

*Portrait des femmes immigrantes fréquentant
certains organismes publics et communautaires
de services de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Édition produite par :

**Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale**

Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250

Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-89616-012-4

Recherche et rédaction : Lynda Benhadj
Octobre 2005

<u>Table des matières</u>		<u>Pages</u>
Introduction		5
1. Immigration dans la ville de Québec.....		5
2. Types de trajectoires migratoires.....		8
3. Portrait des femmes immigrantes vivant sur le territoire de la Capitale-Nationale		11
3.1 Portrait statistique du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI).....		12
3.1.1 Origine nationale		13
3.1.2 Trajectoires migratoires.....		15
3.1.3 Résidence.....		15
3.1.4 Scolarité		16
3.1.5 Emploi.....		17
3.1.6 Santé et services sociaux.....		18
3.2 Les femmes fréquentant les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles de la ville de Québec en matière de services de santé et de services sociaux		19
3.2.1 Centre international des femmes, Québec (CIFQ).....		20
3.2.2 Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI).....		22
3.2.3 Maison pour femmes immigrantes de Québec (MFIQ)		24
3.2.4 Le Mieux-Être des immigrants (MEI).....		25
3.2.5 Centre multiethnique (CMQ).....		26
3.2.6 Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR).....		27
3.3 Les femmes et le réseau public		29
3.3.1 Centre jeunesse de Québec (CJQ).....		29
3.3.2 Programme OLO		30
4. Limites de l'étude.....		31
5. Recommandations		32
Conclusion		35
Bibliographie		37

Introduction

En février 2004, le premier *Plan d'action régional en santé des femmes* a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence). Un des volets de ce plan d'action régional a pour sujet les femmes issues des communautés ethnoculturelles. À l'intérieur de ce volet, l'Agence a prévu réaliser un portrait de ces femmes demeurant à l'intérieur de la région de la Capitale-Nationale, ce qui constitue l'objet de ce rapport.

Dans le cadre de cette étude, nous resituerons la réalité de l'immigration au Québec, plus particulièrement à Québec, en mettant l'emphase sur les différentes trajectoires migratoires que ce processus engendre. En second lieu, nous présenterons les caractéristiques socio-économiques ainsi qu'un aperçu de l'état de santé des femmes issues de ces communautés, puis nous ferons le lien avec les données que nous avons pu recueillir ici, dans la ville de Québec, à l'aide d'entrevues semi-dirigées et de l'analyse de rapports d'activité. Les données quantitatives sur le sujet étant presque inexistantes, c'est surtout par le biais des organismes communautaires, dédiés entièrement à ces populations, et par l'intermédiaire des différents paliers de gouvernements (fédéral et provincial) que nous avons pu dresser ce portrait. Ce dernier est certes sommaire, mais il reflète quand même une certaine réalité des femmes immigrantes qui choisissent d'emprunter le réseau communautaire pour répondre à certains de leurs besoins.

1. Immigration dans la ville de Québec

Il y a de cela plusieurs décennies, le Canada se dotait de politiques d'immigration visant principalement l'accroissement de la population canadienne et le peuplement de son vaste territoire (Colombino, 2003). Aujourd'hui, à la suite de différentes ententes établies entre les deux paliers gouvernementaux, la province de Québec gère la sélection des immigrants et immigrantes qui arrivent sur son territoire. Le Québec accepte chaque année un nombre grandissant d'immigrants et immigrantes. Alors que l'on comptait plus de 29 000 immigrants et immigrantes en 1999, dont 25 % de ceux-ci étaient des réfugiés et réfugiées, on en dénombrait autour de 38 000 en 2002, parmi lesquels environ 6 500 réfugiés et réfugiées, c'est-à-dire 17 % du total (MRCI, 2004). Ces derniers et dernières représentent un nombre à peu près constant, même si le pourcentage relatif est à la baisse, avec la sélection d'une plus forte

proportion d'immigrants et immigrantes indépendants. À l'heure actuelle, la très grande majorité des immigrants et immigrantes indépendants viennent de l'Europe (Italie, France, etc.) alors que le plus grand nombre de réfugiés et réfugiées acceptés, selon la Convention de Genève, sont originaires de la Colombie, de la région africaine des Grands Lacs et de l'Afghanistan (MRCI, 2004). Quant aux demandeurs et demanderesse d'asile, le gouvernement n'a aucun contrôle sur leur nombre, étant donné qu'ils et qu'elles attendent d'arriver au Québec pour revendiquer leur statut. Encore maintenant, la région métropolitaine de Montréal reste le lieu principal de destination des immigrants et immigrantes. Le phénomène n'a rien d'étonnant car, à l'échelle mondiale, les mouvements migratoires se font le plus souvent vers les grandes villes (MRCI, 2004). Cependant, le gouvernement du Québec a développé, depuis 1994, le Fonds de développement de l'immigration en région afin d'encourager la régionalisation de l'immigration et de soutenir les développements social, économique et culturel (MRCI, 2003). C'est ainsi que le ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI) prévoit intensifier ses efforts dans le but de régionaliser davantage l'immigration, et ce, en ayant pour objectif que 25 % de l'ensemble des immigrants et immigrantes admis au Québec s'établissent à l'extérieur de la région métropolitaine de Montréal. Cependant, en 2001, seulement 12 % des nouveaux arrivants et arrivantes s'étaient installés en dehors de la région de Montréal, et presque 3 % dans la Capitale-Nationale (MRCI, 2004). Le MRCI, avec cette politique de régionalisation, mise sur l'attraction et l'établissement durable des immigrants et immigrantes en région et dans la Capitale-Nationale. Quatre axes d'intervention ont été fixés par le MRCI en 2003 :

