



GROUPES DE CITOYENS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉS PAR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE EXPÉRIENCES, DONNÉES STATISTIQUES ET ÉTUDES

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE AU RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 2012
*COMPRENDRE ET AGIR AUTREMENT POUR VISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE*

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse: www.dspq.qc.ca section Documentation, rubrique Publications

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

Centre de documentation
Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone: 418 666-7000,
poste 217 ou 521
Télécopieur: 418 666-2776
Courriel:
cdoagence03@ssss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal, Bibliothèque
et Archives nationales du Québec,
2012

Dépôt légal, Bibliothèque
et Archives Canada, 2012
ISBN: 978-2-89616-163-8
(version imprimée)
ISBN: 978-2-89616-164-5 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

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

Référence suggérée:

Hyppolite, S.-R.
Groupes de citoyens particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale. Expériences, données statistiques et études. Document complémentaire au *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2012, 52 p.

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

GROUPES DE CITOYENS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉS PAR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE EXPÉRIENCES, DONNÉES STATISTIQUES ET ÉTUDES

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE AU RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 2012
*COMPRENDRE ET AGIR AUTREMENT POUR VISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE*

**Une publication de la Direction régionale
de santé publique**

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

Sous la direction de
François Desbiens, M.D.
Directeur régional de santé publique
de la Capitale-Nationale

Comité de coordination
Michel Beauchemin
Shelley-Rose Hyppolite
Céline Morrow

Direction scientifique
Shelley-Rose Hyppolite

Rédaction
Shelley-Rose Hyppolite

Analyse et recherche
Shelley-Rose Hyppolite

Collaboration à la recherche
Marianne Corneau
Marlène Gagnon

Comité de relecture

Michel Beauchemin
Marianne Corneau
Marlène Gagnon
Philippe Guay
Céline Lepage
Céline Morrow

Communications

Justine Duchesne
Marianne Potvin

Révision linguistique

Josée Côté

Secrétariat

Nancy Simard

Infographie

Bleuoutremer

Comité scientifique

Harold Côté, Centre de santé
et de services sociaux de Portneuf
Colette Lavoie, Centre de santé
et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Robert Pampalon, Institut national
de santé publique du Québec
Ginette Paquet, Institut national
de santé publique du Québec
Yolande Pelchat, Équipe Proximité
et recherche sur les interventions,
les services et leurs modalités (PRISM),
Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Comité des collaborateurs à l'interne de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Lise Cardinal
Sonia Dugal
Myriam Duplain
Isabelle Goupil-Sormany
Denis Laliberté
Laurence Le Hénaff
Francine Michaud
Claude Rossi
Nathanaëlle Thériault

AUTRES CONTRIBUTIONS

Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec

Charles Rice

Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec

Luc Vigneault

Centre d'amitié autochtone de Québec

Marie-Claude Cleary
Jacinthe Picard

Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

Carole Dufour

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf

Harold Côté

Centre multiethnique de Québec

Dominique Lachance

Groupe régional d'intervention sociale de Québec

Kevin Lavoie
Guy Lefebvre
André Tardif

Maison de Lauberivière

Éric Boulay

Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain

Nathalie Nadeau

Point de Repères

Mario Gagnon
Nathalie Marcoux

Projet Intervention Prostitution Québec

Julie Leyderman
Geneviève Quinty

Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03

Olivier Collomb d'Eyramès
Véronique Vézina



REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document est le fruit de liens, d'une large collaboration, de lectures, d'échanges et d'expériences partagées.

Je tiens à remercier le comité de coordination, le comité de relecture, le comité scientifique et le comité des collaborateurs à l'interne de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale pour le temps investi, pour vos commentaires et vos suggestions. Le soutien de plusieurs parmi vous s'est avéré très précieux à différents moments.

Un merci particulier à Point de Repères, à la Maison de Lauberivière, au Projet Intervention Prostitution Québec, au Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03, au Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain, au Groupe régional d'intervention sociale de Québec, au Centre multiethnique de Québec, au Centre d'amitié autochtone de Québec, à l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec, à Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec, aux organisateurs communautaires des centres de santé et de services sociaux de Charlevoix et de Portneuf pour les échanges respectueux, pour les réflexions partagées sur l'exclusion sociale et les inégalités sociales de santé, pour l'organisation des groupes de discussion et votre collaboration spontanée. Vous détenez une expertise précieuse et occupez une place centrale dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Je tiens à remercier grandement toutes les personnes qui se sont déplacées et qui ont accepté de participer aux groupes de discussion. Merci à chacun d'entre vous de nous avoir livré vos expériences, votre vécu. J'avoue avoir été ébranlée plusieurs fois. Soyez certains que vos paroles nous ont permis de mieux comprendre votre réalité et les processus d'exclusion sociale. Elles nous ont aussi fait réfléchir sur notre rôle et sur notre participation à l'endroit des inégalités sociales.

Pour terminer, un merci spécifique à Céline Morrow, Michel Beauchemin et François Desbiens, directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale, pour avoir accepté d'emprunter une approche plus longue, moins fréquentée, axée sur le processus, et qui a mis la parole citoyenne au cœur de la démarche et au cœur du *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Cela prenait sans contredit une volonté de faire autrement!

Shelley-Rose Hyppolite

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
MISE EN CONTEXTE	8
MÉTHODOLOGIE	9
PROPOS RECUEILLIS, DONNÉES STATISTIQUES, RÉSULTATS D'ÉTUDES, DE RECHERCHES ET D'ENQUÊTES	11
Section 1 : Les personnes itinérantes, prostituées, toxicomanes	12
Section 2 : Les immigrants et les réfugiés	18
Section 3 : Les Autochtones qui vivent en milieu urbain hors réserve	22
Section 4 : Les personnes faisant partie de la diversité sexuelle	26
Section 5 : Les personnes ayant des limitations fonctionnelles	30
5.1 Les personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques	34
5.2 Les personnes ayant des limitations fonctionnelles intellectuelles	38
5.3 Les personnes ayant un problème de santé mentale	40
CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES ET ANNEXE	47

MISE EN CONTEXTE

Ce document est un complément au *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012* intitulé *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*.

Il s'adresse tout particulièrement aux personnes et aux professionnels qui souhaitent en savoir davantage sur les inégalités sociales de santé et qui veulent mieux comprendre comment se vivent les inégalités sociales et quels sont leurs effets sur les conditions de vie et la santé de différents groupes particulièrement touchés dans la Capitale-Nationale.

Les propos recueillis lors de groupes de discussion réalisés auprès de personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes (un groupe), d'immigrants récents (un groupe) et de réfugiés (un groupe), d'Autochtones vivant hors réserve dans la région de la Capitale-Nationale (un groupe), de personnes ayant une limitation fonctionnelle physique (un groupe), de personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle (un groupe), de personnes ayant un problème de santé mentale (un groupe) et de personnes faisant partie de la diversité sexuelle (un groupe) font l'objet d'une synthèse à la section 5 du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé.

Dans ce document complémentaire, les propos recueillis auprès de chacun des groupes sont rapportés dans un souci de transmettre les propos des participants de chacun des groupes et de mieux saisir les particularités de chaque groupe rencontré.

En complémentarité, quelques données statistiques sont présentées pour chacun des groupes ainsi que les résultats de certaines études, recherches et enquêtes menées dans la région et ailleurs.

Il est à noter que pour la production du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé, trois groupes de discussion ont été réalisés auprès de personnes vivant en situation de pauvreté à Québec, à Charlevoix et à Portneuf. Les propos recueillis ne font toutefois pas l'objet de ce document, car ils sont présentés de manière spécifique dans la section 4 du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé.

Les propos rapportés, les données statistiques, les résultats d'études, de recherches et d'enquêtes présentés dans ce document ne sont pas exhaustifs. Ils sont plutôt brefs et synthétiques. Le but de ce document est de montrer la pertinence et la nécessité de s'intéresser davantage aux groupes qui vivent de l'exclusion sociale dans notre société pour mieux comprendre et agir autrement afin de viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de la production du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé, des groupes de discussion ont été menés auprès de groupes de citoyens davantage touchés par les inégalités sociales de santé.

Dans ce document, il a été convenu de rapporter l'essentiel des propos recueillis lors des groupes de discussion menés auprès de personnes itinérantes, prostituées et toxicomanes (un groupe), d'immigrants récents (un groupe), de réfugiés (un groupe), d'Autochtones vivant hors réserve dans la région de la Capitale-Nationale (un groupe), de personnes ayant une limitation fonctionnelle physique (un groupe), de personnes ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle (un groupe), de personnes ayant un problème de santé mentale (un groupe) et de personnes faisant partie de la diversité sexuelle (un groupe). Ces groupes ont été initialement choisis, car ils figurent comme étant les groupes les plus susceptibles d'être touchés par les inégalités sociales de santé, selon les données de la littérature.

Les groupes de discussion avaient pour objectif de mieux comprendre comment se vivent les inégalités sociales et leurs effets sur les conditions de vie et la santé. Une grille d'entretien de groupe a été élaborée avec la collaboration de membres du comité scientifique (voir l'annexe 1).

La collaboration et la participation des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Charlevoix et de Portneuf, de Point de Repères, du Projet Intervention Prostitution Québec, de la Maison de Lauberivière, de l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec, de l'Alliance des Groupes d'intervention pour le Rétablissement en Santé Mentale Québec, du Groupe régional d'intervention sociale de Québec, du Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain, du Regroupement des organismes de

personnes handicapées de la région 03, du Centre multiethnique de Québec et du Centre d'amitié autochtone de Québec ont permis d'adapter la grille d'entretien à chacun des groupes, d'organiser les différents groupes de discussion ainsi que de trouver les lieux de rencontre les plus appropriés. Pour tous les groupes de discussion, les organisateurs ont tenté de réunir autant de femmes que d'hommes, de jeunes adultes, des adultes et des personnes âgées ainsi que d'avoir une diversité en ce qui a trait aux lieux de résidence (Québec, Portneuf et Charlevoix), à l'exception du groupe de discussion auprès de personnes faisant partie de la diversité sexuelle qui a regroupé des personnes résidant à Charlevoix, dans un souci de complémentarité à la suite d'une étude récente qui avait été menée dans la ville de Québec.

Les groupes de discussion ont été réalisés entre novembre 2009 et avril 2010. D'une durée moyenne de deux heures, ils ont regroupé en moyenne de 6 à 10 personnes. Les groupes de discussion ont été enregistrés et les comptes rendus intégraux ont été retranscrits. Une fois le matériel transcrit et réuni, les données ont été codifiées et organisées selon les catégories thématiques descriptives retenues et conceptuelles relatives à l'exclusion sociale, aux conditions de vie et aux effets sur la santé. L'analyse de catégories émergentes a également été prise en considération. La catégorisation et la codification ont été réalisées à l'aide du logiciel informatique Nud.ist N'Vivo. Enfin, l'analyse du matériel a été réalisée selon les catégories analytiques retenues.

Il est important de souligner que les propos recueillis et présentés pour chaque groupe de discussion ne peuvent en aucun cas être généralisés, car la réalisation d'un seul groupe de discussion auprès des différents groupes ne permet pas la saturation des données.





PROPOS
RECUEILLIS,
DONNÉES
STATISTIQUES,
RÉSULTATS
D'ÉTUDES,
DE RECHERCHES
ET D'ENQUÊTES

SECTION 1

LES PERSONNES ITINÉRANTES, PROSTITUÉES ET TOXICOMANES

- 11 295 personnes ont fréquenté des refuges, des soupes populaires et des centres de jour au cours de l'année 1996 (Fournier, 1998).
- 3 589 personnes se sont trouvées sans domicile fixe au cours de l'année 1996 (Fournier, 1998).
- 4 000 personnes environ utilisaient des drogues par injection en 2011 (Gagnon, 2011).
- 500 à 800 personnes environ se prostituaient en 2011 (Quinty, 2011).

L'itinérance

L'itinérance regroupe deux types. L'itinérance visible fait référence aux personnes sans-abri qui sont hébergées dans des foyers, des abris d'urgence ou qui dorment dans des endroits considérés comme étant inadéquats pour les êtres humains. L'itinérance cachée fait référence aux personnes qui demeurent chez quelqu'un pour ne pas être dans la rue ou qui persistent, pour ne pas se retrouver dans la rue, à demeurer dans des lieux où elles font l'objet d'actes violents ou dégradants (Gélineau *et al.*, 2008).

La prostitution

La prostitution s'exerce sous une multitude de formes : la prostitution de rue, de parc, dans les bars, dans les clubs et les hôtels non spécialisés ou spécialisés, les agences d'escortes, d'hôtesse ou de rencontres, les studios de massage,

les saunas et les toilettes publiques (Gendron et Hankins, 1995).

La toxicomanie

Parmi les participants du réseau SurvUDI de la ville de Québec (qui sont des utilisateurs de drogues par injection participant à un réseau de surveillance des infections par le VIH et le virus de l'hépatite C), 94 % d'entre eux se sont injecté de la cocaïne, 51 % des opiacés non prescrits, 44 % du dilaudid, 15 % de la morphine non prescrite, 8 % de l'héroïne beige-brune, 5 % de l'héroïne blanche et 0,2 % du crack, sur la période de 2003-2009. Au cours des dernières années, on note que l'injection de certains opioïdes (dilaudid et oxycodone) a augmenté de façon importante (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2011).



Photo : Projet Intervention Prostitution Québec

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion à l'œuvre

Parmi les personnes rencontrées, certaines ont maintenu des liens privilégiés avec des membres de leur famille, alors que d'autres n'ont plus ou ont très peu de contacts avec eux. Certaines considèrent leur milieu familial trop malsain ou trop violent pour y maintenir des relations. Plusieurs ont l'impression qu'elles ne sont pas comprises et se sentent jugées sur leur comportement et leur façon de vivre. Elles se sentent considérées comme étant la honte de la famille parce qu'elles sont sans abri, parce qu'elles font de la prostitution, parce qu'elles sont toxicomanes ou parce qu'elles ont fait de la prison.

« Ma mère travaille à l'hôpital [...], puis il n'est pas question que j'aille faire un tour à son étage ou quoi que ce soit. C'est : "Tu t'en vas, moi, tu n'es plus ma fille, puis je ne te connais pas." »

« Ils t'ont tous comme reniée. »

Très souvent, les relations parentales et amicales sont affaiblies parce que les personnes ne souhaitent plus se voir de part et d'autre, mais aussi parce que les personnes rencontrées se sentent à part, ne se sentent plus concernées par les discussions et les préoccupations de leurs proches.

