,5 %). Pour un enfant sur deux à Laval, la formation au secondaire s'est réalisée dans une école spéciale en 2001-2002. Bref, les statistiques nous révèlent que l'insertion à l'intérieur des classes régulières était une pratique moins courante à Laval.

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

		<b>Répartition par type de classe (%)</b>		
		<b>Classe régulière</b>	<b>Classe spéciale</b>	<b>École spéciale</b>
Laval	Primaire	24,2	64,1	11,7
	Secondaire	16,9	32,9	50,2
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 % des personnes ayant 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. À Laval, la proportion des jeunes aux études à temps plein était de 51,4 % alors que celle à temps partiel était de 8,6 %<sup>1</sup>. Bref, nous

retrouvons à Laval relativement plus de jeunes adultes à l'intérieur des institutions d'enseignement. 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		Fréquente à temps plein		Fréquente à temps partiel	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	%	%	%	%	%
Laval	40,0	29,1	51,4	64,1	8,6 <sup>1</sup>	6,9
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

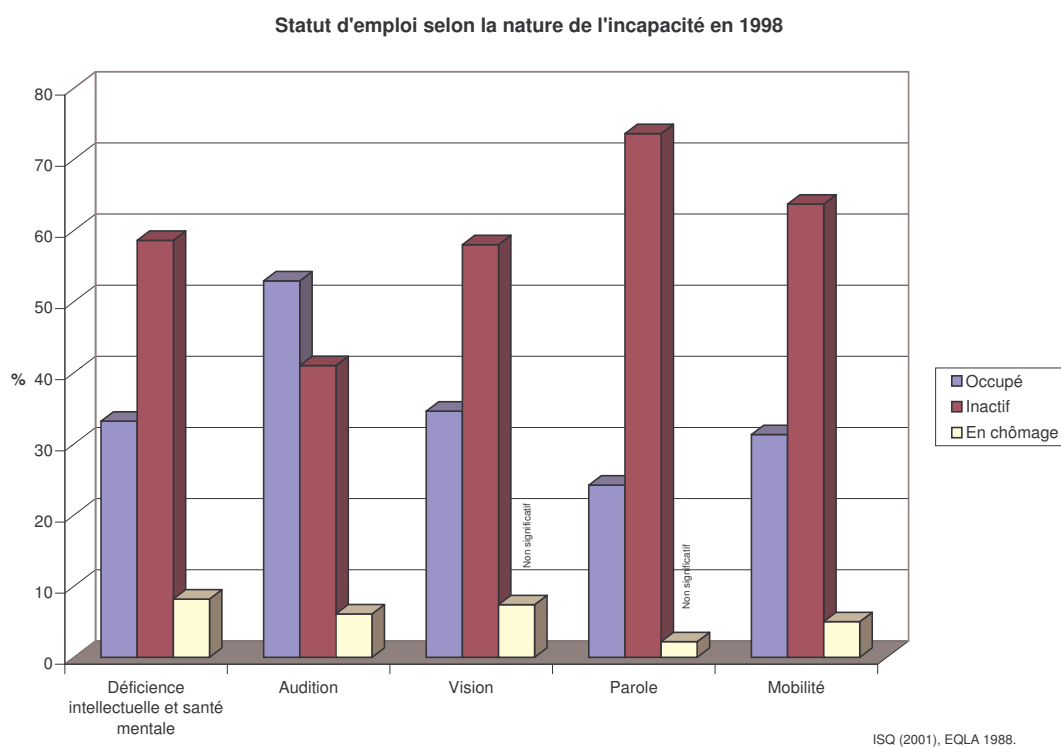
Dans notre société, le travail permet aux personnes, avec ou sans incapacité, d'intégrer la communauté. Bien entendu, l'intégration au travail n'est pas simple pour les personnes ayant des incapacités puisque des obstacles s'ajoutent à ceux rencontrés par la plupart des jeunes, tels que les problèmes 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 1998-1999 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 grimpeait à 1 % à l'intérieur des services gouvernementaux (Idem).

À l'échelle régionale, 31,7 %\* des Lavallois ayant une incapacité occupaient un emploi en 1998 (tableau 2.11). 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. À Laval, 53,8 % des personnes inactives se percevaient totalement incapables de travailler en raison de leur état de santé (tableau 2.28). Par contre, 26,9 %\* des personnes inactives se considéraient capables de travailler mais limitées quant à la nature et la quantité de travail. Cette proportion est de plus de 8 points de pourcentage supérieure à la proportion calculée pour 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>Limitée dans le travail</b> %	<b>Capable de travailler</b> %	<b>Total</b> %
Laval	53,8	26,9*	19,2**	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).

L'insertion professionnelle des personnes handicapées est facilitée grâce aux diverses interventions gouvernementales en matière d'emploi. D'ailleurs, certains programmes, tel que le contrat d'intégration au travail adapté subventionnent l'embauche des personnes handicapées depuis 1998. Pour la période d'avril 2001 à mars 2002, 484 nouvelles inscriptions de personnes handicapées ont été comptabilisées à Laval aux mesures d'Emploi-Québec. Les plus courues sont l'axe de préparation à l'emploi (64,7 %) ainsi que les autres axes (38,6 %). Les autres axes 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. Par rapport à l'ensemble du Québec, les Lavallois handicapés sont proportionnellement moins nombreux à s'engager dans ces mesures. Signalons que la proportion des personnes handicapées participant à un contrat d'intégration au travail (CIT) est moindre (20 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (23,7 %).



**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 contrainte sévère» (mars/2002) <sup>5</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Laval	313	64,7	41	8,5	187	38,6	97	20,0	484	13,9%
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>33</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.

La pratique d'activités physiques est certes très influencée par la gravité de l'incapacité. À Laval, 73,5 % des personnes ayant une incapacité légère pratiquaient des activités physiques (tableau 2.30). Il s'agit d'une proportion légèrement moindre que celle observée dans l'ensemble du Québec (75,8 %). La proportion est similaire chez les personnes ayant une incapacité modérée

ou grave. Elles sont proportionnellement moins nombreuses à pratiquer des activités physiques (42 %) que 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	Laval	73,5	77,9
	Le Québec	75,8	78,1
Incapacité modérée ou grave	Laval	42,0	63,8
	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>34</sup> (cinéma, jeux de cartes, etc.) est généralement plus accessible aux personnes ayant une incapacité. Pour ces pratiques, nous observons à Laval des comportements relativement similaires à ceux observés dans l'ensemble du Québec. La pratique d'activités de loisirs, autres que les activités physiques, diminue chez les personnes ayant des incapacités modérée ou grave. Par contre, il s'avère que plus des deux tiers des Lavallois et des Québécois ayant une incapacité modérée ou grave s'adonnaient à des activités de loisirs autres que des activités physiques.

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.

Il est intéressant de constater que la population lavalloise est proportionnellement plus nombreuse à souhaiter faire davantage d'activités physiques ou de loisirs que la moyenne des

<sup>33</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)

<sup>34</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 ».

Québécois de même condition (tableau 2.31). Pour les deux types de loisirs, les écarts sont significatifs et ce, peu importe la gravité de l'incapacité. 72,5 % des Lavallois avec une incapacité modérée ou grave désiraient faire davantage d'activités physiques. Rappelons qu'ils étaient en proportion moins nombreux par rapport à l'ensemble du Québec à faire de l'activité physique.

**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)**

		Désire faire davantage d'activités physiques %	Désire faire davantage d'activités de loisirs %
Incapacité légère	Laval	67,6	51,5
	Le Québec	49,2	37,3
Incapacité modérée ou grave	Laval	72,5	59,4
	Le Québec	56,2	42,5
* 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			

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

D'emblée, le taux standard d'incapacité calculé en 1998 pour la région de Laval était de 12,2 %, un taux plus bas que celui de la province québécoise (15,2 %). Les taux de prévalence à l'intérieur des groupes d'âge ont également été plus faibles à Laval comparativement à l'ensemble du Québec. À cet égard, l'écart était très marqué pour la catégorie des 65 ans et plus (25,1 % versus 41,6 % au Québec). Il est important d'indiquer qu'à Laval, l'incapacité est davantage « modérée ou grave » que « légère », autant chez les hommes que chez les femmes, comparativement à l'ensemble des provinces. La population avec incapacité de Laval connaît relativement plus d'incapacités liées à la motricité mais moins d'incapacités liées à des limitations multiples par rapport à la moyenne québécoise (tableau 2.3). Remarquons par ailleurs que les ressources médicales, que ce soit au niveau du nombre de médecins ou de celui des infirmières, elles sont bien moins nombreuses à Laval que dans l'ensemble du Québec (tableaux 1.11 et 1.12). Ce qui différencie également la région est l'origine des problèmes de santé, où l'incapacité de 61,6 % des Lavallois est connectée à la naissance, à la maladie ou à la vieillesse (tableau 2.4).

Les Lavallois et Lavalloises ayant des incapacités ont un revenu moyen personnel plus élevé que l'ensemble des Québécois et Québécoises de même condition (tableau 2.6). Ces populations de la région tirent légèrement plus la composition de leurs revenus d'un emploi (32,1 %) par rapport au reste de la province (29,3 %). Le statut d'activité des adultes avec incapacités indique également que les Lavallois sont plus nombreux à être « en emploi » et que les retraités s'y trouvent en moins grand nombre (coefficient à interpréter avec prudence, tableau 2.11). Pourtant, 41,5 % des Lavallois vivant avec des incapacités se considèrent pauvres. Sur le plan de la participation au marché du travail, la différence à noter avec l'ensemble du Québec concerne la proportion, plus élevée, de Lavallois qui sont incapables ou limités dans le travail (80,8 %\* versus 72,9 % au Québec, tableau 2.28). Ils sont également plus nombreux à se dire limités dans leur activité principale par rapport au Québec (tableau 2.12). Par ailleurs, la part des participants aux mesures et services d'Emploi-Québec semble avoir été plus forte à Laval pour l'année 2001-2002 (13,9 % versus 10,2 %), alors que la majorité des personnes avec incapacité a eu recours à l'axe de préparation pour l'emploi (64,7 % versus 40,7 % au Québec).

Au niveau de l'organisation scolaire, 64,1 % des élèves du primaire de Laval sont intégrés à des classes spéciales et 50,2 % des élèves du secondaires sont intégrés dans l'école spéciale, des taux plus élevés que ceux du Québec. Il y a, à Laval, relativement moins d'incapacité au niveau de la communication et plus au niveau du développement (tableau 2.25).

À Laval, les personnes ayant des incapacités sont plus nombreuses à n'avoir « aucune limitation à quitter la demeure » que l'ensemble des Québécois de même condition (tableau 2.19). Elles sont également plus nombreuses à n'avoir besoin d'aucune aide technique (tableau 2.13). Par contre, un taux plus élevé d'entre elles a des besoins d'aide de tout ordre (59,9 % versus 49,5 % au Québec, tableau 2.18). Leurs pratiques d'activités physiques et d'activités de loisirs se rapproche de celle de l'ensemble des Québécois. La différence se trouve plutôt dans le désir des Lavallois, plus accru, à effectuer davantage des activités physiques et de loisirs. Enfin, à Laval, les personnes avec incapacité sont plus nombreuses à conduire un véhicule individuel.

## 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>>

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

#### AVANT-PROPOS

L'organisation des services dans le domaine de la santé et des services sociaux sur le territoire de Laval est divisée en quatre secteurs correspondant aux territoires de CLSC : CLSC des Mille-Îles – CHSLD Laval ; CLSC-CHSLD du Marigot (Laval-des-Rapides); CLSC-CHSLD Ruisseau-Papineau (Chomedey); CLSC-CHSLD Ste-Rose-de-Laval.

Historiquement, la région de Laval a été fortement dépendante de Montréal pour l'offre de services à sa population. Bien que la situation ait commencé à changer depuis la création de la région administrative en 1992, les Lavallois doivent encore recourir à certains services à l'extérieur de la région, à Montréal principalement.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, on retrouve à Laval :

- 4 CLSC : des Mille-Îles, du Marigot, Ste-Rose-de-Laval et Normand-Bethune ;
- 2 centres hospitaliers : la Cité de la santé de Laval - le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL) (un établissement à deux volets) et l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) qui a récemment été désigné centre de réadaptation en déficience physique ;
- 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle, le CRDI Normand-Laramée (CRDI-NL), qui dessert également la clientèle avec déficience intellectuelle et celle avec trouble envahissant de développement (TED), incluant l'autisme ;
- 1 centre jeunesse, qui accueille également la clientèle alcoolique ou toxicomane;
- 6 CHSLD privés conventionnés et 5 non conventionnés.

Nous présentons à la page suivante (encadré 1) les principales missions des ressources publiques œuvrant en santé et en services sociaux.

#### **Encadré 1 – Principales missions des organismes publics en santé et services sociaux**

**Les centres locaux de services communautaires (CLSC)** offrent à la population de leur territoire des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion sociale. Ces services sont offerts le plus près possible des milieux de vie des clientèles.

**Les centres hospitaliers (CH)** offrent des services d'urgence, des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, y compris des soins infirmiers et des services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation.

**Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)** offrent, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation et des services médicaux, infirmiers, pharmaceutiques et psychosociaux et, dans certains établissements, un centre de jour et un hôpital de jour. Ces services sont offerts aux adultes et personnes âgées qui, en raison de leur perte d'autonomie, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.

**Les centres de réadaptation (CR)** offrent des services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale, d'accompagnement et de soutien aux personnes qui présentent une déficience physique ou intellectuelle, des difficultés psychosociales ou familiales, des problèmes de comportement, d'alcoolisme ou de toxicomanie et qui requièrent de tels services.