- la diffusion d'information sur les régions et sur la Capitale-Nationale aux nouveaux arrivants et arrivantes;
- la sensibilisation de la population à la contribution de l'immigration au développement des régions;
- la concertation régionale et locale, soit le développement des partenariats socio-économiques;
- la mise en place d'une structure d'accueil des nouveaux arrivants et arrivantes en région.

En sus de ceux promus par le gouvernement provincial, la Ville de Québec a identifié ses propres besoins en matière d'immigration :

- l'immigration peut répondre aux profondes mutations économiques, lesquelles exigent de la main-d'œuvre et de la compétence;

- l'immigration tisse des liens communs entre les populations et contribue donc à la croissance économique;
- l'immigration comblerait en partie l'exode des régions vers Montréal;
- l'immigration francophone renforce «l'épanouissement de la langue française»;
- l'immigration, à Québec, permet à la ville de devenir le deuxième pôle d'attraction des immigrants et immigrantes et, ainsi, de répondre aux objectifs de régionalisation du MRCI.

C'est ainsi qu'en 2001, la région de Québec accueillait environ 1 250 immigrants et immigrantes, dont presque 600 réfugiés et réfugiées. Ces derniers et dernières représentent environ 50 % des immigrants et immigrantes qui se sont installés dans la Capitale-Nationale cette année-là.

Au Québec, le pourcentage de réfugiés et réfugiées (immigration humanitaire) diminue chaque année alors que celui des immigrants et immigrantes indépendants (immigration économique) ne cesse d'augmenter. Cependant, dans la ville de Québec, même si le nombre de réfugiés et réfugiées baisse aussi, leur proportion reste à plus de 35 % de la population immigrante (MRCI, 2003).

La population immigrante, dans les deux dernières décennies, s'est diversifiée sur les plans culturel et ethnique. Plus d'une centaine de nationalités sont représentées sur le territoire québécois. Le nombre grandissant ainsi que la diversité de ces acteurs et actrices posent un nouveau défi aux services sociaux et psychosociaux, celui d'aider les immigrants et immigrantes à conserver ou à améliorer leur état de santé. Ce défi est encore plus important en ce qui concerne les femmes issues de ces populations ethnoculturelles, puisque ces dernières vivent, en majorité, dans des situations de précarité sociale et économique qui menacent leur santé (Legault, Lafrenière, 1992). Les études montrent que ces dernières utilisent davantage les services de santé qui sont offerts par rapport aux hommes issus de la même origine. Cependant, cette fréquentation demeure moins importante que celle de la population québécoise pour les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les services préventifs, mais la même en ce qui concerne les soins curatifs reçus à l'hôpital ou en bureau privé (Battaglini, et autres, 2000). Plusieurs raisons sont avancées afin d'expliquer ce phénomène, notamment la barrière linguistique, la méconnaissance des ressources disponibles et les difficultés administratives. Les trajectoires migratoires vécues par les immigrantes sont également un déterminant de la santé de ces dernières, car leurs vécus sont différents, et leurs

besoins concernant les services de santé et les services sociaux risquent d'être influencés par ces expériences.

2. Types de trajectoires migratoires

Les raisons qui motivent une femme à émigrer vers un autre pays peuvent être très différentes d'une femme à l'autre. Certaines arrivent dans un pays d'adoption par choix, c'est-à-dire à la suite d'un voyage planifié. Elles viennent alors au Canada pour trouver un meilleur emploi, pour chercher une plus grande qualité de vie, pour vivre une aventure, pour faire des études, etc. D'autres viennent au Canada rejoindre un ou plusieurs membres de leur famille. C'est souvent le cas d'une conjointe venant retrouver son mari ou, encore, d'une personne âgée quittant son pays pour aller près de son ou ses enfants déjà établis au Canada. Il y a aussi des femmes qui doivent quitter de force leur pays, car pèse sur elles une menace à leur intégrité physique. « Le fait d'émigrer n'est pas toujours le résultat d'un choix ou d'une décision planifiée. » (Battaglini, et autres, 2000). C'est surtout le cas des réfugiés et réfugiées de guerre, des personnes persécutées en raison de leurs opinions ou, encore, des populations plus fragiles dont les statuts ne sont pas reconnus ou acceptés par la société (ex. : femme voulant divorcer, à l'orientation sexuelle différente, etc.). Toutes ces personnes sont forcées de quitter leur pays, car si elles y restaient, elles seraient menacées de mort, d'emprisonnement, de torture, de persécution, etc.

