

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

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

**PAR
MARIE-NOËLLE DUCHARME**

Cahier du LAREPPS NO 04-13

2^e édition révisée

**LAREPPS / UQAM
Montréal, juillet 2004**

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

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

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

Par Marie-Noëlle Ducharme

(2^e 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^e 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

LES AUTEURS ET LES COLLABORATEURS DE LA RECHERCHE.....	3
REMERCIEMENTS	4
NOTE LIMINAIRE.....	4
LISTE DES ACRONYMES	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	10
ENSEMBLE DU PROJET DE RECHERCHE.....	10
CADRE THÉORIQUE ET DÉFINITIONS DE BASE	11
MÉTHODOLOGIE RELATIVE AUX PORTRAITS RÉGIONAUX	15
PLAN DU DOCUMENT	20
BIBLIOGRAPHIE	21
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA RÉGION DE L’OUTAOUAIS	24
LA POPULATION	25
LE MARCHÉ DU TRAVAIL.....	26
REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES	27
LA SCOLARITÉ.....	28
QUELQUES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE VIE	29
LES RESSOURCES MÉDICALES.....	30
CHAPITRE 2 : L’INCAPACITÉ DANS LA RÉGION DE L’OUTAOUAIS	32
AVANT-PROPOS.....	32
PARTIE I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS	34
<i>La prévalence, la nature et la gravité de l’incapacité.....</i>	<i>34</i>
<i>Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre la population avec et sans incapacité.....</i>	<i>39</i>
PARTIE II. PARTICIPATION SOCIALE ET BESOINS DE SERVICES.....	44
<i>Statut d’activité, indice de « désavantage social », aides techniques et adaptation de logement</i>	<i>44</i>
<i>L’aide domestique</i>	<i>50</i>
<i>Le transport et les déplacements</i>	<i>54</i>
<i>La fréquentation scolaire.....</i>	<i>57</i>
<i>La participation au marché du travail.....</i>	<i>60</i>
<i>La participation aux activités physiques et de loisirs.....</i>	<i>64</i>
SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS STATISTIQUES RÉGIONALES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS	66
CHAPITRE 3 : PORTRAIT DE L’OFFRE DE SERVICES DANS L’OUTAOUAIS	69
AVANT-PROPOS.....	69
PARTIE I. PORTRAIT DE L’OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE	72
INTRODUCTION	72
<i>Prévention et dépistage</i>	<i>72</i>
<i>Diagnostic et traitement</i>	<i>74</i>
<i>L’adaptation / réadaptation.....</i>	<i>76</i>
<i>Les services éducatifs</i>	<i>79</i>
<i>Le travail et les activités productives</i>	<i>81</i>
<i>Les ressources résidentielles</i>	<i>82</i>
<i>Le transport</i>	<i>85</i>
<i>Le maintien à domicile</i>	<i>87</i>
<i>La vie associative, la défense des droits.....</i>	<i>89</i>
PARTIE II. PORTRAIT DE L’OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	90
INTRODUCTION	90

<i>Prévention et dépistage</i>	92
<i>Diagnostic et traitement</i>	92
<i>L'adaptation / réadaptation</i>	92
<i>Les services éducatifs</i>	94
<i>Le travail et les activités productives</i>	95
<i>Les ressources résidentielles</i>	97
<i>Le transport</i>	97
<i>Le soutien aux familles et aux proches</i>	98
<i>Le maintien à domicile</i>	99
<i>Les activités sociales et de loisirs</i>	99
<i>La vie associative, la défense des droits</i>	100
PARTIE III. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE	100
INTRODUCTION	100
<i>Prévention et dépistage</i>	102
<i>Diagnostic, traitement et intervention auprès des personnes en crise suicidaire</i>	103
<i>L'adaptation / réadaptation</i>	104
<i>Les services éducatifs</i>	105
<i>Le travail et les activités productives</i>	106
<i>Les ressources résidentielles</i>	107
<i>Le transport</i>	108
<i>Le soutien aux familles et aux proches</i>	109
<i>Le maintien à domicile</i>	109
<i>Les activités sociales et de loisirs</i>	110
<i>La vie associative, la défense des droits</i>	110
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE	114
ANNEXE A : THÉMATIQUES DE L'OPHQ	116
ANNEXE B : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES CONCERNANT L'ANALYSE DE STATISTIQUES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS	119
ANNEXE C : LISTE DÉTAILLÉE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	126

Liste des acronymes

APICO	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais
ASP	Association sectorielle prioritaire
CAAPO	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Outaouais
CADO	Centre artisanal pour la déficience intellectuelle
CADRISQ	Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec
CAMO	Comité d'adaptation de la main d'œuvre pour les personnes handicapées
CCAT	Conseil consultatif sur les aides technologiques
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHVO	Centre hospitalier régional des Vallées de l'Outaouais
CIT	Contrats d'intégration au travail
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CRD	Conseil régional de développement
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRR	Centre régional de réadaptation
CS	Commission scolaire
CSQ	Centrale des syndicats du Québec
CSST	Commission de la santé et de sécurité au travail
CTA	Centre de travail adapté

DRHC	Développement des ressources humaines Canada
DSP-O	Direction de la santé publique de l'Outaouais
EESAD	Entreprises d'économie sociale en aide domestique
EHDAA	Élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
EQLA	Enquête québécoise sur les limitations d'activités
ESLA	Enquête sur la santé et les limitations d'activité
ESS	Enquête sociale et de santé
ISQ	Institut de la Statistique du Québec
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MÉQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMH	Office municipal d'habitation
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
ODEC	Organisme de développement et d'entraide communautaire
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAD	Programme d'adaptation de domicile
RAPHO	Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Outaouais
ROCSMO	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais
RRSSSO	Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais
RTF	Ressource de type familial
RUTA	Regroupement des usagers de transport adapté
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec

SHQ	Société d'habitation du Québec
SIC-DI	Système d'information clientèle en déficience intellectuelle
SRT	Service de retour au travail
SSMO	Services spécialisés de main-d'œuvre
STO	Société de transport de l'Outaouais
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TED	Trouble envahissant du développement
UQO	Université du Québec en Outaouais
URLSO	Unité régionale de loisirs et de sport de l'Outaouais

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 2002¹), 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.

¹ 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 ²

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;

² 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 services³. 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

³ 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 sociale⁴. Lorsque nous utilisons le concept de tiers secteur, nous référons moins à la littérature américaine sur le secteur non lucratif, « Non Profit Sector » qu'à une certaine littérature européenne qui

⁴ Dans d'autres textes (Vaillancourt, 1999), nous avons mis l'accent sur les différences entre les concepts de tiers secteur et d'économie sociale, en nous démarquant entre autres du courant de littérature international marqué par la

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)

recherche internationale dirigée par Lester Salamon de la John Hopkins University qui exclut les coopératives du

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,

tiers secteur, sous prétexte qu'elles peuvent générer des profits (Salamon *et al.*, 1999).

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 services⁵.

Dans la suite logique de nos efforts des années précédentes (avec la « base de données nationales » des programmes de la Phase I), nous avons utilisé le logiciel *Access* comme support informatique de la banque de données des organismes du tiers secteur. La liste des catégories d'information retenues dans la banque, environ une vingtaine, découle en grande partie d'une réflexion sur les travaux de recherche de la Phase I, mais aussi d'un sondage sommaire de personnes ressources mené par Jean Proulx, Ernesto Molina et Normand Boucher dans six régions et permettant d'identifier les données disponibles⁶. Quant à la structure informatisée de la banque de données (dite « base de données régionales » ou « inventaire régional »), sa conception revient à Jean-Olivier Chapel.

La recherche d'informations permettant de constituer des ébauches de listes d'organismes a été confiée à différentes personnes au sein de l'équipe. Internet constituait l'outil principal de recherche. Le cas échéant, nous avons aussi eu recours au téléphone. Ces listes ont ensuite été

⁵ 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.

⁶ 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 (ROPPE); 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).

validées par les Bureaux régionaux de l'OPHQ⁷, 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.

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);

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

- Portrait de situation des orientations ministérielles de 1995 en déficience physique (MSSS, 2002);
- Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale (CSMQ, 1998) et État d'avancement du plan d'action (MSSS, 2001c).

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

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

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

- Les Orientations régionales & le Plan d'action en déficience intellectuelle (voir PETIT, André et Marie-Hélène JÉRÔME (2003), *Planification régionale des services pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs proches. Région de l'Outaouais 2003-2008. Proposition du comité de travail*. Régie régionale de la Santé et des services sociaux de l'Outaouais. 60 pages) ;
 - Les Orientations régionales & le Plan d'action en déficience physique (voir RRSSS Outaouais 1998b);
 - Les Orientations régionales & le Plan d'action en santé mentale (RRSSS de l'Outaouais 1998a, 2002);
 - Le Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux pour l'ensemble de la région (RRSSS de l'Outaouais 1998a).
-

- Autres publications types, mais spécifiques à chacune des régions, en provenance d'instances régionales ou locales pertinentes ou d'établissements publics, tels que :
- Le Centre de réadaptation, spécialisé ou non en déficience physique ou en déficience intellectuelle (voir Pavillon du Parc, 2002a et 2002b ainsi que CRR La Ressource 2003);
- 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 documents n'étaient pas tous disponibles sur Internet (d'ailleurs, certaines régions n'avaient tout simplement pas de site Internet), ou la communication avec certaines personnes ressources dans la région même n'a pas toujours été facile pour diverses raisons (congé de maladie, poste vacant, manque de temps). Il a donc été plus laborieux de prendre connaissance de la documentation dans certaines régions. Par ailleurs, il s'est avéré, dans certains cas, que l'ensemble des documents de base étaient disponibles dans la région mais ils n'avaient pas été mis à jour depuis plusieurs années. Cela ne rencontrait donc pas nos exigences en matière d'actualisation des données. Par exemple, toutes les régions régionales ne se sont pas dotées, dans les deux ou trois dernières années, de documents d'orientation ou de plans d'action dans le champ de la déficience intellectuelle et encore moins en déficience physique. En revanche, la plupart des régions ont élaboré de tels dossiers dans le champ de la santé mentale. Il est donc compréhensible que l'information soit manquante dans certaines régions ou que, dans quelques cas, nous ayons eu recours à d'autres types de documents ou à des entrevues ponctuelles pour combler ces lacunes. L'utilisation de moyens informels, telles que des entrevues ponctuelles, a été soulignée dans le texte de manière à inciter à plus de prudence dans l'interprétation des données et de la portée des résultats.

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

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA), bien qu'elle date de quelques années (données de 1998), demeure une des rares enquêtes statistiques qui permettent de décrire de manière significative et assez exhaustive la population des personnes handicapées dans les régions du Québec. L'accès à cette banque de données, de même que la diffusion des résultats, sont soumis à des procédures exigeantes; nous nous sommes conformés, en ce sens, aux demandes de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ). Le traitement statistique des données s'avère aussi relativement complexe puisqu'il faut tenir compte du plan «échantillonnal» afin d'obtenir des résultats probants. Aux lecteurs qui aimeraient avoir plus de détails, nous suggérons de consulter l'annexe statistique (Annexe B).

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

PLAN DU DOCUMENT

Chacun des portraits régionaux se divise en trois chapitres de longueur inégale. En premier, nous faisons une brève mise en contexte de la région à l'aide de statistiques générales sur l'économie régionale et sur la population résidente. Dans le second chapitre, nous faisons une analyse relativement substantielle des statistiques portant sur la population des personnes ayant des incapacités, en faisant des comparaisons avec le reste du Québec ou avec la population sans incapacités. Plusieurs indicateurs, révélateurs de l'intégration et de la participation sociale des personnes, ou des obstacles, y sont traités : la prévalence des incapacités et leur nature, les activités sociales et professionnelles, les limitations d'activités et les besoins en aides techniques ou personnelles. Le troisième chapitre aborde l'offre de services. Nous y faisons état de la présence ou de l'absence des organismes communautaires et des établissements publics dans tous les domaines d'activités⁸. 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

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

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.

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 p.

CENTRE RÉGIONAL DE RÉADAPTATION LA RESSOURCE (2003), *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Gatineau, 22 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, 31-44.

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 p.

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

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

LÉVESQUE, Benoit 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 en Outaouais (Série des portraits régionaux)*, Drummondville, OPHQ, mars, 17 pages.

PAVILLON DU PARC, (2002a), *Rapport d'activités 2001-2002*, 8 pages.

PAVILLON DU PARC, (2002b), *Bulletin d'information*, vol 7, no 2.

PETIT, André et Marie-Hélène JÉRÔME (2003), *Planification régionale des services pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs proches. Région de l'Outaouais 2003-2008. Proposition du comité de travail*. Régie régionale de la Santé et des services sociaux de l'Outaouais. 60 pages.)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1998a), *Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002. Orientations, stratégies, grands moyens d'action*. Hull, 100 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1998b), *Les services de d'adaptation et de réadaptation aux personnes présentant une déficience physique. Cadre de référence*. Hull, 77 pages.

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

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

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

VAILLANCOURT, Yves, AUBRY, François, D'AMOURS, Martine, JETTÉ, Christian, THÉRIAULT, Luc et Louise TREMBLAY (2000). « Social Economy, Health and Welfare : The Specificity of the Quebec model within the Canadian Context », *Canadian Review of Social Policy / Revue Canadienne de politique sociale*, nos 45-46, printemps et automne 2000.

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

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

Chapitre 1

Présentation de la région de l'Outaouais⁹

La région de l'Outaouais se situe à l'extrême sud-ouest du Québec et s'étend sur 33 000 km². Elle est bordée par l'Abitibi-Témiscamingue au nord-ouest, par les Laurentides à l'est et par l'Ontario au sud-ouest. La rivière des Outaouais sert de frontière naturelle entre la province du Québec et celle de l'Ontario. La zone urbaine de l'Outaouais englobe les villes de Gatineau, qui inclue Aylmer et Buckingham depuis 2002, de Hull et de Masson-Angers. La zone rurale se constitue, quant à elle, de quatre municipalités de comté; les Collines, Papineau, Pontiac et la Vallée de la Gatineau. Selon les données de 1997, la population de l'Outaouais est de quelque 310 000 personnes dont 71 % habitent la région urbaine, délimitée par la nouvelle ville de Gatineau. Cette dernière fait partie de la région statistique et sociologique d'Ottawa-Hull qui est la quatrième plus importante région métropolitaine du Canada. Plus de 80 % de la population de l'Outaouais parle le français.



⁹ Cette introduction se veut un survol de la région de l'Outaouais 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), ainsi que des portraits Les régions en un clin d'œil (non daté) (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).

LA POPULATION

Selon Statistique Canada, au cours des dix dernières années (1991-2001), la région de l'Outaouais a vu sa population augmenter de 11,1 %. En tenant compte de la structure d'âge de sa population, bien que la population ait vieilli au cours de la décennie, les moins de 30 ans ne forment plus que 38,8 % comparativement à 45,1 % en 1991. Aujourd'hui, la région demeure un peu plus jeune que l'ensemble du Québec. Comme nous pouvons le constater à la lecture du tableau 1.1, la population de la région compte une plus grande proportion de très jeunes personnes (0-14 ans) et une moindre proportion de personnes âgées (65 ans et plus) que dans le reste du Québec.

Tableau 1.1 Répartition de la population selon le groupe d'âge, Outaouais et ensemble du Québec, 2001

	0-14 ans %	15-29 ans %	30-64 ans %	65 ans et plus %
Outaouais	19,4	19,4	51,1	10,1
Le Québec	17,6	19,7	49,7	13,0

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

Le taux de croissance annuelle de la population de 65 ans et plus a été de 3,4 % entre 1996 et 2001 (tableau 1.2). Il s'agit d'une croissance plus forte que la moyenne québécoise (2,3 %) mais dans l'ensemble, légèrement au-dessus de la population totale du Québec (0,5 % versus 0,3 %, tableau 1.2). En d'autres termes, le poids des 65 ans et plus aura tendance à s'accroître pendant les prochaines années. Par ailleurs, la région de l'Outaouais n'est pas homogène et les transformations socio-démographiques sont d'une intensité variable sur son territoire. La population est principalement concentrée dans la ville de Gatineau et ses environs. La partie sud se renouvelle démographiquement et dispose d'une gamme de services. Dans la partie nord, les MRC Pontiac et la Vallée de la Gatineau, la population rurale est dispersée sur l'ensemble du territoire.

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

	65 ans et plus	Population totale
Outaouais	3,4	0,5
Le Québec	2,3	0,3

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

LE MARCHÉ DU TRAVAIL

En 2001 l'Outaouais comptait 158 600 emplois, soit 4,5 % de l'ensemble des emplois au Québec. La région se caractérise par une structure qui diffère de celle du Québec relativement aux secteurs secondaires et tertiaires d'activité, comme l'indique le tableau 1.2. L'agriculture et l'exploitation forestière sont les principales activités du secteur primaire en Outaouais. Faits notables, 25 % du bœuf de boucherie produit au Québec provient de l'Outaouais et 38 % des bois feuillus de la province se trouvent dans les forêts outaouaises. Cependant, c'est dans le secteur tertiaire que se concentre la grande majorité des activités de l'emploi avec un taux de 83 % (contre 74 % au Québec). Ceci s'explique par la part importante qu'occupe la fonction publique en Outaouais en raison de son emplacement géographique.

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

	Primaire %	Secondaire %	Tertiaire %
Outaouais	2,6	14,2	83,2
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 en Outaouais et dans l'ensemble du Québec.

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

	Taux de chômage^a %	Taux d'emploi^b %	Taux d'a-e^c %
Outaouais	8,0	68,9	8,3
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.

Au cours des sept dernières années, l'Outaouais a connu bien des fluctuations. Ses tendances reflètent globalement celles observées à l'échelle de la province québécoise. Entre 1997 et 2001, la situation de l'emploi s'est améliorée alors que la chute du taux de chômage s'est poursuivie jusqu'en 2000. L'Outaouais cherche à diversifier son économie, traditionnellement

centrée sur la fonction publique, en se tournant vers des secteurs d'avenir tel que les nouvelles technologies de l'information. La région œuvre également au développement de son potentiel touristique, favorisé par sa proximité de la capitale fédérale ainsi que le développement de ses secteurs forestier, agroalimentaire et environnemental.

REVENUS ET DISPARITÉS RÉGIONALES

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

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

	1989 \$	2001 \$	Variation 1989-2001 %
Outaouais	14 759	17 306	17,3
Le Québec	15 118	19 069	26,1

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

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

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

	1989	2001
Outaouais	101,4	96,3
Le Québec	100,0	100,0

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

LA SCOLARITÉ

La population de l'Outaouais a un profil de scolarité différent de l'ensemble du Québec. Le taux des personnes ayant un diplôme d'études secondaires dans la région s'est légèrement amélioré mais la fraction demeure plus basse que pour l'ensemble du Québec (74 % versus 82%). En effet, au cours des dix dernières années, l'écart entre le taux régional et le taux pour l'ensemble du Québec est demeuré sensiblement le même, comme le montre le tableau 1.7.

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

	1990-1991	2000-2001
	<i>%</i>	<i>%</i>
Outaouais	68,1	74,2
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*, Outaouais et le Québec, 1990 et 2001

	1990	2001	Variation 1990-2001
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Outaouais	42,2	53,4	26,5
Le Québec	44,8	59,2	32,1

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

Fait à noter, la proportion des travailleurs ayant complété des études collégiales dans la région demeure, depuis 1990, en deçà de celle de l'ensemble du Québec. Cependant, l'augmentation de 11 points entre 1990 et 2001 ne reflète pas la stagnation au niveau du taux d'emploi, qui lui, n'a évolué que de 0,2 % entre 1989 et 2001.

QUELQUES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE VIE

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

Perception de l'état de santé

L'évaluation que font les individus de leur état de santé peut être considérée comme un «bon indice de prédiction des problèmes de santé» (Gouvernement du Québec, *Portrait statistique des régions*, 2002 : 44). En Outaouais, la perception qu'ont les gens de leur état de santé ne s'est pas améliorée au cours des années. Elle a plutôt connu un léger recul par rapport à l'ensemble du Québec dont la population avait déjà une meilleure perception de son état de santé (tableau 1.9).

Tableau 1.9 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus se percevant en moyenne ou en mauvaise santé, Outaouais et le Québec, 1987 et 1998

	1987 %	1998 %	Variation 1987-1998 %
Outaouais	13,0	13,2	1,5
Le Québec	11,4	11,0	-3,5

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

Le logement

L'accession à la propriété et la proportion des revenus consacrée au logement constituent deux indicateurs de la qualité de vie de la population. En Outaouais, la proportion des ménages propriétaires de leur logement a été relativement stable entre 1986 et 1996 (63,3 % et 64,2 %). Ce taux est sensiblement plus élevé que la moyenne québécoise qui a elle-même peu bougé (54,7 % en 1986 et 56,5 % en 1996).

La proportion des ménages en Outaouais qui consacre 30 % et plus de ses revenus aux dépenses de logement a toujours été inférieure à la moyenne québécoise au niveau des propriétaires, tandis qu'elle est plutôt semblable dans le cas des locataires (tableau 1.10). D'ailleurs, la situation s'est quelque peu détériorée depuis 1986.

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

	Propriétaires		Locataires	
	1986 %	1996 %	1986 %	1996 %
Outaouais	12,7	15,6	37,3	42,0
Le Québec	13,9	16,3	36,4	42,3

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

La criminalité

Le taux de criminalité constitue un indice important de sécurité dans une région et par ricochet, de la qualité de vie. Dans l'ensemble du Québec, ce taux a diminué de manière importante (-22 %) entre 1990 à 1999. Cette diminution a été la même dans la région de l'Outaouais qui a vu le nombre d'infractions au code criminel par 100 000 habitants passer de 7 966 à 6 197 au cours de la même période. Cependant, en dépit de l'amélioration, ce taux demeure l'un des plus élevés au Québec.

LES RESSOURCES MÉDICALES

Les ressources humaines de base dans le domaine des soins médicaux constituent un indicateur parmi plusieurs autres de la capacité de recevoir des soins médicaux dans une région donnée. Nous présentons au tableau 1.11 le nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) pour 100 000 personnes dans la région et dans l'ensemble du Québec en 1993 et 2000. En Outaouais, le nombre de médecins par 100 000 habitants a connu une légère diminution entre 1993 et 2000 comme le montre le tableau 1.11. Cette situation reflète la détérioration globale que connaît le Québec. Plus spécifiquement, c'est le nombre de médecins omnipraticiens qui a connu une baisse de l'ordre de -1,0 %.

Tableau 1.11 Nombre de médecins* pour 100 000 personnes, Outaouais et le Québec, 1993 et 2000

	1993	2000	Variation 1993-2000
Outaouais	158	157	-0,6
Le Québec	199	197	-1,0%

Source : Québec(2002), *Portrait statistique des régions*
* Excluant les médecins résidents

Pour le personnel soignant autres que les médecins, la situation est sensiblement à la hausse. En l'an 2000, on comptait dans la région de l'Outaouais 743 employé-es¹⁰ pour 100 000 personnes, soit une hausse de 3,1 % par rapport à 1993. Pour l'ensemble du Québec, ce chiffre était de 960 en l'an 2000, soit une augmentation de 1,1 % par rapport à 1993.

Le nombre d'infirmières autorisées s'est accru de 5,6 % en Outaouais pour s'établir à 414 pour 100 000 personnes en 2000. Dans l'ensemble du Québec, l'augmentation n'a été que de 4,7 %, atteignant ainsi une moyenne de 532 infirmières autorisées par 100 000 personnes en 2000. Par contre, pendant la même période, le nombre d'infirmières auxiliaires a chuté de -26,8 % ce qui est une baisse plus grave que celle qui a été observée dans l'ensemble du Québec (-21,1 %). Comme quoi, il y a eu un recul du nombre d'infirmières auxiliaires pour la région (82 versus 127 pour l'ensemble du Québec).