**Les centres jeunesse (CJL)** offrent des services d'évaluation, de protection et de réadaptation à des jeunes de moins de 17 ans et à leur famille ainsi qu'aux mères en difficulté d'adaptation. Ils offrent des services d'urgence sociale, de placement d'enfant, d'adoption, de recherche des antécédents biologiques, de médiation familiale et d'expertise à la Cour supérieure pour la garde des enfants.

**Source :** Régie régionale de Laval [http://www.regie-laval.org/2\\_/2\\_02.htm](http://www.regie-laval.org/2_/2_02.htm)

Laval compte une vingtaine de cliniques médicales privées. Celles-ci offrent des services de médecine générale et familiale à toute la population. Le médecin de famille est la personne ressource qui guide et conseille sur tout problème de santé et qui assure aussi un suivi médical. En 2000, Laval comptait 470 médecins dont environ 270 omnipraticiens et 200 spécialistes<sup>35</sup> (Gouvernement du Québec, 2002).

Dans le domaine de l'éducation, deux commissions scolaires (CS) couvrent le territoire de Laval : la CS de Laval pour la population francophone et la CS Sir-Wilfrid-Laurier pour la population anglophone. Cette dernière dessert également les anglophones des régions voisines des Laurentides et de Lanaudière. Au chapitre du développement régional et local, la population de la région de Laval est desservie par un centre local de développement (CLD) et par quatre centres locaux d'emploi (CLE) (Laval-des-Rapides, St-Vincent-de-Paul, Ste-Rose et Chomedey-Ste-Dorothée). Enfin, Laval est aussi doté d'un Office municipal d'habitation.

#### *Les organismes communautaires*<sup>36</sup>

La région de Laval compte un nombre important d'organismes communautaires dont plusieurs sont des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Ces organismes offrent des services variés ainsi que des activités de jour à diverses clientèles, notamment de l'entraide, du support et de l'information. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires travaillent auprès des personnes handicapées, des femmes et des conjoints en difficulté, auprès de la jeunesse et des personnes âgées. Selon la Régie régionale, les organismes communautaires de la région de Laval sont «des partenaires privilégiés pour le réseau de la santé et des services sociaux» (2002c : 11). En 2001-2002, ces organismes ont bénéficié d'un soutien financier de 7,4 millions \$ de la Régie régionale, comparativement à 7,2 millions \$ l'année précédente, ce qui représente une hausse modeste de 3,1%. L'aide est versée sous forme de subvention de fonctionnement en appui à la mission globale ou d'une subvention accordée dans le cadre d'un projet particulier.

Parmi la centaine d'organismes communautaires qui desservent la population lavalloise dans le domaine de la santé et des services sociaux, nous en avons répertorié quarante-sept qui,

---

<sup>35</sup> Parmi ces derniers, on retrouvait, à la fin des années 1990, 15 psychiatres et 3 omnipraticiens pratiquant en santé mentale (Ouadahi et Fleury, 2003).



comme nous le verrons tout au long de ce chapitre, offrent une gamme souvent très variée d'activités et de services aux personnes handicapées de Laval ou agissent pour défendre les droits de ces personnes et de leurs familles. Plusieurs sont à la fois des organismes de défense de droits et de services. Nous présentons au tableau 3.1 un aperçu de ces organismes selon le type de handicap des personnes desservies et selon les thématiques d'intervention retenues par l'Office des personnes handicapées du Québec et dont nous reproduisons les définitions en annexe. 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.

Premièrement, un grand nombre d'organismes interviennent à l'intérieur de plus d'une thématique. Par exemple, les cinq organismes qui interviennent uniquement dans le champ de la déficience intellectuelle couvrent sept thématiques différentes. Chacun des cinq organismes offre du soutien psychosocial aux personnes avec une déficience intellectuelle alors que quatre d'entre eux offrent aussi du soutien aux familles et trois font la promotion et de la défense de droits. Il s'avère que le nombre de thématiques couvert par un organisme varie de une à six. Globalement, plus de huit organismes sur 10 interviennent dans trois thématiques ou moins.

Deuxièmement, les organismes communautaires sont présents surtout dans quatre grands champs d'intervention : le soutien psychosocial, la promotion et la défense de droits, les loisirs et le soutien à la famille.

Troisièmement, un certain nombre de thématiques sont peu couvertes par les organismes communautaires. Plusieurs, dont *diagnostic et traitement*, *services éducatifs*, *conditions de vie*, *réadaptation* et *maintien à domicile* relèvent presque exclusivement du secteur public. D'aucuns trouveront étonnant, cependant, de constater qu'aucun organisme communautaire n'œuvre sous la thématique de la prévention. Ceci s'explique facilement si on considère que cette thématique est présente de manière systémique au sein de plusieurs groupes communautaires, sans qu'elle ne soit explicitement reconnue.

---

<sup>36</sup> À moins d'indication contraire, toutes les informations concernant les organismes communautaires sont tirées de l'Inventaire régional des ressources communautaires s'adressant aux personnes handicapées préparé par le LAREPPS (2004).

**Tableau 3.1 - Répartition des organismes communautaires\* de la région de Laval selon la thématique et le type de clientèle**

	<b>DI** N=5</b>	<b>DP N=17</b>	<b>DI-DP N=7</b>	<b>SM N=10</b>	<b>SM-DI N=2</b>	<b>SM-DI- DP N=6</b>	<b>Total N=47</b>	<b>%</b>
<b>Soutien psychosocial</b>	5	12	1	4	1	4	27	25,2
<b>Promotion et défense de droits</b>	3	12	2	1		1	19	17,8
<b>Loisirs et culture</b>	2	7	4	3		1	17	15,9
<b>Soutien à la famille</b>	4	7	1	1		1	14	13,1
<b>Travail et activités productives</b>			2	6	2	1	11	10,3
<b>Réadaptation</b>	1	1	1	2			5	4,7
<b>Services éducatifs</b>	1	2			1		4	3,7
<b>Vie associative</b>			1			1	2	1,9
<b>Ressources résidentielles</b>				1		1	2	1,9
<b>Diagnostic et traitement</b>				1		1	2	1,9
<b>Transport</b>						1	1	0,9
<b>Conditions de vie</b>		1					1	0,9
<b>Communication</b>		1					1	0,9
<b>Maintien à domicile</b>	1						1	0,9
<b>Prévention</b>								
<b>Total des thématiques</b>	17	43	12	19	4	12	107	100,0
<b>Nombre moyen de thématiques par organisme</b>	3,4	2,5	1,7	1,9	2,0	2,0	2,3	

\* Excluant les deux services spécialisés de main-d'œuvre présents dans la région

\*\* Comprend deux organismes qui œuvrent uniquement auprès d'enfants autistes ou avec TED

Comme c'est le cas dans les autres régions du Québec, les organismes sont regroupés en association, ici au sein du Regroupement des organismes de promotion des personnes handicapées de Laval (ROPPHL). Selon l'Office, celui-ci est très actif à Laval. Toutefois, seulement une minorité de ses membres s'implique activement, dont l'Association régionale de l'autisme et des TED et l'Association des usagers du transport adapté. Le ROPPHL regroupe par ailleurs non seulement des organismes de promotion et de défense des droits mais également des organismes de services.

À noter que la majorité des organismes communautaires qui desservent la population de Laval ont une vocation *régionale* (30 sur 47). Ceux-ci rejoindraient par ailleurs très peu les clientèles anglophone et allophone. On doit noter également que sept associations qui ont pignon sur rue à Montréal ont une vocation supra-régionale (le Montréal métropolitain) et desservent la population de Laval. Ce sont Action suicide Montréal, l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs, le Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal métropolitain, le Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain, le Centre de la communauté sourde du Montréal Métropolitain, l'Association québécoise des traumatisés crâniens et l'Association québécoise des personnes de petite taille.

Inversement, sept organismes situés sur le territoire de Laval ont une vocation supra-régionale et desservent aussi des clientèles de certaines régions limitrophes. Ce sont : l'Association Dysphasie+, le Regroupement des parents d'enfants souffrant de la maladie falciforme, le Service populaire de psychothérapie (S.P.P.), l'Association IRIS, la Fondation intégration du Québec, les Services du chat botté de Laval et l'Association du diabète - Laval, Laurentides.

Nous commenterons plus avant les activités des organismes communautaires tout au long du chapitre, et ce plus particulièrement dans la rubrique Vie associative et défenses de droits.

## **PARTIE I. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, AUTISME ET TED**

### **INTRODUCTION**

La région de Laval a connu ces dernières années une augmentation importante du nombre de demandes de services pour des personnes présentant une déficience intellectuelle de même que pour les personnes atteintes d'autisme ou de TED avec ou sans déficience intellectuelle. Cela s'est répercuté tant sur les CLSC que sur le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Normand-Laramée et sur les organismes communautaires œuvrant en ces domaines.

La région de Laval se classerait au 13<sup>e</sup> rang des régions du Québec pour les dépenses *per capita* en déficience intellectuelle. Le programme *clientèle en déficience intellectuelle* est déficitaire d'environ 6 millions \$ (Régie régionale de Laval, 2003a).

Si la région de Laval est dépendante de la région de Montréal pour des services en déficience physique et en santé mentale, elle «est relativement autonome quant aux services qu'elle fournit aux personnes ayant des incapacités intellectuelles» (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998 : 92).

### **Prévention et dépistage**

Le dépistage d'une déficience, qu'elle soit de nature physique, intellectuelle ou psychique ou due à un retard dans le développement d'un enfant, relève de la responsabilité d'un grand nombre d'intervenants tels les éducatrices des centres de la petite enfance, les enseignantes et les enseignants de niveau préscolaire, les orthophonistes et autres professionnels de la santé, des services sociaux ou de l'enseignement. En tant que porte d'entrée pour les services de première ligne, les CLSC constituent des acteurs clés à ce chapitre.

En effet, chacun des quatre CLSC de la région de Laval offre à la population de son territoire des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation et de réinsertion. Les CLSC, à travers leurs services courants d'accueil et de prévention destinés à l'ensemble de la population (par exemple, les campagnes sur les saines habitudes de vie, le tabagisme et les autres toxicomanies, la vaccination, etc.), sont appelés à exercer des activités visant à prévenir les déficiences intellectuelles.

Soulignons que 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 constitue un des cinq champs de responsabilité de la DSP. Elle intervient afin de prévenir les maladies ou les comportements à risques, promouvoir la santé et le bien-être et informer la population.

### **Diagnostic et traitement**

Règle générale, le corps médical est responsable et habilité à poser les diagnostics, à assurer les traitements requis en déficience intellectuelle ou à référer à d'autres services professionnels, que ce soit au sein d'organismes publics ou en clinique privée. Dans la région de Laval, le Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL) dispose depuis 2002 d'une clinique de développement de la petite enfance qui est chargée de l'évaluation des troubles complexes de développement de la naissance à 5 ans.

Une fois le diagnostic connu, les CLSC prennent la relève puisqu'ils sont désignés comme porte d'entrée de tous les services en déficience intellectuelle.

### **Adaptation et réadaptation**

C'est le CRDI Normand-Laramée qui est chargé d'offrir les services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes de tout âge qui, en raison d'une déficience intellectuelle, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ont besoin de tels services, de même que des services d'accompagnement ou de soutien à l'entourage des personnes.

Le CRDI-NL intervient à l'intérieur de trois programmes : Ressources résidentielles, Intégration socioprofessionnelle et Soutien à la personne, à la famille et à la communauté. Ses services couvrent les services spécialisés de réadaptation le soutien aux services de garde, le soutien éducatif, l'intégration communautaire, les services socioprofessionnels, les services résidentiels et de répit-dépannage. Pour les adultes et les adolescents, il dispose de quatre points de services correspondant aux territoires de CLSC.

Le CRDI-NL intervient généralement sur référence du CLSC, porte d'entrée et responsable de l'évaluation des besoins, ou encore d'un centre hospitalier. Le CRDI-NL compte un millier d'usagers de tous âges en déficience intellectuelle.

Le CRDI-NL consacre 85% de son budget pour les services directs à la clientèle. «Les listes d'attente pour les programmes sont inexistantes ou se maintiennent généralement dans des délais acceptables pour l'utilisateur et sa famille, sauf en petite enfance où un engorgement a commencé à se faire sentir» (Régie régionale de Laval, 2003a). Conformément à l'objectif que s'était fixée la Régie régionale dans sa planification triennale, les délais d'attente dans le Programme Petite enfance du CRDI-NL ont été éliminés.

La décentralisation des services pour adolescents et adultes du CRDI-NL en quatre points de services, correspondant aux quatre territoires de CLSC, est en partie responsable de l'élimination des listes d'attente pour ses programmes de soutien à la personne et à la famille. Selon la Régie régionale (2003a), ce modèle d'organisation des services est apprécié tant par la clientèle que par les intervenants et les partenaires. De 2000 à 2002, on observe une hausse des inscriptions et une augmentation du taux de pénétration des services.

Les personnes avec déficience intellectuelle qui souffrent aussi de problèmes de santé mentale ne reçoivent que difficilement les soins appropriés en santé mentale. La Régie régionale (2003a) s'est fixée pour objectif d'établir des protocoles d'ententes avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour l'évaluation diagnostique et l'intervention conjointe afin de répondre aux besoins de ces personnes.

Les enfants ayant de multiples déficiences doivent souvent être référés à des services à l'extérieur de la région. Aussi, il existe des ententes entre le CRDI-NL, les centres hospitaliers et les CLSC afin de mieux desservir les enfants ayant une déficience intellectuelle et présentant des problèmes de santé mentale.