« Moi, j'avais un super réseau social, moi avant. T'sais je veux dire quand j'avais une situation. Puis aujourd'hui, j'ai basculé dans un monde parallèle pendant un bout de temps. Puis, ces gens-là ont voulu me retrouver à un moment donné quand ils ont vu que j'étais en rétablissement. Puis, je suis allée à un souper, t'sais. Je n'y retournerai plus jamais. Parce que ces gens-là, je les connaissais à un moment donné d'une façon. Puis là, je reviens, puis eux autres ils n'ont pas changé, ils n'ont pas évolué. Ils prennent encore leur petite bouteille de vin en soupant, puis ils parlent de la pluie et du beau temps. Ça ne me tente pas de leur expliquer, de me justifier de ce que j'ai vécu. Parce qu'ils ne le vivront jamais, puis je me sens vraiment plus pareille. T'sais, je m'implique dans le communautaire, c'est là que je me sens le mieux. Fini ! Ça ne me tente même plus d'aller magasiner dans les centres d'achat. »

« Pis, tu pars, tu te ramasses un peu tout seul. Puis à un moment donné, il se fait que oups ! Il y a une rencontre, mais tu te rends compte que tu ne fites plus pantoute là. Tu n'as même pas d'affaire là. »

Les personnes rencontrées se disent généralement très isolées, même si plusieurs ont un réseau social lié à la consommation de drogues. Elles ne font plus confiance aux gens parce qu'elles ont vécu trop de situations de répression, de harcèlement et d'abus.

« J'ai l'impression que je me fais tout le temps avoir quand je demande quelque chose pour m'aider. »

« Tu ne sais pas à qui tu peux faire confiance. »

Pour plusieurs personnes, leur réseau social se limite aux personnes qui travaillent dans certains organismes communautaires et aux participants de ces organismes qui ont parfois vécu les mêmes situations. En cas de problèmes, plusieurs se rendent dans ces organismes communautaires où elles se sentent en confiance.

La recherche d'un lieu pour dormir s'avère extrêmement difficile. Les personnes rencontrées mentionnent que les propriétaires de logements ou de chambres refusent en général de leur louer un logement ou une chambre en raison de leur apparence ou à la suite des enquêtes de crédit. Généralement, les propriétaires n'accepteront pas de signer un bail à une personne qui sort de prison, d'un centre d'hébergement ou d'un centre de thérapie pour toxicomanes. Certains propriétaires vont louer leur logement sans bail, ce qui rend les locataires à la merci d'une expulsion sans préavis de la part du propriétaire et sans remise d'argent.

« Puis là, il ne signe pas de bail. C'est au mois. Fait que tu ne fais pas son affaire une semaine, il te calisse dans les vidanges. Tu es parti. »

« On n'a pas toujours beaucoup d'argent. 580 dollars. Tu donnes 350 dollars pour le loyer. Puis, il te crisse dehors une semaine après. Tu vas faire quoi ? Là, tu deviens agressif. Tu te ramasses en prison. »

En général, dans les rues, les magasins ou les épiceries, elles se sentent dévisagées et remarquent que les gens changent de trottoir ou d'allée pour éviter de les croiser. Elles se sentent traitées différemment des autres par des caissiers qui suspectent un vol ou des faux billets lorsqu'elles donnent de l'argent.

« *Quand je rentre dans le magasin de musique, au comptoir, souvent on me dévisage ou on me spote plus dans les allées pour voir si je ne vais pas voler. Ça, je le ressens beaucoup, se faire dévisager, se faire regarder de travers ou se faire spoter vraiment évident. Voir tous mes faits et gestes parce que j'ai un style particulier.* »

« *Ils donnent la monnaie au monde dans les mains. Bien moi, je tends la main, puis ils vont la mettre de côté.* »

Les personnes décrivent l'aide sociale comme étant des lieux où elles se sentent jugées comme si elles avaient fraudé ou s'appropriaient à le faire. Elles ont l'impression que des membres du personnel de l'aide sociale leur manquent de respect par des paroles désobligeantes ou vont abuser de leur pouvoir en allongeant les délais dans le traitement de leur dossier ou bien en enquêtant sur leur vie privée.

« *Je me suis senti comme un crosseur, quelqu'un qui voulait juste frauder, quelqu'un qui voulait retirer quelque chose auquel je n'avais pas le droit.* »

« *Puis, si tu lèves le ton, bien là elle prend ton dossier, comme je l'ai entendu par bien des gens. Ton dossier va en dessous. Puis là, tu attends ton chèque deux semaines plus tard. T'sais, c'est de l'abus de pouvoir, ça.* »

Les interactions avec certains policiers sont parfois difficiles. Les personnes soulignent qu'elles se sentent traitées différemment des autres citoyens, parfois harcelées et privées de leurs droits. Elles se font arrêter par des policiers qui exigent de voir leurs pièces d'identité, qui leur posent des questions et qui vérifient s'il y a un mandat d'arrestation contre elles. Certaines des personnes rencontrées se sentent harcelées lorsqu'elles sont arrêtées par les mêmes policiers plusieurs fois durant la même journée sans qu'ils aient de raison apparente de le faire ou lorsqu'ils prétextent rechercher une personne en état d'arrestation qui leur ressemble.

« *La police n'arrêtait pas de me harceler à un moment donné. Puis j'étais tanné, ça faisait une semaine qu'à tous les jours, tous les jours, tous les jours, ils me demandaient mes cartes. J'étais aux Portes du Nord [le nom de l'organisme communautaire a été modifié]. J'écoute de la musique. Je suis assis. Ils sont partis après moi, puis il y en a un qui marchait en long de même, il me crissait des coups d'épaule, il me cherchait. J'ai dit : "Hey ! Cherche-moi pas, arrête, arrête." Je me suis ramassé avec un ticket de cent et quelques piastres parce que j'étais assis dans les marches aux Portes du Nord. Ça faisait une semaine qu'ils me harcelaient, ils me cartaient tout le temps, deux, trois fois par jour. Vous le savez mon nom. Crissez-moi la paix !* »

« *Puis, c'est tout le temps : "C'est quoi ton nom ?" ou "Sors-nous tes cartes, on veut voir s'il n'y a pas de mandat." Puis, même quand ils te connaissent : "Ah ! Donne-nous ta carte." Juste pour te harceler. On voit que c'est ça qu'ils veulent, te pousser à bout, pour te faire agir incorrectement. Puis là, ils te mettent le grappin dessus. C'est ça du harcèlement.* »

Les personnes rapportent qu'elles reçoivent des contraventions pour des raisons qui ne semblent pas faire l'objet de réprimandes pour les autres citoyens. On leur donne des contraventions pour avoir flâné, pour avoir traversé au feu rouge, pour avoir quêté, pour avoir bu de l'alcool dans les lieux publics, pour s'être assis sur un banc public ou sur des marches d'un escalier.

« *Quand tu es assis sur un banc de parc. Il est fait là pourquoi le calice de banc ! Ce n'est pas une décoration, c'est bien fait pour s'asseoir. Tu vas voir les petits vieux qui passent leur calice de journée assis là. Pas de problème. Moi, là, j'en ai pognés. Ils passaient les flics là, là ils me pognaient. Ils repassaient 15 minutes : "Ouais, ça fait 15 minutes que tu es assise là. Qu'est-ce que tu fais là ?" Du flânage, un ticket. Des piles et des piles pour rien.* »

« Des tickets de bière, des tickets de flânerie, des tickets de quête. C'est con parce qu'à l'époque, ils donnent des tickets de cent et quelques piastres à des gens pauvres. Comme moi, mettons que je quête parce que je n'ai pas d'argent. Ils me donnent un ticket de cent et quelques piastres. C'est sûr que je ne le paierai pas, je n'ai pas d'argent. Fait que là, en plus, ça augmente, fait que quand ils me mettent en prison, un prisonnier, ça coûte environ 180 \$ par jour à l'État. Fait que c'est eux autres qui se retrouvent à payer pour moi. »

Certaines personnes ont été amenées de force dans un autre quartier de Québec ou dans ses environs comme à Sainte-Anne-de-Beaupré parce que des policiers ne voulaient pas les voir au centre-ville. De plus, en cas de besoin, elles évitent de recourir aux policiers, car elles pensent qu'elles ne jouiront d'aucune crédibilité.

« À Sainte-Foy, ils m'ont amené à Sainte-Foy. Ils ont dit : "On ne te veut pas ici. C'est l'été. Des bums comme toi, on n'en a pas besoin. Le touriste s'en vient en ville. Tu flies. On a ta photo." »

« Me voyez-vous en train d'appeler la police ? T'sais, tu ne peux pas. Ou si tu as l'air buzzé ou quoi que ce soit. C'est toi qui va passer. Ils ne s'occuperont pas de la raison pour laquelle tu les as appelés. »

Elles signalent que la société tolère peu les différences. Il existe beaucoup de préjugés sur l'apparence physique et les tenues vestimentaires. Elles indiquent que les gens associent souvent les cheveux de couleur, les tatouages, les perçages et certains styles vestimentaires à la déviance, au vol et à la violence, ce qui suscite au sein de la population des sentiments de crainte, de peur et d'évitement.

« Là, je m'en vais en stage. J'ai pas le droit aux cheveux de couleur. On m'a demandé d'ôter les piercings. Il faut que je camoufle mes tatouages. »

Les regroupements de travailleuses du sexe affirment que la stigmatisation sociale représente une des pires difficultés auxquelles elles font face (Conseil du statut de la femme, 2002).

Les effets sur les conditions de vie

Les personnes soulignent qu'une fois dans leur situation, il est très difficile de s'en sortir. Un cercle vicieux s'installe et complique le retour au travail. Leur vie est ponctuée de travaux communautaires et de passages en prison à la suite de la réception de contraventions non payées, ce qui rend difficile la recherche d'un emploi.

« Parce que t'sais à force de pogner des tickets, à un moment donné, tu deviens à mandat. Ils t'emmènent en prison et tu as le moyen de régler ça. De dire, bon je suis prête à faire des travaux communautaires ou compensatoires pour payer ça. Puis, si tu n'es pas d'accord, bien c'est la prison directement durant un certain temps, selon le montant que tu devais. »

Plusieurs ne sont pas en mesure de laisser une adresse ou un numéro de téléphone à l'employeur auprès duquel elles postulent. Beaucoup de préjugés existent quant à leur apparence et à leur tenue vestimentaire. Les passages en prison les excluent de plusieurs emplois. On indique que certaines perdent leur travail une fois qu'elles sont soupçonnées d'être toxicomanes ou de l'avoir été dans le passé. Les emplois dénichés sont souvent dans le secteur informel mais s'avèrent peu payants. Les emplois plus rémunérateurs demeurent dans le milieu de la drogue, ce qui contribue à en maintenir certaines dans cet environnement.

Pour dénicher un lieu où dormir, elles demandent à des amis de louer une chambre ou un logement en leur nom. D'autres louent des logements tenus par des propriétaires en lien avec le réseau de la drogue ou de la prostitution. Certaines vont se réfugier temporairement dans un organisme communautaire lorsqu'il y a des places disponibles, qu'elles répondent aux critères d'admission et que ces critères leur conviennent. Certaines vont offrir des services sexuels en échange d'un lieu où dormir, d'autres vont dormir temporairement chez une connaissance, un ami de consommation, un membre de la famille ou plus rarement chez une personne rencontrée par hasard. Plusieurs vont dormir dans la rue pour une certaine période. Elles dorment dans les parcs, dans les entrées d'immeubles ou d'établissements, dans la bibliothèque, dans un stationnement souterrain, toujours au risque de se faire déplacer par quelqu'un ou par des policiers qui parfois vont donner une contravention.

« *Au commencement de l'été, moi, je me recrisse à la rue. Je ne veux rien savoir des logements parce que je ne passe pas à cause qu'ils font des enquêtes de crédit.* »

La majorité des personnes se déplacent à pied. Si elles le peuvent, elles évitent de prendre le transport en commun, car elles se sentent jugées par certains chauffeurs qui auraient des exigences plus élevées à leur égard comparativement aux autres passagers, comme celle de voir leur billet de transfert, de plier leur poussette ou de laisser leur sac à dos devant. Elles se sentent aussi dévisagées par les passagers qui parfois changent de banc pour les éviter.

Une étude réalisée en 2006 auprès de 62 femmes avec un passé d'itinérance ou en situation d'itinérance à Québec montre que se loger, se nourrir, se vêtir et se protéger s'avèrent très difficile et nécessitent une multitude de stratégies pour pouvoir survivre (Gélineau *et al.*, 2008).

Les effets sur la santé

Globalement, les personnes rencontrées vivent beaucoup de stress et d'anxiété au quotidien ainsi que de la colère et de la frustration. Plusieurs se sentent découragées par rapport à tous les obstacles qu'elles rencontrent et à toutes les démarches qu'elles mènent et qui ne portent pas ses fruits. Plusieurs mentionnent qu'elles sont très fatiguées et qu'elles n'ont plus d'énergie. Elles deviennent peu motivées et désabusées de la vie. Plusieurs perdent leur estime d'elle-même et se sentent dépressives.

« *On est désabusé des fois. Désabusé dans le sens que, on a tous constaté, tous, qu'est-ce qui est dur dans la vie. Je veux dire quand tu vis toutes les bassesses de la société, tout ce que ça peut apporter. À un moment donné, je veux dire, la réalité est là en pleine face, puis tu peux comme plus.* »

Dans le milieu de la prostitution, les abus psychologiques et physiques vécus peuvent aussi laisser des marques. Les personnes rencontrées rapportent que certaines filles ont été violées et séquestrées.

La littérature confirme que les personnes itinérantes présentent davantage de problèmes de santé que la population générale et sont susceptibles de mourir précocement (Bines, 1997 ; Wright et Tompkins, 2005). Leur état de santé est souvent lamentable (Santé Canada, 2001a). Selon des études américaines et européennes, l'âge moyen au décès varie de 41 ans à 47 ans, comparativement à 80 ans, pour la population générale (Fournier, 1998).

Une étude montréalaise montre que les itinérants présentent des taux élevés de blessures, de fractures, d'entorses, de plaies et d'abcès. Les gastroentérites, les pneumonies, les insolation et les engelures se retrouvent également fréquemment. Les maladies transmissibles sexuellement et les maladies infectieuses comme l'hépatite B et C sont fréquentes. Par ailleurs, la prévalence des problèmes de santé mentale est de 4 à 5 fois supérieure à celle de la population générale (Fournier et Mercier, 1996). Les maladies mentales touchent de 30 à 50 % des sans-abri (Santé Canada, 2001a). Les dépressions majeures, les troubles bipolaires et la schizophrénie touchent de manière importante les itinérants. De plus, la prévalence des problèmes d'abus de substances chez les personnes itinérantes affectées par des problèmes de santé mentale est également très fréquente (Groleau, 1999 ; Wright et Tompkins, 2005).

Des études canadiennes et américaines confirment que les prostituées sont souvent victimes de violence laissant des séquelles à la fois physiques mais également psychologiques (Conseil du statut de la femme, 2002).

Les données du réseau de surveillance SurvUDI montrent que la prévalence du VIH et celle du virus de l'hépatite C étaient respectivement de 13,9 % et de 67,2 % parmi les utilisateurs de drogues par injection dans la ville de Québec participant au réseau de surveillance pour la période 2003-2009 (INSPQ, 2011).