Tableau 1.12 Infirmières autorisées et auxiliaires pour 100 000 personnes, Outaouais 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
Outaouais	414	5,6%	82	-26,8%
Le Québec	532	4,7%	127	-21,1%

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

¹⁰ En ÉTP, ou équivalent temps-plein

Chapitre 2

L'incapacité dans la région de l'Outaouais

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

Nous avons également utilisé les statistiques d'Emploi-Québec sur la participation des personnes handicapées (selon la définition du ministère) aux mesures et services d'emploi. Il s'agit des données sur les nouvelles participations pendant la période couverte entre le 1^{er} 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)¹¹.

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

¹¹ 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.

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 québécoise¹². De plus, la précision des données de l'ESS et de l'EQLA est révélée par les coefficients de variation¹³. Ainsi, les données avec un coefficient de variation entre 15 % et 25 % (représentées par *) sont à interpréter avec prudence alors que celles avec un coefficient supérieur à 25 % (représentées par **) sont peu fiables.

PARTIE I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS

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

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

À titre de première observation, signalons que pour l'ensemble du Québec, le taux standard¹⁴ d'incapacité a progressé de 12,0 % en 1991 à 15,2¹⁵ % 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 dans la région de l'Outaouais (18,6 %) est supérieur à la moyenne québécoise (15,2 %).

Figure 2.1

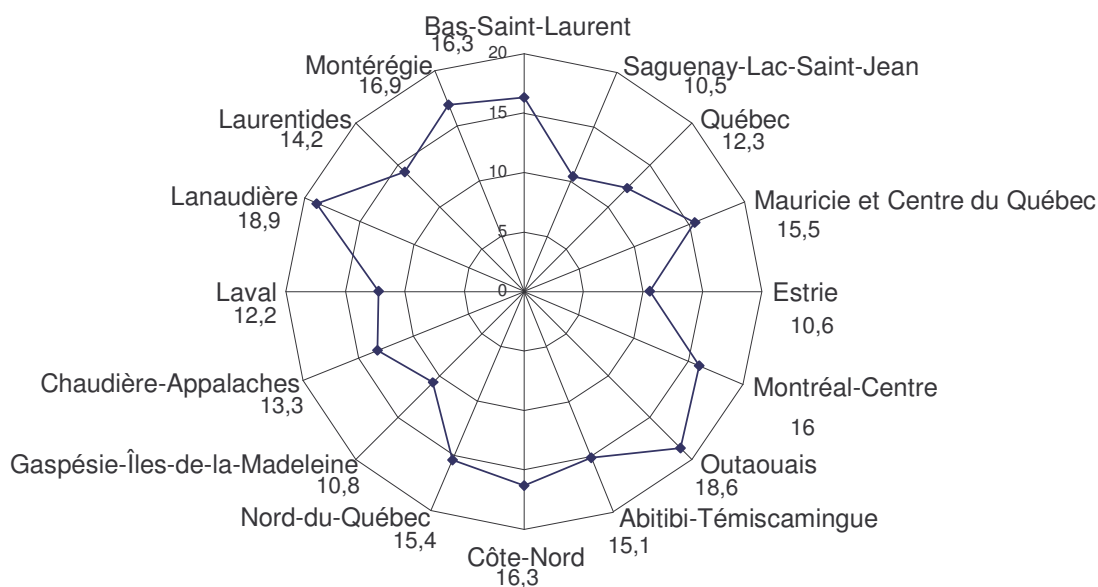
¹² La moyenne québécoise est toujours calculée en incluant les valeurs de la région décrite dans le calcul.

¹³ 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.

¹⁴ Le taux standard prend en considération l'effet de la structure d'âge et des effectifs par sexe.

¹⁵ Pour l'ensemble du portrait, les statistiques portent exclusivement sur la population vivant en ménage privé.

Taux standard d'incapacité en 1998



ISQ (2001) EQLA 1998.

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

Malheureusement, nous ne disposons pas d'informations statistiques à l'échelle régionale sur la prévalence de l'incapacité chez les enfants québécois. Par contre, à l'échelle du Québec, nous savons que le taux d'incapacité chez les 0-14 ans¹⁶ était de 8,6 % en 1998 (ISQ, 2001). Signalons que dans l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA) de 1991, Statistique Canada avait révélé un taux d'incapacité de 7,54 %. Cette progression de l'incapacité a été observée dans toutes les sous catégories d'âge soit les 0 à 4 ans, les 5 à 9 ans et les 10 à 14 ans. Par ailleurs, le taux d'incapacité chez les garçons est presque deux fois plus élevé que chez les filles (10,6 % versus 6,6 %). Chez les garçons, le taux d'incapacité est élevé pendant les premières années scolaires entre l'âge de 5 à 9 ans (11,3 %). Selon l'ISQ, les incapacités qui

¹⁶ 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.

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 et 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 révèle que les problèmes d'incapacité s'accroissent avec l'âge. En Outaouais, 16,5 % des personnes de 15 à 64 ans avaient un problème d'incapacité comparativement 44,9 % des 65 ans et plus. Par rapport à l'ensemble du Québec, la prévalence des incapacités est plus élevée chez les personnes de plus de 65 ans de l'Outaouais.

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

	Prévalence à l'intérieur du groupe d'âge %	Prévalence selon la gravité de l'incapacité	
		%	
Outaouais			
15-64 ans	16,5	Légère	10,4
		Modérée ou grave	6,1
65 ans et plus	44,9	Légère	17,0*
		Modérée ou grave	27,9
Le Québec			
15-64 ans	12,6	Légère	8,4
		Modérée ou grave	4,2
65 ans et plus	41,6	Légère	20,8
		Modérée ou grave	20,8
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence			
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement			
*** Coefficient de variation non calculé			
Source: Institut de la statistique du Québec, EQLA 1998			

À l'échelle québécoise, le taux d'incapacité augmente rapidement à partir de 55 ans, soit pendant les dernières années de la vie active (ISQ, 2001). D'autre part, la gravité¹⁷ de l'incapacité

¹⁷ Plus précisément, la notion de gravité réfère à ce qui suit : « L'échelle concernant les adultes tient compte à la fois de l'intensité d'une incapacité (totalement ou partiellement incapable) et de son étendue (le nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité aux questions de sélection principalement) » (ISQ, 2001 : 76). Les catégories grave et modérée ont été fusionnées pour des raisons de confidentialité.

croît aussi avec l'âge¹⁸. En Outaouais, les personnes de 15 à 64 ans sont plus concernées par des incapacités légères (10,4 %) que par des incapacités modérées ou graves (6,1 %). Quant aux personnes de 65 ans et plus, elles sont davantage concernées par des incapacités modérées ou graves (27,9 %) que des incapacités légères (17 %*). De plus, les personnes ayant plus de 65 ans sont proportionnellement moins sujettes à des incapacités légères mais plus sujettes à des incapacités modérées ou graves comparativement à l'ensemble du Québec (20,8 % dans les 2 cas. Voir le tableau 2.1).

À l'échelle québécoise, le taux d'incapacité chez les femmes est légèrement supérieur (16 %) à celui des hommes (14 %) (ISQ, 2001 : 78). Par ailleurs, les données de l'EQLA nous indiquent qu'il existe en Outaouais un clivage prononcé entre hommes et femmes quant à la gravité de l'incapacité. Les hommes sont plus nombreux (presque le double) à vivre avec une incapacité légère (65,2 %) alors que 34,8 % d'entre eux ont une incapacité modérée ou grave. Du côté des femmes, la tendance est à l'inverse. C'est 47,6 % des femmes qui ont une capacité légère tandis que plus de la moitié d'entre elles (52,4 %) ont une incapacité modérée ou grave (tableau 2.2). Par rapport à l'ensemble du Québec, les femmes de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreuses à vivre avec une incapacité modérée ou grave comparativement à l'ensemble de la province (52,4 % versus 41,1 %). Il est à noter que l'incapacité n'est pas nécessairement un état stable; elle peut évoluer avec le temps.

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

		Légère %	Modérée ou grave %	Total %
Homme	Outaouais	65,2	34,8	100
	Le Québec	63,4	36,6	100
Femme	Outaouais	47,6	52,4	100
	Le Québec	58,9	41,1	100

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

Bien qu'une personne puisse avoir plusieurs incapacités, l'EQLA révèle que 52,2 % de la population de plus de 15 ans avait une seule incapacité et que 28,6 % en avait deux. C'est

¹⁸ 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).

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'âge¹⁹ (tableau 2.3). Cette tendance est partagée par l'Outaouais avec une proportion de 48,8 % (comparativement à 49,3 % pour l'ensemble du Québec). Par contre, la prévalence des incapacités liées à la communication (audition, vision et parole) est bien moindre en Outaouais (10,5 %*) que dans l'ensemble du Québec (14,5 %). Quant aux problèmes de santé mentale et de déficience intellectuelle (catégorie « psychisme seul » du tableau 2.3), ils touchaient 7,8 % des Québécois avec incapacité.

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

	Communication seule %	Motricité seule %	Psychisme seul %	Limitations multiples %	Total %
Outaouais	10,5*	48,8	12,0*	28,7	100
Le Québec	14,5	49,3	7,8	28,5	100

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

Il s'avère important de se questionner sur l'origine des problèmes de santé ayant causé l'incapacité. Au Québec, pour plus de 85 % des cas, l'incapacité arrive à l'âge adulte, plus particulièrement entre 15 et 54 ans (ISQ, 2001 :105). Par conséquent, les problèmes d'incapacité dont l'origine remonte à la naissance sont plutôt marginaux à l'intérieur de la catégorie regroupant la naissance, la maladie²⁰ et le vieillissement (tableau 2.4). En Outaouais, 49 % 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 autres origines de problèmes de santé physique sont toutes légèrement sur représentées en Outaouais, particulièrement les origines liées au travail (19,7 %*).

¹⁹ 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).

²⁰ Signalons que les maladies sont souvent responsables des incapacités liées à la vision et à l'agilité, à l'audition et à la mobilité (Idem.)

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

	Naissance, maladie ou vieillissement %	Liée au travail %	Accident à la maison ou ailleurs %	Autres causes %	Total %
Outaouais	49,2	19,7*	23,5*	7,6**	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	Outaouais	29,2	27,4*	24,8*	15,0*
	Le Québec	28,8	30,9	22,7	14,9
Sans incapacité	Outaouais	13,1	33,9	27,3	24,0
	Le Québec	14,3	32,4	29,2	22,3

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

Par rapport à l'ensemble du Québec, nous retrouvons en Outaouais une part inférieure de personnes avec incapacité à avoir entre 10 à 12 années de scolarité (27,4 %* versus 30,9 %). Près du tiers de la population de l'Outaouais ayant une incapacité a moins de 9 ans de scolarité comparativement à 13,1 % de la population sans incapacité.

Le niveau de scolarité a une influence certaine sur la nature de l'emploi occupé et, par conséquent, sur le niveau du revenu personnel. Les données du recensement de 1996 nous indiquent que le revenu moyen personnel des personnes avec ou sans incapacité était plus élevé en Outaouais que la moyenne québécoise (particulièrement chez les femmes), traduisant ainsi un avantage économique notoire. Selon le tableau 2.6, en Outaouais, les hommes ayant une incapacité gagnaient un revenu personnel moyen de 18 014 \$ alors qu'en moyenne les Québécois de même condition gagnaient 17 758 \$. Par ailleurs, le revenu moyen des femmes avec incapacité en Outaouais (13 978 \$) était plus élevé que la moyenne québécoise (12 696 \$). Par ailleurs, bien patent est l'écart de la situation économique observé en Outaouais lorsque nous comparons le revenu des personnes avec et sans incapacité. Dans la région, le revenu moyen des hommes avec incapacité était de 12 368 \$ inférieur à celui des hommes sans incapacité.

En ce qui a trait aux statistiques de 1998, elles nous révèlent que la population adulte avec incapacité se trouve majoritairement à l'intérieur des catégories de faible revenu personnel (moins de 19 999\$). Au Québec, près de 55 % des personnes ayant une incapacité gagnent moins de 19 999 \$. Cette proportion est moindre en Outaouais (tableau 2.6). Bien que la catégorie des revenus supérieurs à 40 000 \$ ne soit pas statistiquement significative chez les personnes ayant une incapacité, les personnes sans incapacité de l'Outaouais sont proportionnellement plus nombreuses dans cette catégorie que la moyenne québécoise. Par ailleurs, est-ce qu'une économie régionale prospère peut contribuer à l'amélioration du revenu personnel ? A cet égard, l'indice de disparités régionales (chapitre 1, tableau 1.6) révèle que la situation économique de l'Outaouais a connu un recul entre 1989 et 2001 (c'est-à-dire dans les années suivant l'administration de l'EQLA par l'ISQ).

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)

Revenu moyen personnel (1996)								
		Homme	Femme					
		\$	\$					
Avec incapacité	Outaouais	18 014	13 978					
	Le Québec	17 758	12 696					
Sans incapacité	Outaouais	30 382	21 419					
	Le Québec	29 533	18 379					
Catégories de revenu personnel (1998)								
		Moins de 11 999 \$ %	12 000 à 19 999\$ %	20 000 à 29 999 \$ %	30 000 à 39 999\$ %	40 000\$ et plus %	Non disponible %	Total %
Avec incapacité	Outaouais	31,7	19,5*	15,4*	10,6**	12,2*	10,6	100
	Le Québec	33,2	22,7	14,3	9,3	9,7	10,8	100
Sans incapacité	Outaouais	20,9	14,2	16,4	15,4	21,9	11,2	100
	Le Québec	26,2	15,3	17,6	13,1	19,0	8,8	100
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence								
**Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement								
*** Coefficient de variation non calculé								
Source: Institut de la statistique du Québec, EQLA et ESS 1998								

Une des explications du désavantage économique des personnes handicapées peut se trouver dans la composition du revenu (tableau 2.7). Cependant, en Outaouais, les transferts gouvernementaux (assurance-emploi, allocations sociales, etc.) représentaient 47,4 % du revenu total des personnes avec incapacité en 1996, une proportion plus basse que celle du Québec (51,7 %). La part du revenu d'emploi chez les personnes avec incapacité en Outaouais était plus élevée que celle de l'ensemble de la province (37,7 % versus 29,3 %). La situation est logiquement encore meilleure pour la catégorie des personnes sans incapacité (81 %). La part tirées des autres revenus, comprenant notamment les allocations de la CSST et de la SAAQ, était moindre en Outaouais (14,9 % versus 19 % au Québec). À cet égard, le lien avec notre observation sur l'origine de l'incapacité du tableau 2.4, où le travail est davantage en cause, ne peut être que très indirect.

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
	%	%	%	%	%	%
Outaouais	37,7	81,0	47,4	11,6	14,9	7,4
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 nous indique que parmi la population ayant une incapacité en Outaouais, 43,7 % d'entre eux se percevaient dans une situation financière suffisante. Par ailleurs, plus du tiers, 35,6 % se percevaient pauvres, comparativement à 17,1 % de la population sans incapacité de la région. (Les autres statistiques sont non significatives.)

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	Outaouais	9,6**	43,7	35,6	8,9**	2,2***	100
	Le Québec	11,8	48,1	29,9	7,0	3,2***	100
Sans incapacité	Outaouais	22,8	53,2	17,1	3,0*	3,9***	100
	Le Québec	19,2	55,1	19,0	2,8	3,8***	100

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

Des facteurs tel que l'âge de la personne, la gravité de l'incapacité et la situation économique personnelle, quand ils sont combinés avec le fait de vivre seul, prédisent l'autonomie personnelle ou l'état de vulnérabilité. Un jeune individu avec une incapacité légère et une situation financière relativement aisée, aura une vie sociale autonome même s'il vit seul. Selon les données du recensement de 1996, la proportion des Québécois de 0 à 64 ans avec incapacité et vivant seul dans un ménage privé était deux fois et demie plus forte (20,4 %) que celle des personnes sans incapacité (8,0 %). En Outaouais, les proportions calculées sont plus faibles que les moyennes québécoises (15,5 % et 6,5 %) (tableau 2.9). Chez les 65 ans et plus, les données nous révèlent qu'une partie importante de la population québécoise, avec ou sans incapacité, vivait seule (32,0 % et 29,1 %). Dans la région de l'Outaouais, les proportions calculées sont à

nouveau inférieures aux moyennes québécoises, soit respectivement 28,3 % et 28,7 %. 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 %
Outaouais	15,5	6,5	28,3	28,7
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 parenté²¹). Nous constatons que parmi les personnes avec incapacité en Outaouais, la proportion qui obtient un soutien social élevé est presque équivalente (70,4 %) à la proportion pour l'ensemble du Québec (69,9 %). Les personnes sans incapacité ont un réseau social plus développé. En général, ces personnes sont en plus grande proportion à bénéficier d'un soutien social élevé, tant dans la région que dans l'ensemble du Québec.

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	Outaouais	26,7	70,4	3,0***	100
	Le Québec	25,9	69,9	4,2***	100
Sans incapacité	Outaouais	19,1	77,9	3,0***	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

²¹ 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 emploi²².

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	Outaouais	33,6	17,9*	27,6	16,4*	4,5***	100
	Le Québec	27,8	19,3	33,0	14,1	6,0***	100
Sans incapacité	Outaouais	59,5	12,8	8,9	4,1*	14,7***	100
	Le Québec	58,1	13,3	10,3	3,5	14,9***	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>							

Nous constatons qu'une part importante de la population ayant une incapacité, tant au Québec qu'en Outaouais, était inactive en 1998. En Outaouais, 27,6 % des personnes avec incapacité étaient à la retraite. Ajoutons à ce propos qu'une fraction additionnelle notable tenait

²² Pour des raisons de confidentialité la catégorie « étudiant » a été regroupée avec celle des « autres réponses ».

maison. En Outaouais, 17,9 %* des personnes avec incapacité « tenaient maison », comparativement à 19,3 % au Québec. Par conséquent, une part importante des personnes avec incapacité ne serait pas directement concernée par la dynamique du marché du travail. Pour celles-ci, les entraves à l'intégration sociale s'effectuent surtout dans la vie quotidienne ou dans celle de la consommation des biens et des services.

Si nous examinons plus précisément la population québécoise de 15 à 64 ans, nous constatons qu'elle est composée d'étudiants et de personnes appartenant à la population active (ISQ, 2001 : 152)²³. Cependant, 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 handicapées (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)²⁴.

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)²⁵. Les hommes handicapés sont en proportion plus nombreux (33,8 %) que les femmes handicapées (23 %) (Idem). L'écart entre les personnes avec et sans incapacité est moindre dans la catégorie d'âge des 15 à 34 ans (42,3 % versus 51,4 %) que dans la catégorie d'âge des 35 à 54 ans (50,2 % versus 81,1 %) (Idem). Ces différences nous amènent à suggérer un effet de structures intergénérationnelles. Autrement dit, la jeune génération des personnes handicapées (celle qui a moins de 30 ans) a peut-être davantage bénéficié des politiques québécoises favorables à leur insertion sociale et à leur intégration scolaire. Nous sommes aussi amenés à nous référer au contexte économique régional pour comprendre la dynamique de l'insertion au travail des personnes ayant une incapacité. À l'échelle de l'Outaouais, la proportion des personnes ayant une incapacité et qui sont en emploi était de 33,6 % alors que la proportion calculée pour l'ensemble du Québec était de 27,8 %. Par contre, la proportion des personnes

²³ Ces données ne sont pas présentées sous forme de tableau dans le présent chapitre.

²⁴ 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.

²⁵ Ces données ne sont pas présentées sous forme de tableau dans le présent chapitre.

ayant une incapacité et qui sont sans emploi était plus forte (16,4 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (14,1 %).

Afin de mesurer les conséquences sociales de l'incapacité, l'ISQ a construit un indice synthétique du désavantage social. L'indice prend en considération « les désavantages d'indépendance physique ou de mobilité de même que ceux liés à l'occupation principale et à d'autres activités, tels les loisirs et les sports » (ISQ, 2001 : 123). Il comporte les catégories suivantes : dépendance forte et modérée, dépendance légère, limitation dans l'activité principale et limitation dans les autres activités sans désavantage²⁶. 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).

Dans les données du tableau 2.12, une proportion plus faible de personnes en Outaouais vit sans désavantage, comparativement à l'ensemble du Québec (13,5 % versus 20,2 %). Pour les autres catégories, les écarts entre la région et le Québec sont moindres, à l'exception de la proportion de personnes ayant une limitation au niveau de l'activité principale qui est de 32,6 %* versus 25,7 % au Québec. 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).

²⁶ 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 (dépendances forte et modérée regroupées) parmi la population de 15 ans et plus avec incapacité (1998)

	Dépendance forte ou modérée %	Dépendance légère %	Limitation activité principale %	Limitation autres activités %	Sans désavantage %	Total %
Outaouais	22,3	21,4	32,6	10,2*	13,5*	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 techniques²⁷. 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, de la parole, de la mobilité, de l'agilité, mais aussi des adaptations et des installations aménagées à l'intérieur du logement ou d'un véhicule et des 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.

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,

²⁷ 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).

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

À l'échelle du Québec et par ordre d'importance décroissant, les aides à l'audition étaient les plus utilisées (8,9 %) par la population avec incapacité, suivies des aides à la vision (8,8 %), des aides à la mobilité (8,5 %) puis de l'aménagement du domicile (5,1 %), et enfin, des services de soins personnels (4,1 %) (ISQ, 2001 : 187). Précisons qu'au sein de la population utilisant une aide à la mobilité, les aides les plus utilisées étaient la canne (68,1 %), le fauteuil roulant manuel (29,7 %), la marchette (24 %) et les appareils orthopédiques pour le dos et les jambes (17,3* %) (Idem.). Au sein de la population utilisant des aménagements pour entrer ou sortir de la maison (soit 2,4 % de la population avec incapacité), les aménagements spéciaux les plus fréquemment mentionnés étaient la rampe d'accès ou d'entrée au niveau du sol (80 %), une porte d'entrée ou un couloir élargi (49,3 %), une porte automatique (45,2 %) et un stationnement accessible (43,8* %), alors qu'à l'intérieur du logement, la barre d'appui ou la main courante constituaient les aménagements les plus communs (88,3%) (ISQ, 2001 : 196-199). De façon plus générale, ce sont les installations de la salle de bain (baignoire et douche) que les personnes avec incapacité signalent le plus fréquemment (7,1 %) comme étant les plus difficiles à utiliser s'il n'y a pas d'aides ou d'aménagements spéciaux (ISQ, 2001 : 199).

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

davantage de plusieurs aides techniques (39,1 % en utilisent deux ou trois, et 23,1 % se servent de quatre ou plus) (ISQ, 2001 : 174.)

En Outaouais (tableau 2.13), la proportion de personnes ayant une incapacité légère qui n'utilisaient pas d'aides techniques était sensiblement la même à l'échelle québécoise (79,5 % et 80,8 %). L'écart se creuse quand il s'agit des personnes ayant une incapacité modérée ou grave. Pour expliquer cet écart, il faudrait tenir compte du fait que l'utilisation des aides techniques croît avec la gravité de l'incapacité (voir le tableau 2.1)

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

		Aucune %	Au moins une %
Outaouais	Légère	79,5	20,5*
	Modérée ou grave	49,5	50,5
Le Québec	Légère	80,8	18,9
	Modérée ou grave	51,5	48,1

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

À l'échelle du Québec, les besoins non comblés en aides techniques sont plus grands chez les personnes ayant une incapacité grave (23,4 %) que 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). En Outaouais, outre les besoins concernant les grandes catégories d'aides techniques déjà mentionnées, 85,6 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité n'avaient pas de besoins d'aides techniques supplémentaires. Pour le Québec, cette proportion est plus élevée et s'établit à 91,9 %.