#### *Les personnes avec troubles envahissants du développement (TED)*

Le CRDI-NL a le mandat de desservir les personnes de tout âge qui présentent des troubles envahissant du développement, dont l'autisme, que ces personnes aient ou non une déficience intellectuelle associée. Au 31 mars 2002, il desservait 82 usagers.

Pour les moins de six ans, le programme de réadaptation « est bien installé et rôdé » (Régie régionale de Laval, 2003a). Dans ce programme, l'intervention comportementale est inscrite dans une approche diversifiée qui vise l'intégration et le développement de l'enfant dans ses différents milieux de vie. Ce programme a été consolidé récemment et il fonctionne aujourd'hui à sa pleine capacité. Cependant une liste d'attente commence à se constituer (6 enfants au début de 2003) et il est prévu que cette clientèle augmentera continuellement. Dans sa planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) s'était donnée comme objectif d'éliminer cette liste d'attente en augmentant le nombre de places dans le programme du CRDI-NL, ce qui est aujourd'hui chose faite.

Pour les enfants de 6 à 12 ans, le programme de réadaptation est en voie de développement. Il inclut des services spécialisés en milieu scolaire. Pour les adolescents et les adultes, l'organisation des services est dans sa phase de démarrage. On prévoit l'ajout d'intervenants dédiés spécifiquement à cette clientèle dans les équipes de territoire du CRDI-NL. L'objectif de la Régie régionale (2003a) est de renforcer les équipes de territoires du CRDI-NL afin de desservir 50 personnes additionnelles en adaptation-réadaptation et soutien à l'intégration.

Pour les enfants en attente de diagnostic et leur famille, des mesures de soutien sont aussi prévues.

### **Services éducatifs**

Si, pendant de nombreuses années, les élèves handicapés ont dû être référés dans les écoles spécialisés de Montréal, aujourd'hui, la région de Laval assume de plus en plus la scolarisation de ces élèves (OPHQ, 2001 : 15).

D'après les données de Statistique Canada, projetées pour 2000 par l'OPHQ, «environ 500 jeunes de moins de 20 ans vivent avec une déficience intellectuelle, 100 sont affectés par l'autisme ou un autre trouble envahissant du développement, 176 sont dysphasiques, au moins 160 sont limités par une déficience motrice, une quarantaine ont une déficience visuelle et un peu plus de 70 éprouvent une déficience auditive» (Régie régionale de Laval, 2002a: 5).

Les services scolaires et de soutien à l'intégration sont dispensés à l'école de quartier, sauf sur le territoire de la CS anglophone Sir-Wilfrid-Laurier où les élèves qui ont une déficience importante sont scolarisés par entente, par exemple avec la Commission scolaire English-

Montreal, notamment à l'école Peter Hall pour enfants handicapés intellectuels de 4 à 21 ans et à la Summit School, une école pour enfants handicapés physiques et intellectuels âgés de 4 à 21 ans.

À la CS de Laval, on retrouvait, en 2001-2002, 4 155 enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDAA) dont 569 étaient des enfants handicapés au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (DI et DP confondus)<sup>37</sup> (Régie régionale de Laval, 2002b : 3).

De son côté, la Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier, recevait 234 élèves en adaptation scolaire dans ses écoles lavalloises en 2000-2001 (Régie régionale de Laval, 2002b : 3).

Comme nous l'avons observé au Chapitre 2, les taux d'intégration de l'ensemble des élèves handicapés dans les classes régulières (24,2% au primaire et 16,9% au secondaire) sont sensiblement inférieurs au taux d'intégration à l'échelle du Québec (voir tableau 2.26).

Dans le cadre des services de l'éducation des adultes, la CS de Laval offre un programme d'intégration sociale pour les adultes. Ce programme est assuré par le Centre le Tremplin et le Centre d'éducation des adultes l'Impulsion. Rappelons que les services de formation à l'intégration sociale «permettent à l'adulte qui éprouve des difficultés d'adaptation sur les plans psychique, intellectuel, social ou physique de remplir ses rôles sociaux en favorisant l'acquisition de compétences de base et l'autonomie nécessaire pour se tirer d'affaire dans des situations immédiates et concrètes. L'adulte est assuré d'un accompagnement et d'un soutien appropriés pendant le cheminement de sa formation grâce à la contribution de partenaires externes.» (<http://www.cslaval.qc.ca/impulsion/principale/sfisframeset.htm>)

Enfin, sous l'impulsion de l'OPHQ, un comité régional « Transition école-vie active » a été mis sur pied en 1999 avec pour objectif qu'aucun élève ne soit privé de services et laissé à lui-même à sa sortie de l'école secondaire. L'OPHQ travaille en partenariat avec les acteurs du milieu de l'éducation et du travail à l'élaboration d'un cadre de référence dont l'objectif est d'harmoniser les outils de coordination de services et à assurer un plan de transition pour les élèves. La Commission scolaire de Laval a récemment décidé d'insérer des dispositions relatives

---

<sup>37</sup> Ce chiffre sous-estime le nombre total d'enfants handicapés puisqu'il se réfère seulement aux enfants qui reçoivent des services spéciaux de la Commission scolaire. (OPHQ, 2001)



à la pratique du plan de transition à l'intérieur de la politique d'organisation de services aux élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage.

### **Travail et activités productives**

Comme nous l'avons vu à la section précédente, la région de Laval était caractérisée à la fin des années 1990 par un taux d'emploi supérieur et par un taux de chômage plus faible que dans l'ensemble du Québec. Cette plus grande participation au marché du travail est aussi le fait des personnes avec incapacité dont 32% environ avaient un emploi en 1998 (voir tableaux 2.11) comparativement à 28% pour l'ensemble des personnes avec incapacité au Québec.

Il existe de nombreux acteurs publics, communautaires et privés, qui interviennent sur de la thématique du travail à Laval.

Quatre centres locaux d'emploi (CLE) sont présents à Laval et sont chargés de l'application du programme « Contrat d'intégration au travail ». Selon l'OPHQ, le transfert du programme de l'Office des personnes handicapées aux centres locaux d'emploi s'est fait « de façon optimale ». De plus, selon la Régie régionale, il y aurait à Laval une forte implication des employeurs pour l'embauche de personnes ayant une incapacité ou pour favoriser les stages.

Le CRDI-NL fournit des services socioprofessionnels aux personnes avec déficience intellectuelle qui suivent un stage en entreprise ou détiennent un emploi, généralement subventionné. Environ 300 personnes ont reçu de tels services en 1999-2000.

Il existe à Laval deux services spécialisés de main-d'œuvre (SSMO) dont un, Option Travail, s'occupe du placement et du suivi pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle. En 1999-2000, il a desservi 349 personnes dont 66 avaient une déficience intellectuelle et 50 avaient plusieurs déficiences.

Les SSMO administrent aussi les contrats d'intégration au travail qui prévoient des subventions pour compenser les frais d'adaptation des postes de travail en milieu de travail régulier ainsi que le faible niveau de productivité des personnes qui occupent ces postes. Les CIT sont sous la responsabilité d'Emploi-Québec. En 1999-2000, 121 personnes résidant à Laval ont bénéficié de ce service.

Il existe un seul centre de travail adapté à Laval (CTA). Celui-ci emploie 80 personnes dont 75 % ont une déficience intellectuelle. On y retrouve aussi des personnes avec des

déficiences motrices et sensorielles de même que des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Soulignons que de nombreux projets d'économie sociale visant la préparation à l'emploi ou la création d'emplois adaptés ont vu le jour récemment. En DI et DP, il s'agit de :

- *Les entreprises Qualité de vie*, mises sur pied par la Société régionale de l'autisme et des TED (emplois adaptés et préparation à l'emploi);
- *Systèmes médicaux*, mise sur pied par Option travail (emplois adaptés dans le domaine du recyclage d'aides techniques);
- *Le Centre horticole d'intégration de Laval*, mis sur pied par un comité formé de partenaires du milieu dont trois CLSC, le Regroupement des organismes de promotion pour personnes handicapées et des individus concernés par la problématique;
- *Un emploi, j'y travaille*, mis sur pied par le CRDI-NL (préparation à l'emploi);
- *Horizon-Monde*, mise sur pied par Option travail (préparation à l'emploi).

Enfin, la Table de concertation régionale personnes handicapées et travail, active depuis 1996, s'est récemment légalement constituée en organisme à but non lucratif sous le vocable Corporation personnes handicapées et travail de Laval. Ce nouvel organisme offre un service de référence et de suivi afin de « s'assurer de la continuité du cheminement de la personne en emploi ». En mars 2003, la Corporation tentait de définir son fonctionnement et d'assurer son financement.

Plusieurs organismes communautaires offrent diverses activités de jour pour les personnes avec déficience intellectuelle. Mentionnons les organismes Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval (activités de jour de type atelier pour personnes avec déficience intellectuelle ou physique), Au Jardin de la famille de Fabreville (développement de l'employabilité pour personnes avec déficience intellectuelle ou avec un problème de santé mentale), le St-Claude Resto pop, la Fondation intégration du Québec, l'Association de Laval pour la déficience intellectuelle et le Mouvement personne d'abord de Laval.

### **Ressources résidentielles**

Pour les personnes avec une déficience intellectuelle, le CRDI-NL est responsable d'accueillir les demandes et de faire l'évaluation des besoins en ce qui concerne l'hébergement sur son territoire (que ce soit en institution, en « résidences communautaires », en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires).

C'est le CRDI-NL qui est responsable du programme socio-résidentiel et de la mise en œuvre des mesures appropriées pour les personnes avec déficience intellectuelle. En 2002, sur 200 personnes inscrites à ce programme, environ la moitié étaient hébergées en ressources de type familial, une trentaine l'étaient en résidence communautaire et une soixantaine en ressources intermédiaires. Début 2003, il existait une liste d'attente de 42 personnes. Cette situation est jugée préoccupante par la Régie régionale en raison des difficultés à recruter des ressources de type familial et intermédiaires. Ces problèmes découleraient des difficultés reliées à la mise en place du cadre de référence du MSSS sur les ressources intermédiaires ainsi que d'un sous-financement chronique. Le vieillissement de la population avec déficience intellectuelle suscite des interrogations quant aux ressources d'hébergement les mieux adaptées pour la clientèle âgée et en perte d'autonomie (Régie régionale de Laval, 2003a).

La région de Laval dispose d'une ressource institutionnelle où sont hébergés environ 70 personnes avec déficience intellectuelle. Il s'agit de la Résidence Louise-Vachon, une installation du CRDI-NL. Des études, en cours depuis 1998, visent la réorganisation des services pour ces résidents. Ces derniers ont été évalués afin de connaître leurs capacités à intégrer des ressources d'hébergement dans la communauté. L'objectif est la désinstitutionnalisation des personnes qui sont en institution uniquement à cause d'une déficience intellectuelle (Régie régionale de Laval, 2003a).

La Fondation Intégration du Québec gère des ressources intermédiaires destinées à des personnes avec déficience intellectuelle ou psychique sorties d'institution (de l'Hôpital Louis-Hypolite-Lafontaine notamment). L'organisme a pour mission de construire et d'administrer des projets d'habitation qui facilitent l'intégration sociale de ces personnes. L'organisme gère quatre résidences pour personnes adultes : la Résidence St-Elzéar (troubles de comportement), la Résidence Méisy et la Résidence Gratton (personnes d'âge moyen) et la Résidence Kénogami (personnes plus âgées). Une autre résidence, la Maison Allégria, s'adresse aux enfants et

adolescents multihandicapés. L'organisme gère aussi une résidence désignée spécifiquement pour le répit spécialisé et le dépannage des mineurs ou adultes (la Maison aux Quatre-Temps).

On doit noter enfin que le CRDI développe actuellement un projet-pilote dit de *logement à soutien gradué*. Ce projet qui implique plusieurs partenaires publics et communautaires, vise l'intégration en logement de personnes ayant une déficience intellectuelle allant de légère à moyenne, actuellement hébergées en ressources de type familial. Les premiers usagers ont été intégrés en janvier 2003 et on vise l'intégration de 70 usagers au cours des trois prochaines années. Il est important de souligner qu'il existe une crise du logement à Laval et qu'aucun logement social n'y a été construit depuis des années.

Dans sa Planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) s'est donnée pour objectif de développer 60 places en ressources résidentielles substitués au cours des trois prochaines années pour les personnes avec déficience intellectuelle et 12 places d'hébergement permanent pour celles présentant des problématiques multiples. Pour les personnes adultes autistes ou avec un autre trouble envahissant de développement, la Régie s'est donnée comme objectif de développer 10 places de ressources résidentielles adaptées non institutionnelles.

## **Transport**

La question du transport adapté est importante pour les personnes handicapées de Laval puisque près de 60% de ces personnes ont des problèmes de motricité comparativement à environ 50% dans l'ensemble du Québec (voir Tableau 2.3). De plus, parmi la population avec incapacité, près de une personne sur cinq (19%) a une limitation à quitter la demeure ou est confinée à demeure, comparativement à 12,8% de l'ensemble des Québécois et Québécoises avec incapacité.

Dans la région de Laval, le transport adapté est la responsabilité de la Société de transport de la ville de Laval (STL).<sup>38</sup> En 2000, le service était assuré par onze minibus et par taxi (35 000 voyages en taxi en 2000). Au cours de la même année, le nombre de déplacements s'est élevé à 191 745, ce qui représente une diminution de 1,9% par rapport à l'année précédente. Cette baisse de services est intervenue après une période continue d'augmentation des déplacements de 1995 à 1999, ce qui aurait contribué à créer des difficultés financières importantes pour la STL.