Le système de santé

Différentes difficultés en lien avec le système de santé sont rapportées. L'absence de carte d'assurance maladie complique l'accès aux services de santé, d'autant plus qu'il s'avère ardu d'en obtenir une lorsque les personnes n'ont pas de pièces d'identité ou encore n'ont pas une adresse fixe. Les ressources financières limitées entraînent toutes sortes de difficultés pour payer les services non assurés et pour les déplacements. Parmi les difficultés les plus importantes, les personnes rencontrées soulignent l'attitude de certains professionnels de la santé à leur égard, qui refusent parfois de les traiter ou qui les traitent différemment des autres. Elles se sentent parfois traitées avec mépris, arrogance et condescendance. Ces mauvaises expériences sont marquantes. Elles entraînent une réticence chez les personnes à aller consulter à nouveau les professionnels de la santé.

« Fait que là le médecin commence. C'était l'enfer. Puis là, il m'a dit : "Aïe, avec toutes les traces de piqûres que tu as sur", t'sais bête comme un chien ! "Avec toutes les traces de piqûres que tu as sur le corps, tu n'es pas capable d'endurer ça." Hey! Calvaire. Tu ne parles pas de même à ton patient. Là je ne consomme plus, bon je ne me prostitue plus, je ne consomme plus. Ça fait deux ans, mais j'ai encore ça dans la tête. T'sais j'ai des marques, puis tout ça. Puis, j'ai comme tout le temps cette idée qu'on va avoir des préjugés, puis on va me parler comme si j'étais une merde, comme si je n'avais pas droit aux soins parce que bon je me piquais, j'avais un mauvais comportement. Ils ont des préjugés, puis ils te montrent que ça les écœure de te traiter. »

« C'est arrivé deux, trois autres fois par la suite. Puis, je suis tombée sur le même médecin durant la nuit qui était là. Puis, il voyait que ça faisait une couple de jours qu'il me voyait. Il a dit : "Ah ! Tu ne t'es pas domptée, tu te shootes encore !" T'sais des commentaires comme ça. »

« C'est supposé être du monde humain. Ils sont là pour s'occuper du monde, sauver des vies. Comment ils peuvent avoir ces manques ? Ils ne sont pas à leur place. Ils ont bien beau avoir des diplômes et tout ça, ils ne sont pas à leur place. Il faut que tu aimes l'humain, avoir de la compassion, puis vouloir t'occuper des autres, quelle que soit la situation. »

À l'échelle internationale, les principales barrières à l'accès aux soins de santé pour les personnes itinérantes sont les heures de service limitées, les procédures pour la prise de rendez-vous ainsi que la discrimination liée à la croyance générale que ce sont des personnes violentes et antisociales (Wright et Tompkins, 2005).

Au Canada, il est reconnu que l'accès au système de santé est difficile pour les groupes marginalisés. Les données canadiennes indiquent que les principaux obstacles sont liés à l'absence de carte d'assurance maladie, au refus de traitements auquel ces groupes font face parce qu'ils ne sont pas propres ou peu présentables, aux difficultés d'accès aux services non assurés par manque de ressources économiques et au manque d'information sur les endroits où les services recherchés sont disponibles (Santé Canada, 2001a).

SECTION 2

LES IMMIGRANTS ET LES RÉFUGIÉS

- La région de la Capitale-Nationale est le deuxième pôle d'attraction en importance des personnes immigrantes au Québec.
- De 2001 à 2006, la population immigrante de la région de la Capitale-Nationale est passée de 18 670 à 25 160 personnes, soit une augmentation de 35 % (Statistique Canada, 2006a). En 2006, les immigrants représentaient 3,9 % de la population totale de la Capitale-Nationale, comparativement à 3,0 % en 2001 (*ibid.*).
- Les immigrants recensés en 2006 dans la ville de Québec provenaient en majorité de l'Europe, suivi des Amériques, de l'Afrique et de l'Asie (Ville de Québec, 2009).
- Les immigrants arrivés de 2001 à 2006 provenaient majoritairement de l'Europe (31,6 %), de l'Afrique (30,1 %), puis des Amériques (24,7 %), de l'Asie et du Moyen-Orient (13,0 %) et de l'Océanie (0,2 %). Plus précisément, et selon le recensement de 2006, ces derniers immigrants venaient principalement de la France (17,5 % du total de la population immigrante), de l'ex-Yougoslavie (5,8 %), de la Colombie (5,4 %), des États-Unis (4,4 %) et de la Chine (4,1 %) (Ville de Québec, 2009).
- En janvier 2010, 3 355 réfugiés admis au Québec, de 1999 à 2008, résidaient dans la région de la Capitale-Nationale (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2010). D'avril 2009 à mars 2010, ils provenaient majoritairement de la Colombie, du Bhoutan, du Myanmar, du Népal et de la République démocratique du Congo (Centre multiethnique de Québec, 2010).

Les immigrants sont des personnes pour lesquelles les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence (Ministère de l'Industrie, 2010). Il existe quatre grandes catégories de résidents permanents : les immigrants économiques, le regroupement familial, les réfugiés et les personnes en situation semblable. (Gouvernement du Québec, 2007).

Les réfugiés sont des personnes qui se trouvent hors de leur pays et qui craignent avec raison d'y être persécutées, en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social ou de leurs opinions politiques (Gouvernement du Québec, 2007).

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion à l'œuvre

Globalement, les immigrants et réfugiés rencontrés lors des groupes de discussion perçoivent la société d'accueil comme ouverte, agréable, accueillante et curieuse des différences culturelles. Toutefois, malgré l'ouverture de plus en plus grande, ils signalent la persistance de préjugés et la présence de discrimination, surtout dans les milieux scolaires, dans les milieux de travail, dans les transports en commun et lors de la recherche d'un logement.

Une étude réalisée en 2006 auprès de 40 immigrants résidant depuis plus de deux ans sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS-VC) indique que ces immigrants perçoivent la présence de préjugés, voire de racisme à leur égard (CSSS de la Vieille-Capitale, 2007).

Malgré un niveau de scolarité très élevé, les immigrants vivent une situation économique souvent difficile dans les mois qui suivent leur arrivée dans la région parce qu'ils ne parviennent pas à trouver un emploi.

« On ne trouve pas d'emploi, les économies partent. Les économies commencent à partir. On sent qu'on est obligé d'être à l'aide sociale. L'aide sociale ne suffit pas pour payer le loyer, pour payer les autres frais, les frais scolaires, pour payer la bouffe, pour acheter les habits d'hiver. »

Dans la ville de Québec, les immigrants présentent un revenu médian inférieur de 22 % à celui de la population totale. En effet, le revenu médian des immigrants installés dans la ville de Québec en 2006 se situait à 20 494 \$, comparativement à 26 178 \$ pour l'ensemble de la population, malgré un niveau de scolarité plus élevé que la moyenne de la population (Ville de Québec, 2009).

Concernant les réfugiés, la majorité arrive au Canada en situation de précarité économique (Santé Canada, 2001a).



Les effets sur les conditions de vie

La difficulté de se trouver un emploi est décrite comme le problème prioritaire auquel font face les immigrants. La reconnaissance des expériences antérieures et des diplômes acquis dans leur pays d'origine est laborieuse. La recherche d'un emploi dans une profession régie par un ordre professionnel est presque impossible sans reprendre les études et les examens requis au Québec. Les listes d'attente en garderie et le réseau social ténu complexifient la recherche et l'accès à l'emploi.

Une étude réalisée en 2006 sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale indique que l'accès au travail est particulièrement compliqué pour les immigrants, et plus particulièrement pour les minorités visibles (CSSS de la Vieille-Capitale, 2007).

Dans la ville de Québec, le taux de chômage des immigrants est plus élevé que celui de l'ensemble de la population. En 2006, le taux de chômage chez les immigrants dans la ville de Québec s'élevait à 9,7 %, comparativement à 5,0 % pour l'ensemble de la population de la ville (Ville de Québec, 2009).

Concernant le logement, plusieurs immigrants louent un appartement avant même leur arrivée, tandis que les réfugiés sont accompagnés dans leur démarche par le Centre multiethnique de Québec les jours qui suivent leur arrivée. On déplore les prix élevés des logements, la difficulté de trouver des logements pour une famille nombreuse et le manque de disponibilité des logements sociaux. On signale que certains propriétaires augmentent les prix du loyer indûment en présence de personnes non francophones ou analphabètes et que d'autres vont refuser de louer leur logement à des étrangers. Plusieurs sont contraints de se loger dans des appartements trop restreints et de moindre qualité.

Au Canada, on reconnaît que les immigrants récents sont nombreux à vivre dans des conditions de logement inférieures aux normes (Santé Canada, 2001a).

L'isolement est difficile durant les premiers mois, car leur réseau social est absent ou restreint. Il est encore plus grand pour ceux qui ne parlent pas français, car il est difficile de communiquer et de se déplacer avec les transports en commun.

Les études internationales montrent que les minorités ethniques et raciales sont plus sujettes à la pauvreté, occupent moins d'emploi, vivent dans des conditions de travail difficiles et se retrouvent dans des environnements néfastes pour la santé (Levy et Sidel, 2006).

Les effets sur la santé

Les immigrants et les réfugiés rencontrés rapportent essentiellement des symptômes liés au stress au regard de leur situation économique difficile. Devant les difficultés de se trouver un emploi et les moyens économiques qui s'amenuisent, il devient difficile de subvenir aux besoins des membres de leur famille. Une telle situation crée beaucoup de stress, de l'anxiété et des tensions au sein des familles.

« Et là, on se met à la recherche d'emploi et là, madame, quand on ne trouve pas d'emploi, des fois ça crée un stress familial et ce stress bousille le couple et bousille la famille. »

Bien qu'il soit impossible de tirer des conclusions pour tous les différents groupes d'immigrants, les immigrants récents sont en général en meilleure santé que les immigrants de longue date ou les natifs du pays sur le plan de la santé générale et de la prévalence de certaines maladies chroniques comme le cancer et les cardiopathies (Santé Canada, 2001a; Santé Canada, 2001b; Hyman, 2007). On attribue cela au programme de dépistage médical au Canada et au fait que les gens qui émigrent jouissent en général d'une bonne santé (Santé Canada, 2001a). Un tel avantage sur le plan de la santé se perd avec les années et on reconnaît que la santé des immigrants est tributaire de leurs conditions de vie souvent associées à la pauvreté (Santé Canada, 2001b). Concernant la santé mentale, après une période initiale à risque, elle s'améliore avec le temps.

Si les immigrants sont globalement en bonne santé à leur arrivée, ce n'est pas le cas des réfugiés. Une étude réalisée en 2007 et 2008 dans la région de la Capitale-Nationale indique que les réfugiés, en particulier les femmes et les enfants, représentent un groupe de personnes susceptibles de présenter des problèmes de santé physique et psychologique importants. Outre les violences consécutives à leur situation de réfugiés, les femmes et les enfants ont souvent été victimes d'agressions sexuelles et d'autres formes de violence. Plusieurs enfants souffrent également de malnutrition (Amar *et al.*, 2007).

D'autres études confirment que les réfugiés, particulièrement les femmes et les enfants, présentent des risques accrus de problèmes de santé (Gagnon et Tuck, 2004 ; Granger, 2007) et qu'ils ont besoin de soins spécifiques, particulièrement au début de leur arrivée (Dillmann *et al.*, 1993). Il est reconnu que les femmes réfugiées au Québec sont susceptibles d'avoir vécu de la persécution basée sur le genre (blessure physique, excision, viol, grossesse non désirée, avortement forcé et non sécuritaire) (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2007).

Le système de santé

En général, les personnes rencontrées soulignent que les soins de santé sont de grande qualité et qu'ils sont prodigués de façon attentionnée. Toutefois, on déplore le manque d'accès aux médecins de famille et le délai de carence de trois mois pour obtenir la carte d'assurance maladie pour les immigrants.

Au Canada, on reconnaît que les immigrants, et particulièrement les réfugiés, font partie des populations insuffisamment servies par le système de santé (Santé Canada, 2001a ; Munoz et Chirgwin, 2007). On note une faible utilisation des services de santé et des services sociaux, en particulier des services préventifs et des services en santé mentale.

Parmi les obstacles rencontrés, on note que plusieurs ne bénéficient pas d'une couverture médicale complète. Les immigrants ont un délai de carence de trois mois pendant lesquels les frais médicaux ne sont pas couverts. Après ce délai, ils sont couverts par le régime d'assurance maladie du Québec. Les demandeurs d'asile sont couverts uniquement pour les soins urgents et essentiels par le *Programme fédéral de santé intérimaire*. Les autres immigrants ne sont couverts par aucun programme public. Seuls les réfugiés sont couverts par le régime d'assurance maladie du Québec dès leur arrivée.

Par ailleurs, les coûts indirects comme la garde des enfants et les frais de transport peuvent représenter un obstacle important pour les personnes qui ont peu d'argent et qui bénéficient d'un réseau social restreint.

Concernant les autres obstacles, on relève le manque d'information sur les services de santé et les services sociaux. Toutefois, les obstacles les plus importants à l'accès aux soins de santé de qualité seraient les difficultés de communication, les différences culturelles et la discrimination. Il est reconnu que le manque de compétences culturelles chez les professionnels de la santé peut conduire à de mauvais diagnostics, des traitements non appropriés, des délais, un manque de suivi et une augmentation des complications (Institute of Medicine, 2002 ; Anderson *et al.*, 2003 ; Eunice, 2004 ; Vonarx et Farman, 2008).

SECTION 3

LES AUTOCHTONES QUI VIVENT EN MILIEU URBAIN HORS RÉSERVE

- La population autochtone est très hétérogène. Elle regroupe les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits.
- En 2006, la région de la Capitale-Nationale comptait 3 995 personnes ayant l'identité autochtone, dont 2 115 Indiens, 1 435 Métis et 95 Inuits (Statistique Canada, 2006b).
- En 2009-2010, 1 323 Autochtones appartenant à la Nation huronne-wendat vivaient dans la réserve huronne à Wendake (Conseil de la Nation huronne-wendat, 2010). Toutefois, la majorité des Autochtones dans la région de Québec vivent à l'extérieur de cette réserve.
- La présence d'Autochtones en milieu urbain s'est accentuée depuis le début des années 1980 à Montréal d'abord, mais aussi à Québec (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [RCAAQ], 2006).

Parmi les raisons pouvant expliquer que la majorité des Autochtones de la région de Québec vive hors réserve, on observe :

- le manque d'espace et de logements dans la réserve ;
- l'appartenance obligatoire à la Nation huronne-wendat pour résider dans la réserve (appartenance qui peut être acquise par le mariage, la vie commune ou le fait d'avoir des enfants avec un Huron) ;
- le fait que plusieurs Autochtones qui vivent à l'extérieur de la réserve proviennent de réserves francophones de l'Est et du Nord-du-Québec (Bourque, 2006), et en quittant leur réserve, ils s'installent en ville pour trouver un emploi, pour poursuivre leurs études, pour changer de milieu, pour trouver de nouvelles occasions ou pour se rapprocher des services de santé en cas de maladie. Ils sont majoritairement Innus, Montagnais, Attikameks, Algonquins et Micmacs (*ibid.*).