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

	Oui %	Non %
Outaouais	14,4*	85,6
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 un plus grand chez les personnes de 65 ans ou plus (64,4 %) que le dans le groupe des 15 à 64 ans (41,4 %). En ce qui a trait à 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 et plus (34,9 %) (ISQ, 2001 : 211).

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

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

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

À l'échelle de la région de l'Outaouais, en ce qui concerne l'aide reçue pour la réalisation des travaux ménagers courants (ex : épousseter et ranger), ce sont 53,7 % des personnes avec incapacité qui requièrent de l'aide au moins une fois par semaine (tableau 2.15). Il s'agit d'une proportion inférieure à celle calculée pour l'ensemble du Québec (60,6 %).

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

	Tous les jours %	Au moins 1 fois par semaine %	NSP %	Total %
Outaouais	46,3*	53,7	0,0	100
Le Québec	36,8	60,6	2,6	100

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

En Outaouais, les personnes ayant une incapacité légère sont proportionnellement moins nombreuses (37,7 %) à faire seules leur ménage courant que la moyenne des Québécois de même condition (54,2 %) (tableau 2.16). Lorsqu'une personne a une incapacité modérée ou grave, la « dépendance » envers les autres s'accroît pour la réalisation de cette tâche, que la personne y participe elle-même ou non. À nouveau, une moins forte proportion de la population de l'Outaouais ayant une incapacité modérée ou grave (32,3 %) réussit à faire seule son ménage comparativement à celle de l'ensemble du Québec (37 %). Bref, les personnes de l'Outaouais sont en proportion moins autonomes pour réaliser leur ménage courant.

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	Outaouais	37,7	35,2	27,0	-	100
	Le Québec	54,2	27,6	18,1	0,2	100
Incapacité modérée ou grave	Outaouais	32,3	33,3	34,4	-	100
	Le Québec	37,0	26,5	36,3	0,1	100

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

Au sein de la population ayant une incapacité en Outaouais, 35 %* des personnes, soit la même proportion pour le Québec, avaient des besoins non comblés pour la réalisation de tâches domestiques (tableau 2.17). Il s'agit des personnes qui ont besoin d'une aide additionnelle ou qui n'ont pas reçu d'aide à réaliser au moins une tâche domestique. 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	Outaouais	35,2*
	Le Québec	35,1

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

Finalement, le tableau 2.18 indique que les besoins d'aide totale, regroupant l'aide personnelle, les tâches domestiques et les gros travaux ménagers, en Outaouais (50,3 % des personnes) étaient comparables aux besoins exprimés pour l'ensemble du Québec (49,5 %). Rappelons qu'à l'échelle québécoise, on peut considérer que les personnes les plus pauvres, de même que celles qui ont une incapacité modérée ou grave, étaient plus nombreuses à solliciter de « l'aide totale ».

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

		Oui %
Besoins d'aide total	Outaouais	50,3
	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 pour l'Outaouais nous révèlent que la proportion des personnes qui n'ont pas de limitation à quitter la demeure était légèrement inférieure (85,6 %) que la proportion calculée pour l'ensemble du Québec (86,1 %). Comparativement à la moyenne québécoise, une plus grande part des personnes handicapées résidant en Outaouais était active sur le marché du travail.

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

	Limitation à quitter la demeure ou confiné %	Aucune limitation à quitter la demeure %	NSP %	Total %
Outaouais	13,4*	85,6	0,9***	100
Le Québec	12,8	86,1	1,1***	100

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

La nature et la gravité de l'incapacité, ainsi que la longueur des trajets à effectuer, ont des effets sur les modes et les services de transport utilisés. Certes, l'organisation du territoire, notamment la distribution de la population et des activités dans l'espace, influe également sur la mobilité des personnes. En Outaouais, la proportion de personnes avec incapacité qui conduisent un véhicule individuel pour assurer les déplacements au travail est plus élevée que celle du Québec (tableau 2.20). Selon des données du recensement compilées par l'OPHQ, 69,2 % de la population avec incapacité de l'Outaouais conduisaient un véhicule individuel pour se rendre au travail, comparativement à 73,8 % des personnes sans incapacité. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle calculée pour l'ensemble des personnes handicapées du Québec (65,9 %). Par ailleurs, 10 % des personnes handicapées de l'Outaouais affirmaient se déplacer à titre de passager à bord d'un véhicule individuel versus 12,7 % d'entre eux qui optaient pour le transport collectif ou le taxi.

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
	%	%	%	%	%	%
Outaouais	69,2	73,8	10,0	9,8	12,7	9,8
Le Québec	65,9 ²	73,4	7,6 ²	5,9	15,6 ²	11,8
¹ L'erreur d'échantillonnage se situe entre 16,3 % et 33,3 %. Il convient que cette donnée soit utilisée avec prudence.						
² L'erreur d'échantillonnage est supérieure à 33,3 %. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.						
N/a Information non disponible.						
Source: Statistique Canada, Recensement de la population 1996. Compilation de l'OPHQ, novembre 2001.						

Les statistiques de l'EQLA nous révèlent, l'importance du véhicule individuel pour assurer tous les déplacements de la population de l'Outaouais (tableau 2.21). Malgré la gravité de leur incapacité, 66,3 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave conduisaient un véhicule individuel en 1998 comparativement à 44,1 % des personnes au Québec de même condition. La proportion était nécessairement plus forte chez les personnes ayant une incapacité légère (73 %). Par rapport à l'ensemble du Québec, les proportions calculées pour l'Outaouais sont encore une fois bien supérieures.

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

		Oui %
Incapacité légère	Outaouais	73,0
	Le Québec	63,0
Incapacité modérée ou grave	Outaouais	66,3
	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).

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	Outaouais	13,6*
	Le Québec	12,0
Besoins d'accompagnement pour les courts trajets	Outaouais	13,9*
	Le Québec	11,8
Besoins d'accompagnement pour les longs trajets	Outaouais	13,4*
	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 des longs trajets que celle pour des courts trajets (14,5 % versus 11,8 %)²⁸.

²⁸ Les courts trajets sont des déplacements de moins 80 km alors que les longs trajets sont supérieurs à 80 km.

Par ailleurs, nous constatons que l'incapacité à faire de longs trajets est liée à la gravité de l'handicap (tableau 2.23). À l'échelle du Québec, 6,7 % des personnes ayant une incapacité légère ne peuvent effectuer de longs trajets, alors que la proportion est de 27,5 % chez celles ayant une incapacité modérée ou grave. Le problème est moins aigu en Outaouais en ce qui concerne les personnes ayant des incapacités modérée ou grave. 20,4 % d'entre eux ne pouvait effectuer de longs trajets comparativement à 27,5 % pour l'ensemble du Québec.

De façon générale, les femmes et les personnes de plus 65 ans sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas pouvoir effectuer de longs trajets.

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

		Oui %
Incapacité légère	Outaouais	8,2**
	Le Québec	6,7
Incapacité modérée ou grave	Outaouais	20,4*
	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

Dans la partie B, nous avons décrit le problème de la sous-scolarisation relative aux adultes ayant des incapacités²⁹. 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,

²⁹ 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.

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

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

Les données administratives du ministère de l'Éducation de 2001-2002 nous indiquent que la population des élèves de l'Outaouais était composée de la même proportion d'enfants handicapés dans les écoles primaires que secondaires, soit 1,7 % (tableau 2.24).

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

	Primaire %	Secondaire %
Outaouais	1,7	1,7
Le Québec	1,6	1,6

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

En Outaouais, les proportions d'élèves ayant des troubles de déficience intellectuelle (29,4 %) ou des troubles de mobilité (26,9 %) étaient plus fortes que celles observées dans l'ensemble du Québec, soit respectivement 27,9 % et 21,2 % (tableau 2.25).

³⁰ Mentionnons aussi que seulement 32 % des enfants québécois ayant une incapacité avaient reçu une évaluation de leurs besoins scolaires par un professionnel. Le psychologue ou psychiatre était le professionnel le plus fréquemment consulté (68,7%) suivi de l'orthopédagogue (33,8 %) (Idem.).

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

	Intellectuelle	Mobilité ²	Communication ³	Développement ⁴	Autres ⁵
	%	%	%	%	%
Outaouais	29,4	26,9	25,8	11,9	6,0
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.					
² Ce groupe comprend les catégories suivantes : motrice légère ou organique, motrice grave.					
³ Ce groupe comprend les catégories suivantes : visuelles, auditives et langagières.					
⁴ Ce groupe comprend les catégories suivantes : troubles envahissants du développement, troubles relevant de la psychopathologie.					
⁵ 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. Les données du ministère de l'Éducation nous révèlent toutefois certaines nuances au niveau de l'organisation scolaire en Outaouais (tableau 2.26). En 2001-2002, les enfants du primaire étaient davantage regroupés dans des classes régulières (48,2 %) ou des classes spéciales (51,8 %). Pour sa part, l'école spéciale n'est pas fréquentée. On retrouve relativement la même tendance au secondaire où les élèves cheminaient surtout dans des classes régulières (39,6 %) et à l'intérieur de classes spéciales (60,4 %). À l'échelle du Québec, l'organisation scolaire était différente : il y a un plus grand recours à l'école spéciale et le passage au secondaire se traduit par le passage de la classe régulière à la classe spéciale ou à l'école spéciale.

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

		Répartition par type de classe (%)		
		Classe régulière	Classe spéciale	École spéciale
Outaouais	Primaire	48,2	51,8	0,0
	Secondaire	39,6	60,4	0,0
Le Québec	Primaire	43,1	39,1	17,8
	Secondaire	24,4	45,5	30,1
Source : OPHQ (2002), Compilation des données sur les effectifs scolaires et les élèves handicapés des niveaux préscolaire, primaire et secondaire (2000-2001 et 2001-2002) du ministère de l'Éducation.				

Chez les jeunes adultes, 77,6 % personnes entre 15 et 34 ans fréquentaient des institutions scolaires. 72,2 % d'entre eux étaient inscrites à temps plein et le tiers fréquentaient l'école secondaire en 1988 (ISQ, 2001 : 262). Les statistiques du recensement canadien de 1996 rapportaient que seulement 50,7 % des Québécois de 15 à 24 ans ayant une incapacité fréquentaient des institutions d'enseignement à temps plein. En Outaouais, la proportion des jeunes avec incapacité aux études à temps plein était de 48,1 % alors que celle à temps partiel était de 6,8 %. Bref, nous retrouvons relativement moins de jeunes adultes à l'intérieur des institutions d'enseignement dans la région que dans l'ensemble du Québec. Cette situation s'expliquerait-elle par des conditions économiques régionales favorables à l'insertion des jeunes handicapées sur le marché du travail ³¹ ? C'est une hypothèse valable.

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		Fréquent à temps plein		Fréquent à temps partiel	
	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	%	%	%	%	%
Outaouais	45,1	35,3	48,1	57,9	6,8 ¹	6,8
Le Québec	42,5	30,6	50,7	63,3	6,9	6,1

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

² 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

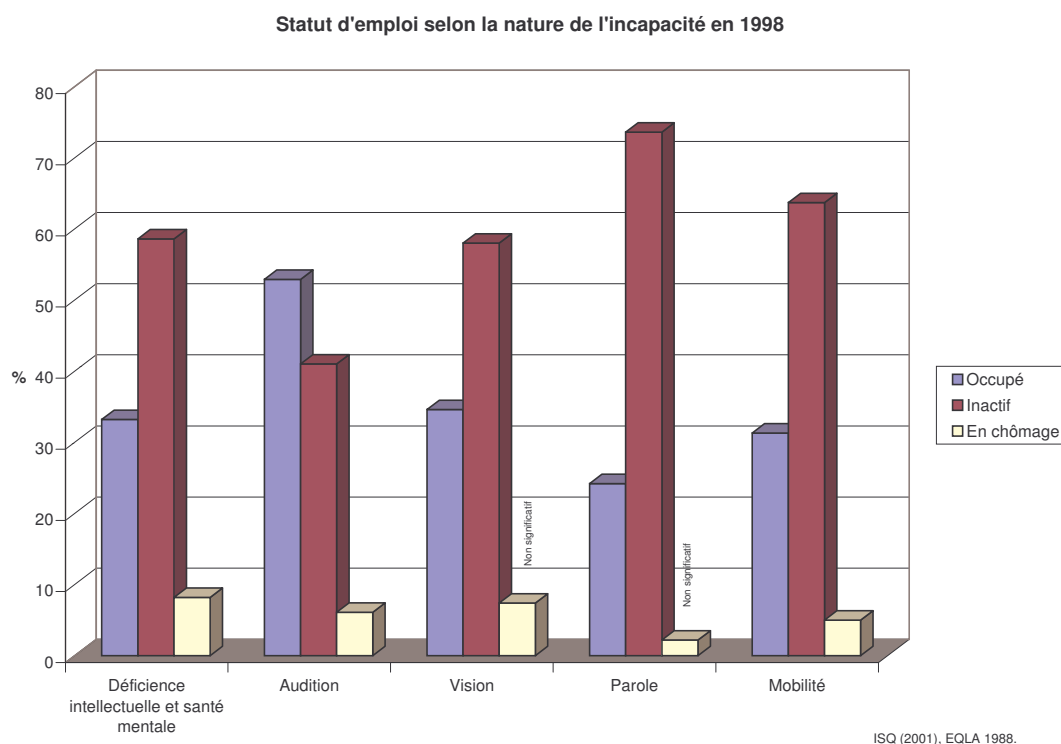
³¹ L'un des numéros de Stat Flash de l'OPHQ (1999) fait état d'une étude réalisée par le MEQ sur l'insertion sociale et l'intégration professionnelle des jeunes handicapés inscrits à l'école secondaire en 1994-1995. Parmi les jeunes qui travaillaient après l'abandon des études, plus de 50 % occupaient un emploi d'ouvrier non qualifié dans le secteur industriel.

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). Signalons également que les hommes (47,5 %) travaillaient davantage que les femmes (38,3 %) et que les personnes ayant moins de neuf ans de scolarité étaient majoritairement inactives (73,9%) (Idem.).

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

Figure 2.2
Statut d'emploi selon la nature des incapacités



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

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

À l'échelle régionale, 33,6 % des personnes avec incapacité occupaient un emploi en 1998 en Outaouais (tableau 2.11), soit 6 points de pourcentage au-dessus de la moyenne québécoise. Parmi les personnes inactives âgées entre 15 et 64 ans, certaines se percevaient totalement incapables d'intégrer le marché du travail, d'autres se considéraient limitées quant au genre et la quantité de travail à réaliser et, finalement, certaines se disaient capables de travailler sans limitations. Selon le tableau 2.28, il s'avère que 60,3 % des personnes inactives en Outaouais se percevaient totalement incapables de travailler en raison de leur état de santé. Cette proportion est plus élevée que celle calculée pour l'ensemble du Québec (53,7 %). De plus, en Outaouais, une plus petite proportion de personnes avec incapacité se considéraient « capables de travailler » comparativement au reste du Québec. À cet égard, 24,7 %* des personnes inactives se croyaient aptes à travailler comparativement à 28,1 % dans l'ensemble du Québec.

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

	Totalement incapable de travailler %	Limitée dans le travail %	Capable de travailler %	Total %
Outaouais	60,3	15,1**	24,7*	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 âgées de 15 à 34 ans ayant une incapacité se considéraient capables de travailler sans limitation alors que la proportion était seulement de 20,2 % chez les 35 à 54 ans et de 26,6 % chez les 54 à 64 ans (ISQ, 2001 : 291).

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

Bien entendu, l'insertion professionnelle des personnes handicapées est facilitée grâce aux diverses interventions gouvernementales en matière d'emploi. Pour la période d'avril 2001 à mars 2002, 596 participations de personnes handicapées résidant en Outaouais ont été comptabilisées dans quatre groupes de mesures d'Emploi-Québec (tableau 2.29). Les plus courues de ces mesures ont été « l'axe de préparation à l'emploi » (35,1 %) ainsi que « les autres axes » (53,2 %). 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. La proportion des personnes handicapées participant à un contrat d'intégration au travail (CIT) est moindre (16,1 %) que celle observée dans l'ensemble du Québec (23,7 %).

Tableau 2.29 Nombre de participants¹ aux mesures et services d'Emploi-Québec (parmi les personnes considérées handicapées selon le ministère), 1er avril 2001 au 31 mars 2002

	Axe de préparation pour l'emploi ²		Axe d'insertion en emploi ³		Autres axes ⁴		Contrat d'intégration au travail		Total	Part des participants sur l'ensemble de personnes «avec contrainte sévère» ⁵ (mars 2002)
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Outaouais	209	35,1	52	8,7	317	53,2	96	16,1	596	11,2%
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 physiques³² que les personnes les plus âgées. La pratique d'activités physiques ou de loisirs ne s'explique pas seulement par des facteurs psycho-physiologiques mais aussi par des déterminants socio-économiques. Les individus plus scolarisés ou ayant des revenus élevés ont un taux de pratique de loisirs supérieur aux personnes moins bien positionnées socialement.

En Outaouais, 78 % des personnes avec incapacité légère pratiquaient des activités physiques (tableau 2.30). Il s'agit d'une proportion plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec (75,8 %). Chez les personnes avec une incapacité modérée ou grave, la

³² 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)

pratique d'activités physiques est réduite à une personne sur deux. Par contre, la participation en Outaouais demeure supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec (46,8 %).

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

		Pratique d'activités physiques %	Pratique d'activités de loisirs %
Incapacité légère	Outaouais	78,0	79,5
	Le Québec	75,8	78,1
Incapacité modérée ou grave	Outaouais	55,9	72,0
	Le Québec	46,8	62,5
<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 1998</small>			

Comparativement aux sports, la pratique d'activités de loisirs autres que les activités physiques³³ (cinéma, jeux de cartes, etc.) est généralement plus accessible aux personnes ayant une incapacité. En Outaouais, nous observons une participation légèrement plus élevée des personnes ayant une incapacité légère aux activités de loisirs (79,5 %, tableau 2.30) et cette proportion demeure plus grande que celle calculée à l'échelle québécoise (78,1 %). De même, la population de l'Outaouais ayant une incapacité modérée ou grave s'adonne davantage aux activités de loisirs (72 %) qu'aux activités physiques (55,9 %).

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 de l'Outaouais avec incapacité légère est proportionnellement plus nombreuse à souhaiter faire davantage d'activités physiques ou de

³³ 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 ».

loisirs que ne l'est la moyenne des Québécois de même condition (tableau 2.31). À cet égard, ses pratiques étaient plus élevées que celles observées dans l'ensemble du Québec. Est-ce que le désir d'augmenter la pratique d'activités physiques ou de loisirs témoigne d'une insatisfaction face à la pratique actuelle ? Si oui, il eut été intéressant de connaître la nature des obstacles qui rendent la pratique insatisfaisante. Par ailleurs, si l'on observe les personnes ayant une incapacité modérée ou grave, on constate des écarts régionaux moindres.

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	Outaouais	58,2	45,1
	Le Québec	49,2	37,3
Incapacité modérée ou grave	Outaouais	69,9	51,6
	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 STATISTIQUES RÉGIONALES SUR LA POPULATION AYANT DES INCAPACITÉS

Ce portrait exhaustif sur l'incapacité dans la région de l'Outaouais traduit un profil fort divergent des tendances reflétées pour l'ensemble du Québec. D'emblée, l'Outaouais a un taux imposant d'incapacité et se classe deuxième au Québec, après Lanaudière, avec la proportion la plus élevée. Le taux standard d'incapacité pour l'Outaouais s'établissait à 18,6 % en 1998 alors qu'au Québec, le taux était de 15,2 %. On y retrouve aussi plus d'individus, jeunes ou âgés, avec une incapacité modérée ou grave. En revanche, on y compte beaucoup moins d'utilisateurs d'aides techniques, tant chez les personnes avec incapacité légère que modérée ou grave. Les particularités observées concernent aussi les origines et la nature des incapacités.

Sur le plan socio-professionnel, l'Outaouais se démarque notamment par les niveaux de scolarité et de revenu. La moyenne du revenu d'emploi parmi la population avec incapacité est de loin supérieure à l'ensemble du Québec. Cela peut avoir eu des ramifications positives sur le taux, plus élevé, d'aide quotidienne reçue pour les travaux ménagers, par rapport à l'ensemble de la province. Les données régionales pour l'Outaouais traduisent un bien-être financier par rapport au Québec tant chez les femmes que chez les hommes ainsi qu'un plus haut taux d'emploi chez les personnes ayant des incapacités. Paradoxalement, 35,6 % des outaouais perçoivent leur situation économique comme étant pauvre. L'insertion en emploi des personnes handicapées s'avère, en réalité, contrastée : en effet, si l'on considère le statut d'activité des personnes avec incapacité, la situation régionale est favorable; mais si l'on se réfère à la capacité de travailler de la population actuellement inactive, on constate qu'une portion assez importante s'en dit incapable.

Sur le plan de la participation sociale en général, et des besoins de services en particulier, les données pour l'Outaouais suscitent relativement plus d'optimisme par rapport à l'ensemble du Québec. Ainsi, bien qu'il y ait relativement plus de besoins d'aides techniques (à interpréter avec prudence en raison du coefficient de variation), la situation générale paraît favorable pour la région. De même, le transport individuel reflète une plus grande mobilité que pour le reste du Québec. La pratique d'activités physiques et de loisirs ainsi que le désir de faire davantage des activités reflètent également une conjoncture plus favorable que dans l'ensemble de la province. Au niveau de la scolarisation, près de la moitié des élèves handicapés sont intégrés à des classes régulières au primaire, un chiffre bien plus élevé que celui de l'ensemble de la province. Quant à la situation des élèves plus vieux (de 15 à 24 ans) dont la fréquentation scolaire est relativement faible, elle nous encourage à mieux connaître ce qui se fait en terme de transition école-travail dans la région.

En somme, le portrait de l'Outaouais reflète un clivage prononcé par rapport au reste du Québec. Même s'il compte un des plus hauts taux de personnes ayant des incapacités de la province, la situation est globalement contrastée, tant sur le plan sociodémographique que sur celui de la participation sociale et des besoins de services comblés ou non.

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 p.

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 p.

Chapitre 3

Portrait de l'offre de services dans l'Outaouais

AVANT-PROPOS

L'offre de services de santé et de services sociaux dans l'Outaouais, pour l'ensemble de la population, se répartie entre 17 établissements publics³⁴, 176 organismes en économie sociale³⁵ et au moins 108 entreprises privées en santé³⁶. L'organisation des services publics de santé et des services sociaux de l'Outaouais est divisée en six territoires socio-sanitaires, lesquels correspondent aux territoires de desserte des CLSC de la région. Il s'agit des territoires de Grande Rivière Hull, de Gatineau, de Pontiac, des Collines, des Forestiers et Vallée de la Lièvre/Petite-Nation.

La plupart des services régionaux de l'Outaouais sont concentrés à Gatineau. La proximité de l'Outaouais avec l'Ontario, ajoutée à une absence historique de ressources, a créé une habitude de consommation de services médicaux et sociaux dans la province voisine. Ainsi, en 1983, les citoyens de l'Outaouais consommaient pour plus ou moins 110 millions \$ soit l'équivalent de 429 lits (RRSSSO, 1998). Cette situation a perduré durant des années et a incité, en 1999, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais (RRSSSO) à investir pour rapatrier les clientèles outaouaises consommant en Ontario. Après deux phases successives de rapatriement, les montants d'argent consommés hors Québec en Outaouais sont passés de 110 millions \$ à moins de 40 millions \$. Une troisième phase de rapatriement est en cours. L'objectif du rapatriement des services est de consolider l'offre de services en Outaouais, d'augmenter les infrastructures, de créer des emplois, de traiter les gens plus près de leur milieu et d'assurer l'autosuffisance de la région.