Rappelons que le Ministère des transports assume actuellement 75% du coût du transport adapté, le reste étant payé par les utilisateurs et les municipalités, et qu'une révision du cadre organisationnel et financier de ce service est présentement en cours. En l'an 2000, la contribution du MTQ au service adapté de la STL s'est élevée à 1,7 million \$ (MTQ, 2002).

La clientèle admise au transport adapté s'élevait à 2 910 personnes en l'an 2000, dont 718 avaient une déficience intellectuelle.

Selon l'Office des personnes handicapées (OPHQ, 2000), malgré les difficultés financières majeures mentionnées plus haut, le transport adapté fonctionne relativement bien à Laval. Les personnes handicapées peuvent d'ailleurs compter sur l'Association lavalloise des usagers du transport adapté (ALTA) pour défendre leurs droits. Rappelons que la mission de cet organisme est, en plus de défendre les droits des usagers du transport adapté, de promouvoir l'accès des personnes handicapées au transport en commun régulier. Selon l'OPHQ (2001 : 21), l'association ALTA «mène activement les dossiers de transport des personnes handicapées de Laval, ainsi que celui des déplacements dans la région métropolitaine».

Les personnes handicapées admissibles peuvent aussi avoir accès au programme de transport-hébergement de la Régie régionale lorsqu'elles doivent recevoir des soins à l'extérieur de la région. Ce sont les CLSC qui gèrent ce programme.

Il existe à Laval un Comité de concertation pour le transport des personnes handicapées, mis sur pied par l'OPHQ en 1995. Il réunit le MTQ, la STL, l'ALTA, le CRDI-NL et l'Hôpital juif de réadaptation. Il a pour mandat de se pencher sur l'organisation du transport adapté et du transport régulier pour les personnes handicapées.

### **Soutien psychosocial et soutien à la famille**

Le soutien psychosocial aux personnes handicapées de même que le soutien à la famille et aux proches sont offerts par des organismes publics, principalement les CLSC qui sont responsables d'accueillir, évaluer, informer et référer les personnes et les familles vers les ressources appropriées. Les CLSC dressent un plan d'intervention pour la personne ayant une déficience ainsi que pour la famille de celle-ci. Le volet soutien à la famille des CLSC comprend

---

<sup>38</sup> Les organismes publics de transport en commun ont l'obligation, en vertu de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées d'organiser un service de transport en commun pour les personnes handicapées sur leur territoire.

du soutien financier pour le répit, le dépannage et le gardiennage ainsi que pour l'assistance aux rôles parentaux<sup>39</sup>. Cependant, selon la Régie régionale le programme de soutien à la famille subventionné par les CLSC ne rencontre pas tous les besoins et les délais et listes d'attente sont importants, pouvant aller jusqu'à deux ans (2003a).

La situation est particulièrement difficile pour les personnes autistes ou ayant un autre TED. En effet, les services de répit spécialisés sont insuffisants, n'étant disponibles que 10 fins de semaine par année par personne et il y a pénurie de personnel compétent pour de tels services. Les CLSC ne subventionnent que 500 fins de semaine/enfant. Suite à des inquiétudes exprimées par les CLSC dans un certain nombre de dossiers, la Régie régionale a pris la décision de financer des mesures exceptionnelles de répit intensif et spécialisé. Dans sa planification triennale, la Régie régionale propose d'augmenter le soutien aux familles, d'une part, en augmentant le financement du programme soutien à la famille dans les CLSC afin d'éliminer les listes d'attente et, d'autre part, en accordant un financement additionnel aux organismes communautaires afin qu'ils aménagent 160 fins de semaines additionnelles de répit spécialisé au cours des trois prochaines années (2003a).

Les centres de réadaptation, dont le CRDI-NL pour les personnes avec déficience intellectuelle, interviennent dans le cadre de leur mission de soutien à la personne et à sa famille. Les centres de réadaptation doivent dispenser du soutien aux parents dans le cadre des activités offerts à leurs enfants.

Plusieurs organismes communautaires jouent aussi un rôle important dans le soutien psychosocial des personnes handicapées et dans le soutien apporté à leurs familles et à leurs proches. En ce qui a trait au support psychosocial pour les personnes avec déficience intellectuelle et les personnes autistes ou présentant d'autres troubles envahissant de comportement, onze organismes communautaires ou entreprises d'économie sociale<sup>40</sup> sont actifs à Laval et offrent divers services: entraide, parrainage civique, soutien à l'intégration sociale,

---

<sup>39</sup> Ce dernier volet est lié aux exigences particulières auxquelles doivent satisfaire les parents ou tuteurs pour assurer le bien-être et le développement de l'enfant ou de l'adulte dont ils ont la responsabilité (MSSS, 2000). Il peut donner lieu à une aide financière pour des activités telles l'assistance éducative pour la réalisation d'activités d'apprentissage ou d'encadrement, assistance pour affaires juridiques, aide domestique et autres.

<sup>40</sup> L'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (DI), le Mouvement personnes d'abord de Laval (DI), le Regroupement pour l'intégration dans la communauté (DI), Partage humanitaire (DI, DP), le Parrainage civique de Chomedey Laval (DI, DP, SM), le Service régional de crise de Laval (toute la population), la Fondation intégration de Laval (DI, DP, SM), Au Jardin de la famille de Fabreville (DI, SM), les Services du chat botté de Laval (autisme et TED avec ou sans DI), la Société de l'autisme et des TED de Laval (autisme et TED avec ou sans DI) et les Entreprises Qualité de vie.

accompagnement, assistance en situation de crise, acquisition d'aptitudes et de connaissances, information sur les ressources existantes. Trois organismes desservent seulement les personnes avec déficience intellectuelle alors que les autres desservent aussi des personnes avec d'autres types de déficience. Aussi, environ la moitié (5 sur 11) de ces organismes offrent à la fois du soutien psychosocial aux individus avec déficience et du soutien aux membres de la famille.

Six organismes<sup>41</sup>, dont quatre offrent aussi du soutien psychosocial aux personnes avec déficience, offrent du support aux familles et aux proches des personnes avec une déficience intellectuelle.

Le soutien à l'intégration des enfants au sein des services de garde est une préoccupation importante pour les acteurs de la région. Une Table de concertation pour l'intégration des enfants dans les services de garde à Laval a été mise en place par l'OPHQ en 1995. Elle regroupe les milieux de garde (CPE et garde en milieu scolaire), les centres de réadaptation et des associations. Elle a procédé à l'établissement d'un état de situation et réalisé un projet d'information-formation et de mise en place d'un soutien permanent aux parents et aux garderies (OPHQ, 2001, 2002). La région de Laval souffre cependant d'une importante pénurie de places en CPE. Quant aux services de garde en milieu scolaire, malgré une nette amélioration de la situation ces dernières années qui a vu le nombre de services de garde qui intègrent les enfants handicapés augmenter, ces services sont peu adaptés aux enfants handicapés ayant des besoins importants (OPHQ, 2001).

Il existe à Laval des besoins importants et grandissants de répit pour les membres de la famille. En plus du CRDI-NL, il n'existe que deux ressources de répit spécialisé à Laval : les services du Chat botté dispose d'une maison de répit en autisme et la Fondation intégration du Québec gère la Maison aux Quatre-Temps qui offre du répit spécialisé et du dépannage pour les mineurs et les adultes. Les quatre autres organismes offrent différents services plus légers de soutien aux parents, entre autres, le répit ponctuel et le dépannage, le soutien matériel et moral, l'information sur les ressources existantes.

Le répit et le dépannage constituent des priorités dans les plans successifs d'organisation des services à Laval, mais le financement demeure à ce jour insuffisant.

---

<sup>41</sup> L'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (DI), le Regroupement pour l'intégration dans la communauté (DI), les Ateliers adaptés Julie Chrétien (DI, DP), la Fondation intégration de Laval (DI, DP, SM), les Services du chat botté de Laval (autisme et TED avec ou sans DI), la Société de l'autisme et des TED de Laval (autisme et TED avec ou sans DI) et

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

Il existe chez les personnes handicapées de Laval un désir de faire davantage d'activités physiques et d'activités de loisirs, particulièrement chez les personnes qui souffrent d'une incapacité modérée et grave comme le démontre le Tableau 2.31 du chapitre précédent.

Plusieurs organismes communautaires offrent des activités sociales, culturelles et de loisirs aux personnes handicapées de Laval. À l'instar des autres régions du Québec, ces organismes sont regroupés au sein de l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées. Celle-ci a pour mission de promouvoir et de défendre le droit au loisir pour les personnes handicapées de Laval peu importe leur type de déficience et sans restriction d'âge ou de sexe. L'association vise à favoriser l'accès aux loisirs pour les personnes handicapées de la façon suivante :

- référence à des loisirs adaptés;
- adaptation des activités;
- soutien à l'intégration en loisirs réguliers;
- programme d'accompagnement en loisirs.

L'Association gère le Programme d'accompagnement en loisir du ministère des Affaires municipales dont l'objectif est de permettre aux personnes qui ont une déficience de participer à des loisirs. Un premier volet du programme accorde une aide financière à la personne avec déficience selon «les besoins d'accompagnement de la personne, l'importance de la déficience et les particularités de la région» (MSSS, 2000 : 48) Un deuxième volet finance l'accompagnement d'appoint pour lequel une aide financière est accordée à une municipalité, à une association à but non lucratif ou à un camp de vacances (MSSS, 2000).



Parmi les organismes communautaires qui œuvrent auprès des personnes handicapées de Laval, 17 offrent des activités culturelles ou de loisirs à des clientèles diverses. Huit organismes offrent de tels services aux adultes ou aux enfants avec une déficience intellectuelle et aux enfants qui souffrent d'autisme et de TED<sup>42</sup>. À noter que la très grande majorité de ces organismes desservent autant les adultes et les enfants avec déficience intellectuelle que ceux avec déficience physique. Un seul dessert, en plus, des personnes avec un problème de santé mentale.

Les organismes de loisirs offrent une gamme variée d'activités culturelles et de loisirs allant de la tenue d'une ludothèque, des ateliers de formation et de création, des activités manuelles et artistiques, de l'artisanat à la gestion de camps de jour, de camps d'été et d'hiver.

Par exemple, la Société de l'autisme et des TED de Laval offre des services aux enfants autistiques l'été : participation aux camps de jour et de séjour Le Chat botté et services d'accompagnateurs permettant la participation aux camps de jour de quartier.

Les adultes ayant une déficience intellectuelle ou physique peuvent participer au camp de jour spécialisé l'Escapade organisé par l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées et le Club des loisirs et sports pour handicapés de Laval. La Fondation intégration du Québec dispose d'un centre d'activités à Laval et d'un domaine dans les Laurentides qui est ouvert toute l'année et qui accueille les personnes indépendamment de la nature de leur déficience.

La ville de Laval a une politique d'intégration des enfants handicapés à ses camps de jour de quartier durant l'été. Elle gère aussi un camp spécialisé pour les jeunes handicapés l'été (le Campgourou).

### **Vie associative et défense de droits**

Pour des informations générales sur les organismes communautaires à Laval nous référons le lecteur à l'introduction de ce chapitre.

---

<sup>42</sup> L'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (DI), L'Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval (DI, DP) les Atelier adaptés Julie Chrétien (DI, DP), Le Club de loisirs et de sports pour handicapés de Laval (DI, DP), Partage humanitaire (DI, DP), la Fondation intégration de Laval (DI, DP, SM), le Services du chat botté de Laval (autisme et TED avec ou sans DI), la Société de l'autisme et des TED de Laval (autisme et TED avec ou sans DI)

Comme nous l'avons observé dans les pages précédentes, les organismes communautaires sont présents dans un grand nombre de champs d'intervention en déficience intellectuelle. Au chapitre de la défense des droits pour les personnes avec déficience intellectuelle, la région de Laval compte six organismes, en plus du Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval dont la mission est de regrouper les organismes de personnes avec un handicap intellectuel et physique, de promouvoir et de défendre leurs droits.

L'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) a pour mission de promouvoir les droits et les intérêts des personnes déficientes intellectuelles afin de leur permettre de vivre de la façon la plus normale possible en suscitant le développement de conditions favorisant l'intégration et l'adaptation sociale. Dans le domaine des droits, ses principales activités sont le parrainage civique et le soutien à l'intégration. Elle est soutenue financièrement par Centraide et par la Régie régionale à travers le programme de soutien aux organismes communautaires.

La Société de l'autisme et des TED de Laval regroupe les familles de personnes atteintes d'autisme et autres troubles envahissants du développement. Une partie importante de sa mission est de promouvoir les droits et les intérêts des personnes atteintes et informer ces personnes et leurs familles de leurs droits. Outre la promotion des droits, cet organisme déploie son action autour de plusieurs autres thématiques : le soutien psychosocial, le soutien à la famille, les services éducatifs, la réadaptation ainsi que l'organisation d'activités de loisirs. Elle est financée principalement par la Régie régionale (programme SOC).

L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de Laval défend les droits au loisir des personnes handicapées auprès des instances publiques et privées, peu importe le type de déficience. Elle est financée principalement par le Secrétariat aux loisirs et aux sports.

La Fondation intégration du Québec a aussi pour mission de promouvoir le respect et les droits des personnes handicapées, quelle que soit la nature du handicap. En plus de promouvoir et de développer des loisirs adaptés, l'organisme agit aussi à titre de ressource intermédiaire auprès des jeunes et des personnes adultes présentant des déficits cognitifs, des problèmes de santé mentale, des incapacités physiques ou sensorielles.

L'Association lavalloise des usagers du transport adapté (ALTA) a pour mission non seulement de défendre le droit au transport adapté mais aussi de promouvoir l'accès au transport

régulier pour les personnes handicapées. Son financement provient de la Régie régionale (SOC) de l'OPHQ (SOP) et du SACA.