Photo : Centre d'amitié autochtone de Québec

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion

Les Autochtones rencontrés soulignent qu'il existe des préjugés à leur égard et qu'ils sont le plus souvent étiquetés. Ils signalent que plusieurs personnes pensent qu'ils profitent d'avantages comparativement aux non-Autochtones, par exemple, le fait de ne pas payer d'impôts ni de taxes sur les produits achetés. En effet, les Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ne bénéficient d'aucun des privilèges donnés à ceux qui vivent dans les réserves. Ils soulignent qu'on les considère souvent comme des alcooliques et qu'on les associe beaucoup à la contrebande de cigarettes.

« Fait que t'sais, c'est plus au niveau des croyances, puis des préjugés qui sont toujours présents. Quand on leur explique, bien là, il y en a qui comprennent, il y en a qui continuent à ne pas comprendre. »

Le milieu scolaire figure comme un lieu où les jeunes Autochtones sont susceptibles de vivre beaucoup de tensions avec les autres élèves qui les traitent de différents noms et les mettent à l'écart. Les jeunes soulignent que certains professeurs peuvent aussi faire preuve de discrimination à leur égard.

Les milieux de travail sont décrits comme des lieux où ils se sentent désavantagés par rapport aux autres citoyens en raison de préjugés qui persistent.

« Ah, ils sont trop slow. Ils sont. T'sais on dirait qu'on nous a tout le temps vu comme ça par rapport à la job. Puis, dans le fond, c'est peut-être pour ça que nous autres, on a un peu de misère à entrer là-dedans, à se trouver une job dans le fond. Je ne le sais pas si, on dirait que c'est ancré dans leur tête. »

Au Canada, les populations autochtones sont parmi les groupes dont les taux de pauvreté sont les plus élevés (RCAAQ, 2006).

En 2002, au Québec, parmi les Autochtones qui vivaient en milieu urbain et hors réserve, on estime qu'un couple sur quatre ayant au moins un enfant vivait sous le seuil de faible revenu (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2006).

Les relations avec certains policiers sont décrites comme difficiles. Certains signalent qu'ils se font insulter, intimider et arrêter pour vérification de leurs pièces d'identité. Ils indiquent que certains policiers leur donnent des contraventions pour des raisons qui ne semblent pas faire l'objet de réprimandes pour les autres citoyens, comme le fait de ne pas avoir traversé la rue au feu de circulation ou d'avoir marché sur une piste cyclable. On ajoute que certains leur font des menaces s'ils prennent la parole ou s'aventurent à répliquer.

« En tout cas, j'étais sur Fullum [le nom de la rue a été modifié], il y a une banque juste à côté, bien moi, je me fais coller là. Puis, je traversais rien que la rue devant l'auto. Je me fais coller de l'autre bord. En l'espace même pas de 5 minutes. T'sais c'était grave. J'ai dit : "Wow là !" J'ai dit : "Ça n'a pas de bon sens. Vous n'avez pas vu que vous m'aviez arrêté l'autre bord ?" Il a dit : "Non." »

Les études indiquent que les Autochtones en milieu urbain au Québec sont souvent victimes de racisme (CSSSPNQL, 2006 ; RCAAQ, 2009).

Finalement, ils déplorent le fait que les Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ne sont pas représentés par une instance qui pourrait parler en leur nom, faire connaître leurs besoins et effectuer des revendications pour eux.

Les effets sur les conditions de vie

Les personnes rencontrées rapportent que vivre en milieu urbain offre différents avantages, mais que les Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ne bénéficient d'aucun des privilèges donnés aux Autochtones qui vivent dans les réserves. Pour plusieurs qui vivent en milieu urbain, les conditions de vie s'avèrent difficiles.

Elles soulignent que trouver un logement acceptable est une problématique majeure.

Dans la région de la Capitale-Nationale, de 250 à 300 personnes sont hébergées et nourries chaque année au centre d'hébergement géré par le Centre d'amitié autochtone de Québec. L'itinérance autochtone est souvent cachée, car les Autochtones vont davantage vers leurs proches, la famille, les amis et les connaissances plutôt que vers des organismes institutionnels (Centre d'amitié autochtone de Québec [CAAQ], 2008).

Les études réalisées au Canada montrent que les Autochtones ont plus de risques de devenir itinérant en raison de la pauvreté, des habitudes de migration entre les réserves et la ville et de la discrimination dans le secteur du logement (Santé Canada, 2001b). En effet, s'ils constituent 3 % de la population canadienne, les Autochtones représentent 10 % de la population itinérante du Canada (RCAAQ, 2008).

À l'échelle canadienne, on estime que 11 % des Autochtones qui vivent en milieu urbain habitent des logements surpeuplés, comparativement à 3 % chez les non-Autochtones (Statistique Canada, 2006b) et qu'un enfant autochtone sur quatre hors réserve vit dans un logement insalubre, comparativement à une personne sur dix pour l'ensemble de la population canadienne (RCAAQ, 2006).

De plus, la recherche d'emploi s'avère difficile et plusieurs n'occupent aucun emploi.

En 2006, le taux d'emploi des Autochtones dans le district de recensement de Québec était de 59,6 % (Statistique Canada, 2006), comparativement à 62,1 % pour les non-Autochtones (INSPQ, 2012), et le taux de chômage s'élevait à 11,4 % (Statistique Canada, 2006b), comparativement à 5,1 % pour les non-Autochtones (INSPQ, 2012).

Une enquête canadienne réalisée en 2007 montre que des écarts entre les taux d'emploi des Autochtones et non-Autochtones persistent à tous les niveaux de scolarité (Pérusse, 2008).

S'ils ne détiennent pas d'instances légales pour les représenter officiellement sur le plan politique, les Autochtones qui vivent hors réserve sont pour la plupart en lien avec le Centre d'amitié autochtone de Québec, institution communautaire qui favorise les échanges, les rencontres et l'expression de l'identité autochtone en milieu urbain.

En somme, il est reconnu que les Autochtones en milieu urbain dans la région de la Capitale-Nationale vivent dans des conditions de vie défavorables sur plusieurs aspects comme le logement, l'itinérance, le revenu et l'éducation (CAAQ, 2008). Si plusieurs s'installent à Québec pour fuir des problèmes sociaux vécus dans leur communauté, certains continuent de vivre dans des conditions de vie de moindre qualité après leur arrivée en ville (RCAAQ, 2009).

Une recherche menée auprès de 340 personnes fréquentant huit centres d'amitié autochtone du Québec indique que la difficulté de se trouver un emploi et un logement convenable ainsi que le sentiment d'être victime de racisme figurent parmi les difficultés les plus souvent rencontrées (RCAAQ, 2009).

Les effets sur la santé

Essentiellement, les personnes rencontrées indiquent que les conditions dans lesquelles elles vivent et les situations de discrimination occasionnent beaucoup de stress. Les circonstances de vie difficiles pour plusieurs peuvent les conduire à une démotivation et à une perte de confiance en soi.

Il existe un écart considérable entre les peuples autochtones et non-autochtones sur le plan de la santé. Pour presque chaque indicateur de santé, les collectivités autochtones présentent un état de santé inférieur (Santé Canada, 2001b). Globalement, la prévalence des maladies chroniques, le taux des maladies infectieuses, le taux de suicide, le taux d'alcoolisme et autres toxicomanies sont plus élevés dans les collectivités autochtones, comparativement à la population générale. En 2000, l'espérance de vie à la naissance pour la population indienne inscrite était de cinq à sept ans inférieure à celle de l'ensemble des Canadiens (*ibid.*).

Selon Adelson (2005), les Autochtones du Canada portent toujours un poids disproportionné de problèmes de santé en raison d'un historique d'iniquités marqué par une défavorisation politique, économique et une marginalisation.

Au Canada, les populations autochtones comptent parmi les groupes de la population les moins bien servis par le système de santé canadien. Parmi les obstacles rencontrés à la qualité équitable des services, on relève les problèmes de communication avec les prestataires de services, le manque de respect et de compassion qu'on leur témoigne, le racisme et la discrimination dont plusieurs font l'objet et enfin une vision différente de la santé et de la guérison (Santé Canada, 2001a ; Martin et Diotte, 2009).

Une étude menée au Québec auprès d'Autochtones qui vivent en milieu urbain a montré que plusieurs facteurs expliquaient la faible fréquentation des services de santé et services sociaux offerts dans les CSSS. Parmi ceux-ci, on note la méconnaissance des services offerts, de mauvaises expériences antérieures avec le réseau de la santé québécois, la présence de services qui ne répondent pas à leurs besoins, la crainte de racisme, la présence de valeurs différentes, une communication difficile et l'incapacité de trouver un transport (RCAAQ, 2009). La pauvreté économique limite également l'accès aux services non assurés.

Le système de santé

Plusieurs soulignent le manque criant de services de santé dans leur communauté d'origine. D'ailleurs, certains indiquent qu'ils sont venus s'installer en ville parce que des membres de leur famille avaient besoin de se rapprocher des services de santé.

Comme problèmes, on relève la difficulté de rencontrer un médecin de famille et les temps d'attente. Enfin, certains ont l'impression de faire parfois l'objet de discrimination par les professionnels de la santé, notamment dans le triage des patients en attente de consultation.

SECTION 4

LES PERSONNES FAISANT PARTIE DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE

- Bien qu'il soit impossible de valider ces chiffres, on estime qu'environ 10% des hommes sont gais et moins de 1 à 8% des femmes sont lesbiennes au Canada (Santé Canada, 2001a).
- On emploie l'expression *personnes faisant partie de la diversité sexuelle* pour désigner les personnes gais, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles, transgenres et transsexuelles (Tardif, 2012).

On désigne par :

- **Gai**, un homme qui ressent de l'affection et de l'attraction tant émotionnelle que physique pour d'autres hommes.
- **Lesbienne**, une femme qui ressent de l'affection et de l'attraction tant émotionnelle que physique pour d'autres femmes.
- **Bisexuelle**, une personne qui éprouve une attraction sentimentale ou sexuelle pour des personnes des deux sexes, soit simultanément, soit alternativement.
- **Bispirituelle**, une personne Autochtone attirée par les personnes du même sexe que le sien ou un transgenre.
- **Transgenre**, une personne qui transgresse les normes sociales et culturelles du genre.
- **Transsexuelle**, une personne ayant complété le processus de changement de sexe et désirant vivre dans le sexe correspondant à cette transformation.



Les inégalités sociales et les processus d'exclusion à l'œuvre

Sans vivre de harcèlement ou d'agressions franches, les personnes rencontrées faisant partie de la diversité sexuelle soulignent qu'il existe des préjugés dans la société et que le regard posé sur un couple homosexuel est différent de celui posé sur un couple hétérosexuel. Certaines ressentent un malaise ou une gêne dans différents lieux comme si elles n'étaient pas à leur place.

Dans un rapport rendu en 2007, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) fait le constat que l'homophobie est toujours présente au Québec et sévit à différents degrés, sous diverses formes (CDPDJ, 2007).

Pour certains individus, leur orientation sexuelle est très bien acceptée dans leur famille, tandis que pour d'autres, elle est considérée comme anormale. Dans ce cas, les échanges sont alors limités et le sujet de leur vie privée n'est généralement pas abordé.

« *Moi, ils l'ont acceptée sans problème dans ma famille des deux bords, mais disons que je n'irai pas leur parler, bien parce qu'ils vont me dire de me fermer.* »

Parmi les personnes rencontrées, certaines fréquentent leur famille et celle-ci accepte très bien leur orientation sexuelle. D'autres fréquentent leur famille sans toutefois dévoiler leur orientation sexuelle par crainte d'éventuelles réactions négatives. Enfin, certaines vont éviter d'aller dans leur famille parce qu'elles n'y sont pas à l'aise.

« *J'ai surtout peur de ma, la plus grande crainte que j'ai, c'est ma vieille, la plus vieille de mes sœurs. C'est d'elle que j'ai peur.* »

En ce qui a trait au voisinage, les relations sont variables également. Certaines des personnes rencontrées se sentent bien acceptées, alors que d'autres se sentent tout simplement ignorées.

« *Ouais, on va se faire garocher des roches, c'est sûr ils ne sont pas prêts pour avoir un couple homosexuel dans leur cour. Mais, non, on est la maison la plus populaire. Tout le monde vient prendre leur café.* »

« *Juste pour te donner un exemple. Bon, moi, mon voisin d'en face, puis mon voisin d'à côté, ils ne me regardent pas, ils ne me parlent pas parce qu'ils savent que je suis gai.* »

L'école figure comme étant un milieu difficile où les jeunes à diversité sexuelle sont susceptibles de vivre des moqueries et du rejet. Certains enfants sont parfois obligés de changer d'école lorsqu'ils font l'objet de comportements blessants, voire violents. On signale que les enfants de parents faisant partie de la diversité sexuelle peuvent vivre des situations délicates et difficiles lorsque cette diversité est révélée.

Une enquête exploratoire, menée en 2004 par le Groupe régional d'intervention sociale Québec, montre que l'homophobie est encore omniprésente dans les écoles de la Capitale-Nationale. Les jeunes font l'objet de sarcasmes, d'intimidation et parfois même de violence (Grenier, 2007).

Dans les milieux de travail, plusieurs personnes ne dévoilent pas leur orientation sexuelle. Dans certains milieux, les personnes à diversité sexuelle se retrouvent en nombre important, si bien qu'elles s'y sentent très à l'aise. Dans d'autres milieux, il est très difficile d'afficher son orientation sexuelle parce que l'homophobie y est fortement présente.

Les études montrent qu'il existe des milieux de travail où l'homophobie est plus intense et exacerbée que d'autres, ce qui crée un climat de travail qualifié d'hostile (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009).

On mentionne qu'habiter en ville permet de vivre de manière plus anonyme qu'en région. Toutefois, la région de Charlevoix est décrite comme une région très ouverte au regard des personnes ayant différentes orientations sexuelles.

Les effets sur les conditions de vie

Les personnes rencontrées considèrent que leurs conditions de vie matérielles sont tout à fait comparables à celles des autres personnes. Elles soulignent que ce sont surtout les conditions de vie sociales qui s'avèrent plus difficiles pour certaines d'entre elles, par exemple lorsque le réseau social est très restreint ou lorsque dans certains milieux elles font l'objet de préjugés ou encore de discrimination. Par ailleurs, les personnes rencontrées déplorent le fait qu'il existe peu de lieux de rencontres ou de loisirs pour sortir et s'amuser.