³⁴ Il s'agit de 3 Centres hospitaliers : Des Vallées de l'Outaouais, Gatineau Mémorial et Pierre-Janet; 2 CLSC-CH-CHSLD : Centre de santé Vallée de la Gatineau et Centre de santé du Pontiac; 4 CLSC-CHSLD : Gatineau, Grande-Rivière, Petite-Nation et Des Collines; 1 CH- CHSLD : de Papineau; 1 CHSLD : Hull; 2 CLSC : Hull et La Vallée-de-la-Lièvre; 3 Centres de réadaptation (CR) : La RessourSe, Pavillon du Parc et Pavillon Jellinek; 1 Centre jeunesse : de l'Outaouais

³⁵ Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais.

³⁶ On recense au moins 4 CHSLD privés conventionnés; 102 cliniques médicales et cabinets privés; 3 entreprises de soins infirmiers et 1 entreprise d'ambulanciers.

L'Outaouais compte 5 commissions scolaires (C.S.), deux cégeps et une université qui offrent tous des services aux élèves et étudiants handicapés. Les commissions scolaires et leurs sièges sociaux se répartissent comme suit : la C.S. des Draveurs (Gatineau), la C.S. Cœur des Vallées (Buckingham), la C.S. des Hauts-Bois de l'Outaouais (Maniwaki), la C.S. Portages de l'Outaouais (Aylmer, Gatineau) et la C.S. Western Québec. Ces commissions scolaires totalisent 130 écoles primaires, secondaires, centres pour adultes et centres de formation professionnelle. Deux collèges publics assurent les services aux populations anglophones (Heritage College) et francophones (Collège de l'Outaouais). Au niveau universitaire, l'Outaouais est desservi par deux constituantes du réseau des universités du Québec : l'Université du Québec en Outaouais (UQO), et l'École nationale d'administration publique.

Les services liés au travail et à la main d'œuvre pour l'ensemble de la population sont assurés par les 7 centres locaux d'emplois (CLE) et par un bureau régional d'Emploi-Québec. Il s'agit des CLE d'Aylmer, de Buckingham, de Cambell's Bay, de Gatineau, de Hull, de Maniwaki et de Papineauville. On trouve également un Carrefour Jeunesse emploi de l'Outaouais pour les 16-35 ans. Les personnes handicapées comptent également sur 4 services spécialisés de main d'œuvre pour les personnes handicapées : La Relance Outaouais et L'Envol SRT, à Gatineau, L'Atelier de formation socio-professionnelle de la Petite-Nation et le Centre Jean-Bosco, à Maniwaki. Les services de transport en commun sont assurés par 4 corporations ou sociétés de transport : la Société de transport de l'Outaouais (STO), à Gatineau, la Société de transport de la Haute-Gatineau, la Société de transport de La Pêche et les Transports collectifs de Papineau inc.

Au plan du logement social, on trouve 18 offices municipaux d'habitation (OMH) totalisant 3 337 logements (l'OMH de Gatineau en compte à elle seule environ plus de 2 000), 1 300 unités de logements dans des OSBL d'habitation et plus de 1 000 logements dans 22 coopératives d'habitation.

Le tableau 3.0 présente le nombre d'organismes communautaires recensés par types de clientèles, par champs d'intervention et par territoire régional.

Tableau 3.0 Les organismes communautaires, région de l'Outaouais, selon leurs champs d'intervention

Clientèles	Déficiences physique Nombre	Déficiences intellectuelle Nombre	Santé mentale Nombre
Org. desservant un type de clientèle	20	9	26
Org. en DP et DI	5	5	0
Org en DP, DI et SM	7	7	7
Nombre total d'organismes	32	21	33

Champs d'intervention			
Promotion / prévention	1	0	6
Diagnostic et traitement	0	0	3
Adaptation et réadaptation	2	1	5
Services éducatifs	0	3	2
Travail	4	5	4
Ressources résidentielles	1	2	9
Soutien aux familles / proches	7	3	18
Transport	4	3	1
Maintien à domicile	5	0	5
Loisirs	5	5	4
Nombre total d'organismes	37	23	59
Territoire desservi			
Local	5	1	1
CLSC ou MRC	8	11	14
Régional	19	10	18
Supra régional	0	0	0
Total	32	21	33

**Nombre total
d'organismes : 67**

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

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de l'Outaouais (RRSSSO) exprime la volonté de mettre en place un continuum de services intégrés pour les personnes présentant une déficience physique. Ce continuum de services s'appuie sur le modèle adopté en 1993 par la Régie régionale de l'Outaouais et les orientations ministérielles en déficience physique publiées en 1995 (RRSSSO, 1993; MSSS, 1995). Le modèle comprend les niveaux suivants : prévention / dépistage, diagnostic / évaluation / traitement, réadaptation fonctionnelle, intégration sociale, maintien dans le milieu et support. Selon la Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale de l'Outaouais³⁷, les investissements ont surtout été faits en réadaptation et, en conséquence, les carences des autres niveaux d'intervention sont à corriger (RRSSSO, 1998).

Prévention et dépistage

La promotion / prévention constitue l'une des deux priorités d'action (l'autre est l'accès aux services) suite au bilan de la transformation du système de santé et services sociaux dans l'Outaouais (RRSSSO, 1998). Les principaux établissements et instances actifs en matière de prévention des déficiences physiques sont : les CLSC, la Direction de la santé publique de l'Outaouais, la Régie régionale (RRSSSO), la CSST et la SAAQ. Un seul organisme communautaire participe à des activités de prévention.

Les principaux établissements et organismes actifs dans le dépistage en déficience physique sont les médecins et les infirmières en Centres hospitaliers, CLSC et cliniques privées, de même que certains organismes communautaires.

La Direction de la santé publique de l'Outaouais (DSP-O) tire ses mandats des Loi sur les Services de Santé et Services sociaux, Loi sur la Santé publique et la Loi sur la Santé et Sécurité au travail. Ses tâches principales consistent à informer la population sur les principaux facteurs de risque et de mener des recherches. Son travail se fait en collaboration avec les autres établissements de santé de la région. Elle élabore un plan d'action régional et s'assure de l'adoption de plans locaux d'action dans les CLSC. La DSP de l'Outaouais doit aussi, par

entente contractuelle, s'assurer de la livraison de services en matière de santé au travail (RRSSSO, 2002 : 34).

Le rôle de la Régie régionale de l'Outaouais (RRSSSO) consiste à coordonner et planifier les programmes de prévention en déficience physique. Les rôles dévolus à la Régie régionale et à la Direction de la santé publique de l'Outaouais rejoignent plusieurs objectifs inscrits dans le Programme national de santé publique pour 2003-2012 (MSSS, 2003). Par exemple, la Régie régionale organise, en collaboration avec des CLSC, des Centres hospitaliers (CH), des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de la SAAQ ou de la Commission de la santé et de sécurité au travail (CSST), des activités découlant du programme de santé publique (MSSS, 2003). Ces activités peuvent consister en des campagnes de prévention sur divers thèmes tels la vaccination, le dépistage de la violence conjugale, les traumatismes sur la route, les chutes chez les personnes âgées ou la prévention des maladies cardio-vasculaires (RRSSSO, 2002 : 30).

Les CLSC sont des acteurs de première ligne dans la prévention et le dépistage des déficiences physiques. Leurs activités de prévention s'effectuent par le biais de campagnes de publicité, à travers des programmes de prévention et de dépistage tels : la vaccination de la population infantile, les campagnes de lutte au tabagisme, le dépistage des anomalies chez les nouveau-nés, le dépistage de la surdité chez les enfants, le dépistage dans les écoles secondaires, l'éducation aux MTS et le dépistage VIH. À la demande des entreprises ou organisations, les CLSC offrent aussi des formations sur la prévention dans des domaines d'intérêts généraux (santé mentale au travail, surdité, etc.). Les CLSC de l'Outaouais ont également des équipes de santé au travail. Ces équipes totalisent plus de 10 personnes dans l'ensemble des CLSC. Ces équipes, formées notamment de techniciens en hygiène du travail, offrent des formations d'intérêt général, par exemple sur le bruit, la poussière et les agressions physiques. Les équipes de santé au travail des CLSC ont aussi pour mandat d'aider les entreprises à élaborer leur programme de santé au travail. Elles élaborent également des campagnes spéciales dans certaines entreprises (par exemple, cette année, sur le Béryllium).

Enfin, le bureau régional de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) de l'Outaouais collabore à diverses activités de prévention et de formation dans les entreprises. Des visites aux entreprises sont effectuées pour « échantillonner les risques », faire des évaluations ergonomiques et donner des formations sur les interventions en cas d'urgence, le

³⁷ Que nous appellerons aussi plan de consolidation

secourisme, le bruit, etc. Dans les secteurs professionnels spécialisés, les entreprises de l'Outaouais font appel aux Associations sectorielles prioritaires (ASP) pour des formations spécifiques (machines dangereuses, mines, etc.). Enfin, la section Outaouais de la Société canadienne de la sclérose en plaque, participe à des campagnes de dépistage de la sclérose en plaque. L'association des neurotraumatisés de l'Outaouais (ANO) offre également un programme de prévention.

La planification stratégique régionale de consolidation de la RRSSSO pour 1999-2002 mentionne que « *les efforts faits dans la région pour prévenir la déficience physique doivent se poursuivre et s'intensifier* » (RRSSSO, 1998 : 67). Ces efforts consistent en particulier en : une couverture vaccinale optimale des enfants et des adultes; la prévention à la déficience physique secondaire aux maladies transmises sexuellement; l'information des adolescents et des adultes en âge de se reproduire sur la toxicité de certains produits sur leur système reproducteur (au travail, médicaments, etc.); l'élimination, en milieux de travail, des substances délétères à la reproduction et la prévention de l'exposition des femmes enceintes à ces substances; la diminution des intoxications domestiques chez les enfants; la diminution des intoxications par médicaments à l'origine de chutes chez les personnes âgées; une meilleure prévention de la prématurité; une diminution des traumatismes à tout âge, en particulier chez l'enfant; une diminution de l'incidence du diabète; une diminution de l'incidence des complications de la sédentarité, en particulier les complications cardio-vasculaires et le diabète. Enfin, la priorité du plan de consolidation de la RRSSSO 1999-2002 est la mise sur pied d'un programme de promotion/prévention auprès des personnes âgées sur les médicaments, les chutes, les abus et la négligence (RRSSSO, 2002 : 50). Par ailleurs, la Régie régionale déplore que le dépistage des personnes âgées, qui présentent une perte d'autonomie potentielle, soit quasi inexistant dans les urgences et dans les Centres hospitaliers (RRSSSO, 1998 : 51).

Diagnostic et traitement

En Outaouais, les principaux établissements et organismes impliqués dans les diagnostics, évaluations et traitements aux personnes ayant une déficience physique sont les cliniques privées de médecine, les Centres hospitaliers et le Centre régional de réadaptation La RessourSe (CRR). Les principaux intervenants sont les médecins et autres membres du personnel médical. Selon la RRSSSO, l'accessibilité à des services de diagnostic médical, d'évaluation et de traitement est difficile pour l'ensemble des territoires de la région. Les services les plus difficiles d'accès sont

l'orthophonie, la psychologie et l'ergothérapie (RRSSSO, 1998 : 68). Comme dans plusieurs autres régions du Québec : « *on observe dans chaque territoire le manque d'intégration des services médicaux de 1^{er} ligne, ce qui amène une rupture de services tant le jour que le soir, les fins de semaine et les congés fériés* » (RRSSSO, 1998 : 40). Plusieurs personnes ne peuvent obtenir les services d'un médecin de famille. Elles doivent alors se diriger vers Ottawa pour obtenir ces services. Il est donc impossible de modifier leurs habitudes de consommation et de compléter le rapatriement de cette clientèle (RRSSSO, 1998 : 40). En outre, une partie de la clientèle vivant avec le VIH-sida consomme des services en Ontario parce que les ressources ne sont pas disponibles en Outaouais (RRSSSO, 1998 : 46).

Depuis quelques années, le Centre hospitalier régional des Vallées de l'Outaouais (CHVO) a modifié son organisation en fonction de programmes clientèles. Les programmes clientèles et les unités de services les plus susceptibles d'être utilisés plus spécifiquement par les personnes ayant des déficiences physiques sont : la clinique de sclérose en plaques et de maladies neuromusculaires, les services de traumatologie et aussi la clinique pédiatrique, le programme de cardiologie et le centre de jour de diabète (CHVO, 2002). Une clinique de sclérose en plaques est ouverte depuis 2001. Cinq neurologues y travaillent, de même que des physiatres, des infirmières et d'autres professionnels de la réadaptation. Un site web, greffé au site du CH des Vallées de l'Outaouais fournit des informations à cette clientèle. Actuellement, le seul centre de dialyse conventionnelle, situé au CH des Vallées de l'Outaouais, pavillon de Hull, dessert l'ensemble de la clientèle de l'Outaouais. À cause de la forte augmentation de la demande au cours des dernières années, le centre a de la difficulté à répondre aux besoins. D'après les études, il faut prévoir une augmentation nette d'au moins 15 nouvelles demandes par année. Aussi, comme ce service est régional, il peut présenter, pour certaines personnes, des difficultés d'accessibilité en raison des lacunes importantes notées au niveau du transport (RRSSSO, 1998 : 44).

Depuis plusieurs années, l'accès à la clinique de douleur cinq jours/semaine est très difficile. Le temps d'attente étant de plus de 2 ans, et comme les impacts tant physiques que psychologiques sont sérieux, cette situation incite la Régie régionale de l'Outaouais à investir dans ce projet (RRSSSO, 1998 : 42). Des médecins et des patients, réunis autour de l'Association pour les personnes souffrant de douleurs chroniques, réclament l'établissement d'une véritable clinique de la douleur dans l'Outaouais.

Quant au CRR La RessourSe, on y a ajouté 25 lits en réadaptation depuis 1995, grâce au rapatriement des dépenses en Ontario. Toutefois, le CRR éprouve toujours des difficultés à

recruter des médecins. Le manque à combler en 1998 était de 37 spécialistes et de 10 omnipraticiens (Centre La RessourSe, 2003).

La contribution des organismes communautaires aux traitements se fait indirectement par le biais d'activités de recherche ou de financement. C'est le cas de l'organisme Opération enfant soleil qui contribue au financement du secteur pédiatrique du CHVO ou de l'Association canadienne de la sclérose en plaques-section Outaouais, qui recueille des fonds pour financer la recherche.

L'adaptation / réadaptation

Les principaux établissements et organismes à offrir des services d'adaptation et de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique sont le Centre régional de réadaptation La RessourSe, les Centres hospitaliers, les CLSC, de même que certains organismes communautaires, dont le Regroupement post-polio de l'Outaouais et le Service régional d'interprétation de l'Outaouais. Les centres hospitaliers locaux et régionaux de même que les CLSC offrent des services de réadaptation-physiothérapie et d'ergothérapie, par exemple pour évaluer les besoins d'aide technique, de transport adapté ou d'adaptation de domicile (CLSC-CHSLD de Gatineau, 2002 : 18).

Le Centre régional de réadaptation La RessourSe possède un mandat régional. Il offre des services de réadaptation en déficience motrice, visuelle, auditive ainsi qu'en déficience de la parole et du langage et en retard de développement. Le CRR La RessourSe administre en outre pour la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un service régional d'aides techniques. Le CRR compte 8 points de services dont 3 dans le territoire de Gatineau, un à Maniwaki, 2 à Buckingham et à St-André Avellan et un autre à Mansfield, dans le Pontiac. Le CRR compte notamment 15 ergothérapeutes, 4 infirmières, 9 orthophonistes, 7 physiothérapeutes, 4 psychologues. À ces effectifs s'ajoutent 3 omnipraticiens, 3 physiatres et 1 pédiatre. Malgré cette présence sur le territoire, l'accès à des services de réadaptation pour les personnes vivant dans la communauté demeure une des difficultés importantes au chapitre des services en déficience physique dans l'Outaouais (RRSSSO, 1998 : 67). Selon l'OPHQ, : « *cette situation est de nature historique et provient entre autres des anciennes habitudes de consommation des services de santé du côté ontarien. Parmi les services inexistants, on notera les services socioprofessionnels et le service d'évaluation de la conduite automobile* » (OPHQ, 2002 : 12).

Tableau 3.1 Nombre de clients inscrits, admis et en attente au Centre la RessourSe, 2002-2003

Programme/Service	Nombre de clients inscrits	Clients en attente de services (incluant en attente de premiers services)		Clients en attente premier service	
		Nombre de clients	Délai d'attente moyen (n. de jours)	Nombre de clients	Délai d'attente moyen
Déficience motrice adulte	527	135	208j	77	238
Déficience motrice enfant	224	60	234j	4	67
Déficience de la parole et langage	215	77	355j	6	377j
Développement de l'enfant	195	264	371j	126	282j
Déficience auditive	660	96	147j	30	70j
Déficience visuelle	762	14	60j	5	14j
Orthophonie, 0-5 ans anglophones	45	23	182j	23	182j
Aménagement domiciliaire	145	211	466j	211	466j
Supplément au loyer	64	27	1369j	27	1369j
Transport hébergement	212	122	642j	122	642j
Réadaptation fonctionnelle intensive, déf. motrice	14	0	0j	0	0j
Neurotromatologie	57	81	81j	12	81j
Total au 31 mars 2003	3 120	1 041		643	

Source : Ce tableau est tiré du Rapport annuel d'activités 2002-2003 du Centre de réadaptation La RessourSe, p.18

Les personnes ayant une déficience motrice et qui sont éligibles au Programme d'aides techniques, à la vie domestique et à la vie quotidienne doivent faire leur demande à leur CLSC. Il s'agit par exemple d'outils tels alaises, trapèzes de lit, barres d'appui, sièges de cabine de douche, aide au transfert, etc. (OPHQ, 2002). Les CLSC sont la porte d'entrée pour accéder à certains programmes d'aide matérielle tel le Programme sur les fonctions d'élimination et le Programme relatif à l'acquisition d'équipements et de fourniture d'oxygénothérapie (OPHQ, 2002a).

Le plan de consolidation de 1999-2002 préconise, pour le territoire de l'arrondissement de Gatineau, un rehaussement des équipes de réadaptation active³⁸ intervenant auprès des enfants, plus particulièrement les programmes de réadaptation et d'intégration en déficience motrice, de réadaptation et d'intégration en déficience de la parole et du langage, et de réadaptation et d'intégration en déficience auditive (RRSSO, 1998 : 69). Un plan de répartition budgétaire de l'ordre de 250 70 \$ non récurrent, destiné à améliorer les services aux personnes présentant une déficience physique a été adopté. Ce plan vise à réduire la liste d'attente pour les services de base et spécialisés de réadaptation ainsi que pour les personnes requérant une évaluation pour l'adaptation domiciliaire (RRSSO, 2002 : 33).

En 2002, deux établissements ont été désignés, pour une durée de trois ans, comme centres offrant des services à la clientèle adulte ayant subi un traumatisme cranio-cérébral (TCC) modéré ou sévère : le CHVO-Hôpital de Hull est responsable des services de santé physique (soins aigus et réadaptation physique) et le CRR La RessourSe offre les services de réadaptation (interne et externe) (RRSSO, 2002 : 34). L'association des neurotraumatisés de l'Outaouais (ANO) collabore avec ces deux établissements. Depuis 2002, une agente de liaison facilite le repérage et la prise en charge des clients victimes d'accidents de la route, en vertu d'une entente entre le CHVO et la SAAQ.

Au Centre de réadaptation La RessourSe, on veut aussi rehausser les équipes de réadaptation active intervenant auprès des adultes (pour la ville de Gatineau, partie urbaine et territoire des Collines), plus particulièrement les programmes de réadaptation et d'intégration en déficience motrice, de réadaptation et d'intégration en déficience auditive. Ces équipes doivent être rehaussées davantage afin de répondre au volume de demandes qui ne cesse d'augmenter, conséquemment au virage ambulatoire, au rapatriement de la clientèle de l'Ontario et au vieillissement de la population. Ainsi, au 31 mars 2003, un total de 1 041 personnes étaient

toujours en attente de services (RRSSSO, 2002 : 56). À cet effet, le nouveau Centre régional de réadaptation La RessourSe, qui abritera cinquante lits de réadaptation intensive, devrait être terminé à l'automne 2003. En ce qui concerne les services de réadaptation visant le maintien des acquis, (plutôt offerts dans les CLSC et CHSLD), le plan de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale propose d'accroître les services de réadaptation courants (ergothérapie et physiothérapie), les services de santé nutritionnelle, les services psychosociaux et les soins infirmiers. Un organisme communautaire, le Regroupement post-polio de l'Outaouais, offre des services d'adaptation et de réadaptation en pourvoyant prothèses, orthèses, chaussures et fauteuils roulants. Le Service régional d'interprétariat de l'Outaouais est un OSBL fondé en 1991 qui permet à une personne sourde, devenue sourde, malentendante ou sourde aveugle de communiquer avec des personnes entendant, en établissant une communication satisfaisante et adéquate pour les deux parties.

En 2003, la SAAQ a conclu une entente de service pour la période de 2003-2006 avec la RRSSSO, le CR La RessourSe et le CH des Vallées de l'Outaouais et l'Association des neurotraumatisés de l'Outaouais (ANO). L'entente implique un montant de 2 millions de dollars et touchera environ 200 accidentés de la route. Les ententes de services ont pour objectif d'assurer la réadaptation sociale, scolaire et professionnelle des personnes accidentées (SAAQ, 2003). L'importance de cette somme, en regard des sommes allouées dans le cadre des programmes du MSSS, illustre bien l'écart des niveaux de couverture entre les programmes de la SAAQ et ceux des Centres de réadaptation.

Les services éducatifs

Rappelons ici que l'Outaouais compte 5 commissions scolaires totalisant 130 écoles, deux cégeps et une université qui, tous, offrent des services aux élèves handicapés. Il s'agit de la C.S. des Draveurs (Gatineau), la C.S. Cœur des Vallées (Buckingham), la C.S. des Hauts-Bois de l'Outaouais (Maniwaki), la C.S. Portages de l'Outaouais (Aylmer, Gatineau) et la C.S. Western Québec, le College Heritage, le Collège de l'Outaouais et l'Université du Québec en Outaouais.

On dénombre 1 200 élèves handicapés (tous types de handicaps confondus) aux niveaux préscolaire, primaire et secondaire. Les services d'appui aux élèves handicapés comprennent des

³⁸ La réadaptation active fait référence aux activités de réadaptation intensives prévues suite à une maladie ou à un accident.

services complémentaires (orthophonie, orthopédagogie, accompagnement, etc.) et des services d'aide technique ou matérielle. Les services de soutien à l'enseignant incluent des formations, du matériel didactique adapté, le réaménagement d'horaire, etc. Pour tous les niveaux d'enseignement, l'Outaouais présente une proportion largement plus grande de ses élèves handicapés ou en difficultés (EHDAA) en classe régulière par rapport à l'ensemble de la province soit, 52,3 % en Outaouais contre 33, 3 % au Québec. L'Outaouais ne compte aucune école spéciale et mise plutôt sur des classes spéciales ou sur l'intégration en classe régulière. La C.S. Western intègre pratiquement tous ses élèves en classe régulière, avec un taux de 99,9 %.