Le Mouvement personnes d'abord de Laval a pour mission de promouvoir l'égalité et défendre les droits de toutes les personnes qui ont une déficience intellectuelle. Son financement provient principalement de la Régie régionale dans le cadre du programme SOC.

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

### **INTRODUCTION**

Historiquement l'organisation des services en déficience physique dans la région de Laval a été influencée par le fait que Laval soit enclavée entre Montréal et les régions des Laurentides et de Lanaudière. Non seulement les Lavallois ont-ils recours aux ressources de ces régions, surtout celles de Montréal, mais un nombre important de personnes provenant de ces mêmes régions ont elles-mêmes recours aux services situés dans la région de Laval.

Afin d'illustrer la dépendance des Lavallois envers des services situés hors de la région, en 1997-1998, les Lavallois ont consommé pour 257 millions \$ des services de santé physique. De ce montant 153 millions \$ ou 60% ont été rendus à l'extérieur du territoire de Laval. Simultanément, sur les 155 millions \$ de services de santé physique fournis dans la région de Laval, 51 millions \$ ou 33% ont été consommés par des personnes provenant de l'extérieur de la région lavalloise.

Si, au plan de l'efficacité, des services ultra spécialisés ou spécialisés ont avantage à être organisés sur une base supra régionale, il est souhaitable que les services de base soient disponibles dans chaque région du Québec.

L'enjeu pour la région de Laval en déficience physique est donc d'améliorer la couverture des services de base sur son territoire, particulièrement en pédiatrie, et de conclure des ententes avec des ressources des régions périphériques pour certains soins spécialisés. Dans le domaine de la déficience physique, la région de Laval se situait au 10<sup>e</sup> rang en terme de richesse en avril 2000 (Régie régionale de Laval, 2002a).

## **Prévention et dépistage**

Nous référons le lecteur à la rubrique Prévention et dépistage de la section sur l'organisation des services en déficience intellectuelle où nous avons traité la question de la prévention pour l'ensemble des personnes handicapées.

## **Diagnostic et traitement**

Le service de réadaptation de la Cité de la santé de Laval collabore à diagnostiquer les déficiences motrices ou de la parole et du langage chez les personnes qui se présentent à l'urgence ou qui sont hospitalisées. Ces dernières sont orientées vers l'Hôpital juif de réadaptation pour la réadaptation intensive à l'interne ou à l'externe. Pour la clientèle ambulatoire de tous âges, la Clinique externe d'ophtalmologie et le Service d'audiologie de la Cité de la santé procèdent au diagnostic et au début du traitement. Les cliniques privées et l'Hôpital juif de réadaptation offrent certains services diagnostiques. Des services diagnostiques sont aussi offerts par les hôpitaux montréalais fréquentés par les Lavallois.

La Clinique de développement de la petite enfance du CHARL offre un diagnostic différentiel des troubles neuro-développementaux pour les enfants de la naissance à cinq ans et réfèrent ces derniers à des ressources appropriées. Elle offre aussi des services de diagnostic pour les enfants dysphasiques et ceux ayant des troubles moteurs légers. Si certains diagnostics précoces peuvent être effectués à Laval, l'offre de services reste à compléter<sup>43</sup>.

Les enfants qui ont une déficience motrice importante sont référés aux hôpitaux et aux centres de réadaptation pédiatrique de la région de Montréal. En ce qui concerne les déficiences auditives, l'Institut Raymond-Dewar offre, en son point de service à l'Hôpital juif de réadaptation, des services d'évaluation à la clientèle adulte de Laval.

Les incapacités auditives et les limitations fonctionnelles de la communication et de l'écoute sont évaluées à la Cité de la santé de Laval, une fois le diagnostic audiolinguistique effectué. Les moyens de compensation auditive appropriés sont alors recommandés et évalués. Les personnes ayant besoin de services particuliers tels l'enseignement de la langue des signes, la lecture labiale ou de stratégies de communication, l'orthophonie ou un soutien psychosocial sont référées à l'Institut Raymond-Dewar à Montréal.

---

<sup>43</sup> En septembre 2000, quatre-vingt enfants étaient en attente de services. (Office des personnes handicapées du Québec, 2001 : 5)

## **Adaptation et réadaptation**

L'Hôpital juif de réadaptation de Laval est un centre hospitalier de courte durée spécialisé en réadaptation des personnes atteintes d'une déficience physique. Depuis 1996, l'Hôpital détient de la Régie régionale le mandat de Centre régional de réadaptation pour la déficience physique<sup>44</sup>. L'Hôpital dispose de 120 lits dont la majorité sont dédiés à la réadaptation fonctionnelle intensive pour les adultes et les personnes âgées.

En 2001, l'Hôpital disposait de 48 lits en neurologie, 60 en atteintes musculo-squelettique et 12 en traumatismes crânio-cérébraux. Les services ambulatoires incluent la réadaptation fonctionnelle intensive en neurologie, orthopédie, amputation, rhumatologie de même que l'évaluation, le développement et l'intégration professionnelle. Des services de soutien à l'intégration, tels l'évaluation des capacités de travail, l'évaluation de la conduite automobile et l'adaptation des véhicules, sont également offerts avec des délais d'attente de quatre mois<sup>45</sup>.

Les services d'adaptation et de réadaptation en déficience physique se déploient en trois volets selon l'âge des personnes<sup>46</sup>.

### *Volet 0-17 ans*

Pour ce volet, la planification du réseau de services intégrés est en cours de réalisation.

Les services en déficience motrice, visuelle et auditive pour les enfants et les jeunes sont accessibles dans les centres de réadaptation physique en dehors de la région de Laval, tels l'Institut Nazareth et Louis-Braille et le Centre de réadaptation Marie-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine. Ces CRDP offrent aussi certains services de soutien dans les différents milieux de vie des jeunes (domicile, garderie, école). En déficience motrice, une entente est en voie de réalisation avec le Centre de réadaptation Marie-Enfant pour l'implantation d'un point de service en déficience motrice à l'Hôpital juif de réadaptation.

---

<sup>44</sup> Le statut légal de l'Hôpital juif de réadaptation demeure cependant celui d'un centre hospitalier (Régie régionale, 2003a)

<sup>45</sup> Dans ce programme, l'HJR dessert aussi une clientèle avec déficit cognitif.

<sup>46</sup> La description de ces trois volets ainsi que l'énumération des objectifs et moyens d'actions régionaux en déficience physique de la Régie régionale sont tirées de la Planification stratégique triennale de la Régie régionale de Laval (2003a).

En traumatologie, les services de réadaptation sont accessibles dans les centres tertiaires de Montréal et au CR Marie-Enfant.

Un programme en déficience du langage et de la parole a récemment été implanté à l'HJR. S'il répond à la demande actuelle, il est déjà à la limite de ses capacités et, à mesure que les médecins et autres professionnels prennent connaissance de ce programme, le nombre de demandes augmente.

En milieu scolaire francophone et anglophone, l'HJR dispense des services d'orthophonie de faible intensité dans le cadre des ententes de complémentarité MSSS-MEQ.

#### *Volet adultes*

Bien que la majorité des 120 lits de l'HJR soient dédiés à la réadaptation fonctionnelle intensive des adultes et des personnes âgées, une étude récente conclut à un manque de lits de courte durée.

Quant aux services externes de réadaptation, ils sont offerts dans la région. Cependant, le manque de ressources financières est responsable d'une accessibilité réduite, 400 personnes étant en attente en 2003.

En déficience visuelle et auditive, les services sont donnés régionalement par l'Institut Nazareth et Louis-Braille et par l'Institut Raymond-Dewar en leurs points de services à l'HJR ainsi que dans les milieux de vie des usagers. Depuis l'installation de l'Association montréalaise pour les aveugles à l'HJR, la clientèle lavalloise anglophone est maintenant desservie dans la région.

Pour les adultes ayant subi un traumatisme crânien cérébral, l'HJR a été désigné par le MSSS comme centre spécialisé en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation axée sur l'intégration sociale. En plus de la clientèle de Laval, il dessert à l'interne celle des Laurentides et de Lanaudière. Des démarches sont présentement en cours afin d'actualiser le consortium TCC adultes pour l'Ouest du Québec. Les blessés médullaires sont desservis à l'interne par le Centre d'expertise de l'Ouest du Québec alors que les services externes de réadaptation sont assurés par l'HJR pour la clientèle de Laval.

### *Volet 65 ans et plus*

Les personnes âgées avec déficience physique reçoivent les services spécialisés de réadaptation internes et externes à l'HJR dont elles constituent près des trois-quarts de la clientèle. À l'interne on assiste à une augmentation de la lourdeur de cette clientèle à cause, entre autres, de son vieillissement. Une majorité de personnes sur la liste d'attente pour des services externes sont âgées de 65 ans ou plus. Il est à noter que près de la moitié de la clientèle interne de l'Hôpital juif de réadaptation est une clientèle confessionnelle qui provient de l'extérieur de la région.

En déficience visuelle, les services sont données par les points de services à l'HJR de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (432 usagers) et de l'Association montréalaise pour les aveugles (190 usagers). Le délai d'attente est de 3 mois pour le premier service et de plus de 12 mois pour le programme de communication de l'Institut Nazareth et Louis-Braille.

En déficience auditive, l'Institut Dewar donne les services (101 usagers). Quant aux services en déficience du langage et de la parole (aphasie, par exemple), ils sont limités faute de ressources

La mise sur pied d'une banque régionale des aides techniques est considérée comme un atout pour la région.

À partir de cette état de situation et afin de résoudre les problèmes identifiés, dans le cadre de sa planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) s'est donnée les objectifs et moyens d'action régionaux suivants :

- compléter le réseau de services intégrés en déficience physique;
- augmenter de 5% par année la clientèle lavalloise dans les services internes de l'HJR;
- accroître les soins infirmiers et les services professionnels selon l'augmentation de la lourdeur de la clientèle et de la répartition des lits dans les différents programmes;
- compléter les continuums de services en traumatologie;
- organiser une desserte régionale pour les services pédiatriques en déficience motrice, visuelle et auditive;
- accroître les services spécialisés en milieu scolaire;

- ramener à moins de un mois le délai d'attente pour les services externes en déficience motrice et à moins de trois mois pour l'évaluation de la conduite automobile (incluant l'adaptation des véhicules) et des capacités de travail;
- renforcer les services aux personnes âgées en déficience sensorielle pour le développement des capacités compensatoires et le maintien de la participation sociale;
- améliorer les services pédiatriques en déficience du langage et de la parole;
- améliorer l'accessibilité aux aides techniques;
- créer vingt nouvelles places en ressources résidentielles substitués.

### **Services éducatifs**

Nous référons le lecteur à la rubrique Services éducatifs de la section sur la déficience intellectuelle où nous avons traité des services pour l'ensemble des clientèles avec déficience.

### **Travail et activités productives**

En plus des services offerts à la fois aux personnes avec déficience intellectuelle et physique décrits à la section précédente sur la déficience intellectuelle, un certain nombre de services concernent spécifiquement les personnes avec déficience physique.

L'HJR, dans son programme d'évaluation et de développement de l'intégration professionnelle, offre des services d'évaluation de l'employabilité et de soutien à l'intégration professionnelle pour les personnes avec déficience physique.

Le service spécialisé de main-d'œuvre *Option Travail* offre du placement et du suivi pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle. Cet organisme a desservi, en 1999-2000, 283 personnes avec déficience physique, dont 165 avaient une déficience motrice, 68 une déficience sensorielle et 50 plus d'une déficience (Office des personnes handicapées du Québec, 2001 : 17-18).

Comme mentionné précédemment, plusieurs organismes communautaires et entreprises d'économie sociale offrent divers services dans le domaine du travail tant aux personnes avec déficience intellectuelle qu'à celles avec déficience physique.



## Ressources résidentielles

Selon la Régie régionale, les ressources résidentielles substitués, adaptées et intégrées dans la communauté, demeurent trop peu développées dans la région de Laval. Une vingtaine de personnes seraient en attente de places et plusieurs sont hébergés, par défaut, en milieu institutionnel non approprié.

En 2001, environ 150 adultes avec déficience physique étaient hébergés en CHSLD à Laval, ce qui représentait environ 10% de la clientèle des CHSLD (OPHQ, 2001).

Le CRDI-NL a le mandat de développer et de gérer des ressources de type familial et les ressources intermédiaires pour les personnes avec déficience intellectuelle ou physique. Une dizaine de personnes avec déficience physique sont hébergées en ressources intermédiaires. Le suivi psychosocial des personnes avec déficience physique est assurée par l'Hôpital juif de réadaptation.

Il existe à Laval une quarantaine de logements publics (HLM) adaptés pour des personnes avec incapacités motrices. Selon l'OPHQ, si certains immeubles à logement dit «ordinaire» sont assez accessibles à Laval, aucun recensement n'a été effectué et les personnes avec déficience motrice doivent quitter Laval si elles veulent occuper un logement adapté. (OPHQ, 2001)

On retrouve aussi à Laval quelques logements sociaux adaptés gérés par des OBNL. De plus, la Fondation intégration du Québec gère une résidence pour adultes avec déficience physique, la Résidence Laval-Ouest. Aussi, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau gère, à Laval, une trentaine de logements adaptés pour les personnes avec une déficience motrice de même que le Programme de supplément au loyer pour ces personnes (OPHQ, 2001 : 26).

Dans sa planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) s'est fixé comme objectif de créer 20 nouvelles places en ressources résidentielles substitués au cours des trois prochaines années.