Un rapport basé sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique que dans la province de Québec, le revenu personnel des hommes gais et bisexuels avait tendance à être plus faible que celui des hommes hétérosexuels, tandis que le revenu des femmes lesbiennes avait tendance à être plus élevé que celui des femmes hétérosexuelles, pour la période de 2005 à 2009 (Chamberland *et al.*, 2012).

Les effets sur la santé

Les conséquences rapportées sur la santé sont globalement liées au stress que génère la vie dans une société où la norme est hétérosexuelle. Le fait de devoir surveiller ses comportements, ses paroles et son habillement quotidiennement engendre beaucoup de stress chez certains.

« *Cela génère un certain stress, oui, parce que tu as tout le temps l'impression de marcher sur des œufs, puis tu es tout le temps en train de te censurer, de vérifier tes paroles, tes vêtements.* »

« *Tout est hétéro et au niveau mental, c'est fou.* »

Les personnes rencontrées soulignent que lorsqu'elles cherchent à cacher leur orientation sexuelle dans leur vie quotidienne, elles peuvent vivre des moments très difficiles et en être affectées sur le plan psychologique. Des symptômes dépressifs et des idées suicidaires peuvent alors apparaître.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse indique que la discrimination a des conséquences sur de nombreuses sphères de la vie des personnes à diversité sexuelle, dont leur santé (CDPDJ, 2007).

Les problèmes de santé ne sont pas causés par leur orientation ou leur identité sexuelle, mais par l'homophobie qui imprègne la société (Clermont et Sioui-Durand, 1997 ; Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2009).

L'homophobie, l'hétérosexisme, l'intolérance et la discrimination augmentent les probabilités d'être affecté par la toxicomanie, par des troubles de santé mentale comme la dépression et les idées suicidaires, d'adopter des comportements sexuels à risque et d'être victime de violence (Santé Canada, 2001a).

Au cours de la période 2005 à 2009, un rapport sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montre que le niveau de stress au travail à l'échelle de la province du Québec était plus élevé chez les hommes gais que chez les hommes hétérosexuels (Chamberland *et al.*, 2012). De plus, le niveau moyen de détresse psychologique était plus élevé chez les hommes gais et bisexuels comparativement aux hommes hétérosexuels au cours de la même période (*ibid.*). Enfin, la probabilité d'avoir été diagnostiqué d'une infection transmissible sexuellement était cinq fois plus élevée chez les hommes gais que chez les hommes hétérosexuels (*ibid.*). Chez les lesbiennes, cette probabilité est particulièrement faible (*ibid.*).

Le système de santé

En ce qui concerne le système de santé, les personnes rencontrées considèrent qu'elles reçoivent un traitement tout à fait équitable. Les situations où des paroles blessantes ont été prononcées par un professionnel de la santé sont plutôt rares.

Au Canada, les gais, les lesbiennes, les bisexuelles, les bispirituels, les transgenres et les transsexuels sont reconnus comme faisant partie des groupes de personnes traitées de manière inéquitable au sein du système de santé (Santé Canada, 2001a).

Bien que la situation se soit améliorée, les études reconnaissent que l'homophobie et l'hétérosexisme sont encore présents dans le système de santé au Canada (Ryan *et al.*, 2001a; Ryan et Brotman, 2000; Santé Canada, 2001a; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007). On souligne la présence de préjugés et de discrimination, une atmosphère qui fait en sorte que les personnes craignent de révéler leur identité sexuelle, une ignorance concernant les besoins sanitaires des personnes à diversité sexuelle et concernant les enjeux relatifs à l'orientation sexuelle ainsi que des lacunes pour le dépistage du cancer du sein, du col et des infections vaginales (Simkin, 1991; Rob, 1996; Moran, 1996; Mathieson, 1998; Ryan *et al.*, 2001a; Santé Canada, 2001a).

Concernant l'utilisation des soins de santé au Canada, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycles de 2003 et de 2005) montrent que des différences sont particulièrement marquées chez les lesbiennes, qui sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille et qui obtiennent moins souvent un Pap test que les femmes hétérosexuelles (Tjepkema, 2008). Par ailleurs, comparativement aux personnes hétérosexuelles, les personnes bisexuelles déclarent plus souvent qu'elles ont des besoins de soins de santé qui sont non satisfaits (*ibid.*). Enfin, les données indiquent que les gais, les lesbiennes et les bisexuels sont plus susceptibles que les hétérosexuels de consulter les prestataires de services de santé mentale (*ibid.*).

SECTION 5

LES PERSONNES AYANT DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Une personne handicapée se définit comme une personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement des activités courantes (OPHQ, 2009).

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) propose d'utiliser le terme « personnes ayant des limitations » plutôt que personnes handicapées, puisque les personnes ayant une déficience intellectuelle et celles ayant un problème de santé mentale ne se reconnaissent pas dans la terminologie « personnes handicapées » (OPHQ, 2007).

Personnes âgées de 15 ans et plus

- En 2006, on estimait que 61 910 personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou dans certains ménages collectifs non institutionnels présentaient une incapacité dans la région de la Capitale-Nationale, soit un pourcentage de 11,3 %, comparativement à 11,9 % pour l'ensemble du Québec (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2010).
- Dans la région de la Capitale-Nationale, les incapacités les plus fréquentes chez les personnes âgées de 15 ans et plus sont liées à la mobilité (8,0 %), à l'agilité (7,7 %) et à la douleur (7,1 %). Viennent ensuite les incapacités liées à l'audition (3,0 %), à la vision (2,1 %), aux troubles d'apprentissage (1,7 %) et à la parole (1,2 %). Les incapacités liées aux troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques tels que les phobies, la dépression, la schizophrénie ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues touchent 1,6 % de la population âgée de 15 ans et plus. Celles liées à la mémoire touchent 1,0 % des personnes âgées de 15 ans

et plus. Finalement, les incapacités liées à une déficience intellectuelle ou à un trouble du développement touchent 0,4 % des personnes âgées de 15 ans et plus dans la région. (OPHQ, 2009).

Enfants âgés de moins de 15 ans

- Pour la région de la Capitale-Nationale, on estime que 2 820 enfants âgés de moins de 15 ans présentent une incapacité, soit un pourcentage de 3,0 %, ce qui est comparable au pourcentage pour l'ensemble de la province (OPHQ, 2009).
- Dans la région de la Capitale-Nationale, les incapacités qui touchent le plus les enfants de moins de 15 ans sont liées à un trouble d'apprentissage (2,7 %), à un problème de santé chronique (2,0 %) et à la parole (1,7 %). Viennent ensuite les incapacités liées à une déficience intellectuelle (1,4 %), à des problèmes psychologiques (1,4 %), à un retard de développement (0,9 %), à la dextérité (0,6 %), à l'audition (0,4 %), à la vision (0,4 %) et à la mobilité (0,4 %) (OPHQ, 2009).

Pour cette partie du document concernant les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique, intellectuelle ou encore un problème de santé mentale, les données provenant des études et des recherches sont regroupées, car plusieurs données disponibles font référence aux personnes ayant des limitations fonctionnelles, sans spécification selon le type de limitation.

Les inégalités sociales

Les personnes qui ont une limitation fonctionnelle sont moins scolarisées que celles sans limitation. Au Québec, en 2006, 42 % des personnes avec une incapacité n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, comparativement à 22 % chez celles sans incapacité (ISQ, 2010).

Elles sont également moins nombreuses à occuper un emploi et à être actives sur le marché du travail que celles sans limitation (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MESS], 2008a ; OPHQ, 2009). Dans la région de la Capitale-Nationale, en 2006, 41,7 % des personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité occupaient un emploi (MESS, 2008a), comparativement à 63 % pour celles sans incapacité dans la région (Statistique Canada, 2006). De plus, les personnes ayant une limitation sont plus nombreuses à vivre en situation de pauvreté, comparativement à celles sans limitation. On estimait en 2006 que 22,9 % des personnes avec incapacité étaient membres d'un ménage qui vivait sous le seuil de faible revenu, comparativement à 11,4 % pour celles sans incapacité (ISQ, 2010).

Au Canada, on reconnaît que les personnes ayant des limitations sont plus susceptibles de vivre de l'exclusion sociale que la population générale. Les attitudes négatives, les préjugés et la discrimination contribuent à l'isolement social et au statut social inférieur des personnes ayant des limitations (Santé Canada, 2001a).

Les inégalités sociales cumulent leurs effets à chacun des stades du processus de production du handicap. Ainsi, à partir d'une même déficience, on note une capacité inégale à surmonter le développement du handicap selon le statut social (Observatoire des inégalités, 2011).

Les inégalités des conditions de vie

Concernant la scolarisation, on constate que des retards importants subsistent dans l'intégration scolaire des élèves handicapés au Québec (OPHQ, 2009). Il existe un manque de ressources humaines en adaptation scolaire et dans les services complémentaires (*ibid.*).

Les personnes ayant une limitation font partie des personnes les plus défavorisées au regard de la formation et de l'emploi (MESS, 2008b). L'intégration au travail reste difficile en raison de l'inaccessibilité de certains lieux, des difficultés liées au transport, du manque de sensibilisation des employeurs concernant les compétences que possèdent les personnes ayant des limitations, de la persistance de préjugés sur leur potentiel, du manque de mesures d'adaptation et de l'absence de mesures de transition entre l'école et la vie active (OPHQ, 2007). Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, un des obstacles les plus importants est lié aux préjugés que les employeurs ont à l'endroit de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent (Corbière *et al.*, 2002).

L'accès à un logement acceptable est difficile pour les personnes ayant une limitation. En plus du manque de logements et des coûts élevés, les personnes ayant une limitation font face à l'insuffisance de milieux d'hébergement adaptés et au manque de diversité dans les modèles résidentiels adaptés pour toutes les clientèles (OPHQ, 2007). De plus, les préjugés et la discrimination rendent plus difficile l'accès au logement (OPHQ, 2007 ; Société d'habitation du Québec [SHQ], 2009).

La pratique des activités de loisirs, touristiques et culturelles s'avère plus difficile pour les personnes ayant une limitation (OPHQ, 2007), en raison de leur état qui restreint les activités, des coûts trop élevés, de la nécessité d'avoir l'aide d'une tierce personne et du transport inadéquat ou encore inaccessible (ISQ, 2010). Les déplacements s'avèrent compliqués pour plusieurs personnes ayant une limitation fonctionnelle (OPHQ, 2007 ; Réseau de transport de la Capitale, 2009), restreignant ainsi leur accès aux biens et services essentiels. Par ailleurs, on relève le manque de soutien aux familles (OPHQ, 2007).

Les conditions d'existence concrètes de la plupart des personnes qui vivent en situation de handicap et de leur famille demeurent précaires (OPHQ, 2009).

Les inégalités sociales de santé

On reconnaît que les conditions socioéconomiques défavorables ont une incidence certaine sur la santé physique et mentale des personnes ayant des limitations. On note que certains problèmes de santé chroniques comme l'arthrite, l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardiaques sont plus fréquents chez ces personnes (OPHQ, 2009). Par ailleurs, les risques d'abus et de violence sont plus élevés chez certaines personnes vivant en situation de handicap (Santé Canada, 2001a).

Le système de santé

Au Canada, les personnes ayant une limitation sont reconnues comme étant susceptibles de ne pas avoir un accès équitable aux services de santé. En effet, il est fréquent que les personnes ayant des limitations, particulièrement celles qui habitent en région rurale, ne disposent pas des services médicaux spécialisés ou des services de soutien dont elles auraient besoin pour être autonomes (Santé Canada, 2001a). L'absence de couverture par une assurance, l'ignorance des services requis par leur état et la non-disponibilité des services dans leur région figurent parmi les raisons évoquées. Certaines personnes sont atteintes de plusieurs affections, ce qui pose des difficultés supplémentaires d'accès aux services de santé (Santé Canada, 2001a).

Le coût des services non assurés (ex. : le transport et l'aide à la communication) représente un obstacle important pour les personnes ayant des limitations (Santé Canada, 2001a).

Les messages en promotion et prévention de la santé ainsi que les programmes dans le domaine de la santé et des services sociaux, en particulier les programmes spécialisés, sont rarement adaptés aux besoins des personnes ayant une limitation, particulièrement pour celles qui vivent avec des déficits sensoriel ou intellectuel (Santé Canada, 2001a).

Les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique vivent de multiples autres obstacles, par exemple, des cabinets de toilette inaccessibles, l'absence d'espace dans les salles d'attente, des tables d'examen inaccessibles, l'absence d'information présentée sous différentes formes, l'absence d'interprète ou de dispositif de télécommunication pour les patients malentendants (Santé Canada, 2001a).

Les personnes atteintes d'un trouble psychologique ou psychiatrique ont de la difficulté à accéder à des services de santé mentale qui répondent à leurs besoins (Santé Canada, 2001a). Dans le système de santé, la priorité est souvent accordée à la santé physique et aux soins curatifs et on note un manque de ressources en santé mentale (De Koninck *et al.*, 2009). Les personnes défavorisées font face à des obstacles encore plus grands lorsqu'elles ont besoin de services de santé mentale, car l'évaluation et le traitement des troubles psychologiques et psychiatriques sont fortement influencés par les préjugés, tant de l'intervenant que du patient.

Finalement, l'un des obstacles les plus importants à l'accès aux services de santé de qualité serait lié aux représentations qu'ont les professionnels de la santé sur le handicap. Ceux-ci perçoivent souvent le handicap comme une déficience physique personnelle, sans tenir compte des dimensions sociales de l'invalidité. L'invalidité est donc considérée comme une déficience, alors que plusieurs personnes ayant une limitation fonctionnelle rejettent la notion qu'elles soient malades ou déficientes (Santé Canada, 2001a).

5.1 LES PERSONNES AYANT DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES PHYSIQUES

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion

Parmi les personnes rencontrées, certaines ont eu le sentiment d'être dévalorisées et rejetées au cours de leur enfance en raison de leur limitation fonctionnelle physique. Souvent comparées à leurs frères et sœurs, elles se sont senties, dès leur plus jeune âge, moins performantes, moins utiles, moins appréciées, moins aimées.

Plusieurs indiquent qu'elles vivent des tensions avec leurs proches, principalement en lien avec leur non-emploi. On précise que des proches ont de la difficulté à comprendre et à accepter qu'elles ne puissent occuper un emploi rémunérateur. L'absence de travail est souvent considérée comme un manque de volonté de leur part.

« Mais ma famille, ça, pour mon père, il va me lancer souvent des pointes, parce que t'sais je ne rapporte rien, dans le fond. Parce que ce que je fais, c'est rien, là. C'est juste du bénévolat. Puis, ça, il ne le prend pas. Il ne l'accepte pas. Puis, ce n'est jamais considéré, ce n'est jamais considéré comme une limitation. Tu pourrais en faire plus. »

Certaines se sentent inutiles et dénigrées lorsqu'elles ne peuvent pas répondre aux besoins de leurs proches. D'autres ont le sentiment d'être abandonnées par des proches qui décident de s'éloigner d'elles. Même si la limitation est de type physique, il arrive parfois que des proches mettent en doute leur capacité mentale de prendre en charge correctement leurs enfants, ce qui peut conduire à des situations particulièrement tendues.