Tableau 3. 2 Le taux d'intégration des élèves EHDAA en classe régulière, 2002

C. S. Des draveurs	33, 2 %
C. S. Cœur des vallées	51, 7 %
C. S. Hauts-bois de l'Outaouais	37, 1 %
C. S. Portage de l'Outaouais	25, 3 %
C. S. Western Québec	99, 9 %

Source : direction régionale de l'Outaouais, 2002

Comme ailleurs au Québec, les commissions scolaires ont des politiques relatives à l'intégration des élèves handicapés et des comités consultatifs sur l'intégration des élèves handicapés sur lesquels siègent, entre autre, des parents. Les élèves handicapés doivent avoir un plan d'intervention qui prévoit des mesures pour favoriser leur intégration et leur réussite scolaire. Le financement des services aux élèves handicapés est assuré suivant des montants plus élevés *per capita* pour les différentes catégories d'élèves handicapés et par des subventions dites supplémentaires ou spécifiques. Le financement *per capita* demeure toutefois global pour la commission scolaire, qui en dispose à sa guise. Quelques élèves atteints de surdité profonde sont scolarisés dans des écoles supra-régionales de Montréal (Lucien Pagé et l'école Gadbois). La proximité d'une école supra régionale francophone à Ottawa (le Centre Jules-Léger) a longtemps incité des parents à faire des démarches pour y inscrire leurs enfants, ce qui ne serait plus le cas. On note, comme partout au Québec, une pénurie d'orthophonistes, d'orthopédagogues et de psychologues. Un responsable de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) pour la région de

l'Outaouais note une tendance, chez les parents, à l'effet de quérir des services complémentaires et spécialisés en dehors des commissions scolaires (travailleuses autonomes, secteur privé)³⁹.

Aux niveaux collégial et universitaire, des services d'accueil et d'orientation aux personnes handicapées sont prévus. On compte une personne responsable affectée exclusivement ou partiellement au dossier dans chaque établissement. Cette dernière a la responsabilité de répondre aux besoins des étudiants en adaptation (matériel braille, accompagnateurs, interprètes, etc.). En 2002, à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), des ressources ont été investies pour du matériel informatique adapté, notamment pour les personnes handicapées visuelles⁴⁰.

Le travail et les activités productives

Outre les 7 Centres locaux d'emploi (CLE) et le bureau d'Emploi Québec-Outaouais qui sont des services généraux, les services spécialisés aux personnes handicapées physiques en matière de travail sont surtout assurés par des organismes sans but lucratif. Les personnes handicapées physiques de l'Outaouais peuvent s'adresser aux 3 Services spécialisés de main-d'œuvre (SSMO), La Relance Outaouais, l'Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation et le Centre Jean-Bosco de Maniwaki pour des services d'insertion en emploi. Le SSMO La Relance Outaouais et l'Atelier socioprofessionnel Petite-Nation ont pour mandat d'aider les personnes handicapées à clarifier leurs objectifs d'emploi, chercher, trouver et intégrer un emploi. Ils offrent aussi des services de suivi et de maintien en emploi. Enfin, le SSMO La Relance Outaouais constitue la porte d'entrée pour les subventions à l'emploi d'Emploi Québec et du Comité d'adaptation de la main d'œuvre pour les personnes handicapées (CAMO).

En outre, 2 Centres de travail adaptés (CTA) accueillent des personnes ayant des handicaps physiques dans l'Outaouais : Laro et Réintek. Le CTA Laro exécute principalement des travaux de sous-traitance en imprimerie et des traitements d'envois postaux. Le CTA gère également des kiosques de Loto-Québec. En 2002, l'OPHQ y subventionnait 73 postes et l'entreprise engageait 81 employés. Réintek reçoit 1 million \$ en subvention. La santé financière de Laro inc. est excellente, avec un fonds de roulement de 800 000 \$. Le CTA Réintek, est situé à Gatineau. Il compte 78 postes subventionnés par l'OPHQ et l'entreprise compte un total de 100

³⁹ Entretien avec Louis Belcourt, CSQ Outaouais, novembre 2003

⁴⁰ Entretien avec Robert Allie, OPHQ Outaouais, novembre 2003

employés. Les activités de l'atelier consistent en de l'emballage de produits, étiquetage, assemblage, traitement de courrier, etc. La santé de Réintek est plus précaire (OPHQ, 2002 :10).

Les territoires de la Haute-Gatineau et de la Petite-Nation souhaitent toujours voir naître une entreprise adaptée pour les personnes handicapées habitant dans ces secteurs. Un projet d'atelier de travail pour les personnes handicapées de la Petite-Nation, Formatech, n'a pas survécu. Un autre projet est en cours. De même, à Maniwaki, le CLD, avec d'autres acteurs, examine la possibilité de mettre sur pied un CTA, à partir de la coopérative de solidarité les Ateliers Boirec.

Le programme contrat d'intégration au travail (CIT) ne s'est développé que très tardivement en Outaouais. Il y a maintenant une centaine de contrats d'intégration en vigueur représentant une somme d'environ 800 000 \$. Le bureau régional de l'OPHQ effectue un suivi régulier du budget CIT, maintenant géré par Emploi-Québec, afin que celui-ci ne soit pas victime des diminutions budgétaires que subit le Fonds de développement du marché du travail en Outaouais (OPHQ, 2002 : 14).

Les ressources résidentielles

Les ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes ayant une déficience physique se répartissent entre les CHSLD, les ressources de type familial (RTF), les logements sociaux adaptés et un seul organisme communautaire. La Régie régionale de l'Outaouais déplore la quasi-absence de ressources d'hébergement et de logement dans la région pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience physique. En 2002, la Régie régionale a mis sur pied un comité sur l'hébergement des personnes ayant un handicap physique. L'OPHQ siège sur la table de concertation régionale sur le logement, où il fait la promotion de logements adaptés. Selon une représentante de la RRSSSO, plusieurs dizaines de personnes handicapées en attente de logement voient actuellement leur séjour en CH prolongé, ou sont placées en CHSLD, faute de logements adaptés.

En raison des compressions budgétaires, la région est passée de 1 400 lits en CHSLD en 1995 à 1278 en 2001 (RRSSS, 1999 : 53). Les CHSLD offrent de l'hébergement temporaire ou de longue durée. La durée moyenne d'attente des personnes y est de 53 jours (DSP Outaouais, 2002). Les lits en CHSLD se répartissent entre les 4 CLSC-CHSLD de Gatineau, Grande-Rivière, Petite-Nation et des Collines, les 2 Centres de santé Vallée de la Gatineau et du Pontiac, et les 3

CHSLD privés conventionnés de Gatineau, de Gracefield et de Ripon. Les places en CHSLD dans la région se répartissent comme suit (voir tableau 3. 3).

Selon des représentantes du réseau de la santé de l'Outaouais, la baisse du nombre de place en CHSLD serait en partie attribuable au processus de remise aux normes de certains centres, ce qui aurait eu pour effet de diminuer le nombre de chambres dans certains édifices. Par ailleurs, 40 places en CHSLD ont été remplacées, il y a quelques années, par des budgets de maintien à domicile. Enfin, on aurait, au cours des années 1990, procédé à la fermeture de quelques dizaines de lits de longue durée dans certains hôpitaux.

Tableau 3. 3 Nombre de lits dans les CHSLD des territoires de CLSC

Hull	412
Grande Rivière	73
Gatineau	289
Pontiac	115
Les collines	40
Des Forestiers	96
Vallée de la Rivière	159
Petite-Nation	94

Source : rapport annuel de la RRSSSO, 2001-2002

On recense moins d'une dizaine de places d'hébergement en ressources de type familial (RTF). La gestion des RTF relève du CRR La RessourSe. Il n'existe qu'une seule ressource intermédiaire offrant 22 places en hébergement. Celle-ci relève du CHSLD de Hull. À ce chapitre, la Régie régionale affirme : « *Au-delà du suivi rattaché à cette ressource, le défi consiste à effectuer une revue du bassin de ressources résidentielles et de coordonner une révision du processus de l'offre de services en hébergement qui devrait être offerte aux personnes en attente d'un milieu de vie institutionnel ou encore aux personnes déjà hébergées dans ces milieux de vie en fonction de leur situation* » (RRSSSO, 2002 : 34).

Le Programme d'adaptation de domicile (PAD) est un programme de la SHQ administré par le CRR La RessourSe, contrairement à la majorité des autres régions où ce service est assumé par les CLSC. On ignore combien de logements (HLM, coopératives et OSBL d'habitation de même que le parc de logements privés) ont été adaptés depuis ses débuts. Actuellement, 211 personnes sont en attente pour ce service. La moyenne d'attente pour ce service est de 466 jours (voir tableau 3.1). Le CRR La RessourSe administre également le programme de Supplément au loyer pour des logements adaptés dans le parc de logement privé. 1 369 sont en attente d'un logement à loyer modique dans le cadre de ce programme, qui n'a accordé que peu de subventions depuis quelques années (CRR La RessourSe, 2003).

À cet effet, le bureau régional de l'OPHQ tente, en collaboration avec Logemen'occupe et les Œuvres Isidore-Ostiguy, deux organismes de promotion du logement communautaire, de mettre sur pied un service d'information sur les logements accessibles et adaptés pour les personnes handicapées (OPHQ, 2002).

Par ailleurs, Logement intégré de Hull inc. offre 15 logements adaptés et des services à des personnes ayant des déficiences physiques. L'organisme sans but lucratif en habitation a été créé en 1987 par un groupe de travail formé de représentants de l'OPHQ, de l'Association des paraplégiques du Québec et du Centre des services sociaux de l'Outaouais. Il s'agit d'un regroupement de logements adaptés à l'intérieur de deux édifices à logement où il y a partage de services de maintien à domicile. Logement intégré phases 1 et 2 accueillent principalement des personnes atteintes de sclérose en plaque et des personnes paraplégiques. Faute de financement suffisant, la phase 2 du projet demeure sous-utilisée. Le CRR La RessourSe s'est impliqué dans la phase 2 du projet (ACSP, 2000). Enfin, les Habitations partagées de l'Outaouais urbain offrent des services de jumelage pour des personnes (âgées, à faibles revenus, handicapées, étudiants ou autres) qui souhaitent partager le même toit.

Soutien aux familles et aux proches

Comme dans l'ensemble du Québec de façon générale, le soutien aux familles et aux proches des personnes ayant une déficience physique est assuré principalement par les organismes communautaires et par les CLSC. Les services des CLSC comprennent différents programmes d'aide et de répit aux familles, incluant les services de garde. Ils prennent également la forme d'allocations ou de crédits d'impôt au provincial et au fédéral pour les parents d'enfants

handicapés. L'allocation pour enfant handicapé est administrée par la Régie des rentes du Québec. L'allocation directe, administrée par les CLSC, aide les parents à obtenir différents services de gardiennage, de répit et autres.

De nombreux organismes communautaires de l'Outaouais (au moins 7) offrent des services de support aux familles. Épilepsie Outaouais offre des services d'écoute confidentielle, des programmes de répit et de gardiennage. L'Association des neurotraumatisés de l'Outaouais offre du soutien psychosocial, du répit et des groupes d'entraide pour les personnes atteintes et pour leurs familles. Répit Serge Bélair offre du répit aux parents sous forme d'hébergement temporaire aux enfants multi-handicapés. Un partenariat a été établi avec les CLSC de l'Outaouais et la Société canadienne de sclérose en plaques (section Outaouais). L'infirmière coordonnatrice a dispensé plusieurs conférences aux intervenants de ces établissements (CHVO, 2002 : 24). On offre aussi des services de soutien à l'Association des personnes handicapées visuelles- section Outaouais, à l'Association de l'Ouïe de l'Outaouais, à L'amicale des handicapés physiques de l'Outaouais métropolitain, à l'Association de fibromyalgie de l'Outaouais et au Regroupement post-polio de l'Outaouais. Le répit-dépannage est présenté comme une priorité par l'OPHQ (2002 : 13). Des projets de maisons de répit sont en cours à Gatineau et à Maniwaki, sous l'égide notamment des associations de parents.

Le transport

Les services de transport adapté aux personnes handicapées physiques comprennent le transport en commun adapté, le transport scolaire adapté, le transport bénévole (organisé par des organismes communautaires) et les services de transport des établissements de santé et des services sociaux. Les services d'adaptation de véhicules et de vignettes de stationnement pour les personnes handicapées sont, quant à eux, offerts par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ).

La région compte 4 services de transport adapté, dont trois corporations sans but lucratif. Il s'agit de la Société de transport de l'Outaouais (STO), et des services de la Haute-Gatineau, de La Pêche et de la Petite-Nation. Les trois premiers services sont administrés par des municipalités. Quant au Transport collectif de Papineau inc. (Petite-Nation), il s'agit d'un OSBL de type guichet unique, né en 2003 de la fusion de l'ancien Service de transport adapté de la Petite-Nation et de Transport collectif Petite-Nation. Ces services sont financés en partie par les

municipalités et les MRC, à partir de subventions du ministère des Transports. Outre les services de taxi, on compte plus de 22 minibus en service. En l'an 2001, ces services de transport ont desservi 1 777 personnes ayant une déficience physique, dont 1 011 clients ayant des déficiences motrices ou organiques en fauteuil roulant, 670 personnes déficientes mais ambulatoires et 96 personnes ayant une déficience visuelle (Transport Québec, 2003). En milieu urbain, c'est le service de la Société de transport de l'Outaouais (STO) qui assume le transport des personnes handicapées. Ces résultats représentent une légère augmentation par rapport à l'année précédente (Transport Québec, 2002). La STO réalise en moyenne 100 000 déplacements adaptés par année. Toutefois, un certain nombre de déplacements est refusé aux personnes handicapées en raison de la limite des budgets alloués à la STO. Suite à l'adoption de la nouvelle Loi sur le Transport en commun, un comité technique sur le transport adapté a été mis sur pied par la STO et ses partenaires du milieu des personnes handicapées (OPHQ, 2002 : 13).

Les services de transport scolaire adapté sont assurés par les 5 commissions scolaires de l'Outaouais. Le programme Transport-hébergement accorde une aide financière pour des déplacements d'au moins 50 kilomètres entre le domicile et un établissement de santé donnant des services de réadaptation, de traitement, etc. Le service est administré par le CRR La RessourSe. Quant aux organismes communautaires, quelque uns assurent des services de transport pour leurs membres. C'est le cas du Regroupement post-polio de l'Outaouais et des Amis et amies St-François de Sales. La Coopérative de solidarité de transport adapté JMB de l'Outaouais, après une fermeture temporaire, en 2002, a définitivement fermé ses portes en 2003.

S'agissant de tous les types de handicaps, l'Outaouais se classe au second rang parmi les régions du Québec pour le nombre moyen de transports par semaine (2 déplacements par personne par semaine contre une moyenne de 1, 5 déplacements pour l'ensemble du Québec) (OPHQ, 2001). Malgré cela, l'accès au transport adapté demeure extrêmement restreint. Centraide Outaouais cite les difficultés de transport pour les personnes handicapées au nombre des enjeux prioritaires pour la région (Centraide, 2000). Or, en Outaouais, il n'existe plus de regroupement des usagers de transport adapté (RUTA). Celui-ci a été remplacé par un comité permanent dans le cadre du RAPHO. Le plan de consolidation de la RRSSSO enjoint tous les acteurs régionaux concernés à se concerter pour améliorer la situation (RRSSSO, 1998).

Le bureau de l'OPHQ de l'Outaouais signale que des tables locales de concertation sur le transport dans chacune des 4 MRC de la région ont été créées suite à la réception d'un budget de 148 000 \$ de Santé Canada (OPHQ, 2002 : 13).

Le maintien à domicile

Les services de soutien et de maintien à domicile sont principalement assurés par les CLSC, par le Centre de réadaptation La RessourSe et par certains organismes communautaires. Les services à domicile assurés par les CLSC comprennent les services médicaux et infirmiers à domicile, les soins personnels (hygiène, habillage et aide à l'alimentation) et le soutien à domicile (répit, gardiennage et dépannage). L'accès aux services de maintien à domicile est perçu comme l'une des principales difficultés des personnes handicapées physiques (CRDO, 2000). On ignore combien, parmi les 13 457 ayant reçu des services de maintien à domicile en 2001-2002, sont des personnes ayant une déficience physique (RRSSSO, 2002).

Les services d'aide domestique sont notamment assurés par quatre entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD). Il s'agit de la Coopérative de solidarité d'aide domestique de la Vallée de la Gatineau, de la Coop des 1001 corvées (Papineauville), du Mont d'Or (Mansfield) et de Remue-ménage de l'Outaouais (Hull). Ces services sont subventionnés en partie par le Programme d'exonération financière du Gouvernement du Québec, par le chèque emploi service, via les EESAD, et par les contributions des clients.

Le plan de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale signale l'insuffisance de services au chapitre de l'aide à domicile, des aides techniques, des groupes de support et des aides matérielles (RRSSSO, 1998). Selon un rapport de l'OPHQ (2002 : 13), la situation régionale au niveau du soutien à domicile ne présente pas de particularités par rapport aux autres régions du Québec (Fournier, 2003). Les tarifs horaires pour les employés des services de maintien à domicile et d'aide domestique sont trop bas et ils ne sont pas uniformes d'un CLSC à l'autre. Les heures allouées sont minimales. On signale la volonté des CLSC de créer une banque de ressources.

Les activités sociales et de loisir

Les activités sociales et de loisirs pour les personnes handicapées physiques sont essentiellement assurées par les organismes communautaires (spécialisés ou non) de la région. Quelques CHSLD offrent aussi des activités de loisirs à leurs clients, par le biais de leurs ergothérapeutes ou techniciens en loisirs. La promotion et la coordination du loisir pour personnes handicapées physiques et intellectuelles est sous l'égide de l'Unité régionale de loisirs et de sports de l'Outaouais (URLSO), un organisme subventionné par le Secrétariat aux loisirs et au sports du Québec. La section sports et loisirs pour personnes handicapées de l'URLSO coordonne, supporte et planifie des activités de loisirs pour la population handicapée de l'Outaouais, en collaboration avec plusieurs organismes communautaires de la région. De plus l'URLSO gère le Programme d'aide en loisirs. Ce programme accorde des subventions aux personnes handicapées n'ayant pas accès aux loisirs réguliers. Il coordonne les activités de la table consultative sur les sports et loisirs pour les personnes handicapées de l'Outaouais. Il offre des ateliers d'accueil et de formation, des camps de jour et de la sensibilisation aux personnes handicapées pour les milieux réguliers.

De nombreux organismes pour personnes handicapées physiques offrent des loisirs et des activités sociales pour leurs membres. Par exemple, l'Association des skieurs handicapés de la Capitale nationale offre des services adaptés en ski alpin, notamment à Vallée Edelweiss et à Wakefield. L'Association des sports en fauteuil roulant Ottawa-Carleton organise des jeux de basket-ball en Ontario et dans l'Ouest du Québec. Les Aigles de l'Outaouais et les Dragons rouges organisent tous deux des jeux de balle (boccia) pour les personnes en fauteuil roulant. L'Association des personnes handicapées de la Petite-Nation organise des cafés-rencontres sur des thèmes variés.

L'Association des personnes handicapées visuelles de l'Outaouais, l'Association canadienne de sclérose en plaques-section Outaouais, les Amis et amies de Saint-François de Sales, l'Association des neurotraumatisés de l'Outaouais, l'Association sports et loisirs pour aveugles de l'Outaouais, l'Association de loisirs pour personnes handicapées La Lièvre et Able Sale Program (un club de voile pour les personnes handicapées situé à Ottawa) organisent aussi des activités de loisirs pour leurs membres.

La vie associative, la défense des droits

Les organismes qui ont pour mission la promotion et la défense des droits des personnes handicapées physiques sont principalement le bureau régional de l'OPHQ, le Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Outaouais (RAPHO), Épilepsie Outaouais, le Regroupement des aveugles et amblyopes (section Outaouais), l'Association des personnes handicapées visuelles de l'Outaouais, l'Association de l'Ouïe de l'Outaouais, l'Association de la fibromyalgie de l'Outaouais, l'Association pour les personnes souffrant de douleur chronique, Les diabétiques de l'Outaouais et l'Association du Spina Bifida. Bien que n'ayant pas de mandat spécifique auprès des personnes handicapées, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Outaouais (CAAPO) accompagne les utilisateurs du réseau de la santé dans leur processus de plainte.

Le rôle de l'OPHQ consiste à promouvoir les droits et les services aux personnes handicapées. Les représentants régionaux de l'OPHQ siègent sur de nombreux comités, tables et conseils d'administration. L'autre volet de l'OPHQ Outaouais consiste en l'accompagnement et la défense des droits. Les interventions les plus fréquentes concernent les services scolaires. L'Association pour les personnes souffrant de douleur chronique a été particulièrement active, au cours des dernières années, pour réclamer une plus grande reconnaissance de cette condition et de meilleurs services pour les personnes atteintes⁴¹.

En résumé

Si des efforts ont été consentis au cours des dernières années pour couvrir les besoins des personnes handicapées au plan du traitement et des services relevant du système de santé, des lacunes importantes persistent au niveau de l'accès au logement et du transport adapté. Le CRR La RessourSe joue un rôle important pour assurer une gamme complète de services de réadaptation sur tout le territoire, mais on constate des listes d'attente, notamment en matière d'adaptation de domicile. De même, les services d'intégration au travail sont inégaux d'un territoire à l'autre. Les organismes communautaires jouent un rôle complémentaire aux établissements publics, particulièrement en matière de soutien aux familles, de ressources résidentielles, d'intégration au travail, de loisirs et de vie associative.

⁴¹ Entretien avec Robert Alie, bureau régional de l'OPHQ en Outaouais, novembre 2003

PARTIE II. PORTRAIT DE L'OFFRE DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

INTRODUCTION

Le dernier plan d'organisation des services en déficience intellectuelle pour la région date de 1990 et ne constitue plus véritablement une référence. En revanche, le plan de consolidation de 1999-2002 de la Régie régionale de l'Outaouais précise des objectifs dans les domaines suivants : prévention, accès aux services, soutien à l'intégration et les services spécifiques pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. Selon le plan de consolidation de la Régie régionale de l'Outaouais, « *les services aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle et à leurs parents doivent être améliorés à plusieurs égards. L'accès aux services dans certains domaines représente encore une difficulté importante. C'est le cas pour les parents de jeunes enfants, le transport régulier et adapté et également pour l'intégration en classe régulière qui représentent des défis importants* ». De même, l'amélioration des services aux personnes présentant des troubles envahissants du développement est considérée comme prioritaire (RRSSSO, 2002 : 32).

Toujours selon la Régie régionale, « *en matière d'aide et de soutien aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle, la tendance est encore trop souvent d'orienter la personne vers le service existant, même lorsque celui-ci ne répond pas véritablement à ses besoins. Des efforts doivent être consacrés à bien évaluer les besoins de la personne. On vise également à implanter le Système d'information clientèle en déficience intellectuelle* » (SIC-DI). (RRSSSO, 1998). En 2002, la Régie régionale a mis sur pied un comité de concertation régional, avec le mandat d'élaborer un plan d'action régional (RRSSSO, 2002 : 32). L'un des enjeux de ce comité se situe au niveau du partage des rôles entre le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et les organismes communautaires (OPHQ, 2002 : 8).

Un projet de plan d'organisation des services pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED), leur famille et leurs proches pour 2003-2008 a été adopté en 2003. Environ 200 personnes sont identifiées comme ayant un TED dans les différents établissements de l'Outaouais (Petit et Jérôme, 2003). Un montant annuel de 934 768 \$ a été annoncé à l'été 2003 pour :

- Consolider des services d'intervention comportementales intensive pour 12 enfants entre 2 et 5 ans ;
- Développer une ressource intermédiaire pour l'hébergement de 5 adultes
- Consolider des services d'intégration, d'accompagnement, d'activités de jour et de soutien communautaire pour la clientèle adulte ;
- Augmenter l'enveloppe pour les services au répit aux parents en CLSC
- Coordonner une équipe régionale multidisciplinaire pour l'évaluation globale des besoins, l'identification des outils d'évaluation et des mécanismes de référence pour la clientèle de 2 à 5 ans. (RRSSSO, 2003b).