Le Programme d'adaptation du domicile vise à aider la personne handicapée à payer le coût des travaux nécessaires pour rendre accessible et adapter le logement qu'elle habite. Le programme est financé par la Société d'habitation du Québec. Les quatre CLSC de la région sont responsables d'évaluer les demandes, de les compléter et de les acheminer à la SHQ. Les budgets de ce programme sont insuffisants et les délais d'attentes pour l'adaptation du domicile sont

extrêmement longs, soit neuf ans à partir du dépôt de la demande par le propriétaire du logement.<sup>47</sup>

## **Transport**

Pour des information générales, nous référons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section sur la déficience intellectuelle.

En l'an 2000, le service de transport adapté de Laval desservait 2 048 personnes avec déficience physique, réparties comme suit : 1 055 personnes avec une déficience motrice ou organique en fauteuil roulant, 857 avec une déficience motrice ou organique ambulatoire et 136 avec une déficience visuelle.

## **Soutien psychosocial et à la famille**

Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente sur l'organisation des services en déficience intellectuelle, le soutien psychosocial aux personnes handicapées de même que le soutien à leur famille et leurs proches sont offerts par des organismes publics, tels les CLSC et les centres de réadaptation, ainsi que par de nombreux organismes communautaires. Les CLSC sont responsables d'accueillir, évaluer, informer et référer les personnes et les familles vers les ressources appropriées. Ils dressent un plan d'intervention pour la personne ayant une déficience ainsi que pour la famille de celle-ci. Le volet soutien à la famille des CLSC comprend du soutien financier pour le répit, le dépannage et le gardiennage ainsi que pour l'assistance aux rôles parentaux. Les centres de réadaptation doivent dispenser du soutien aux parents dans le cadre des activités offerts à leurs enfants. L'HJR intervient dans le cadre des plans de services individualisé afin d'offrir un soutien ponctuel aux personnes hébergées dans des ressources intermédiaires et de type familial.

Les organismes communautaires jouent un rôle clé dans le domaine du soutien psychosocial pour les personnes vivant avec un handicap physique et pour leur famille. Ils offrent divers services et activités dont l'entraide, le parrainage civique, le soutien à l'intégration sociale, l'accompagnement, l'acquisition d'aptitudes et de connaissances, des activités sportives et de loisirs, de l'information sur les ressources existantes, le répit, le gardiennage et le dépannage.

---

<sup>47</sup> Pas moins de 3200 demandes étaient en attente en juillet 2003. Avec un budget annuel de 4,2 millions de \$, le

Quinze organismes communautaires<sup>48</sup> offrent une forme ou une autre de soutien psychosocial aux personnes avec déficience physique qui résident à Laval. Dans ce domaine de la déficience physique, on assiste à une certaine spécialisation des organismes en fonction du type de déficience. Ainsi, non seulement la majorité de ces associations (9 sur 14) ne dessert-elle que les personnes qui ont une déficience physique, mais chacune ne dessert que des personnes qui ont une déficience physique particulière (surdité, aphasie, fibromyalgie, problèmes auditifs, etc.).

Cinq associations, en plus de desservir les personnes avec une déficience physique, offrent des services et des activités aux personnes avec d'autres types de déficience. Soulignons aussi que huit organismes n'offrent que du soutien psychosocial aux personnes avec déficience alors que six offrent aussi des services de soutien aux familles, dont des services de répit et de dépannage. Ces dernières sont identifiées par un astérisque à la note 48.

Deux autres organismes offrent du soutien aux familles de personnes avec une déficience physique seulement<sup>49</sup> alors qu'un troisième offre un soutien aux familles de personnes avec une déficience physique et à celles avec une déficience intellectuelle<sup>50</sup>.

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

Pour des information générales, nous référons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section précédente sur la déficience intellectuelle.

En plus des organismes et associations qui desservent à la fois les personnes avec une déficience intellectuelle et celles avec une déficience physique (identifiés à la section sur la déficience intellectuelle) sept autres organismes offrent des activités de loisirs adaptés aux personnes avec déficience physique.<sup>51</sup> Il est à noter que chacune de ces associations ne dessert

---

programme d'adaptation du logement de la SHQ ne peut répondre qu'à environ 300 demandes par année.

<sup>48</sup> L'association de la fibromyalgie de Laval\* (DP), l'Association des personnes aphasiques de Laval (DP), l'Association sclérose en plaques de Laval (DP), l'Association des personnes vivant avec une surdité de Laval (DP), l'Association du Québec pour enfants avec problème auditif\* (DP), l'Association québécoise des traumatisés cr niens\* (DP), le Regroupement des aveugles et des amblyopes du Montréal métropolitain (DP), le Regroupement des parents d'enfants souffrant de la maladie falciforme\* (DP), la Société d'Alzheimer de Laval\* (DP), le Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain (DP), Partage humanitaire (DP, DI), le Parrainage civique de Chomedey Laval (DP, DI, SM), la Fondation intégration de Laval\* (DP, DI, SM), le Service régional de crise de Laval (toute la population) et l'Association québécoise des personnes de petite taille (DP).

<sup>49</sup> L'Association dysphasie + et l'Association québécoise de troubles d'apprentissage – section de Laval.

<sup>50</sup> Les Ateliers adaptés Julie Chrétien.

<sup>51</sup> L'Association de la fibromyalgie de Laval, l'Association sclérose en plaques de Laval, l'Association des personnes aphasiques de Laval, l'Association dysphasie +, l'Association québécoise des traumatisés crâniens, le Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain, le Conseil des handicapés visuels de Laval.

que les personnes atteintes d'une déficience particulière et que deux de ces associations, le Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain et l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs, sont situés à Montréal mais desservent la grande région métropolitaine.

Soulignons aussi que la Ville de Laval a doté deux de ses bibliothèques (la Bibliothèque multiculturelle et la Bibliothèque Germaine-Guèvremont) de postes de télévisionneuse pour les personnes ayant une capacité visuelle résiduelle.

### **Vie associative et défense de droits**

Pour un aperçu global de la présence des organismes communautaires à Laval, nous référons le lecteur à l'introduction de ce chapitre.

Nous avons vu dans les pages précédentes qu'en déficience physique les organismes communautaires ont tendance à se spécialiser selon un type particulier de déficience. Dans le domaine de la promotion et de la défense des droits, en plus du Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval et des trois associations qui défendent les droits des personnes indépendamment de la nature de leur déficience<sup>52</sup>, pas moins de huit (8) organismes ont pour mission, entre autres, de promouvoir et de défendre les droits des Lavallois ayant une déficience physique particulière. Neuf sont situés sur le territoire de Laval et deux sur l'île de Montréal. Il s'agit de :

- a. L'Association dysphasie +
- b. L'Association des personnes aphasiques de Laval
- c. L'Association des personnes vivant avec une surdité de Laval
- d. L'Association québécoise des traumatisés crâniens
- e. Le Regroupement des parents d'enfants souffrant de maladie falciforme
- f. L'Association de la fibromyalgie de Laval
- g. Le Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal métropolitain
- h. L'Association québécoise des gens de petite taille

La très grande majorité de ces organismes est financée par la Régie régionale et le SACA et une minorité par Centraide.

---

<sup>52</sup> L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de Laval, la Fondation intégration du Québec et l'Association lavalloise des usagers du transport adapté.

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

### **INTRODUCTION**

La région de Laval souffre d'une pénurie importante de services pour les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par rapport à la moyenne provinciale, le manque à gagner en santé mentale s'élève à 22 millions \$ en 2002-2003, ce qui place la région au 16<sup>e</sup> rang en terme de richesse relative pour ce secteur (Régie régionale, 2003a).

Dans la région de Laval, la mise en réseau de l'ensemble des services pour cette clientèle n'est pas encore complétée. Selon la Régie régionale, un travail d'intégration en réseau s'est effectué pour certains services pour les personnes présentant des troubles mentaux graves par l'entremise de la Programmation régionale des services ambulatoires (PRSA) et des propositions sont à l'étude quant à la façon de poursuivre cette mise en réseau (2003a).

Dans le cadre de sa planification stratégique triennale, la Régie régionale s'est donné pour objectif de se doter, d'ici 2004-2005, d'un plan d'action régional pour la mise en place de services intégrés en santé mentale et de désigner une ou des entités responsables de la mise en place de réseaux locaux (2003a). La priorité sera donné à la mise en place de réseaux s'adressant aux personnes présentant des troubles mentaux graves.

La Régie régionale rappelle que si l'appropriation du pouvoir constitue un principe de base du plan de transformation des services en santé mentale et que ce principe doit se traduire dans des changements au niveau des pratiques, force est de constater que «peu d'initiatives ou de projets spécifiques ont ciblé directement ce principe à ce jour» (2003a).

La révision du plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale, qui date de 1997, doit être effectuée en 2003-2004, ce qui permettra de préciser les priorités régionales.

### **Prévention, diagnostic et traitement**

Pour les informations générales sur la prévention, nous renvoyons le lecteur à la rubrique correspondante de la section sur l'offre de services en déficience intellectuelle.

La région de Laval souffre d'une pénurie de ressources et de services de diagnostic et de traitement dans le domaine de la santé mentale et doit recourir à des ressources situées à l'extérieur de la région, principalement à Montréal.

Les équipes de santé mentale des CLSC ont conclu des ententes avec les départements de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ainsi, pour les adultes présentant des troubles de santé mentale, le territoire de Laval est divisé en un secteur Est desservi par l'Hôpital cité de la santé de Laval et un secteur Ouest desservi par le Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le Pavillon Albert Prévost a aussi le mandat de desservir les enfants de l'ensemble du territoire lavallois. Aussi a-t-il ouvert des points de services sur le territoire de Laval.

Le centre de jour du Pavillon Albert-Prévost pour les 2-6 ans, situé à Montréal, reçoit les enfants de Laval trois demi-journées par semaine<sup>53</sup>. Le centre de jour peut recevoir en traitement une quarantaine d'enfants qui sont référés par les équipes de consultation externe du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

Les personnes présentant des troubles de santé mentale consultent aussi des omnipraticiens en clinique privée. Des collaborations ponctuelles entre ces derniers et les médecins spécialistes se font sur la base des évaluations des spécialistes et de consultations pour le suivi des patients (Régie régionale de Laval, 2003a).

Dans sa planification triennale, la Régie régionale de Laval (2003a) s'est donné pour objectif de systématiser et intensifier les interventions en milieu hospitalier de façon à diminuer la durée d'hospitalisation et d'améliorer la continuité des services avec les autres établissements et organismes.

---

<sup>53</sup> Le territoire desservi recouvre les secteurs réunis de huit CLSC: Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, Pierrefonds et St-Laurent à Montréal et Marigot, Mille-Iles, Ste-Rose et Ruisseau-Papineau à Laval.

### *Soutien intensif*

En santé mentale, le soutien ou suivi intensif s'adresse aux personnes qui, à cause de troubles graves de santé mentale<sup>54</sup>, ont besoin d'un soutien dans l'ensemble des dimensions de leur vie.

Dans le cadre des travaux de la programmation régionale des services ambulatoires, les partenaires offrant des services en santé mentale ont collaboré à la programmation de services de soutien intensif et de suivi dans la communauté. Cette programmation a permis d'identifier la nature, l'intensité et le volume de services nécessaires pour répondre aux besoins de la population lavalloise. Un projet de démonstration reposant sur cette programmation et devant durer 18 mois a été initié en février 2003. L'équipe de soutien intensif relève du CHARL alors que l'équipe de soutien dans la communauté est sous la responsabilité d'un organisme communautaire, le Centre d'implication libre de Laval. Malheureusement, selon la Régie régionale (2003a), les ressources allouées pour mener à bien ce projet ne permettraient pas de respecter l'intensité des services planifiés ni de desservir l'ensemble des personnes nécessitant des services.

### *Suivi non intensif*

Le suivi non intensif dans la communauté vise l'intégration dans la communauté de personnes qui souffrent de troubles mentaux plus légers. Il s'agit d'un suivi assuré par des individus et non une équipe. Il comprend diverses interventions dans le milieu tels le soutien au logement, l'accompagnement, la préparation au marché du travail, l'intégration en emploi, la préparation et le suivi du budget, etc. Les services de soutien non intensifs sont offerts par les CLSC et divers organismes communautaires.

La Régie régionale (2003a) considère que ces services ne répondent pas à l'ensemble des besoins de la clientèle.

---

<sup>54</sup> «La Politique de santé mentale qualifie de graves les troubles mentaux associés à la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfèrent de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base. Habituellement ces troubles sont persistants» (MSSS, 1998 : 17).

### *Soutien en situation de crise*

Afin d'assurer à la population de Laval l'accessibilité à des services qui répondent à des situations de crises pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les personnes suicidaires, un service régional de crise a été mis sur pied.

Il s'agit du Service régional de crise l'Îlot, une corporation sans but lucratif qui offre une aide immédiate aux adultes de la région qui vivent une situation de crise, mais sur référence seulement. Mis sur pied par un consortium de huit partenaires composés des quatre CLSC et de quatre organismes communautaire, l'Îlot offre trois types de services : un service téléphonique fonctionnant 24 heures par jour, sept jours par semaine, une intervention dans le milieu de vie de la personne et de l'hébergement temporaire (sept places d'hébergement de dépannage). Le Service s'appuie sur une équipe d'intervention de huit personnes provenant des CLSC et des organismes communautaires. L'organisme intervient en complémentarité avec les autres ressources du milieu et est accessible via les organismes communautaires, les hôpitaux, les CLSC et la division urgence sociale de la Ville de Laval. Le Service régional de crise «s'inscrit dans une chaîne régionale des services d'urgence et de crise offerts par les services psychosociaux en CLSC, les organismes communautaires, la ligne Info-Santé et les deux centres hospitaliers desservant la clientèle nécessitant des soins psychiatriques» (Régie régionale, 2003a).