« On m'abandonne, c'est comme on m'abandonne. On est fatigué de moi. On veut que moi, je cherche comment je pourrais vivre. »

« Mais c'est toute cette fille-là encore qui a pris la place, puis qui a fait des démarches. Puis là, ma mère disait : "Ah, elle est bonne, elle est bonne. Elle nous aide." Puis là, je me sentais tellement impuissante. Je me disais : "Si je voyais clair, j'aurais pu faire tout ça..." Puis, ça été comme un élément déclencheur, je pourrais dire, à ma dépression. »

Le handicap est parfois nié de la part de la famille qui peut faire des demandes sans considérer la présence des limitations.

D'autres personnes soulignent qu'elles sont particulièrement choyées par leurs proches et qu'elles se sentent bien entourées. Des personnes ayant une limitation fonctionnelle physique survenue à la suite d'un accident peuvent être perçues comme des victimes ou des survivantes et faire l'objet de beaucoup d'attention.

« Ils m'excusent tout. Tout est beau. Il n'y a rien qui est de ma faute tellement que, c'est quasiment le côté, puis c'est quasiment le côté extrême de l'autre bord. Je me dis : "Coudonc, je suis un humain comme tout le monde, j'en fais des gaffes." »

Les personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques sont exclues de plusieurs lieux publics et privés qui ne sont pas adaptés physiquement.

Plusieurs se sentent malvenues dans le réseau du transport en commun. On indique que certains chauffeurs d'autobus et des passagers tolèrent peu le temps que prennent les personnes qui ont une limitation fonctionnelle physique pour monter, s'installer et descendre de l'autobus. Très souvent, on leur mentionne qu'elles doivent utiliser le transport adapté.

« Mettons si j'arrive juste à l'autobus, souvent ils n'arrêteront pas, mais une autre personne ils vont arrêter. Ils vont arrêter. Moi, c'est parce qu'ils savent que ça va prendre plus de temps à moi pour monter dans l'autobus. »

Les personnes rencontrées soulignent que dans la société en général, elles se sentent jugées comme si elles étaient incapables de réaliser quoi que ce soit, comme si elles n'étaient rien, comme si elles n'avaient aucune valeur. Elles se sentent peu considérées par les autres. Même si la limitation fonctionnelle est physique, on les considère souvent comme des personnes non intelligentes ou ayant des problèmes de santé mentale. Elles se font souvent traiter de « bon à rien », d'« incapable », de « fou », de « malade », de « malade mental ».

« S'ils connaissaient, s'ils comprenaient. S'ils vivaient dix minutes dans notre corps. Puis, ça changerait d'un bout à l'autre, mais ils ne feront jamais ce dix minutes-là. Fait que leur ignorance leur fait faire des sottises absurdes. »

Parfois, elles font plutôt l'objet d'attention exagérée et se font traiter comme si elles étaient des enfants ou des personnes incapables de décider pour elle-même.

Les effets sur les conditions de vie

Il est souvent difficile de trouver un logement adapté à leurs besoins, encore plus lorsqu'il s'agit d'un appartement à loyer modique. Les procédures sont longues et exigent plusieurs démarches.

La majorité des personnes rencontrées était sans emploi. Elles précisent qu'il est très difficile pour elles de se trouver un emploi, soit parce que leurs limitations fonctionnelles les empêchent d'occuper certains types d'emploi, soit parce que les milieux de travail offrent peu de flexibilité quant aux heures de travail ou encore parce que certains employeurs ne veulent pas les engager, pensant qu'elles seront moins performantes ou qu'elles sont moins intelligentes que d'autres. Les emplois occupés sont parfois obtenus par des contacts et ils sont souvent en deçà de leurs compétences.

« Mais, ce n'est pas facile, puis c'est ça. Par mes actions comme le bénévolat, ça m'aide. Mais, il y a un côté estime de moi que je vais chercher, que j'ai de la difficulté quand je suis sans emploi sur une longue période. Bon, ma dernière job, j'ai travaillé comme gardien de sécurité. Puis là, ils voulaient me donner des jobs de mettre des souliers dans des boîtes à la chaîne. J'ai dit : "Je peux faire pas mal plus que ça." »

Plusieurs personnes ont un réseau social limité. Il leur est souvent difficile de s'inscrire dans différents groupes et d'y rester, par exemple au sein des groupes de loisirs et des groupes sportifs parce qu'elles ne sont pas en mesure de suivre les activités du groupe.

« Comme je me rappelle, on est allé visiter Méduse à un moment donné [...]. Mais tout le groupe part, moi je suis plus lente, fait que là, je suis toujours là, derrière. Je suis toujours à traîner derrière. J'arrive, j'arrive. T'sais. Mais tout le monde est bien en avant. Mais, il n'y a personne qui pense à toi. Fait que là tu traînes la patte, puis là tu dis ce n'est pas grave, je vais prendre l'ascenseur. Mais, là, tu es tout seul à prendre l'ascenseur, puis là tu cherches le monde, tu cherches le groupe. Où est-ce qu'il est rendu ? Puis, là tu te dis : "Bon, bien là, le groupe est en quelque part." Tu essaies d'entendre les voix où ils sont. Fait que tu te sens tout le temps à part des autres, puis finalement tu manques la visite. »

« Moi, je travaillais, puis j'étais coureur de marathon, coureur de triathlon, j'étais dans l'équipe de soccer. Tout ce groupe-là de performants, c'est parti. C'est parti vite. Je me suis ramassé vite tout seul. »

L'isolement et le sentiment de solitude sont une réalité pour plusieurs puisque le réseau du travail est souvent absent, le réseau des amis est souvent limité et le réseau familial est parfois en tension.

« La réalité de la solitude, elle est là. Je l'assume. Je ne mets pas la faute sur les autres qui ne viennent pas me voir, puis tout ça. Je comprends qu'ils ont leur vie à vivre. Je comprends la situation ici. Mais ce n'est pas facile, puis c'est ça. »

Les effets sur la santé

Plusieurs personnes soulignent qu'elles vivent beaucoup de stress dans leur vie quotidienne et subissent beaucoup de pression pour surmonter leur limitation. Malgré leurs efforts, plusieurs vivent différents échecs, car souvent elles n'ont pas été en mesure de réaliser les activités ou les tâches qu'elles s'étaient fixées. Les préoccupations quotidiennes entraînent des troubles du sommeil, ce qui renforce la fatigue. Plusieurs se sentent découragées devant les barrières et les obstacles qui se dressent devant elles, compte tenu du fait qu'elles ont un faible réseau social susceptible de leur venir en aide. Les échecs répétés entraînent une baisse d'estime d'elle-même. Elles se sentent parfois dépressives et ont fréquemment des idées suicidaires.

« Tu essaies de faire de quoi, puis là tu t'aperçois que tu as une limitation qui t'empêche de le faire. Mais là, tu voudrais vraiment le faire. Le matin tu t'es levée, tu t'es dit : "Je le fais, ça !" Mais, là, tu t'aperçois que tu ne peux pas le faire pour X raisons, à cause de ta limitation, ça t'a empêché de le faire. Fait que là tu vis un échec, tu vis toute la pression du monde. Puis, tu as ton estime de toi qui embarque à travers ça. Tu as toutes les épreuves là. »

« En tout cas, pour moi, ça a eu une grosse influence sur ma santé mentale. Puis là, quand on vit de l'isolement, bien là, c'est tout le reste qui embarque au niveau de l'estime de soi, puis au niveau social, puis au niveau de tatata, tatata. Puis, là, je suis sur les antidépresseurs depuis un an. Ça a tout un impact ! »



Certaines personnes soulignent qu'elles se sentent particulièrement vulnérables aux agressions et aux dangers quotidiens. En raison de leur limitation physique, elles signalent qu'elles sont repérées plus facilement par les agresseurs et qu'elles sont parfois limitées dans leur capacité à se défendre, ce qui fait d'elles des cibles de choix pour les agressions verbales et physiques. Elles se sentent aussi plus vulnérables dans les situations d'urgence qui demandent de se déplacer rapidement.

« C'est comme tout de suite, ils te repèrent plus facilement. Fait qu'on devient plus vulnérables à leurs yeux, aux yeux des agresseurs. Aux yeux de. Puis, ce qui fait qu'on développe une crainte plus facilement à ce niveau-là. Je trouve qu'on est plus vulnérables les personnes handicapées parce que comme on est limitées physiquement. Bien, t'sais moi, c'est sûr que je ne pourrais pas me mettre à courir bien, bien vite. »

Le système de santé

Les personnes rencontrées soulignent qu'avec la création des CSSS, il est plus difficile d'obtenir des services près de leur domicile, car désormais, le secteur de la déficience physique est regroupé au CLSC Haute-Ville, ce qui exige pour certaines des déplacements plus importants, alors qu'elles ont justement de la difficulté à se déplacer.

« La DP [déficience physique], ils l'ont regroupée dans un CLSC. Fait que c'est comme, fait que c'est plate parce qu'on a de la misère à se déplacer [...]. Quand ça te demande d'aller voir un CLSC, de te déplacer dans un CLSC, ça te demande déjà un effort physique de le faire [...]. Fait que c'est difficile de le faire, fait que si en plus j'arrive au CLSC, puis on me dit : "Bien là, il faut que tu ailles à un autre CLSC." Ah, sacre non ! Je suis venue ici, je ne recommence pas là. Ce n'est pas vrai. Fait qu'on va laisser faire. »

Elles déplorent également le fait que les services et les soins sont cloisonnés. Une personne ayant une limitation fonctionnelle physique est rattachée au secteur physique et doit toujours passer par les référents de ce secteur, peu importe le problème de santé qu'elle présente.

« Moi, l'année passée, au mois de mai, j'étais en dépression. J'ai commencé à prendre des antidépresseurs et mon médecin m'a demandé de consulter au CLSC. Et la personne qui faisait le triage pour la santé mentale m'a dit : "Bien, il faudrait que tu ailles consulter la psychologue de l'IRD PQ en déficience visuelle." J'ai dit : "Non, non, ce n'est pas un problème de vision, c'est. Mes problèmes de dépression, ça concerne toutes les sphères de ma vie." Puis là, elle a dit : "Bien oui, mais je n'aurai pas le choix, tu as un handicap visuel, il faut que tu ailles à l'IRD PQ." »

« Parce qu'il ne peut pas aller en résidence pour DP [déficience physique], parce qu'il a un problème de santé mentale. Mais, en santé mentale, c'est parce que là, ils ne le prennent pas parce qu'il a un problème de DP. Fait qu'il n'a pas de résidence accessible pour lui physiquement. »

Finalement, elles soulèvent le manque de services à domicile, ce qui entraîne une surcharge de travail pour les autres membres de la famille.

5.2 LES PERSONNES AYANT DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES INTELLECTUELLES

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion

Dès leur plus jeune âge, plusieurs des personnes rencontrées ayant une limitation fonctionnelle intellectuelle ont eu le sentiment d'être traitées différemment de leurs frères et sœurs par leurs parents. Elles ont le sentiment de ne pas avoir bénéficié de la même attention de la part de leurs parents. D'autres signalent qu'elles ont été dénigrées, se faisant continuellement rappeler qu'elles n'étaient pas capables de réaliser beaucoup de choses et qu'il en serait ainsi pour le reste de leur vie.

« Chez ma vraie mère, mais quand mon frère, lui, bien, lui il avait de la viande, il avait des légumes. Mais moi, j'avais, je mangeais des sandwiches à la moutarde. Puis, elle me battait. Puis, les chums de ma mère, ils me violaient, fait que ma mère elle ne faisait rien. Puis, j'ai toujours resté en famille d'accueil, t'sais je veux dire jusqu'à aujourd'hui, [...], mais ma mère puis mon père, ils ne faisaient rien, eux autres. Ils avaient de la viande, des légumes. Moi, je mangeais des biscuits ou des sandwiches à la moutarde. »

« Puis, le monde à l'école, ils me disaient. Ma mère, elle disait que je ne serais pas capable de travailler, je ne serais pas capable d'aller en appartement, je ne serais pas capable d'étudier, de faire ma vie à moi. »

Certaines indiquent que leurs parents avaient à leur égard des attentes inappropriées par rapport aux résultats scolaires en particulier. D'autres rapportent avoir été maltraitées, battues, agressées par des membres de leur famille, ce qui a souvent conduit à des placements dans des familles d'accueil, parfois par la volonté des parents, parfois par une décision du directeur de la protection de la jeunesse.

« Parce que les médecins disaient que moi j'allais vivre avec tel, tel problème, tel problème. Fait que là, mes parents m'ont dit : "On a essayé de t'enlever. On a un peu hésité." Puis là, bien, ils voulaient me tuer genre dans la machine. Puis là, c'est ça, j'ai vécu ma naissance, tout [...]. Puis, c'est sûr que ce n'était pas évident, j'avais des parents assez sévères, [...]. Mes parents, ils me disaient, ils m'envoyaient chier, ils m'envoyaient promener. Ils disaient si tu n'as pas de bons bulletins, je vais te punir, je vais te battre, puis tu vas avoir des volées. C'est là que ça a commencé. Puis là, bien quand j'allais à la première année à Charlesbourg, bien là, ça a commencé de même. Je n'étais pas trop fort, trop, trop sur les maths, parce que. Puis, en français, je ne savais ni lire, ni écrire, puis j'avais des problèmes. Puis là, à force que je montais, je montais, mes parents me battaient [...]. Puis là, bien j'allais à l'école, je faisais semblant que mes parents étaient corrects. Puis, j'essayais de m'améliorer, mais t'sais avec les problèmes de santé que j'avais, puis tout. Quand mes devoirs étaient mal faits, bien mon père il me donnait des volées avec des coups de règles, des coups de ceinture, des coups de métal, en bois. [...]. C'était comme si mes parents, mon père il me mettait de côté en voulant dire : "Toi, je vais te faire crever [...]." Puis, quand les professeurs m'ont vu assez magané, bien là, c'était fini mes parents, c'était famille d'accueil direct. »

« Ils ne s'occupaient pas de moi, bien, bien. J'ai eu une enfance pas facile. J'ai été battu par mon père aussi. Par mon père, puis mon frère m'a violé aussi, [...]. J'ai été deux ans dans une école ordinaire, mais comme une vraie école. Là, ils ne m'ont plus envoyé là, ils ne voulaient plus me prendre. Là mon père il ne voulait plus me garder à la maison, j'étais trop tannant. Là, je me retrouve, c'est les autres qui faisaient ça, puis moi, c'est moi qui prenais les coups. Puis là, mon père, il m'a placé. C'est une famille qui avait ça. C'était un groupe d'aide. Puis, j'ai été maltraité là aussi. »

À l'inverse, d'autres soulignent combien elles ont été choyées, combien on leur a donné de l'attention, combien elles ont eu le sentiment d'avoir été gâtées, parfois plus que d'autres. Au sein de ces familles, elles se sont senties membres à part entière au même titre que les autres sans égard à leur limitation intellectuelle.