À l'été 2003, une enveloppe annualisée de 393 173 \$, destinée aux services en déficience intellectuelle, a été ajoutée. Elle permettra de reconduire le budget du centre Pavillon du Parc pour des mesures de soutien à la participation sociale, de consolider les services des organismes communautaires favorisant l'intégration socioprofessionnelle, de rehausser les services de soutien aux familles offerts en CLSC et d'accroître les services de répit et les activités de jour offerts par des organismes communautaires. (RRSSSO, 2003, communiqué 10 juillet).

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Pavillon du Parc offre une gamme étendue de services et coordonne sept points de services dans les principaux territoires de la région. Neuf organismes communautaires se dédient, de façon spécifique, aux personnes ayant une déficience intellectuelle dans l'Outaouais, dont un spécifiquement pour les personnes présentant un TED. Sept autres organismes de la région s'occupent des personnes handicapées, incluant les personnes ayant une déficience intellectuelle. L'Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO) est particulièrement dynamique, avec des programmes de socialisation, d'insertion sociale ainsi que des activités de répit, de loisirs, de sensibilisation, etc.

Prévention et dépistage

Les moyens de prévention en déficience intellectuelle relèvent principalement de la santé publique. Parmi les moyens de prévention de la déficience intellectuelle, on compte : la couverture vaccinale des enfants, le dépistage des maladies métaboliques chez les nouveau-nés; l'alimentation des femmes suffisamment riche en acide folique avant la grossesse et pendant les premières semaines de gestation; le maintien des soins de qualité avant, pendant et après l'accouchement pour la mère et son bébé; la diminution des intoxications domestiques, des noyades et des traumatismes crâniens dans l'enfance et la prévention de la prématurité (RRSSSO, 1999). Les acteurs impliqués sont : la Direction de la santé publique de l'Outaouais, la Régie régionale de l'Outaouais, les CLSC, la CSST, les municipalités et les organismes communautaires. De même, les Centres de la petite enfance (CPE) sont des lieux propices au dépistage de la déficience intellectuelle.

Si la couverture vaccinale dans les CLSC est largement répandue, il reste difficile d'évaluer le degré d'atteinte des autres interventions préventives, qui demeurent éparses d'un CLSC à l'autre et d'une municipalité à l'autre. Quant aux organismes communautaires, leur rôle dans la prévention et le dépistage en est un d'information et de référence.

Diagnostic et traitement

Les diagnostics et les traitements en déficience intellectuelle sont la responsabilité conjointe des cliniques privées, des CLSC et du CRDI Pavillon du Parc. Pour accéder aux services du Pavillon du Parc, il faut passer par le CLSC de sa région. Les CLSC et le Pavillon du Parc offrent des services à des enfants et leurs familles dont le diagnostic n'est pas encore confirmé, mais qui présentent des retards de développement significatifs. Le plan de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale note que l'organisation et l'offre de services aux enfants de 0 à 5 ans, vivant avec une déficience intellectuelle, doivent être améliorées, plus particulièrement dans les CLSC sur l'ensemble du territoire (RRSSSO, 1999).

L'adaptation / réadaptation

Les services d'adaptation et de réadaptation sont offerts par le CRDI Pavillon du Parc, par les CLSC et par différents organismes communautaires de la région. Nous avons mentionné que le CRDI Pavillon du Parc est présent sur tout le territoire. Il offre des services sur le territoire à

partir des points de services : des Collines (Cantley), Vallée de la Gatineau (Maniwaki), de Gatineau (Gatineau), de la Grande-Rivière/Hull (Hull), de Pontiac (Fort-Coulonge) et de la Vallée de la Lièvre et Petite-Nation (Buckingham). Les clients du Pavillon du Parc doivent être référés par les CLSC. La gamme de services offerts au Pavillon du Parc est assez complète. Trois programmes sont offerts : soutien à la personne, socioprofessionnel et hébergement. À certains programmes s'ajoutent les services cliniques régionalisés (psychologie, orthophonie, santé, ergothérapie). Le processus de désinstitutionnalisation des personnes s'est terminé en 2001, mais le CRDI Pavillon du Parc est aux prises avec une importante liste d'attente (OPHQ, 2002 : 12). Le Pavillon du Parc comptait 1 089 usagers en 2002 et 1 026 en mars 2004. En mars 2002, la liste d'attente du Pavillon du Parc s'élevait à 230 personnes, dont 80 n'avaient aucun service. En mars 2004, celle-ci s'élevait à 188, dont 15 n'avaient aucun service. Selon le Pavillon du Parc, « cette situation est dramatique pour les personnes et/ou les familles qui ne peuvent compter que sur peu de services ou n'y ont pas accès » (Pavillon du Parc, 2002a : 2).

Tableau 3. 4 Nombre d'usagers par territoire de desserte du Pavillon du Parc

Territoires	Usagers au 31 mars 2002
Centre Mgr Proulx	15
Grande-Rivière/ Hull	271
Gatineau	306
Pontiac	95
La Lièvre/Petite-Nation	220
Des Forestiers	105
Des Collines	77
Total	1 089

Source : CRDI Pavillon du Parc, rapport d'activité 2001-2002

Comme le montre le tableau 3. 5, les clients du Pavillon du Parc reçoivent surtout des services éducatifs, professionnels et des services résidentiels. En revanche, on trouve peu de clientèle dans les services reliés à l'intégration au travail et dans des résidences autonomes.

Tableau 3. 5 Nombre de clients par services au Pavillon du Parc en mars 2002 ⁴²

Services	Total
Centre de jour Mgr-Proulx	15
Services territoriaux	638
Atelier de travail	90
Support stage en milieu de travail	80
Ressource de type familial	349
Résidence	89
Services professionnels	721
Centre pour activités de jour	123
Total	2 105

Enfin, l'organisme Trait d'Union Outaouais inc. offre des services de réadaptation, d'accompagnement et de soutien aux enfants, adolescents et adultes qui présentent des troubles envahissants du développement.

Les services éducatifs

Les services éducatifs aux élèves ayant une déficience intellectuelle sont assurés par les 5 commissions scolaires de la région et, de façon complémentaire, par des organismes communautaires. Ces services éducatifs s'inspirent de la politique québécoise d'adaptation scolaire adoptée en 1999 et des politiques d'adaptation scolaire des commissions scolaires de

l'Outaouais. Les élèves ayant une déficience intellectuelle sont intégrés dans des classes spéciales ou dans des classes régulières de l'Outaouais. En vertu de la Loi sur l'instruction publique, ils doivent avoir un plan d'intervention personnalisé. À la commission scolaire Western Québec, tous les élèves sont intégrés en classe régulière. En déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (TED), la région dispose d'une personne ressource régionale dans le cadre d'un service de soutien et d'expertise en adaptation scolaire⁴³. Les services offerts aux commissions scolaires et aux écoles par ce service régional portent sur l'organisation des services, le support aux projets spéciaux, l'analyse et l'objectivation des cas, la situation, les événements, etc. Un site web a été développé par la personne ressource⁴⁴.

Quelques organismes communautaires offrent des programmes d'apprentissage. Le centre Jean Bosco, situé à Maniwaki, est un centre d'apprentissage et de récupération destiné aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Les activités de l'OSBL sont en partie financées par des ententes de services avec la Commission scolaire des Haut-bois de l'Outaouais. Le Centre artisanal pour la déficience intellectuelle, situé à Gatineau, offre des activités d'apprentissage par le travail. Le Grenier d'apprentissage Jacques L. Charbonneau offre différents cours d'alphabétisation, d'artisanat et autres. Par ailleurs, l'Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO) offre des ateliers de sensibilisation à la déficience intellectuelle dans les écoles primaires et secondaires de l'Outaouais. Une demi-douzaine d'ateliers adaptés à chaque cycle est offerte. Le programme de sensibilisation est financé par Développement des ressources humaines Canada (DRHC), le mouvement Personnes d'abord du Canada, l'OPHQ et diverses associations nationales en déficience intellectuelle.

Le travail et les activités productives

Les services visant l'intégration au travail se partagent entre services publics et organismes communautaires. Au nombre des services publics, on compte les Centre locaux d'emploi (CLE), le bureau d'Emploi-Québec, et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Pavillon du Parc.

⁴² Source : Pavillon du parc, Rapport annuel 2001-2002

⁴³ Le service est situé à la Commission scolaire Cœur des Vallées.

⁴⁴ http://www.cscv.qc.ca/divers/deficiencointellectuelle/servicesdisponibles/service_disponibles.htm

Du côté des organismes communautaires, on trouve le Comité d'adaptation de la main d'œuvre pour personnes handicapées (CAMO sous-région ouest situé à Sainte-Agathe), les Ateliers de travail, notamment l'Atelier en couleur, le Centre Jean-Bosco, les Ateliers Boirec, l'Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite-Nation, le SSMO La Relance et l'APICO. Selon le plan de consolidation de la RRSSSO pour 1999- 2002, bien qu'il existe des activités de jour et d'intégration au travail, « *celles-ci ne sont pas réparties également sur l'ensemble du territoire et sont de nature diverses* » (RRSSSO, 1999 : 73).

Le Pavillon du Parc rapporte que 79 personnes recevaient en 2001 des services de support ou de stage en milieu de travail et que 87 personnes étaient en atelier de travail. Les contrats d'intégration au travail (CIT) sont administrés par les Centres locaux d'emploi (CLE) de l'Outaouais. Sur la centaine de contrats par année, on ignore combien sont accordés à des personnes déficientes intellectuelles. Le CAMO de la sous-région ouest, situé à Sainte-Agathe, accorde des subventions aux entreprises et organismes dans le cadre du programme Fonds d'intégration au travail pour les personnes handicapées.

La région de l'Outaouais compte au moins 3 ateliers de travail communautaire adaptés pour les personnes déficientes intellectuelles. L'Atelier en couleur (aussi appelé CADO) est un atelier de travail qui produit des articles artisanaux (fleurs, chandelles). Il accueille 42 personnes. L'organisme sans but lucratif est financé principalement par la Régie régionale et par Centraide.

Le Centre Jean Bosco, situé à Maniwaki, est un centre d'apprentissage, de recyclage et de récupération. L'OSBL produit notamment des vêtements recyclés de seconde main et gère une boutique. Les Ateliers Boirec, à Maniwaki, sont spécialisés dans la production de produits de bois. Ils offrent 14 emplois à des personnes ayant des déficiences intellectuelles ou physiques. L'organisme La lanterne, situé à La Pêche, offre des activités favorisant l'intégration au travail. Le Centre artisanal pour la déficience intellectuelle (CADO), situé à Gatineau, offre des activités de travail. Enfin, l'Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO) offre des stages d'insertion sociale à des personnes déficientes intellectuelles défavorisées au plan de l'emploi. Les activités, auxquelles participent 16 adultes, prennent la forme de stages et de milieux de travail et de sensibilisation à différents milieux et professions.

Les ressources résidentielles

Les ressources résidentielles destinées aux personnes déficientes intellectuelles sont assurées principalement par les ressources de type familiales (RTF) et par des résidences diverses. La plupart de ces ressources sont administrées par le Pavillon du Parc. Contrairement au reste du Québec, l'Outaouais a peu misé sur les ressources autres que les RTF ou les ressources supervisées par le CH. On y trouve donc très peu de pavillons, de ressources intermédiaires et de logements sans but lucratif. Le rapport d'activité du Pavillon du Parc en 2001 recensait 345 places en RTF et 88 places en résidences (appartements supervisés, ressources intermédiaires, etc.) (Pavillon du Parc, 2002a). Selon le plan de consolidation 1999-2002 de la RRSSSO, « *il subsiste des difficultés majeures pour dresser un portrait de la clientèle en RTF et à prévoir son évolution. De plus, la demande pour l'hébergement de type familial est à la hausse* » (RRSSSO, 1999 : 73). Cinq places d'hébergement en ressources intermédiaires ont été ajoutées pour 2003 à l'intention d'adultes présentant un trouble envahissant. du développement (RRSSSO, 2003a).

Au nombre des organismes communautaires offrant des services résidentiels, on peut nommer L'Arche Agapé et Quail. L'Arche Agapé (fondation Jean Vanier), créée en 1974, a pour mission de créer un milieu de vie épanouissant pour des personnes présentant une déficience intellectuelle et pour des assistants venus leur apporter de l'aide, créer une relation avec elles et y partager leur vie pour une période plus ou moins longue. Quinze personnes ayant une déficience intellectuelle y résident présentement. L'organisme est en partie financé par la Régie régionale de l'Outaouais. *Quebec Association for Independant Living* (Quail) a été fondée en 1993 à l'instigation du Pavillon du parc et de la Société d'habitation du Québec (SHQ). Elle offre 5 logements supervisés dans une maison de Chelsea. La proportion de résidences relevant du communautaire demeure donc très faible, soit 20 logements contre plus de 350 en RTF ou en ressources institutionnelles.

Le transport

Les services de transport adapté aux personnes déficientes intellectuelles comprennent, tout comme les services aux autres personnes handicapées, le transport en commun adapté, le transport scolaire adapté, le transport bénévole (organisé par des organismes communautaires) et

les services de transport des établissements de santé et des services sociaux⁴⁵. Selon les statistiques de Transport Québec pour 2001, 434 personnes ayant une déficience intellectuelle ont utilisé les transports adaptés en Outaouais (Transport Québec, 2003). On sait que l'offre de transport adapté est insuffisante dans la région et compte parmi les priorités du plan de consolidation de la Régie régionale de l'Outaouais de même que du Pavillon du Parc. Depuis quelques années, la Société de transport de l'Outaouais (STO) s'associe à l'APICO en partenariat avec d'autres organismes régionaux pour offrir un programme d'apprentissage aux transports en commun régulier. Des projets de transport collectif sont en cours d'implantation en milieu rural.

Le soutien aux familles et aux proches

Hormis le Pavillon du Parc, l'Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO) est l'un des organismes les plus actifs pour le support aux familles et aux proches des personnes déficientes intellectuelles. Il offre des services d'écoute, de référence et différents programmes de sensibilisation, de répit et de soutien aux familles. Les CLSC ont aussi la responsabilité d'offrir des services psychosociaux aux enfants et aux familles. Le Pavillon du Parc a mis sur pied quelques centres de jours, dont le centre communautaire de Gatineau, destinés aux personnes multi-handicapées et le centre de jour de Buckingham. Le Pavillon du Parc tente également de favoriser l'intégration des enfants d'âge préscolaire dans les Centres de la petite enfance de la région. Le Pavillon du Parc, l'Association des centres de la petite enfance de l'Outaouais, la Régie régionale, l'OPHQ et l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ont développé un partenariat pour favoriser l'intégration, en CPE des enfants ayant une déficience intellectuelle en CPE. Mais le Pavillon du Parc déplore que plus d'une trentaine d'enfants soient en attente d'une place (Pavillon du Parc, 2002).

Depuis 1993, le répit Serge Bélair, un OSBL, offre des services de répit et de dépannage aux familles des personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou présentant plusieurs handicaps. La ressource est située à Cambells Bay, dans le comté de Pontiac. Le répit a une capacité d'accueil de 7 personnes. Il est ouvert les fins de semaine et durant les congés estivaux.

Le camp Gatineau, un camp d'été destiné aux personnes ayant une déficience intellectuelle, permet un répit aux familles, à travers ses différents programmes de séjour. Depuis

⁴⁵ Voir la section sur les services en déficience physique pour plus d'informations sur l'organisation des services de transport adapté.

1997, le service de la culture et des loisirs de Buckingham permet à 30 enfants, ayant une déficience intellectuelle, de participer à un camp de jour (Pavillon du Parc 2002, Bulletin, vol. 7 no 2).

L'APICO offre un service de répit aux familles d'adolescents et d'adultes ayant une déficience intellectuelle (entre 13 et 51 ans). La clientèle prioritaire pour ce service est celle qui est en attente de services de répit par le CLSC-CHSLD de Gatineau ou du Pavillon du Parc. Le répit est offert les fins de semaines au Centre communautaire Gatineau. Selon le plan de consolidation 1999-2002 de la RRSSSO, les parents d'enfants vivant avec une déficience intellectuelle se disent insatisfaits de la quantité des services de répit présentement à leur disposition. Le plan de consolidation se donne pour objectif d'assurer au moins 75 % des services de répit requis par les parents (RRSSSO, 1999). Enfin, les Résidences communautaires en santé mentale de l'Outaouais, à Aylmer, assurent un service d'hébergement et de répit pour les adolescents et adultes ayant un trouble envahissant du développement.

Le maintien à domicile

Les services de maintien à domicile sont assurés par les CLSC pour les soins médicaux et personnels, par le Pavillon du Parc et certains organismes communautaires pour les services de répit. Par ailleurs, les services d'aide domestique sont offerts par des entreprises d'économie sociale. On ignore combien, parmi les 13 457 ayant reçu des services de maintien à domicile en 2001-2002 (RRSSSO, 2001), sont des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Les activités sociales et de loisirs

Hormis le centre de réadaptation en déficience intellectuelle Pavillon du Parc, au moins 4 organismes communautaires en déficience intellectuelle s'investissent dans des activités de loisirs soit : La Lanterne, l'Association pour les enfants exceptionnels de Gatineau (Buckingham), l'Association pour l'intégration communautaire (APICO) et le camp Gatineau. Par ailleurs, d'autres organismes multi-handicap offrent également de tels loisirs aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Il s'agit du Centre Jean-Bosco, de l'Association des loisirs pour personnes handicapées de La Lièvre, de l'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées, de l'Association pour personnes handicapées de la Petite-Nation et de l'Unité régionale de loisirs et de sport de l'Outaouais (URSLO). L'APICO offre des activités de loisirs

comme des parties de cartes, des soirées de cinéma, de danse et de quilles. Le Camp Gatineau est un camp de vacances spécialement destiné aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Le camp, situé dans le parc de la Gatineau, a une capacité d'accueil de 140 personnes. L'organisme communautaire offre une foule d'activités durant l'été et l'hiver à une variété de clientèle pour différents besoins.

La vie associative, la défense des droits

Les organismes qui s'occupent de la vie associative et de la défense des droits en déficience intellectuelle dans la région sont principalement l'OPHQ, le Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Outaouais (RAPHO) et l'APICO. Les principaux dossiers de l'OPHQ portent sur l'intégration scolaire. Les principaux dossiers de l'APICO portent sur le transport et le logement. Au plan des loisirs, la contribution de l'Union régionale de loisirs et de sports de l'Outaouais (URLSO) porte sur l'accès des personnes déficientes intellectuelles aux services de sports et de loisirs réguliers.

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

INTRODUCTION

Le dernier plan d'organisation des services en santé mentale date de 1985 (CRSSSO, 1985). Selon le plan de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale, l'Outaouais « *a mis sur pied une organisation de services en santé mentale qui assure dans tous les territoires une gamme relativement complète de services de base et qui garantit, sur une base territoriale, des services spécialisés en psychiatrie systématiquement déployés en territoire* » (RRSSSO, 2002). Le défi de la consolidation repose sur le renforcement de ce modèle « *qui inspire les autres régions du Québec* ». Par conséquent, « *l'objectif n'est pas de changer ce modèle mais bien de l'améliorer et de le raffiner* » (RRSSSO, 1998).

La particularité du « modèle » d'organisation de services dans l'Outaouais tient à la reconnaissance, dès 1985, des organismes communautaires dans le plan d'organisation des services en santé mentale. En précurseur par rapport à d'autres régions du Québec, la RRSSSO a financé plusieurs organismes, permettant la mise sur pied d'organismes reconnus aujourd'hui pour leur dynamisme (24 /7, Cap santé, etc.). Compte tenu de la pénurie de psychiatres dans la région, les omnipraticiens ont été intégrés dans les services de santé mentale. De même, des tables de concertation réunissant des représentants des CH, CLSC et organismes communautaires avaient été mises sur pied dans chaque territoire socio-sanitaire de l'Outaouais. Selon une représentante d'un organisme communautaire, la pratique d'échanges entre acteurs des secteurs publics et communautaires a survécu à ces tables.

Le plan de consolidation vise à : augmenter les activités de prévention; augmenter le nombre de psychiatres (19); multiplier les services d'aide et d'accompagnement offerts par les établissements et les organismes communautaires; diversifier les services de répit; augmenter le nombre de places dans les RTF et le nombre de places de réadaptation et insertion sociale et multiplier les ressources pour traiter les problématiques plus complexes. Le plan de consolidation de la RRSSSO déplore la pénurie de psychiatres dans la région, de même que de ressources en réadaptation (RRSSSO, 1998).

Le Centre hospitalier Pierre-Janet, le seul hôpital psychiatrique de l'Outaouais, a un mandat régional de soins spécialisés en santé mentale pour toute la région. Au total, plus de 7 000 personnes y ont reçu des services en 2002-2003. Le Centre de santé Pontiac n'a qu'un lit en santé mentale. Tous les territoires de MRC de la région ont une clinique externe en santé mentale, rattachée au CH Pierre-Janet, mais seule la région de Gatineau a un hôpital de jour. La clinique externe de Gatineau est gérée par le CLSC-CHSLD de Gatineau.

Tous les CLSC, CLSC-CHSLD et Centres de santé ont des équipes ou des unités de santé mentale. Ces équipes peuvent être constituées de psychologues, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et parfois de psychiatres. Les services en santé mentale en CLSC consistent en des suivis thérapeutiques individuels ou de groupes, en des groupes d'entraide, en des activités de promotion et de prévention ainsi qu'en des suivis dans le milieu.

Au cours de l'été 2003, des montants annualisés additionnels totalisant 529 450 \$ ont été prévus pour améliorer les services en santé mentale, notamment pour le soutien intensif pour les

personnes à haut risque de suicide, les services aux personnes atteintes de troubles de personnalité et des ressources en hébergement.

Jusqu'à 2003, les services prévus pour les enfants et les personnes atteints de troubles envahissants du développement (TED), relevaient du secteur de la santé mentale. Ces services relèvent maintenant du secteur de la déficience intellectuelle.

Prévention et dépistage

Les organismes impliqués dans la prévention et la promotion de la santé mentale sont principalement les CLSC, les CH, le CH psychiatrique Pierre-Janet et plusieurs organismes communautaires. Les services de prévention et de promotion dans les CLSC consistent en des activités ou ateliers de prévention et de sensibilisation ainsi qu'en la mise sur pied de groupes d'entraide et d'activités conjointes avec les organismes du territoire (écoles, organismes communautaires, établissements).

Les priorités de la Régie régionale en matière de prévention en santé mentale portent principalement sur l'intégration, chez les enfants surtout, d'habiletés visant le renforcement de leur potentiel (aptitudes personnelles et sociales) et l'adoption de saines habitudes de vie (RRSSSO, 1998 : 57). Au nombre des objectifs poursuivis dans le plan de consolidation 1999-2002, on vise également à intégrer un programme de prévention des comportements sociaux au préscolaire et en première année chez 60 % des enfants en garderie, en maternelle et en première année.

Selon la Régie régionale, il y a présentement un problème de continuité et de concertation relative aux services destinés aux jeunes adultes atteints de maladies mentales. On veut « *mettre sur pied des équipes interdisciplinaires composées d'établissements et d'organismes communautaires principalement concernés par la prise en charge de jeunes adultes affectés par la maladie mentale* » (RRSSSO, 1998 : 58).

Une stratégie d'action face au suicide a été lancée le 2 février 1998, dans la foulée de la stratégie d'action québécoise. Elle vise à stabiliser et à diminuer le taux de suicide en Outaouais (RRSSSO, 1998).