### *Prévention du suicide*

La région de Laval s'est doté en 1999 d'un plan d'action pour contrer le suicide<sup>55</sup>. Ce plan s'inscrivait à l'intérieur d'une vaste démarche dont la pierre angulaire était la Stratégie québécoise d'action face au suicide lancée par le MSSS en 1998. Le plan d'action a permis de consolider les services existants et de développer de nouveaux services pour les personnes qui vivent une crise psychosociale.

Les personnes suicidaires peuvent s'adresser aux différents partenaires impliqués dans la chaîne régionale d'urgence et de crise comprenant les CLSC, les centres hospitaliers, les cliniques privées et les organismes communautaires.

---

<sup>55</sup> Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002



La population lavalloise peut recourir aux services de prévention et d'intervention de Suicide-Action Montréal, un organisme communautaire situé à Montréal offrant un service téléphonique 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Suicide-Action Montréal a ouvert un bureau à Laval afin d'offrir des services aux jeunes âgés de 14 à 18 ans qui sont à risque. Soulignons que cet organisme a aussi développé des activités de prévention en milieu scolaire (Régie régionale de Laval, 2002a).

À compter d'avril 2004, il est prévu que le Service régional de crise l'Îlot prendra la relève de Suicide-Action Montréal.

Pour les hommes en difficulté, l'organisme MASC offre un service téléphonique accessible, personnel et confidentiel pour les hommes aux prises avec des idées suicidaires. Des services de consultation, sur rendez-vous, sont aussi offerts par cet organisme.

Dans le cadre de la planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) soulève des problèmes de communication et de liaison entre les partenaires qui interviennent dans le suivi des personnes suicidaires. Elle s'est fixé pour objectif la mise en place, dans le cadre du réseau de services intégrés de santé mentale, d'un protocole d'entente pour assurer la liaison entre tous les partenaires.

La planification stratégique triennale identifie deux types de clientèle pour lesquels l'organisation des services sont insuffisamment structurés : les jeunes et les personnes présentant des troubles graves de la personnalité.

#### *Services aux jeunes*

Les partenaires impliqués dans les travaux du réseau de services intégrés pour les jeunes de 0 à 17 ans ont ciblé comme «secteur prioritaire» les problèmes de santé mentale. Le document sur la Planification régionale triennale (2003a) définit ainsi la problématique :

*Plusieurs intervenants répondent aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale mais ils sont en nombre insuffisant et ils déplorent des problèmes de réseautage. Les médecins omnipraticiens, les intervenants des établissements et des organismes communautaires n'ont pas le support qu'ils souhaitent de la part des spécialistes et les spécialistes doivent parfois répondre à des besoins relevant des services de première ligne.*

Comme nous l'avons vu plus haut, l'organisation des services en santé mentale prévoit que les jeunes de Laval, ainsi que les adultes habitant l'ouest de Laval, consultent les services de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Or, dans le cadre de sa propre planification stratégique, la Régie régionale de Montréal-Centre remet en question la sectorialisation des services de psychiatrie. Selon la Régie régionale de Laval (2003a), les orientations prises dans ce dossier auront un impact sur l'accessibilité aux services pour les adultes du secteur Ouest ainsi que pour l'ensemble des enfants qui, selon la pratique actuelle, reçoit ses services de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

#### *Les personnes présentant des troubles graves de personnalité*

Les services pour ces personnes sont insuffisamment structurés, souvent dédoublés et sont caractérisés par un clivage entre les différents intervenants. Plusieurs types d'établissements et d'organismes offrent des soins ambulatoires à ces personnes sans qu'il y ait une véritable concertation entre eux. De plus, ces soins et services sont parfois contre-productifs dans le sens où ils engendrent des complications pour le patient<sup>56</sup>.

Afin de remédier à la situation, la Régie régionale (2003a) propose dans sa planification triennale de «mettre en place une approche clinique de type ambulatoire qui réponde mieux aux besoins de la clientèle ayant des troubles graves de la personnalité et qui soit partagée par l'ensemble des partenaires afin d'assurer une cohérence dans l'intervention ».

---

<sup>56</sup> On désigne ce type d'effet de iatrogène ou iatrogénique.

### **Adaptation et réadaptation**

À Laval, les services de réadaptation ont été développés pour la population du secteur Est, desservie par la Cité de la santé de Laval et le Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval. La Régie régionale propose, à l'intérieur de sa planification stratégique triennale, d'implanter, dès 2003-2004, un service spécialisé de réadaptation qui desservira la population du secteur Ouest qui est aux prises avec des troubles mentaux graves. Ces services doivent compléter les traitements offerts par les services de jour de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ces activités de réadaptation impliquent les intervenants du CHARL, de trois CLSC de Laval et des organismes communautaires.

L'objectif poursuivi par la Régie régionale (2003a) se lit comme suit :

*Implanter le service spécialisé de réadaptation en santé mentale afin d'augmenter l'intensité des services ambulatoires et ainsi permettre de diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier ainsi que les visites aux urgences et les réhospitalisations. Ce nouveau service rejoindra 150 personnes.*

Les services de réadaptation sociale sont offerts par des organismes communautaires du territoire : le Centre d'implication libre de Laval en réadaptation, le groupe d'entraide en santé mentale CAFGRAF et l'Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval. Ces organismes desservent environ 500 personnes et avaient, en 2001, des listes d'attente pour certains services. La Régie régionale reconnaît qu'il existe de nombreux besoins de suivi dans la communauté qui ne sont pas comblés (OPHQ, 2001).

Comme il a été mentionné dans la section sur la déficience intellectuelle, il existe des ententes entre le Centre de réadaptation Normand-Laramée, les centres hospitaliers de la région de Laval et les CLSC afin de mieux desservir les enfants ayant à la fois une déficience intellectuelle et des troubles de santé mentale.

### **Services éducatifs**

Nous référons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section sur la déficience intellectuelle où les services pour l'ensemble des clientèles ont été abordés.

## **Travail et activités productives**

Dans son exercice de planification stratégique triennale, la Régie régionale de Laval (2003a) reconnaît que les partenaires du secteur de la santé mentale ont consacré du temps et de l'énergie au développement des services d'intégration socioprofessionnels au cours des dernières années. En effet, ces partenaires se sont mobilisés autour de la Corporation régionale de santé mentale et travail de Laval afin d'établir un parcours type de cheminement vers l'emploi et ont dressé un portrait des services existants ainsi que des besoins non comblés. La Régie considère toutefois qu'il est nécessaire de consolider plusieurs types de services. La planification stratégique triennale propose, d'ici 2004-2005, de «rehausser les services d'intégration sociale et de développement des habiletés de base orientés vers un retour au travail» et «d'augmenter les services de support et d'accompagnement aux personnes en emploi qui souffrent de troubles mentaux».

Nous présentons dans les lignes qui suivent les principaux acteurs communautaires dans le domaine de l'emploi et de l'intégration socioprofessionnelle.

### *Un services spécialisé de main-d'œuvre (SSMO)*

Le service spécialisé de main-d'œuvre (SSMO) l'Arrimage offre aux personnes ayant un problème de santé mentale des services de placement et de suivi. Selon l'OPHQ (2001), cet organisme aurait desservi, en 1999-2000, 139 personnes et effectué 49 placements en emploi.

### *Un centre de travail adapté (CTA)*

Si, comme nous l'avons vu précédemment, la grande majorité des 80 salarié-es du seul centre de travail adapté de Laval ont une déficience intellectuelle, on y retrouve aussi des personnes avec des problèmes de santé mentale.

### *Des projets d'économie sociale*

Quelques projets d'économie sociale visant la préparation à l'emploi ou la création d'emplois adaptés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont vu le jour récemment. Les Ateliers d'arts, mis sur pied par la Corporation régionale santé mentale et travail de Laval, vise la préparation à l'emploi. La même corporation a mis sur pied Les Ateliers de la marguerite afin de créer des emplois permanents adaptés s'adressant à des personnes en grandes difficultés sur le plan de l'intégration en emploi, et vivant avec une problématique de santé mentale.

### *Des organismes communautaires*

Six organismes communautaires offrent des services dans le domaine du travail aux personnes ayant des problèmes de santé mentale à Laval. En plus de la Corporation personnes handicapées et travail de Laval et l'organisme Au jardin de la famille de Fabreville, mentionnés dans la section sur la déficience intellectuelle, on y retrouve le Groupe d'entraide en santé mentale (développement de l'employabilité), le Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale (préparation à l'emploi), la Corporation régionale santé mentale et travail de Laval (préparation au marché du travail et création d'emplois adaptés) et l'Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (préparation à la réintégration au travail).

### **Ressources résidentielles**

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale habitent dans différents types de ressources résidentielles. En 2001, il existait une vingtaine de places en CHSLD<sup>57</sup>, 40 dans des pavillons, 146 dans des ressources de type familial.

Mais ces ressources sont insuffisantes compte tenu des besoins à combler. Début 2003, 37 personnes avec troubles de santé mentale étaient en attente de place d'hébergement. Dans sa planification stratégique triennale, la Régie régionale (2003a) affirme que «l'accessibilité à des ressources d'hébergement est particulièrement problématique». Non seulement le nombre de ressources est-il restreint, mais la diversité de celles-ci est trop réduite, ce qui provoque l'engorgement des ressources existantes.

En plus de la Fondation intégration du Québec, qui gère des résidences pour personnes avec déficience intellectuelle ou qui souffrent de problèmes de santé mentale (voir section sur la déficience intellectuelle), l'association IRIS gère à Laval un foyer de groupe de 9 places et offre des services de support de vie en appartement à 30 personnes.

Selon la Régie régionale (2003a), les services de soutien au logement, dont certains se sont développés ces dernières années, doivent être développés davantage pour atteindre un plus grand nombre de personnes. De plus, des projets conjoints avec le secteur de l'habitation doivent être développés.

---

<sup>57</sup> Soulignons, qu'en CHSLD, neuf places seulement sont formellement réservées à des personnes souffrant de troubles mentaux et présentant des problèmes de comportement qui nuisent à leur intégration aux places régulières.

La planification stratégique triennale s'est donné pour objectif de développer, au cours des trois prochaines années, 15 places en ressources d'hébergement substitut et des services de soutien au logement rejoignant 300 personnes additionnelles.

### **Transport**

Pour des information générales, nous renvoyons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section sur la déficience intellectuelle.

En l'an 2000, le service de transport adapté de Laval desservait 121 personnes avec déficience psychique.

### **Soutien psychosocial et à la famille**

Pour des information générales, nous référons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section sur la déficience intellectuelle.

Le soutien psychosocial des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale ainsi que des familles de celles-ci est offert par des organismes publics, principalement les CLSC qui ont la responsabilité d'accueillir, évaluer, informer et référer les personnes et leur famille vers les ressources appropriées.

Plusieurs organismes communautaires offrent aussi diverses activités et services de soutien. Parmi les dix-huit organismes communautaires qui desservent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, sept offrent du soutien psychosocial à ces personnes<sup>58</sup>, une offre également un soutien à la famille<sup>59</sup> et une offre du soutien uniquement à la famille<sup>60</sup>.

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

Pour des information générales, nous renvoyons le lecteur à la rubrique correspondante dans la section sur la déficience intellectuelle.

---

<sup>58</sup> Service populaire de psychothérapie (SM), l'Association IRIS (SM), le Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale (SM), Au Jardin de la famille de Fabreville (SM, DI), Parrainage civique de Chomedey (SM, DI, DP), le Service régional de crise de Laval.

<sup>59</sup> La Fondation intégration de Laval (SM, DI, DP).

<sup>60</sup> L'Association lavalloise de parents pour le bien-être mental (SM).

Il existe peu d'organismes qui offrent des activités de loisirs aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Outre la Fondation intégration du Québec qui dessert toutes les personnes handicapées, trois organismes communautaires offrent de tels services uniquement aux personnes qui ont un problème de santé mentale<sup>61</sup>.

### **Vie associative et défense de droits**

Pour un aperçu global de la présence des organismes communautaires à Laval, nous référons le lecteur à l'introduction à ce chapitre.

Nous avons vu, dans les différentes parties de cette section, que les organismes communautaires jouent un rôle extrêmement précieux pour soutenir les personnes présentant des troubles de santé mentale particulièrement dans les domaines de l'adaptation-réadaptation, du travail, de l'hébergement, du soutien psychosocial et du soutien à la famille.

Au chapitre de la défense des droits, une seule association a pour mission de défendre exclusivement les droits des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Il s'agit de l'En-Droit de Laval qui défend les droits de ces personnes dans tous les domaines, que ce soit les soins et les traitements reçus, le logement, le travail, etc. Rappelons qu'un autre organisme défend les droits des personnes handicapées quelque soit la nature de la déficience. Il s'agit de l'Association lavalloise des usagers du transport adapté (ALTA).