« *Ils t'aiment, puis eux autres, ils ne te considèrent pas déficiente intellectuelle, tu es leur sœur.* »

Les expériences à l'école ont été difficiles. Les personnes rencontrées soulignent que les élèves et certains professeurs ont des préjugés. Elles se sont senties souvent rejetées et plusieurs ont fait l'objet de moqueries et se sont fait ridiculiser par leurs camarades de classe.

« *Quand j'étais jeune, on me ridiculisait à l'école parce que je n'allais pas assez vite à comprendre. Ils se moquaient de moi, puis je n'aimais pas ça. C'est comme des préjugés parce qu'ils ne voulaient pas me connaître.* »

« *Une moins que rien comme vous pouvez dire. Oui, parce qu'il y a en a qui se moquait de moi parce que des fois je faisais des niaiseries tout ça. Ça fait qu'à l'école, je n'étais pas vraiment acceptée, même ma prof ne m'acceptait pas. Pas les, mais un prof en particulier qui ne m'acceptait pas comme j'étais.* »

Lorsqu'elles utilisent le transport en commun, il est très fréquent que les passagers les dévisagent ou leur font une remarque désobligeante.

D'ailleurs, dans la société en général, elles soulignent qu'elles font l'objet de préjugés. Les gens pensent qu'elles sont incapables de réaliser quoi que ce soit. Elles font l'objet d'insultes et de moqueries. On les traite de « fou », d'« impotent », d'« incapable », de « lent » et d'« arriéré mental ». Incapables de reconnaître leurs compétences et leurs capacités, plusieurs les considèrent et les traitent aussi comme des enfants.

« *Ils rient de nous autres. Ils pensent qu'on est des personnes arriérées, puis qu'on ne sait pas vivre.* »

« *Il y a du monde qui nous juge, puis qui nous envoie promener.* »

« *Puis des fois, t'sais je veux déménager pour aller rester à une autre place, pour ne pas que le monde se moque de nous autres, parce que je me sens un petit peu, soit tassée à droite ou à gauche, mais on dirait qu'ils nous pognent, t'sais.* »

Les effets sur les conditions de vie

Les personnes rencontrées mentionnent qu'il est généralement très difficile pour elles de se trouver un logement. Plusieurs propriétaires refusent de leur louer un appartement en raison de leur limitation fonctionnelle intellectuelle. Pour louer une chambre ou un appartement, elles ont le plus souvent besoin d'une personne qui doit les accompagner dans leurs démarches auprès du propriétaire. Toutefois, il arrive que certains membres de la famille se montrent eux-mêmes réticents à ce qu'elles vivent en appartement. Certaines habitent dans des familles d'accueil ou dans des chambres avec pension.

Elles soulignent que plusieurs personnes qui ont une limitation fonctionnelle intellectuelle n'ont pas d'emploi et sont bénéficiaires de l'aide sociale. Quelques-unes vont parvenir à occuper un emploi dans certains milieux comme les restaurants ou les magasins à grande surface. Plusieurs effectuent des stages en milieu de travail grâce à des programmes de l'assurance-emploi.

« Puis à Tactik [le nom du restaurant a été modifié], à un moment donné, je connaissais la boss. J'ai dit : "As-tu besoin de quelqu'un pour faire la vaisselle ?" Elle a dit : "Oui." Elle a dit : "Je vais te donner, mettons 45 piastres par semaine." Fait qu'au moins, c'était pas pire 45 piastres par semaine [...]. Puis je faisais 35 heures. [...]. Mais quand même, j'ai été capable d'avoir cette job-là par moi-même. »

« Puis, moi, avec le prix que je paie, je n'ai pas le choix d'avoir le programme Interagir parce que si mettons j'aurais juste mon aide sociale, au prix que ma chambre et pension me coûtent, je n'arriverais pas. Fait qu'au moins avec Interagir, le programme au moins, je peux me permettre de m'habiller, m'acheter ma passe d'autobus. »

La majorité des personnes rencontrées indique qu'elles ont des amis ayant une limitation fonctionnelle et d'autres sans limitation. Lorsque leur situation financière le permet, elles peuvent profiter de loisirs, comme magasiner, aller au cinéma, jouer aux quilles, aller à la discothèque.

Les effets sur la santé

Plusieurs soulignent que leur vécu et les difficultés qu'elles rencontrent les conduisent à des périodes de découragement où elles se sentent envahies par la tristesse et parfois par des idées suicidaires.

« Quand le monde sont méchants envers moi, bien je pleure. J'ai des mauvaises idées ou je m'en vais sur l'autoroute pour dire : "Bon, je suis mieux de mourir, j'aime mieux mourir que." »

« Moi quand quelqu'un me dit : "Ah ! T'es pas vite, t'es pas bonne." Tout ça, ça me fait mal. Puis, je me renferme plus sur moi-même. Mais se faire dire qu'on est pas capable, qu'on est impotente, ah, non ! Moi là, ça me choque. J'en pleure. »

Le système de santé

Certaines rapportent qu'il est difficile d'obtenir les services de santé requis, surtout ceux relatifs à la santé mentale. D'autres évoquent les problèmes vécus lorsqu'elles rencontrent plusieurs professionnels de la santé qui ne comprennent pas toujours bien leur limitation fonctionnelle.

5.3 LES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Les inégalités sociales et les processus d'exclusion

Les personnes rencontrées soulignent qu'en général, au sein de leur famille, les problèmes de santé mentale représentent un sujet tabou qu'on évite d'aborder.

Plusieurs éprouvent un malaise à partager ce qu'elles vivent avec leurs proches, parfois même avec leur propre conjoint.

Au sein de leur famille, les personnes rencontrées indiquent qu'elles se sentent à part ou se sentent traitées différemment en raison du fait qu'elles n'occupent pas un emploi. On considère très souvent qu'elles sont lâches, paresseuses, qu'elles ont peu de volonté et aussi qu'elles profitent de différents avantages.

« Les beaux-frères, les belles-sœurs, je le sens qu'ils me regardent de haut. Je le sens vraiment. T'sais, eux autres, ils travaillent. J'ai beau avoir un diplôme de deuxième cycle, puis lui, il a un secondaire 5. Mais, t'sais lui, il travaille comme couvreur, il a son entreprise, il gagne je ne sais pas combien par année, peut-être 200 000 piastres par année. Mais lui, c'est quelqu'un, hein ! Parce que lui, il a une job puis il travaille, puis il fait la grosse affaire. Ça là, j'ai un petit peu de misère avec ça, même j'ai beaucoup de misère. Fait qu'il y a des gens comme ça là que j'ai comme. Je ne suis pas capable de les. T'sais, puis, j'ai vraiment l'impression qu'ils me regardent tellement de haut. »

« Fait que quand j'arrive chez mes beaux-parents, puis que ça commence à parler de leur travail, puis qu'est-ce qu'ils font, puis tout ça. Moi je deviens, puis je me sens. T'sais, moi, je suis rien. »

Certaines signalent qu'elles se sont senties mises à l'écart lors de leurs études. Elles indiquent que les étudiants se montrent parfois réticents à travailler avec des personnes qui ont un problème de santé mentale connu et certains refusent de travailler en équipe avec elles. Elles soulignent également qu'il existe peu de soutien pour les personnes qui ont un problème de santé mentale dans les institutions scolaires.

« *Quand je suis rentré en sociologie, c'est l'enfer, l'enfer. Je veux dire, les travaux d'équipe, il fallait que je réalise le travail tout seul, parce que personne ne voulait embarquer avec moi.* »

Les personnes rencontrées indiquent qu'elles sont généralement exclues des milieux de travail, même si elles sont rétablies. Elles soulignent qu'une personne qui est diagnostiquée comme ayant un problème de santé mentale se voit disqualifiée, nonobstant les compétences acquises et les expériences de travail passées. Les employeurs n'ont généralement pas confiance en la capacité de travail des personnes ayant eu un problème de santé mentale.

« *Mais, à un moment donné, j'ai eu de la fatigue à mon travail et puis mon médecin a marqué schizoaffectif. Devinez après qu'est-ce qui est arrivé? Je n'ai pas eu un seul emploi depuis.* »

« *C'est parce que là, c'est comme si parce que j'ai des problèmes de santé mentale, je ne suis plus infirmière. Puis, je ne suis plus capable de l'être. Voyons donc!* »

De plus, elles soulignent que les personnes ayant un problème de santé mentale vivent beaucoup d'exclusion dans la société en général. Elles précisent que plusieurs personnes confondent les problématiques de santé mentale avec la déficience intellectuelle, ce qui les amène à croire que les personnes ayant un problème de santé mentale sont peu intelligentes et peu crédibles dans leurs propos.

« *Les gens, ils voient beaucoup la maladie mentale comme une déficience mentale, un mélange des deux. Non, la santé mentale, madame ou monsieur, ce n'est pas l'intelligence, c'est autre chose. C'est un problème qu'on a. On n'est pas la maladie, on a un problème.* »

On souligne ensuite que certaines personnes associent les problèmes de santé mentale à une déviance mentale qui pourrait les amener à se conduire de manière imprévisible et violente. Cette association semble susciter des craintes chez certaines personnes. On rappelle d'ailleurs que jusqu'à tout récemment, les personnes ayant un problème de santé mentale étaient mises à l'écart et internées à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« *N'oubliez pas là, moi quand j'étais jeune, j'ai la chance aujourd'hui, d'avoir vu quelques générations. Quelqu'un qui avait un problème de santé mentale, c'était une punition de Dieu ou quelque chose du genre.* »

Finalement, elles indiquent que la société perçoit souvent les personnes ayant un problème de santé mentale et qui sont sans emploi comme des personnes qui fabulent et qui s'inventent des maladies pour ne pas travailler. Elles sont souvent perçues comme des personnes lâches, fainéantes et irresponsables qui veulent profiter du système.

« *Puis, à part de ça, je n'étais pas malade! J'étais un abuseur du système, un profiteuse, un irresponsable. J'étais bien dans ma merde, puis je ne voulais pas m'en sortir.* »

« *Le fait que ça ne paraisse pas, c'est comme s'ils ont l'impression que tu inventes, tu t'inventes quelque chose. Puis, mon symptôme principal, c'est de la grande fatigue, une fatigue au point que je ne suis plus capable de parler.* »

Les effets sur les conditions de vie

Les personnes rencontrées soulignent que les milieux de travail offrent peu de flexibilité dans les horaires et peu d'accommodements ce qui ne favorise pas l'embauche de personnes ayant un problème de santé mentale. Si elles n'ont pas toujours la capacité de travailler à temps plein ou la capacité d'effectuer l'ensemble des tâches reliées à un poste, elles peuvent parfois travailler à temps partiel en effectuant des tâches adaptées à leur capacité qui tiennent compte de leur réel potentiel.

« *Je le sais bien que je n'irai plus courir sur le département, je n'ai plus la capacité pour faire ça. Mais, il me semble que, en quelque part, je serais capable de faire quelque chose. J'en ai des capacités.* »

Elles déplorent le fait qu'il est même difficile pour les personnes ayant un problème de santé mentale d'être engagées comme bénévole.

« *On a besoin comme personne de, si on ne peut pas travailler, d'apporter quelque chose à la société. La meilleure façon de tuer un homme, c'est de l'empêcher de travailler.* »

Plusieurs personnes ayant un problème de santé mentale se sentent isolées, leur réseau social étant plutôt restreint. Elles mentionnent qu'il est difficile de garder les mêmes amis, de se faire de nouveaux amis, de trouver un conjoint. Souvent, comme elles ne se sentent pas bien, elles ne sont pas portées à voir des amis. Plusieurs précisent qu'elles ont développé une amitié avec des personnes qui ont aussi un problème de santé mentale.

« *Quand tu as un problème de santé mentale, trouver un conjoint, trouver des amis, trouver des gens qui veulent rester avec toi. Ce n'est pas nécessairement des amis, c'est tous du monde que j'ai rencontré à l'hôpital ou presque. Mes amis d'avant, c'est drôle hein, mais on se voit moins. Je ne sais pas t'sais, c'est comme si là, elle est dépressive, puis t'sais à l'hôpital. Tu entres à l'hôpital. Si j'étais rentrée pour un cancer, tout le monde serait venu me voir. Là, je suis rentrée pour une dépression.* »

« *J'ai l'impression quand je les appelle, peut-être qu'on s'exclut soi-même jusqu'à un certain point, parce que appeler quelqu'un puis lui dire que tu es encore malade, puis que tu ne files encore pas, puis que ça va toujours pas mieux, parce que ce n'est pas tellement valorisant. Je me suis fait des amis que probablement je ne me serais jamais fait parce que j'ai été malade, parce que je les ai rencontrés à l'hôpital.* »

Les effets sur la santé

Les personnes rencontrées indiquent qu'elles vivent beaucoup de stress au quotidien et que cela a des répercussions sur leur santé mentale et certainement aussi sur leur santé physique.

Le fait qu'elles se sentent traitées différemment entraîne chez elles des sentiments de frustration et de colère mêlés à des sentiments de tristesse et de peine. Pour plusieurs, l'absence de travail augmente leur manque de confiance en elle-même et diminue leur estime de soi. Les symptômes dépressifs et les idées suicidaires sont fréquents.

« *Ça met en colère le fait d'être traité différemment. Ça fait de la peine.* »

« *Le fait de ne pas avoir de travail, ça augmente notre manque de confiance, notre manque d'estime de soi. Parce que tout être humain, je pense, a besoin de reconnaissance.* »

« *Ça peut parfois conduire à des idéations suicidaires, à force de se faire revirer un peu partout. Je me dis, coudonc, ils ne veulent pas de moi nulle part. On peut aussi bien disparaître, puis ça soulagerait.* »

Le système de santé

Plusieurs des personnes rencontrées mentionnent qu'elles se sentent traitées différemment dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elles se sentent étiquetées et, dès lors, discréditées dans leur jugement. Elles signalent que leurs propos ne sont pas souvent pris en compte. Elles ont souvent l'impression de ne pas être écoutées et elles soulignent que leur comportement fait toujours l'objet d'un jugement.

« Tu as un tempérament agressif. Si tu ne te fâches pas, tu as un tempérament passif. Si tu veux trop, tu te fais dire que tu es obsessionnel, fait que tu as toujours peu importe ce que tu fais, ça aboutit toujours sur un diagnostic de quelque chose. Ça ne peut pas être juste une personne normale. »

Plusieurs indiquent avoir ressenti du mépris et du rejet de la part de certains professionnels de la santé. Elles rapportent que certains professionnels les traitent avec peu d'égard et insinuent ou leur disent qu'elles profitent du système parce qu'elles retirent des bénéfices secondaires à demeurer malades.