De nombreux organismes communautaires interviennent en prévention et en promotion de la santé mentale. L'un des plus actifs, le CAP Santé, situé à Hull, s'investit principalement dans

la création et le soutien aux groupes d'entraide pour toute la région. CAP Santé recense une centaine de groupes d'entraide dans la région. Ces derniers s'adressent à des groupes aussi variés que des adolescents traités en clinique externe, des personnes désireuses de cesser de consommer, des victimes ou des témoins de violence conjugale, des enfants de parents séparés, des victimes d'abus sexuels, des jeunes en questionnement sur leur orientation sexuelle, des personnes schizophrènes, des groupes d'échanges entre hommes, des deuils suite à un décès, des deuils suite à un suicide, des personnes boulimiques, etc.

CAP Santé offre depuis 1996 un programme appelé Conduites pacifiques dans les écoles primaires de l'Outaouais. Jusqu'à maintenant, plus de 600 élèves ont bénéficié du programme qui prend la forme d'ateliers dans les classes et de formations d'équipes de pairs médiateurs (CAP Santé, 2003). Il offre également des ateliers auprès de jeunes adultes (Avoir 20-30 ans, l'heure des choix). Enfin, l'organisme anime un dynamique site web de ressources et d'animation.

Le Centre d'aide 24 / 7 offre, en plus de l'écoute et de la référence téléphonique, des formations en intervention en situation de crise et des ateliers de sensibilisation sur le suicide. Tel-Aide Outaouais et le Centre détresse d'Ottawa offrent des services d'écoute téléphonique et de référence. Le groupe L'Apogée, situé à Hull, offre également de l'écoute, des références et des groupes d'entraide pour les proches et amis des personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'Organisme de développement et d'entraide communautaire (ODEC), à Buckingham, participe également à des campagnes de sensibilisation à la maladie mentale. Suicide Détour, à Maniwaki, a pour mandat de sensibiliser la population de la Vallée de la Gatineau sur la problématique du suicide.

Diagnostic, traitement et intervention auprès des personnes en crise suicidaire

Les services de diagnostic de traitement et autres interventions incluent ici les évaluations, les admissions et les hospitalisations, les thérapies individuelles, familiales ou de groupes, les traitements pharmacologiques, les psychothérapies, les suivis externes, les interventions en situation de crise et les suivis psychosociaux. Les établissements et organismes responsables des diagnostics et traitements en santé mentale sont : le CH Pierre-Janet, les CH, les CLSC et certains organismes communautaires.

Au plan des hospitalisations, le CH Pierre-Janet dispose de 87 lits. En 2000-2001, 468 personnes ont été admises en hospitalisation, 223 personnes ont été traitées en hôpital de jour et

2 874 ont été reçues dans les cliniques externes relevant du CH Pierre-Janet sur l'ensemble du territoire. La clinique territoriale en santé mentale gérée par le CLSC-CHSLD de Gatineau, en collaboration avec le CH Pierre-Janet, a été mise en place en 2001 (RRSSSO, 2001).

Les urgences des CH Vallée de l'Outaouais, Centre de santé Pontiac, Centre de santé Vallée de la Gatineau, CH Gatineau Mémorial et CH Papineau sont l'une des portes d'entrées pour accéder à des services spécialisés au CH Pierre-Janet. Le CH du Centre de santé Pontiac dispose d'un pédopsychiatre de Pierre-Janet quelques heures semaines, mais la durée d'attente peut aller jusqu'à un an (Centre de santé Pontiac, site web).

Les CLSC, pour leur part, offrent différents services psychosociaux, de suivis intensifs, de réadaptation ainsi que de références pour des soins spécialisés. Le CLSC du Centre de santé Pontiac offre des groupes d'entraide sur le deuil, la fibromyalgie et la fatigue chronique. Au cours de l'année 2001-2002, il a offert des services en santé mentale à plus de 700 personnes.

Certains organismes communautaires offrent des services d'intervention d'urgence ou d'intervention en situation de crise. Outre les urgences des hôpitaux, on trouve des services d'écoute téléphonique qui font aussi des interventions en situation de crise. C'est le cas du Centre 24 / 7, de Tel Aide, Tel Jeunes et Centre Détresse d'Ottawa. Ce dernier organisme dessert, suite à une entente entre Ottawa et la RRSSSO, la population anglophone de l'Outaouais.

L'adaptation / réadaptation

Dans leur acception courante, les services d'adaptation et de réadaptation en santé mentale recourent, dans une large mesure, les services reliés au travail, à l'éducation et au logement. Dans la présente section, nous nous en tiendrons aux services professionnels fournis par les psychologues, ergothérapeutes, etc. Dans la mesure où les activités de réadaptation se déroulent à partir d'un cadre résidentiel, le plan de consolidation de la RRSSSO pour 1999-2002 préconise l'augmentation du nombre de résidences de traitement et de réadaptation (RRSSSO, 1998). Les établissements et organismes impliqués dans les services de réadaptation sont le CH Pierre-Janet, les CH et les CLSC de même que quelques organismes communautaires.

L'hôpital de jour du CH Pierre-Janet accueille plus de 200 personnes. Les activités offertes comprennent de l'ergothérapie, la relaxation, l'apprentissage aux aptitudes sociales, etc. Les services aux adolescents prévoient du support à la réinsertion sociale, familiale et scolaire. Le

CH Pierre-Janet offre des services de réinsertion sociale, familiale ou scolaire dans le cadre de son programme destiné aux enfants. Les services de longue durée du CH Pierre-Janet s'adressent à des adultes ayant des troubles sévères et persistants associés à des difficultés très significatives de fonctionnement au plan de l'emploi, du logement, de la vie sociale ou de l'éducation. Les services de réadaptation prévus consistent en de l'aide à trouver un logement, l'aide à la vie quotidienne, pour les visites à domicile, l'accompagnement auprès des services publics et privés de même que pour les situations sociales. Le service aux personnes âgées prévoit des plans d'intervention conjoints en compagnie de la famille.

Quant aux organismes communautaires de la région, ils sont nombreux à offrir des activités de réadaptation. Les activités de CAP Santé aident à la mise en place et au support d'une centaine de groupes d'entraide dans toute la région. La Maison Réalité, à Gatineau, offre des services de suivi communautaire intensif dans la communauté. La Maison Le Ricochet, située à Sainte-Cécile de Masham (territoire des Collines) offre des services de réadaptation par le biais d'activités d'artisanat, de cuisine, de couture, de suivis budgétaires, de traitements de texte, etc.

Le Centre Inter-Section H.A.G, à Gatineau, est un centre de réadaptation et de réinsertion sociale par le moyen d'activités culturelles et sportives, d'ateliers de croissance personnelle, de suivis dans la communauté et de plateaux de travail.

Les services éducatifs

Les élèves âgés de moins de 21 ans sont scolarisés dans les 5 commissions scolaires de la région. Les élèves ayant des problèmes de santé mentale sont, comme la plupart des élèves handicapés de l'Outaouais, scolarisés en classe régulière ou en classe spéciale. Les services éducatifs offerts aux élèves ayant des problèmes de santé mentale s'inscrivent dans l'ensemble des services disponibles pour les élèves en difficultés (psychologue, orthophoniste, psychoéducateurs, ergothérapeutes, etc). On sait que ces services demeurent déficitaires dans l'ensemble des commissions scolaires du Québec. En vertu de l'entente MSSS-MEQ, le CH Pierre-Janet offre des services de scolarisation à une trentaine d'élèves hospitalisés de façon temporaire. Les services de scolarisation des adolescents de 13-18 hospitalisés au CH Pierre-Janet sont offerts par le CS des Portages de l'Outaouais. Par ailleurs, 2 éducateurs du CH Pierre-Janet sont prêtés à l'École Le Progrès de Gatineau (CS Des Draveurs) dans une classe de réadaptation et une classe de maintien à la vie scolaire. Enfin, L'Envol SRT, à Gatineau, offre du

soutien et du suivi aux adultes ayant des problèmes de santé mentale désirant s'intégrer dans un programme de formation. Le Jardin éducatif du Pontiac, quant à lui, offre des activités éducatives individuelles et de groupe pour des jeunes présentant des difficultés d'apprentissage et des troubles de comportement.

Le travail et les activités productives

Les services généraux d'intégration au travail sont offerts par les 7 Centres locaux d'emploi (CLE) et le bureau d'Emploi-Québec de la région. Les services d'intégration plus spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont offerts par des organismes communautaires, il s'agit de : L'Envol SRT, (Gatineau), La Maison Le Ricochet (Pontiac), Maison l'Amitié (des Collines) et l'Atelier de formation socioprofessionnel de la Petite-Nation.

L'Envol Service de retour au travail (SRT) est le seul véritable service complet d'employabilité de l'Outaouais destiné aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'OSBL, situé à Hull offre des services d'évaluation, d'information, de préparation de c.v. et d'entrevues, de référence, de visites d'entreprises, d'adaptation aux milieux de travail, de retour aux études et de maintien en emploi. L'attente à l'Envol est de plus de 2 mois. La Maison Amitié de Gatineau et la Maison Le Ricochet, dans le Pontiac, offrent des services d'intégration professionnelle. La Maison le Ricochet est un organisme communautaire œuvrant depuis 1990 en réadaptation et réinsertion sociale et professionnelle auprès des personnes vivant des troubles graves en santé mentale sur le territoire des Collines (Cantley, Chelsea, La Pêche et Val-des-Monts). Le Ricochet offre notamment des stages, du support à la recherche et à l'intégration à l'emploi. L'organisme opère également un atelier de menuiserie, une friperie et un laminoir. Enfin, le Centre Inter-Section H.A.G., à Gatineau, offre des plateaux de travail dans une optique de réadaptation.

Selon une responsable de service d'intégration au travail en santé mentale, les besoins les plus pressants dans l'Outaouais consistent en des postes de travail adaptés pour les personnes ayant des problèmes persistants de même qu'au niveau des mesures d'insertion et de maintien en emploi. On cherche encore à implanter des services d'insertion en emploi dans les territoires de la Haute-Gatineau et des Collines, mais rien n'a encore été conclu à ce jour.

Quant aux contrats d'intégration au travail (CIT), on constate une augmentation du nombre de contrats accordés depuis quelques années. Selon une responsable communautaire, cette hausse est en partie due au fait que les CIT étaient moins utilisés en Outaouais que dans les autres régions du Québec. On peut aussi attribuer cette hausse à la volonté et à la capacité matérielle des organismes communautaires à gérer ces subventions.

Les ressources résidentielles

Le plan de consolidation pour 1999-2002 (1998) constate le manque de ressources résidentielles dans l'Outaouais, notamment des ressources de type familial (RTF) et recommande leur augmentation (RRSSSO, 1998). Les établissements et organismes responsables de l'hébergement et du logement sont, pour l'Outaouais, le CH Pierre-Janet et certains organismes communautaires. Le CH Pierre-Janet administre actuellement environ 50 RTF totalisant plus de 210 résidents. Le CH compte également 4 résidences supervisées accueillant 28 personnes, toutes à proximité de l'hôpital. La Maison Nouveau Départ, à Gatineau, est un OSBL d'habitation offrant 7 unités de logement permanent. La Maison Réalité, un autre OSBL d'habitation situé à Gatineau, offre 9 logements transitoires et permanents à des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Destinées à des "personnes fragilisées", Mon Chez Nous et les Œuvres Isidore Ostiguy offrent respectivement 67 et 13 unités de logements permanents. Dans les faits, 80 % de ces unités sont occupées par des personnes psychiatriquées. Les Centre Intervalle Pontiac, à Fort-Coulonge, la Société Alzheimer de l'Outaouais, l'ODEC et le Centre d'aide 24 / 7 offrent également des séjours d'hébergement de courte durée.

L'insuffisance de ressources en hébergement et (surtout) en logement tient, en partie, au contexte de placement en institutions et au fait d'avoir opté uniquement sur les RTF au détriment d'autres ressources de type intermédiaires, ou encore du logement social. De fait, on constate que les ressources sont encore principalement orientées vers les ressources d'hébergement publiques et communautaires et non pas vers le logement social permanent avec support communautaire, à l'instar du modèle de la Maison Nouveau Départ.

Les besoins en logement et en hébergement sont à toucher toute la population, mais pour l'instant, peu d'instances communautaires se dédient spécifiquement à l'accès au logement et à l'hébergement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces constats rejoignent ceux du rapport du Vérificateur général du Québec pour 2002-2003 à l'effet que : « les

ressources disponibles sont peu variées et mal adaptées aux nouvelles pratiques en santé mentale. Par exemple, plusieurs personnes prêtes à vivre dans un autre milieu doivent demeurer hospitalisées, ce qui entraîne des coûts importants » (Vérificateur général du Québec, 2003).

Le transport

Les services de transport adapté aux personnes ayant des problèmes de santé mentale comprennent le transport en commun adapté, le transport scolaire adapté, le transport bénévole (organisé par des organismes communautaires) et les services de transport des établissements de santé et des services sociaux (voir la rubrique transport de la section déficience physique).

Les critères d'admissibilité au transport adapté financé par les Sociétés de transport de l'Outaouais sont déterminés par la politique d'admissibilité du transport adapté du ministère des Transports du Québec.

L'accès au transport adapté en Outaouais demeure néanmoins restreint (Centraide, 2000). Le problème est encore plus aiguë en milieu rural. Sur les 2 357 personnes admises aux services de transport adapté dans l'Outaouais, seulement 100 comptent au nombre des personnes ayant des troubles psychiques (Transport Québec, 2003). Toutefois, une représentante des milieux communautaires en santé mentale fait valoir que, contrairement aux autres types de handicaps, l'accès au transport adapté n'est pas une priorité pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale en Outaouais. Les besoins se situent plutôt au plan de l'apprentissage et l'appivoisement en transport en commun régulier.

Le soutien aux familles et aux proches

Les services de soutien aux familles et aux proches sont donnés par les CLSC de même que par plusieurs organismes communautaires.

Les services des CLSC comprennent différents programmes d'aide et de répit aux familles, incluant les services de garde. Ils prennent également la forme d'allocations ou de crédits d'impôt au provincial et au fédéral pour les parents d'enfants handicapés. L'allocation pour enfants handicapés est administrée par la Régie des rentes du Québec. L'allocation directe, administrée par les CLSC, aide les parents à obtenir différents services de gardiennage, de répit et autres. Plus de 18 organismes communautaires de l'Outaouais offrent des services de support aux familles, soit sur une base ponctuelle, soit par le biais de services organisés. C'est le cas du Groupe d'entraide Les Bipos, de la Maison amitié Haute-Gatineau, du CAP Santé Outaouais, du Centre Détresse Ottawa, du Trait d'Union Outaouais, du Groupe d'entraide TPL Outaouais et des Habitations Nouveau départ. De même, Entraide Deuil de l'Outaouais organise des groupes d'entraide et de l'écoute. Tel-Aide Outaouais offre aussi un service d'écoute. Les Maisons Réalité et Le Ricochet offrent des services d'information et de support à la famille. L'Apogée offre aussi des services de répit et de gardiennage et des sessions de formation aux parents, via le Programme Information famille. L'organisme exerce, à ce chapitre, un leadership provincial. L'ODASIS, à Saint-André-Avellin, offre des programmes de soutien pour les parents et amis. Le Centre Intervalle Pontiac, à Fort-Coulonge, offre des services de répit-dépannage.

Le maintien à domicile

Les services de soutien et de maintien à domicile sont principalement assurés par les CLSC, par le CH Pierre-Janet et par certains organismes communautaires. Les services à domicile assurés par les CLSC comprennent les services de suivi intensif, les soins personnels (hygiène, habillage et aide à l'alimentation) et le soutien à domicile (répit, gardiennage et dépannage). On ignore combien, parmi les 13 457 ayant reçu des services de maintien à domicile en 2001-2002, sont des personnes ayant des problèmes de santé mentale (RRSSSO, 2002).

Les services d'aide domestique sont notamment assurés par quatre entreprises d'économie sociale qui offrent des services d'aide domestique aux personnes handicapées physiques. Il s'agit de la Coopérative de solidarité d'aide domestique de la Vallée de la Gatineau, de la Coop des

1001 corvées (Papineauville), Le Mont d'Or (Mansfield) et Remue-ménage de l'Outaouais (Hull). Ces services sont subventionnés en partie par le Programme d'exonération financière du Gouvernement du Québec, par le chèque emploi service et par les contributions des clients.

Les autres services de maintien à domicile sont assurés sous forme de suivi intensif, par le CH Pierre-Janet et la Maison Réalité. De même, les services de support communautaire dans les Habitations Nouveau Départ contribuent au maintien à domicile des locataires.

Les activités sociales et de loisirs

Les établissements et organismes à offrir des loisirs aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sont le CH Pierre-Janet et notamment les CH et les CLSC ainsi que des organismes communautaires ayant des centres de jour. Au nombre des organismes communautaires à prévoir des activités de loisirs, on compte le Centre Intersection, le Cap Santé, la Maison Réalité, la Maison Le Ricochet et la Maison amitié de la Haute-Gatineau (centre de jour). L'Union régionale des sports et loisirs de l'Outaouais (URSLO) assure aussi, parfois en collaboration avec des organismes du milieu, des activités de loisirs et des activités sociales.

La vie associative, la défense des droits

Au chapitre des services publics, les organismes et individus peuvent aussi compter sur l'intervention du bureau régional de l'OPHQ.

On compte plus d'organismes spécialisés en région urbaine (Gatineau) et plus d'organismes ayant des missions polyvalentes dans les autres territoires.

Droits-accès Outaouais est le principal organisme communautaire spécifiquement mandaté pour la promotion et la défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO) contribue à l'avancement de certains dossiers au plan de l'organisation des services. L'organisme qui reçoit peu de financement est surtout une table que les directeurs d'organismes utilisent pour se donner des outils et une voix commune pour certains dossiers. Le ROCSMO vient incidemment de terminer une étude sur les besoins des organismes communautaires. On y constate une augmentation des personnes à prendre en charge (vieillesse, complexification des cas, pauvreté) de même que la grande précarité des

organismes communautaires, qui se traduit notamment par un important taux de rotation du personnel des organismes communautaires. Le rapport d'étude du regroupement estime à 2,5 millions de dollars les montants additionnels à investir dans le réseau des organismes communautaires.

En résumé

Bien que reconnu comme un modèle d'intégration des services, la région de l'Outaouais n'en éprouve pas moins les effets d'importantes lacunes, notamment le manque de psychiatres, d'infirmières et aussi au chapitre de la précarité des organismes communautaires. Par ailleurs, au-delà des pratiques d'échanges informels, on constate peu d'ententes de services formalisés entre organismes communautaires et établissements publics. Les autres services jugés prioritaires ont trait au logement et à l'intégration au travail.

CONCLUSION

Nous avons, dans cette étude, brossé un portrait général de la situation des personnes handicapées de l'Outaouais, des services qui leur sont offerts et des lacunes et besoins observés en regard de ces services. Longtemps, les services aux personnes handicapées dans l'Outaouais ont été déficitaires, entraînant les personnes à quérir leurs services en Ontario. Bien que cette situation perdure, notamment au plan des services hospitaliers et communautaires, des investissements massifs ont fait en sorte qu'en 1998, les montants consommés hors Québec étaient passés de 110 millions \$ à 40 millions \$ en santé et services sociaux.

Les besoins des personnes ayant des déficiences physiques semblent généralisés. La situation de l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle s'est améliorée au cours des dernières années, mais des besoins persistent, notamment au plan du transport, du travail et du logement. L'augmentation des cas de troubles envahissants du développement (TED) appelle de nouvelles ressources. Quant aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, bien que la région offre une bonne couverture et une bonne intégration des services, l'accès à certains services (psychiatrie, répit, logement, soutien aux familles, transport) est difficile.

Il en ressort le portrait suivant pour l'ensemble des personnes handicapées. Bien que l'organisation des services couvre, en principe, l'ensemble des territoires et des secteurs d'intervention, on éprouve des besoins en matière de prévention (notamment pour les facteurs de risques touchant les bébés et les personnes âgées), l'accès à des médecins de familles, des orthophonistes, des psychologues, l'accès aux services médicaux de première ligne et au traitement pour les personnes atteintes de douleur chronique. En réadaptation, les Centres La RessourSe, Pavillon du Parc et le CH Pierre-Janet affichent des listes d'attente importantes, notamment pour les programmes de déficience motrice adulte, de déficience de la parole et du langage et développement de l'enfant, de santé mentale adulte. Par ailleurs, l'accès au transport adapté et au logement semblent constituer les problèmes les plus criants et lancinants pour les personnes handicapées de la région. Il nous a été difficile, dans le cadre réduit de cette étude, de bien mesurer la nature et le volume des services offerts par les CLSC de l'Outaouais, plus particulièrement en matière d'adaptation / réadaptation, maintien à domicile, prévention et soutien aux familles.

L'accès aux services spécialisés de main d'œuvre est bon, mais l'accès à des ateliers de travail demeure inégal d'une région à l'autre. Il n'existe pas de Comité d'adaptation de la main d'œuvre (CAMO) dans la région. Le bureau de Sainte-Agathe, qui dessert l'Outaouais, est peu connu et reçoit peu de demandes (par exemple pour le Fonds d'intégration au travail pour les personnes handicapées).

Les services résidentiels de l'Outaouais ont été davantage centrés sur des ressources de type familial (RTF) et très peu sur les ressources intermédiaires. Les derniers développements misent sur des OSBL d'habitation ou des logements adaptés. L'accès à un logement abordable et adapté demeure très problématique pour tous les types de déficience. Or, la région de l'Outaouais éprouve de façon particulièrement aiguë la pénurie de logements locatifs. Mais la pénurie de logement touche toutes les populations vulnérables, et les personnes handicapées physiques ne figurent pas toujours en priorité.

On manque de RTF en déficience physique, en déficience intellectuelle et santé mentale. On manque surtout de logements sociaux adaptés. Les listes d'attente pour accéder au Programme d'accès à domicile (PAD) ou à une subvention au loyer pour personnes handicapées sont démesurées en regard de l'offre.

Quant aux services de maintien à domicile, ils demeurent largement insuffisants.

L'intégration scolaire en Outaouais accuse une longueur d'avance sur d'autres régions, mais l'accès et la qualité des services scolaires inquiètent. On manque d'orthophonistes, de psychologues, d'accompagnateurs, d'orthopédagogues. Les parents d'enfants handicapés éprouvent encore de la difficulté à faire valoir leurs besoins et leurs droits à l'endroit des commissions scolaires de la région.

Les familles et les proches des personnes handicapées de l'Outaouais portent encore un fardeau lourd. Les services communautaires assurent un relais important en ces matières. Plusieurs assurent des services de répit, écoute, référence, groupes d'entraide, suivi intensif, etc. On constate des lacunes au plan des services de répit et de dépannage.

Les services de transport adapté sont bien structurés, mais insuffisants en milieux urbains. Son accès est tributaire des limites de budgets des services de transport adapté. Par ailleurs, beaucoup d'efforts sont actuellement déployés pour structurer des organismes d'économie sociale voués au transport adapté et collectif dans les milieux ruraux. En l'absence d'organismes dédiés spécifiquement au transport des personnes handicapées, plusieurs organismes, épaulés par l'OPHQ ont constitué des tables sur le transport adapté.

Au plan des loisirs, les personnes handicapées se trouvent bien servies par l'Union régionale des sports et loisirs de l'Outaouais (URSLO) puisqu'un agent de l'organisme s'occupe spécifiquement du dossier des personnes handicapées. Cette formule assure un bon degré d'intégration des personnes handicapées aux loisirs réguliers.

Le rôle des organismes communautaires est particulièrement significatif en prévention, en adaptation, en réadaptation, en soutien aux familles, en sports et loisirs, en accompagnement et en défense des droits. Mais plusieurs organismes demeurent fragiles, notamment certains organismes à vocation régionale, comme le Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Outaouais (RAPHO) dont les dossiers exigent de la continuité et des ressources. Cet organisme anime toutefois des tables thématiques importantes, notamment au niveau du transport, du travail et du logement.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DE SCLÉROSE EN PLAQUE- QUÉBEC (2000), *Le bulletin de liaison*, 8 pages.