### **CONCLUSION**

L'organisation des services pour les personnes handicapées de Laval est tributaire des caractéristiques sociodémographiques de la région et des grandes tendances qui s'y manifestent. Rappelons que cette région est caractérisée par une croissance démographique presque trois fois plus importante que celle de la province. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmente deux fois plus rapidement à Laval que dans l'ensemble du Québec. Malgré cette tendance lourde au chapitre du vieillissement de la population, il est intéressant de constater que la proportion de la population lavalloise qui souffre d'une incapacité est de beaucoup inférieure à celle de l'ensemble de la population du Québec. Ceci est particulièrement vrai pour la population

---

<sup>61</sup> Le groupe d'entraide en santé mentale CAFGRAF (SM), l'Association des loisirs pour personnes handicapées

de 65 ans et plus. À Laval, 25,1% de cette population avait une incapacité en 1998, alors que cette proportion était de 41,6% dans l'ensemble du Québec. Ajoutons cependant que la gravité de l'incapacité est relativement plus grande chez les personnes handicapées de Laval que chez les personnes handicapées dans l'ensemble du Québec. Ces réalités ont évidemment des conséquences importantes sur le niveau et la nature des services requis pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Dans ce chapitre nous avons tenté de décrire l'organisation des services pour les personnes handicapées de la région de Laval en identifiant les principaux services, les lieux de responsabilité pour ces services, les forces et les faiblesses d'un réseau complexe composé de multiples interactions et partenariats entre les acteurs des réseaux public, communautaire et privé du secteur de la santé et des services sociaux.

Pour conclure ce chapitre nous rappellerons d'abord deux grands défis auxquels la région de Laval est confrontée dans ses efforts pour offrir aux personnes handicapées de Laval un ensemble intégré de services requis par leur situation. Ensuite nous soulignerons un certain nombre de réalisations ou de projets en cours que nous considérons comme prometteurs pour l'organisation future des services.

### **Deux grands défis : un meilleur financement et une plus grande autonomie**

L'organisation de l'offre de services en déficience intellectuelle, déficience physique et en santé mentale dans la région de Laval est largement influencée par deux facteurs : un sous-financement important par rapport aux autres régions du Québec dans plusieurs domaines et la dépendance, que l'on peut qualifier d'historique, envers des services hors région.

Dans le bilan du Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002, c'est en ces termes que la Régie régionale définissait la problématique : «le problème de l'accès aux ressources à Laval a deux visages : une insuffisance des ressources par rapport aux besoins de la population et une forte dépendance envers la région de Montréal-Centre» (Régie régionale de Laval, 2002a : 12).

Le sous-financement des activités sociosanitaires sur le territoire de Laval fait en sorte que, en matière de dépenses, Laval se classait, parmi les régions du Québec, au 15<sup>e</sup> rang pour les



services consommés à Laval en santé mentale, au 13<sup>e</sup> rang en déficience intellectuelle et au 10<sup>e</sup> rang en déficience physique. Ajoutons que la région accuse aussi un retard en matière de financement des organismes communautaires dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires.

La dépendance historique de la région de Laval envers des ressources sociosanitaires situés de l'extérieur de la région constitue un autre facteur qui influence l'organisation des services. Si cette dépendance a été quelque peu atténuée au cours des dernières années dans certains domaines tels les services éducatifs par exemple, force est de constater qu'en ce qui concerne particulièrement les personnes présentant des troubles de santé mentale et pour celles avec déficience physique, les services disponibles sur le territoire de Laval, dont plusieurs services de base, sont toujours nettement insuffisants, voire inexistants. Nous avons vu que 60% des services reçus en déficience physique par les Lavallois ont été dispensés à l'extérieur de la région. Cette dépendance envers des services disponibles à l'extérieur de la région est d'autant plus difficile à atténuer qu'elle est accompagnée d'une consommation importante de services offerts sur le territoire de Laval par des personnes venant de l'extérieur de Laval. Ceci est particulièrement le cas pour les services spécialisés de réadaptation physique. Cette situation n'est pas étrangère au fait que 42% de la clientèle de l'Hôpital juif de Montréal était composée de Montréalais et 7% de personnes provenant de la région des Laurentides en 200-2001. En santé mentale, la région souffre d'une pénurie de ressources et de services de diagnostic et de traitement. Ainsi tous les enfants de Laval et les adultes du secteur Ouest de la région sont desservis par des ressources situées sur l'Île de Montréal.

Le sous-financement des services sociosanitaires dans la région de Laval et la dépendance envers des ressources situées à l'extérieur de la région entraînent des conséquences importantes pour la disponibilité et la qualité des services dans divers domaines, que ce soit le manque de ressources de répit spécialisé et de dépannage pour les familles, une pénurie de ressources résidentielles avec services communautaires adaptés aux besoins des personnes handicapées, des problèmes de transport pour les personnes qui doivent se déplacer à l'intérieur même d'une région de la taille de Laval ou qui doivent se déplacer dans une autre région afin de recevoir les soins appropriés. Nous avons aussi constaté qu'un projet de «démonstration» reposant sur une programmation de services de soutien intensif et de suivi dans la communauté mise au point par les partenaires offrant des services en santé mentale ne dispose pas de ressources financières

suffisantes pour respecter l'intensité des services planifiés ni de desservir l'ensemble des personnes nécessitant ces services.

L'insuffisance des ressources financières et la dépendance encore trop grande de la région de Laval sur des services disponibles sur le territoire de Montréal ne doivent pas occulter les nombreux progrès qui ont été réalisés ces dernières années pour doter Laval d'un continuum de services pour les personnes handicapées et dont nous avons fait état dans chacune des trois sections de ce chapitre.

Nous tenons à souligner ici quelques expériences récentes qui, compte tenu des deux défis identifiés plus haut, nous semblent particulièrement prometteuses pour la qualité des services dans la région.

### **Une décentralisation efficace de services**

Bien qu'elle constitue à la fois une île, une ville et une MRC, Laval est une région relativement étendue où se posent des défis importants au chapitre de la dispensation des services. Ainsi la décentralisation des services du CRDI-NL en quatre points de services correspondant aux quatre territoires de CLSC a permis de rapprocher les services des milieux de vie de la clientèle. Comme nous l'avons noté précédemment, cette décentralisation a permis d'éliminer la liste d'attente pour ses programmes de soutien à la personne et à la famille et d'augmenter les inscriptions à ces services ainsi que leur taux de pénétration.

### **Des efforts de coordination d'activités**

Afin d'éviter l'éparpillement des ressources, les dédoublements d'activités disponibles et dans le but d'offrir un choix d'activités beaucoup plus vaste dans les centres de jour pour personnes avec incapacités intellectuelles, le CRDI-NL et quatre organismes communautaires ont décidé de procéder à une harmonisation de leurs activités et de coordonner leurs horaires. Ainsi, le CRDI-NL prépare une grille des activités et des horaires qui sera acheminée aux personnes handicapées.

### **Projet d'interventions ponctuelles à domicile**

Dans le domaine du maintien à domicile pour les personnes avec déficience physique, un projet d'intervention 24 heures par jour, sept jours par semaine, est présentement en élaboration afin de répondre à des cas d'urgence (chutes, blessures, etc.). Ce projet, issue d'une collaboration étroite entre les différents intervenants publics et communautaires, a été conçu afin de pallier l'absence quasi-totale de logements sociaux à Laval, particulièrement de logements sociaux qui offrent des services de surveillance.

### **Des partenariats prometteurs**

Devant l'absence persistante de services adaptés aux besoins spécifiques des jeunes (6-17 ans) qui présentent des problématiques multiples, un projet de collaboration entre le CRDI-NL et le Centre jeunesse de Laval a vu le jour. Une analyse approfondie a été menée conjointement par les deux organismes. Cette collaboration a permis de tracer les grandes lignes d'une programmation qui a été présentée à la Régie régionale et qui doit voir le jour au cours de l'année 2003-2004 (CRDI-NL, 2003).

Un autre partenariat prometteur s'est développé entre le CRDI-NL et l'Hôpital juif de réadaptation pour développer des services pour les personnes présentant des troubles graves de comportement. Il a pour objectif l'élaboration «d'un réseau de services intégrés aux personnes présentant des incapacités intellectuelles ou un trouble envahissant du développement, ainsi qu'aux personnes présentant une ou des déficiences physiques ou des atteintes neurologiques découlant d'un traumatisme cranio-cérébral et manifestant des troubles graves de comportement» (CRDI-Naormand-Laramée, 2003 : 3). Le début des services est prévu pour 2003-2004.

Comment ne pas souligner, au terme de cette conclusion, le partenariat qui s'est construit à travers le temps entre les organismes publics et communautaires dans la région de Laval dans le domaine des services pour les personnes handicapées. Il s'agit d'un partenariat solide basé sur le reconnaissance et le respect mutuels qui se manifeste de plusieurs manières.

La reconnaissance du milieu communautaire peut se manifester par certaines pratiques de financement comme celle qui prévoit que chaque budget de développement et de prévention réserve une proportion minimale de 10% pour les organismes communautaire.

La nature du partenariat public-communautaire se manifeste surtout à travers de nombreuses expériences de concertation. Or, il existe à Laval une pratique de concertation élaborée entre les différents acteurs du secteur public et les organismes communautaires dont témoigne, entre autres, le très grand nombre de lieux de concertation où sont élaborés et discutés plusieurs projets visant la santé et le bien-être des personnes handicapées. Mentionnons les lieux de concertation suivants (OPHQ, 2001) :

- Le Comité de coordination du plan d'action en déficience intellectuelle et autisme
- Le Comité de coordination du plan d'action en déficience physique
- Le Comité tripartite en santé mentale
- Le Comité sur l'harmonisation des programmes
- Le Comité régional des aides techniques
- La Table de concertation pour l'intégration des enfants handicapés dans les milieux de garde
- Le Comité de concertation sur le transport des personnes handicapées
- Le Comité de concertation sur les services éducatifs pour les élèves handicapés
- La Table de concertation personnes handicapées et travail de Laval
- Le Comité santé mentale et travail
- Le Comité consultatif conjoint sur l'accessibilité des personnes handicapées

De telles relations partenariales entre les secteurs public et communautaire, axées sur la confiance, la reconnaissance et le respect, seront sans doute extrêmement précieuses pour l'avenir compte tenu des nombreux défis qu'il reste à relever dans cette région.

## BIBLIOGRAPHIE

AUDET, Gaby et Micheline THIBAUT (2002). «Dossier transition école-vie-active» in Office des personnes handicapés du Québec, *Magazine l'intégration*, octobre

CRDI-NORMAND-LARAMÉE (2003). *Rapport annuel 2002-2003*

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *Portrait statistique des régions*, Le Rendez-vous national des régions, novembre

LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES ET LES POLITIQUES SOCIALES (2003). *Inventaire régional des ressources communautaires s'adressant aux personnes handicapées*, (Base de données informatisée), Montréal.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Mesures d'aide financière aux familles ayant enfant handicapé*, Direction des communications

MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC (2002). *Répertoire statistique, transport adapté 2000*, Gouvernement du Québec

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉS DU QUÉBEC (2001). *Les personnes handicapées à Laval – Accès aux services, intégration sociale, défense des droits*, avril

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉS DU QUÉBEC (2002). *L'OPHQ à Laval, portrait régional*, 7 mars

OUADAHI, Youcef et Marie-Josée FLEURY (2003), *Réseau de la santé et des services sociaux de Laval*, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, (Document de travail), janvier

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1997a). *Plan d'action régional en déficience intellectuelle 1997-2000*, adopté par le Conseil d'administration le 26 mars 1997

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1997b). *Continuum intégré de services aux personnes autistes et à celles présentant un trouble envahissant de développement, 1997-2000*, adopté par le conseil d'administration le 18 septembre 1997

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1997c). *Plan d'action régional en déficience physique 1997-2000*, adopté par le Conseil d'administration le 26 mars 1997

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1997d). *Plan régional d'organisation de services en santé mentale - PROS 1997-2000*, adopté par le conseil d'administration le 18 septembre 1997

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1998). *Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002. Consolider c'est encore et toujours agir*, décembre

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002a). *Bilan du plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002*, mars

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002b). *Synergie, numéro spécial jeunesse*, mai

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002c). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002d). *État de situation en déficience intellectuelle*, 17 janvier

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002e). *État de situation en autisme et TED*, 17 janvier

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2002f). *État de situation en déficience physique*, 15 janvier

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2003). *Les services aux personnes handicapées et à leurs proches à Laval : où s'adresser ? Quoi demander ?*, mise à jour le 11 avril 2003

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2003a). *Planification stratégique triennale*.

## 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 scolaires 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 reliées 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, 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 personne (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 domestique (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 blis, 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>62</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>63</sup> et ainsi

---

<sup>62</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>63</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);

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>64</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>65</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

– 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);

– 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>64</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>65</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).

l'incapacité sur l'autonomie des personnes à domicile et sur leur intégration sociale<sup>66</sup>. À titre 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</i>

<sup>66</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 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>utilisé dans ce chapitre s'apparente à l'indice d'autonomie fonctionnelle créé 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	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.
Limitation à quitter la demeure	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.
Fréquence de l'aide des travaux ménagers	Pour des raisons de confidentialité, nous avons regroupé les catégories 1 fois semaine et une fois par mois.
Identification de la personne qui fait les travaux ménagers courants selon gravité de l'incapacité	Les catégories sont les suivantes : la personne seule, la personne avec une autre, une autre personne.
Besoin d'aide non comblé pour des tâches domestiques	Selon l'ISQ, les « <i>personnes ayant des besoins non comblés sont définies comme étant celles qui ne reçoivent pas d'aide</i>

	<i>mais déclarent en avoir besoin ou celles qui en reçoivent mais ont besoin d'aide additionnelle (aide non reçue ou besoin d'aide additionnelle) » (ISQ, 2001, p. 209).</i>
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) » (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.</i>
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 » (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. « 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 ». (ISQ, 2001, p.279)</i>
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	Les longs trajets sont des déplacements de

trajets	plus de 80 km.
Incapacité d'effectuer des longs trajets selon la gravité	Diverses raisons contribuent à rendre 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>67</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>68</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>69</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>67</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>68</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>69</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.