« Ces dernières années-là, où j'ai vécu des situations de rejet, j'ai eu à rencontrer trois cardiologues à un moment donné. Puis, il y en a deux que j'ai trouvé tout à fait méprisants. Il me regarde la bédaine, puis après ça il regarde ailleurs : "Faites de l'exercice monsieur !" Puis, ça ce genre de mépris-là, j'ai vécu ça souvent, très souvent. »

« Mais, s'il vous plaît, mettez un peu de dignité envers la personne que vous traitez. Ça serait un sourire, puis un : "Bienvenue", puis : "Comment ça va ?" »

Enfin, plusieurs soulignent et vantent l'existence de rapports plus égalitaires entre eux et les intervenants au sein de plusieurs organismes communautaires.

« J'avais été hospitalisée pendant 2 mois de temps au CHUL. Vraiment ça n'allait pas du tout. Puis, je suis sortie de l'hôpital, je suis allée au centre d'hébergement temporaire, où est-ce que c'est encore assez relié au système de santé. Mais, quand je suis allée dans un, vraiment un centre communautaire, là, j'ai vu vraiment une différence marquante parce que tout de suite en entrant elle proposait d'être bénévole. T'sais, c'est comme si je me sentais comme égalitaire. Le rapport devenait égalitaire. Ce n'était plus : "Moi, je suis l'intervenante, toi tu es la patiente, puis moi je vais t'aider, toi tu ne sais rien." Ce n'était pas du tout ça. Fait que ça m'a beaucoup aidée. Puis, ça, on ne le voit pas, on ne le voit pas souvent. »



CONCLUSION

Les propos recueillis lors des groupes de discussion, les statistiques, les études et les recherches présentées montrent que plusieurs groupes au sein de notre société vivent de l'exclusion et de la discrimination, vivent dans des conditions de vie difficiles et délétères, et présentent un état de santé moins bon comparativement aux groupes de citoyens plus privilégiés. À la lecture des données présentées, on constate que chaque groupe vit une réalité qui lui est propre, mais aussi qu'ils ont plusieurs points communs en lien avec les lieux et les formes d'exclusion, les conditions de vie difficiles et les effets sur leur santé. Ces éléments communs font l'objet de l'analyse synthèse présentée à la section 6 du document *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*.

Toutefois, afin de mieux comprendre comment se construisent les inégalités sociales de santé pour chacun de ces groupes et d'autres groupes désavantagés, les données présentées s'avèrent insuffisantes. Une compréhension plus fine des processus d'exclusion que subissent différents groupes, des conditions de vie matérielles et sociales dans lesquelles les personnes vivent, des effets sur leur santé physique et mentale faciliterait la planification d'actions plus judicieuses pour réduire les inégalités sociales de santé, dans le domaine de la santé comme dans les autres secteurs.

D'autres études et recherches sont donc nécessaires, sans oublier celles qui permettent de recueillir l'expérience, le vécu, les perceptions, les représentations, les opinions des personnes les plus concernées. Davantage d'études et de recherches qui s'inscrivent dans la réduction des inégalités sociales de santé devraient reposer sur la concertation, la participation des personnes les plus touchées et leur pouvoir d'agir. Ceci permettrait aux chercheurs et praticiens impliqués de ne pas participer à la reproduction des processus d'exclusion qui opèrent déjà auprès de différents groupes et de contribuer à leur façon, non seulement à une meilleure compréhension, mais à la réduction des inégalités sociales elles-mêmes.



RÉFÉRENCES ET ANNEXE

RÉFÉRENCES

ADELSON, N. The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Mar/Apr) 2005, p. S45-S61.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional 2006-2009. L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale. Bilan 2002-2005*, Québec, 2007, 66 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et services sociaux aux populations LGBT de la Capitale-Nationale. Des actions pour contrer l'homophobie*, Québec, 2009, 173 p.

AMAR, M., M.-P. BÉRUBÉ et A. MUSEMINALI. *Rapport de recherche: Évaluation dans le cadre de l'implantation du projet: Des services de santé, médicaux et psychosociaux accessibles et en continuité dans la région de Québec pour la population immigrante vulnérable*, Ottawa, 2007-2008, 101 p.

ANDERSON, L.-M., S.-C. SCRIMSHAW, J.-E. FULLILOVE et J. NORMAD. Culturally competent health care systems: a systemic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24: 68-76.

BINES, W. The health of single homeless people, *Homeless and Social Policy*. Routledge, 1997, p. 132-148.

BOURQUE, F. *Wendake et la Ville de Québec: un carrefour autochtone surpeuplé*, Le Soleil, 6 avril 2006.

CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE QUÉBEC (CAAQ). *L'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain*, Commission des affaires sociales, Québec, 2008, 15 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Les quartiers: lieux d'ancrage et d'intégration? Le point de vue de personnes immigrantes de Québec*, Québec, 2007, 66 p.

CENTRE MULTIETHNIQUE DE QUÉBEC. *Rapport annuel 2009-2010. Enraciné dans la communauté depuis 50 ans*, Québec, 2010, 32 p.

CHAMBERLAND, L., D. BEAULIEU-PRÉVOST, D. JULIEN, A. N'BOUKÉ et C. de PIERREPONT. *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec*. Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, résumé de rapport de recherche, Chaire de recherche sur l'homophobie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2012, 43 p.

CLERMONT, M. et G. SIOUI-DURAND. *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*. Orientations ministérielles, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997, 33 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002, 2006*, 82 p.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE. *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, Montréal, 2007, 108 p.

CONSEIL DE LA NATION HURONNE-WENDAT. *Rapport annuel 2009-2010 de la Nation huronne-wendat*, 2010.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *La prostitution: Profession ou exploitation? Une réflexion à poursuivre*, gouvernement du Québec, Québec, mai 2002, 155 p.

CORBIÈRE, M., M. BORDELEAU, G. PROVOST et C. MERCIER. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale: données empiriques et repères théoriques, *Santé mentale au Québec*, vol. 27, (1), 2002, p. 194-217.

DE KONINCK, M., R. PAMPALON, G. PAQUET, B. ROY, M. CLÉMENT, B. NOLIN, D. HAMEL et G. TRUDEL. *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : le rôle déterminant des milieux de vie*, rapport déposé au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, Québec, 2009, 195 p.

DILLMANN, E., R. PABLO et A. WILSON. Patterns of health problems observed among newly arrived refugees to Canada, *Health and Cultures. Exploring the Relationships. Programs, Services and Care*, vol. 2, 1993, p. 253-258.

EUNICE, E. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis, *Journal of Transcultural Nursing*, 2004, 15 (2), p. 93-102.

FOURNIER, L. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec, 1996-1997*, Santé Québec, 1998, 21 p.

FOURNIER, L. et C. MERCIER. *L'itinérance selon la documentation scientifique : recension des écrits*, Montréal, Centre de recherche Philippe-Pinel, 1996, 26 p.

GAGNON, M. Communication personnelle avec Mario Gagnon, directeur général de l'organisme Point de Repères, avril 2011.

GAGNON, A.-J. et J.-A. TUCK. A systematic review of questionnaires measuring the health of resettling refugee women, *Health Care for Women International*, vol. 25, 2004, p. 111-149.

GÉLINEAU, L., M. LOUDADI, F. BOURGEOIS, R. POTIN et L. ZUNDI. *La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, 2008, 12 p.

GENDRON, S. et C. HANKINS. *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Centre de coordination sur le sida, 1995, 31 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *L'immigration au Québec. Partage des responsabilités Québec-Canada. Statut des personnes se trouvant au Québec. Catégories d'immigration. Consultation 2008-2010*, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec, 2007, 14 p.

GRANGER, E. La santé de la femme nouvellement arrivée. *Le Médecin du Québec*, 42 (2), février 2007, p. 73-77.

GRENIER, A.-A. *Jeunes, homosexualité et écoles. Enquête exploratoire sur l'homophobie dans les milieux jeunesse de Québec*, rapport synthèse, GRIS-Québec, Montréal, 2007, 13 p.

GROLEAU, L. L'effet structurant des politiques dans la définition et la construction du phénomène de l'itinérance et les impacts sur les services et l'intervention, *Nouvelles pratiques sociales*, 1999, 12 (2), p. 27-44.

HYMAN, I. *Immigration and Health : reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*, Centre of excellence for research on immigration and settlement, 2007, 35 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 352 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, gouvernement du Québec, 2011, 89 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). Statistique Canada, Recensement 2006, données extraites de l'onglet Plan commun de surveillance de l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec, 24 mai 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Unequal treatment: what healthcare providers need to know about racial and ethnic disparities in healthcare*, 2002, 8 p.

LEVY, B.-S. et V.-W. SIDEL. *Social Injustice and Public Health*, New York, Oxford Press University, 2006, 6 p.

MARTIN, T. et E. DIOTTE. *Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones*, Institut sur la gouvernance, 2009, 25 p.

MATHIESON, C.-M. Lesbian and bisexual health care. Straight talk about experiences with physicians, *Canadian Family Physician*, 1998, 44, 1634-1640.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (MESS). *Le pacte pour l'emploi. Le Québec de toutes ses forces*, gouvernement du Québec, 2008a.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (MESS). *Pour l'égalité en emploi. Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées*, gouvernement du Québec, 2008b, 40 p.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Portraits régionaux 1999-2008. Caractéristiques des immigrants établis au Québec et dans les régions en 2010*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 51 p.

MINISTRE DE L'INDUSTRIE. *Dictionnaire du Recensement de 2006*, Statistique Canada, Division des opérations du recensement, 2010, 623 p.

MORAN N. Lesbian health care needs. *Canadian Family Physician*, 1996, 42 : 879-884.

MUNOZ, M. et J.-C. CHIRGWIN. Les immigrants et les demandeurs d'asile. Nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*, 42 (2), février 2007, p. 33-43.

OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS. *Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales*. [En ligne], [www.ineglites.fr/spip.php?page=imprimer&id_article=207] (Consulté en 2011)

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ). *Avis régional produit dans le cadre de la démarche d'actualisation de la politique d'ensemble. À part... égale*, Québec, 2007, 34 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées, 2009, 74 p.

PÉRUSSE, D. *Les Autochtones vivant hors réserve et le marché du travail : estimations de l'Enquête sur la population active*, Statistique Canada, 2008, 23 p.

QUINTY, G. Communication personnelle avec Geneviève Quinty, directrice générale de l'organisme Projet Intervention Prostitution Québec, avril 2011.

REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC (RCAAQ). *Les Autochtones en milieu urbain : Une identité revendiquée*, 2006, 23 p.

REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC (RCAAQ). *Mémoire sur le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain du Québec* présenté dans le cadre des Audiences publiques de la Commission des affaires sociales sur le phénomène de l'itinérance, Québec, 2008, 19 p.

REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES DU QUÉBEC (RCAAQ). *Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec*, 2009, 99 p.

RÉSEAU DE TRANSPORT DE LA CAPITALE. *Les déplacements des personnes à mobilité réduite, Plan d'action 2009-2010*, 2009, 16 p.

ROB, N. Medical Schools seek to overcome invisibility of gay patients, gay issues in curriculum, *Canadian Medical Association Journal*, 1996, 155 (6), p. 765-770.

RYAN, B. et S. BROTMAN. *Rapport sur une rencontre nationale de chercheurs canadien(ne)s dans le champ de la santé des gais, lesbiennes, bisexuels et bispirituels*, 2000, p. 179-198.

RYAN, B., S. BROTMAN et B. ROWE. Accès aux soins de santé : réflexion sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles du Canada, 2000, p. 159-178, dans SANTÉ CANADA. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, 2001a, 283 p.

SANTÉ CANADA. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, 2001a, 283 p.

SANTÉ CANADA. *Immigration et Santé*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada, 2001b, 101 p.

SIMKIN, R.-J. Lesbians face unique health care problems. *Canadian Medical Association Journal*, 145 (12), 1991, p. 1620-1623.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (SHQ). *Les personnes handicapées et le logement*, présentation faite dans le cadre des Entretiens sur l'habitat, Drummondville, 2009, 114 p.

STATISTIQUE CANADA. *Effectif des immigrants selon la période d'immigration et le territoire de CLSC, Capitale-Nationale*, 2006a.

STATISTIQUE CANADA. Recensement 2006, 2006b.

STATISTIQUE CANADA. *Région de la Capitale-Nationale, Québec (Code 2403) (tableau). Profil de la population autochtone*, Recensement de 2006, Ottawa, 2006b. [En ligne], [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/details/page.cf] (Consulté en 2011)

TARDIF, A. Communication personnelle avec André Tardif, directeur de l'organisme Groupe régional d'intervention sociale de Québec, mai 2012.

TJEPKEMA, M. *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada*, rapport sur la santé, 19 (1), 2008, p. 57-70.

VILLE DE QUÉBEC. *Portrait de la population immigrante de la ville de Québec*, 2009, 76 p.

VONARX, N. et P. FARMAN. Soignés, soignants et représentations au pluriel : de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins, *Perspective soignante*, 2008, (32), p. 113-129.

WRIGHT, N.-M.-J. et C. N. E. TOMPKINS. *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005, 20 p.

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTREVUE

Thèmes à explorer

- Le processus, la nature et les lieux de l'exclusion sociale.
- Les impacts de l'exclusion sociale sur les conditions de vie.
- L'impact de l'exclusion sociale et des conditions de vie sur la santé.
- Les interventions qui pourraient être menées pour réduire l'exclusion sociale et améliorer les conditions de vie.
- L'expérience des personnes en lien avec le système de santé et des services sociaux.
- Les actions que le secteur de la santé et des services sociaux pourrait mener.
- Quelles conséquences les situations où vous avez le sentiment d'être traité différemment et vos conditions de vie ont-elles sur votre santé physique ou mentale ?
- Selon vous, y a-t-il des aspects particuliers de vos conditions de vie qui viennent affecter plus fortement votre santé physique ou mentale ?
- Est-ce que pour vous le fait d'être un homme ou une femme vous met dans une position différente par rapport aux situations où vous avez le sentiment d'être traité différemment et par rapport à vos conditions de vie ? Avez-vous en tête des exemples où vous diriez que ça vous favorise ou vous défavorise ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour agir sur les situations où vous sentez qu'on vous traite différemment des autres et sur vos conditions de vie ?
- Quels obstacles rencontrez-vous lorsque vous allez dans un CLSC, un hôpital ou une clinique ? Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les services de santé ?

Questions

- Vous est-il arrivé de vous retrouver dans des situations où vous aviez le sentiment d'être traité différemment des autres ? Pouvez-vous nous décrire ces situations ?
- Comment expliquez-vous ces situations ?
- Est-ce qu'il vous est arrivé de vivre de telles situations lorsque vous avez eu affaire ou demandé des services de santé que ce soit au CLSC, dans un hôpital ou dans une clinique ? Pouvez-vous nous raconter ces situations ?
- Selon vous, quelles conséquences ces situations ont-elles sur votre vie quotidienne et vos conditions de vie ?

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

Québec 