CAP SANTÉ (2003), site web : www.capsanté-outaouais.org , en ligne

CENTRE HOSPITALIER DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS (2002). *Rapport annuel 2001-2002*. Gatineau. 68 pages.

CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET (2003), *Rapport annuel 2002-2003*, 24 pages.

CENTRE RÉGIONAL DE RÉADAPTATION LA RESSOURCE (2003), *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Gatineau, 22 pages.

CLSC-CHSLD DE GATINEAU (2002). *Rapport annuel d'activités*. Gatineau, 32 pages.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SEERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1990), *Planification régionale des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur famille, 1990-1995*. Hull, 152 pages.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SEERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1985), *Planification régionale des services en santé mentale, 1985-1991*. Hull.140 pages.

CONSEIL RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT DE L'OUTAOUAIS (2000), *Planification stratégique régionale 2000-2004. Section 2*. Hull, 131 pages.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS (2002), *Le portrait de santé. L'Outaouais et ses districts de CLSC*, Gatineau.

FOURNIER, Jacques (2003), *Aide à domicile : pour que l'économie sociale demeure de l'économie sociale*. Colloque de la RRSSS-Lanaudière et Centres d'action bénévole de Lanaudière, 17 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique, Québec*, 27 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995), *Orientations ministérielles. Un continuum intégré de services en déficience physique*. Québec. 87 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2002a), *Ressources pour les personnes handicapées et leur famille, Région de l'Outaouais 07*, Gatineau, 44 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2002b), *L'OPHQ en Outaouais, Portrait et état de situation régionale*, Hull, 16 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2001) *Stat. Flash. Bulletin d'information statistiques*. Drummondville, 8 pages.

PAVILLON DU PARC (2002a), *Rapport d'activités 2001-2002*, 8 pages.

PAVILLON DU PARC (2002b), *Bulletin d'information*, vol 7, no 2.

PAVILLON DU PARC (1998), Programme cadre de services à l'enfant et à l'adolescent et à sa famille, Gatineau, 69 pages.

PETIT, André et Marie-Hélène JÉRÔME (2003), *Planification régionale des services pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs proches. Région de l'Outaouais 2003-2008. Proposition du comité de travail*. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais. 60 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2003a), *600 000 \$ supplémentaires en santé mentale. De meilleurs services et un désengorgement des urgences du CHVO et de Pierre-Janet*. Communiqué, Gatineau.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2003b), *Un effort sans précédent pour améliorer les services*. Communiqué, 10 juillet.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2002), *Rapport annuel 2001-2002*. Gatineau, 99 pages..

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1998a), *Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002. Orientations, stratégies, Grands moyens d'action*. Hull, 110 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (1998b), *Les services d'adaptation et de réadaptation aux personnes présentant une déficience physique. Cadre de référence*. Hull, 77 pages.

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2003), Dans la région de l'Outaouais des services de réadaptation pour les accidentés de la route, communiqué.

TRANSPORT QUÉBEC (2003), Répertoire statistique, transport adapté 2001. Québec. www.mtq.gouv.qc.ca

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2003), Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003, Québec, 273 pages.

Annexe A : thématiques de l'OPHQ

La thématique de l'adaptation et de la réadaptation fonctionnelle concerne les services ou les équipements pour aider la personne ayant des incapacités à développer ses capacités physiques ou intellectuelles en vue d'acquérir ou de maintenir son autonomie ou encore de compenser ses incapacités. Les services d'encadrement intensif de même que les services d'adaptation-réadaptation dispensés dans le milieu (à domicile, en services de garde, en milieu scolaire ou au travail), en clinique externe ou en centre de jour de même que les services d'accès aux équipements spécialisés et leur entretien font partie de ce domaine d'intervention.

La thématique du diagnostic et du traitement concerne les services entourant les soins de santé et les services nécessaires pour connaître la déficience, établir le diagnostic, identifier et appliquer les traitements appropriés.

La thématique des droits englobe la promotion des droits et la défense des intérêts des personnes handicapées. Elle regroupe les interventions visant la réduction des obstacles légaux et administratifs à l'intégration des personnes ayant des incapacités de même que l'ensemble des mesures visant le changement des mentalités, la réduction et la suppression des préjugés et une meilleure connaissance des capacités, du potentiel et de l'apport de ces personnes à la société. Elle comprend également les programmes d'accès à l'égalité, les mesures destinées à faciliter l'autodétermination et à réduire les pratiques discriminatoires et les situations d'abus et de violence. Elle concerne de même les recours et les mécanismes prévus pour faciliter l'exercice des droits. De façon plus large, elle concerne les mesures favorisant, pour l'ensemble de la population, l'égalité des chances et la défense des droits, ces mesures ayant des retombées pour l'amélioration de la situation des personnes ayant des incapacités.

La thématique des conditions de vie concerne l'ensemble des mesures destinées à compenser, sans égard au revenu, les coûts reliés aux déficiences et aux incapacités, et à assurer aux personnes handicapées un revenu équivalent à celui de la population sans incapacité. De façon plus large, elle concerne les politiques sociales telles que les mesures de lutte à la pauvreté (dont les mesures visant à soutenir le logement social et le revenu) et celles visant à améliorer les conditions de vie de l'ensemble de la population, mesures ayant des retombées sur la situation des personnes ayant des incapacités.

La thématique de la prévention concerne les interventions reliées aux facteurs de risque impliqués dans le développement des déficiences et des incapacités. Il comprend les programmes et services de dépistage de même que les interventions axées sur la promotion de la santé. Ces interventions peuvent s'adresser à toute la population ou à des groupes cibles de cette population.

La thématique des services éducatifs et de la formation continue concerne les programmes, services, interventions reliés aux apprentissages sociaux, académiques et professionnels particuliers aux milieux préscolaires, scolaires et postsecondaires de même que les mesures visant le développement des compétences et la formation continue, pour les clientèles jeunes et adultes. Cela comprend les interventions des **services de garde** qui visent le développement du potentiel de l'enfant, en relation avec ses pairs. Cela comprend aussi les services d'information-référence et d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services, la participation aux activités, etc.).

La thématique de la vie associative fait appel à la reconnaissance de l'expression collective des personnes ayant des incapacités. Elle comprend les services reliés à la reconnaissance, au financement, au soutien, de même qu'à la formation des associations de personnes handicapées dont les activités sont principalement la promotion, la sensibilisation, l'information, l'entraide et la défense des droits.

La thématique du travail et des activités productives concerne les services reliés à l'orientation professionnelle, la recherche et le maintien en emploi. Cela comprend l'information-référence, l'orientation professionnelle, les stages en milieu de travail, les mesures de compensation financière, d'adaptation du poste et du milieu de travail, de suivi à l'emploi et toute autre mesure soutenant l'obtention et le maintien d'un emploi dont les services d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services d'emploi, etc.). Cela comprend également les programmes d'activités substitutives au travail ou les mesures permettant d'avoir une occupation principale non rémunérée.

N.B. Les mesures visant la sensibilisation des milieux de travail font partie du domaine de la promotion de l'intégration (thématique des droits). Les programmes d'activités substitutives au travail qui ne constituent pas une occupation principale font partie de la thématique des activités sociales, du loisir et de la culture.

La thématique des activités sociales, du loisir et de la culture concerne les programmes, services, interventions permettant aux personnes ayant des incapacités de connaître, se procurer et utiliser les biens de consommation, ressources et services de la communauté (qu'ils soient publics, communautaires ou privés); d'avoir des activités de loisir, de tourisme et des activités culturelles; de pratiquer leur religion; de participer à des activités substitutives au travail; de participer à des associations volontaires, de même qu'aux structures et organisations sociales lorsque ces activités ne constituent pas une occupation principale, et d'exercer leurs droits auprès de toute instance compétente. Cela comprend les services d'information-référence et d'accompagnement personnel (pour les déplacements, l'accès aux services, la participation aux activités, etc.).

La thématique du transport réfère à des services reliés aux déplacements des personnes ayant des incapacités telle l'adaptation de véhicule, le transport adapté, la formule des taxis adaptés, l'accès et l'adaptation des réseaux réguliers de transport tels les traversiers, trains, avions, autobus, métro, etc.

La thématique de l'accessibilité et de l'adaptation du milieu réfère aux programmes, services et mesures destinés à rendre accessibles et à faciliter l'accès physique et l'utilisation des lieux intérieurs et extérieurs, de même que l'accès aux équipements et services réguliers aux personnes ayant des incapacités. Ceci dans le but d'obtenir des services et de réaliser des activités. Cela comprend, par exemple, les adaptations architecturales et les aménagements physiques, les mesures permettant l'accès aux services, biens, équipements de la communauté aux personnes ayant une incapacité auditive, visuelle ou intellectuelle et les adaptations donnant accès à la technologie informatique.

La thématique du maintien à domicile concerne les programmes, services, interventions permettant à la personne ayant des incapacités de demeurer en sécurité dans un lieu de résidence de son choix et de réaliser les activités reliées à la vie quotidienne et domestiques (nutrition, soins personnels, maintien de la condition corporelle, entretien et aménagement du lieu d'habitation, responsabilités civiles et financières). Cela comprend les services d'information-référence de même que les mesures d'encadrement et d'accompagnement personnel.

La thématique du soutien psychosocial concerne les programmes, services, interventions offrant un soutien à la personne ayant des incapacités et à ses proches afin de leur permettre de s'ajuster à leur réalité, de s'adapter aux caractéristiques reliées à l'existence d'incapacités et de maintenir des relations harmonieuses. Cela comprend, par exemple, les services psychologiques, les services offerts par des groupes d'entraide, les services de consultations sexuelles, etc. Cela comprend également les services d'information-référence de même que les mesures d'accompagnement personnel.

La thématique du soutien aux familles concerne toutes les mesures de soutien offertes aux proches et aux familles au sein desquelles vit une personne ayant des incapacités pour leur permettre de vivre des activités familiales et sociales régulières, de maintenir leurs rôles socio-économiques, d'exercer leurs rôles parentaux et demeurer dans leur milieu de vie. Cela comprend, entre autres, les services de répit, de gardiennage, d'aide domestique, d'assistance aux rôles parentaux et de dépannage. Cela comprend aussi les mesures assurant **l'accès et la disponibilité de services de garde** pour permettre aux parents ou aux proches de poursuivre leurs activités professionnelles et sociales. Cela comprend enfin les services d'information-référence de même que les mesures d'accueil et d'accompagnement des familles.

La thématique des communications fait référence aux interventions, services et mesures permettant aux personnes ayant des incapacités de communiquer avec les autres personnes. Elle comprend les services d'interprétariat et les services de communication en médias substitués ou en langage simplifié. Elle comprend également les adaptations donnant accès à la technologie des communications (par exemple, les services téléphoniques publics accessibles, les appareils de communication tels les décodeurs, *all-talk*, tableau bliss, les systèmes permettant le sous-titrage en temps réel, l'audiovision ou vidéo descriptive, etc.).

La thématique des ressources résidentielles concerne les programmes, services, interventions permettant à la personne ayant des incapacités de choisir, d'avoir accès et de se maintenir dans un lieu de résidence adapté à ses besoins. Elle comprend les divers types de ressources d'hébergement (ressources intermédiaires, foyers de groupe, appartements supervisés, etc.) de même que les programmes d'adaptation de domicile et toute mesure facilitant l'accès aux logements adaptés. Cela comprend également les services d'information-référence de même que les mesures d'accompagnement personnel.

La thématique de l'accès aux services concerne l'ensemble des mesures visant à soutenir le développement des services nécessaires à la réponse aux besoins des personnes ayant des incapacités et un accès équitable à ces services, de même qu'à ceux offerts à l'ensemble de la population. Elle comprend également les difficultés d'accès particulières vécues par certains groupes, dont les femmes, les jeunes, les personnes âgées, les personnes issues de communautés ethnoculturelles, les autochtones, etc. Elle inclut enfin les mesures globales de soutien à la coordination des services dans le but de fournir une réponse plus adéquate et cohérente aux besoins.

Source : http://www.ophq.gouv.qc.ca/Thematiques/M_Thema

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 régionale⁴⁶.

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.

⁴⁶ 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 ».

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 incapacité⁴⁷ et ainsi 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'ESS⁴⁸. Spécifions que l'ESS nous renseigne sur les pratiques sociales, sur les

⁴⁷ Selon l'ISQ (2001), «*les critères de sélection des personnes ayant une incapacité sont différents pour les adultes et les enfants. Les personnes âgées de 15 ans et plus sont considérées comme ayant une incapacité si elles ont répondu « oui » à l'une ou l'autre des 19 questions de sélection (QS-A1 à A19) correspondant aux critères suivants :*

- *une limitation dans la capacité d'exécuter certaines tâches spécifiques ayant trait à la vision, l'audition, la parole, la mobilité ou l'agilité, comme entendre une conversation en groupe, lire les caractères d'un journal, monter un escalier, manier un objet (QS-A1 à A14);*
- *une limitation dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans les loisirs à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou psychologique qui dure ou devrait durer six mois ou plus (QS-A15 et A19);*
- *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.

⁴⁸ 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),*

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 dernier mois, le revenu personnel total, la perception la situation financière ainsi que l'indice de soutien social⁴⁹.

En ce qui concerne les données de l'EQLA, notre quête a visé trois cibles : connaître la prévalence de l'incapacité, mesurer les effets de l'incapacité sur l'intégration sociale et finalement, évaluer l'effet de l'incapacité sur la demande de services.

Les données sont présentées dans un ordre logique qui puisse tenir compte des difficultés croissantes d'une personne ayant des incapacités de fonctionner « normalement » en société. Le premier niveau vise à décrire la prévalence, la nature et la gravité de l'incapacité selon l'âge et le sexe (les facteurs intrinsèques). Au deuxième niveau, les données décrivent les conséquences de l'incapacité sur l'autonomie des personnes à domicile et sur leur intégration sociale⁵⁰. 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

Variables	Description (si nécessaire)
-----------	-----------------------------

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)

⁴⁹ 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).

⁵⁰ 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).

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) » (ISQ, 2001, 76). Les catégories grave et modérée ont été fusionnées pour des raisons de confidentialité.</i>
Nature exclusive des incapacités	En 1998, 52,2 % de la population adulte avec incapacité avait une seule incapacité. L'ISQ a créé un indice composé de quatre catégories d'incapacité de nature exclusive : motricité seulement (mobilité et agilité), communication seulement (audition, vision et parole), psychisme (intellectuelle/santé mentale seulement) et finalement, la catégorie des limitations multiples.
Origine des problèmes de santé physique	Variable dont nous avons regroupé les catégories naissance, maladie et vieillissement pour des raisons de confidentialité. Les autres catégories exclusives sont : liée au travail, accident à la maison et ailleurs et autres causes.
Indice de désavantage social	Selon l'ISQ, « <i>sur le plan conceptuel, l'indice de désavantage lié à l'incapacité utilisé dans ce chapitre s'apparente à l'indice d'autonomie fonctionnelle créé 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> « <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</i>

	<i>physique ou de mobilité, puis aux désavantages d'occupation et aux autres désavantages » (ISQ, 2001, pp.124-125).</i>
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 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</i>

	répondants de leur capacité de travailler. « <i>Cette perception peut être influencée par la durée de leur absence du marché du travail, qui remonte parfois à quelques années, et par de nombreux autres facteurs dont l'âge, le taux de chômage de la région, etc</i> ». (ISQ, 2001, p.279)
Pratique d'activités physiques pendant les heures de loisirs selon la gravité	Les activités physiques regroupent des activités telle que la marche, la natation, le jardinage, l'exercice physique, les promenades en fauteuil roulant, etc.
Pratique d'activités de loisirs autre que l'activité physique selon la gravité	Les autres activités de loisirs regroupent des activités tel que le bingo, le cinéma, le théâtre, participer à des rencontres sociales ou familiales, jouer aux carte, etc.
Désire faire plus d'activités physiques selon la gravité	Désir exprimé d'augmenter la pratique d'activités physiques.
Désire faire plus d'autres activités de loisir selon la gravité	Désir exprimé d'augmenter la pratique de loisirs autre les activités physiques
Conduit un véhicule individuel selon la gravité	Pour des raisons de confidentialité, les statistiques sur l'utilisation des autres modes de transport ne sont pas disponibles.
Utilise des aides techniques pour les déplacements	Il peut s'agir en autres de l'adaptation du véhicule.
Besoins d'accompagnement pour les courts trajets	Les courts trajets sont des déplacements de moins de 80 km.
Besoins d'accompagnement pour les longs trajets	Les longs trajets sont des déplacements de plus de 80 km.
Incapacité d'effectuer des longs trajets 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 compilations⁵¹. 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 handicapés⁵² 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 handicapées⁵³ 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).

⁵¹ 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.).

⁵² 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.

⁵³ 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.

Annexe C : liste détaillée des organismes communautaires

▪ Prévention (1)	Association canadienne de sclérose en plaque-Section Outaouais ⁵⁴
▪ Diagnostic et traitement (0)	
▪ Réadaptation (2)	Service régional d'interprétation pour les sourds (ajout) Regroupement post-polio de l'Outaouais
▪ Services éducatifs (0)	
▪ Travail : (4)	SSMO La Relance (ajout) SSMO Atelier de formation socio-professionnel Petite-Nation (ajout) CTA Réintek (ajout) CTA Laro (ajout)
• Ressources résidentielles (1)	Logement intégré de Hull inc.
• Soutien au familles (7)	Épilepsie Outaouais Association des neurotraumatisés de l'Outaouais Association canadienne de sclérose en plaque-Outaouais (ajout) Association des personnes handicapées visuelles de l'Outaouais Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais AQETA-Outaouais Association de fibromyalgie de l'Outaouais
Transport (2)	Regroupement post-polio de l'Outaouais Amis et amies St-François de Sales
Maintien à domicile (5)	Coopérative de solidarité d'aide domestique Vallée Gatineau (ajout) Coop les 1001 corvées (Papineauville) (ajout) Le Mont d'Or (Mansfield)(ajout) Remue-Ménage de l'Outaouais (Hull) (ajout) Logement intégré de Hull inc.
Loisirs (5)	Les Aigles de l'Outaouais (ajout) Association canadienne sclérose en plaque (Outaouais) Amis et amies St-François de Sales Association sports et loisirs pour aveugles de l'Outaouais (ajout) Regroupement des aveugles et ambliopes-Outaouais
Défense des droits (7)	Épilepsie Outaouais Regroupement des aveugles et ambliopes Outaouais Association des personnes handicapées visuelles de l'Outaouais Association de l'Ouïe de l'Outaouais Association de fibromyalgie de l'Outaouais Association pour les personnes souffrant de douleur chronique (ajout) Les diabétiques de l'Outaouais (ajout) RAPHO

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

⁵⁴ Les ajouts sont des ajouts par rapport au tableau t. Répartition des organismes communautaires selon la thématique fait antérieurement, je crois par François Aubry.

- Prévention (0)
- Diagnostic et traitement (0)
- Réadaptation (1)
 - L'Atelier en couleur
- Services éducatifs (3)
 - Le Centre artisanal pour la déficience intellectuelle (ajout)
 - Le Grenier d'apprentissage Jacques L. Charbonneau (ajout)
 - APICO (ajout)
- Travail (5)
 - Atelier en couleur
 - Centre Jean Bosco
 - Ateliers Boirec (ajout)
 - APICO
 - Atelier la Lanterne (ajout)
- Ressources résidentielles
 - L'Arche Agapé (ajout)
 - Quail
- Soutien au familles
 - APICO
 - Camp Gatineau (ajout)
 - Résidences communautaires en santé mentale de l'Outaouais
 - Centre artisanal pour la déficience intellectuelle de l'Outaouais
- Transport (3)
 - APICO (ajout)
 - Transports collectifs Papineau inc.
 - Transport JBM
- Maintien à domicile (0)
- Loisirs (4)
 - Camp Gatineau
 - APICO
 - Grenier d'apprentissage
 - La lanterne
 - Association pour les enfants exceptionnels de Papineau
- Défense des droits (1)
 - APICO

SANTÉ MENTALE

Prévention (6)	<p>Cap Santé (Gatineau) Centre d'aide 24 /7 (Gatineau) Tel Aide Outaouais (Gatineau) Apogé (Gatineau) ODEC (Buckingham) Suicide détour (Maniwaki)</p>
Diagnostic traitement (3)	<p>Centre d'aide 24 /7 (Gatineau) (ajout) Tel jeunes (ajout) Centre Détresse Ottawa (Ottawa)</p>
Réadaptation (4)	<p>Cap Santé (Gatineau) Maison réalité (Gatineau) Maison Le Ricochet (des Collines) Centre Inter-Section H.A.G.</p>
Services éducatifs (1)	<p>L'envol SRT (Gatineau) ajout Les jardins éducatifs du Pontiac</p>
Travail (4)	<p>Inter Section HAG L'Envol SRT La Maison Le Ricochet Maison L'Amitié</p>
Logement	<p>Maison Nouveau départ Maison Réalité Maison Le Ricochet Maison amitié de la Haute-Gatineau (Maniwaki) Centre d'aide 24 /7 Les résidences communautaires en santé mentale de l'Outaouais ODEC Société Alzheimer de l'Outaouais Centre intervalle (fort coulonge)</p>
Soutien à la famille	<p>Entraide Bipos Maison amitié Haute-Gatineau Cap Santé Outaouais Centre de détresse d'Ottawa Entraide deuil Outaouais Tel Aide Outaouais Trait d'union d'Outaouais Suicide détour Groupe d'entraide TPL Outaouais Les habitations nouveau Départ Société Alzeihmer Centre d'Aide 24 /7 ODEC Maison réalité Maison Le Ricochet L'Apogée ODASIS Centre intervalle Pontiac</p>

Transport (1)	Transport collectif Papineau
Maintien à domicile (5)	Coopérative de solidarité Vallée de la Gatineau Coop des 1001 corvées Mont d'Or Remue-ménage Outaouais Maison Réalité
Loisirs (4)	Cap Santé Maison Le Ricochet Maison Amitié de la Haute-Gatineau URSLO
Défense des droits (2)	Droits accès Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET PHYSIQUE

Centre Jean Bosco
Centre Inter-Section H.A.G
Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de l'Outaouais
Association des loisirs pour PH de la Lièvre
Répit Serge Bélair

MULTI-HANDICAP

Association personnes handicapées Petite-Nation
Atelier de formation socioprofessionnelle Petite-Nation
Union régionale de Loisirs de sports de l'Outaouais
RAPHO
Habitations partagées de l'Outaouais
Transport collectif de Papineau (ajout)
Coopérative de solidarité JMB transport (ajout)

SANTÉ MENTALE ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

Centre du silence

INTERVENTION CLIENTÈLE	Déficience physique		Déficience intellectuelle		Santé mentale	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Org. desservant un type de clientèle	20		9		26	
Org. en DP et DI	5		5		0	
Org en DP, DI et SM	7		7		7	
Total	32		21		33	

CHAMPS D'INTERVENTION						
Promotion / prévention	1		0		6	
Diagnostic et traitement	0		0		3	
Adaptation et réadaptation	2		1		5	
Services éducatifs	0		3		2	
Travail	4		5		4	
Ressources résidentielles	1		2		9	
Soutien aux familles / proches	7		3		18	
Transport	4		3		1	
Maintien à domicile	5		0		5	
Loisirs	5		5		4	
Vie associative, droits	8		1		2	

Territoire desservi						
Local	5		1		1	
CLSC ou MRC	8		11		14	
Régional	19		10		18	
Suprarégional	0		0		0	
Total	32		21		33	

Nombre total d'organismes :	67
------------------------------------	-----------