Il y a donc deux grands types de trajectoires migratoires. La première est dite « volontaire », car elle résulte d'un choix fait par la personne qui désire immigrer vers le Canada, dans l'espoir d'une vie meilleure. L'autre est celle d'une immigration « involontaire », où la personne fuit son pays en situation d'urgence, car l'enjeu tient de la survie de cette dernière. On comprend « trajectoire migratoire » comme l'ensemble des expériences vécues entre le moment où la personne décide, ou est contrainte, de quitter son pays, jusqu'à son installation dans son nouveau pays d'accueil (Battaglini, 2000). Les immigrantes indépendantes scolarisées, celles qui ont pris la décision d'immigrer et qui arrivent au Québec avec un certain montant d'argent en poche, ne vivent pas la même réalité d'immigration que les réfugiées contraintes de quitter leur pays. Ces dernières peuvent avoir transité par un camp de réfugiés et réfugiées pendant plusieurs années avant d'arriver seules ici, laissant derrière elles leur famille, elle-même bien souvent en attente d'une éventuelle possibilité d'immigration.

Cependant, ces deux types de trajectoires ne sont pas les seuls déterminants à considérer pour évaluer les besoins en santé des personnes immigrantes et réfugiées. « La santé est le résultat d'une interaction complexe des facteurs socio-économiques, et les différentes questions relatives à la santé ainsi qu'aux soins de santé peuvent influencer différemment à l'intérieur d'un même groupe de femmes. » (Mulvihill, et autres, 2001).

Les trajectoires découlent des trois catégories d'immigrantes : « indépendante », « regroupement familial » et « réfugiée ». Les deux premières catégories sont composées en général de femmes bien nanties. Plus spécifiquement, le recrutement de la catégorie « indépendante » se fait à partir d'un système de points sur la base duquel le droit d'immigrer est accordé. Les deux paliers de gouvernements s'assurent alors de la preuve d'un certain montant d'argent disponible (plusieurs milliers de dollars par personne) afin qu'elles puissent subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille durant les premiers mois d'établissement. Ils vérifient aussi que ces femmes aient un niveau de scolarité minimum (au moins l'équivalent d'un secondaire complété) et qu'elles possèdent, de préférence, une certaine maîtrise de la langue française. Leur santé physique est évaluée par un médecin du pays d'origine avec lequel le gouvernement du Canada a conclu une entente. Toutes les personnes ayant un problème de santé, qui serait à court ou à long terme une charge financière importante au système de santé, pourraient se voir refuser l'entrée au pays. Ces immigrantes dites « indépendantes » sont de préférence jeunes et ont des enfants en bas âge ou sont désireuses d'en avoir.

De son côté, la catégorie « regroupement familial » vise la réunification de membres d'une même famille. Dans ce cas, c'est le ou la membre de la famille déjà canadien et ayant un salaire d'au moins 30 000 \$ par année (Citoyenneté et Immigration Canada, 2003) qui pourra faire venir un ou plusieurs membres de sa famille (conjoint ou conjointe, enfants, ascendants ou ascendantes, etc.). Les femmes de cette catégorie n'ont pas besoin de répondre aux critères de sélection qui concernent les immigrantes de la catégorie « indépendante ». Le parrain ou la marraine promet au gouvernement provincial de prendre en charge complètement la ou le nouvel arrivant ou arrivante aussi bien en ce qui concerne ses dépenses de santé que pour toutes autres dépenses relatives au quotidien. L'individu reste alors sous la responsabilité financière de son répondant ou de sa répondante pour une durée de trois à dix ans (chômage, aide financière, etc.) et se retrouve ainsi souvent en situation de dépendance vis-à-vis de la

personne le ou la recevant au Canada. Après cela, elle devient résidente permanente et peut jouir, à son tour, des différents services offerts à la population, à l'exception du droit de vote, accordé seulement après l'obtention de la citoyenneté.

La troisième catégorie est formée des réfugiées au sens de la Convention de Genève. Selon cette résolution internationale, une réfugiée est « une personne craignant, avec raison, d'être persécutée au fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. » (Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [HCNUR], 2000).

Le classement dans la catégorie « réfugiée » peut se faire de deux manières au Canada. Soit les femmes sont sélectionnées à l'étranger par les bureaux du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCNUR), soit elles se rendent au Canada et, une fois au pays (à la frontière ou déjà à l'intérieur des frontières), réclament leur statut de réfugiées. On les surnomme souvent « revendicatrices de statut » ou « demanderesses d'asile ».

Pour les premières, elles arrivent au Canada en jouissant des mêmes avantages que les Québécoises (à l'exception du droit de vote). Dans le deuxième cas, les femmes sont dites « en attente de statut » et ne peuvent bénéficier que de très peu d'avantages sociaux et de services de santé. C'est le gouvernement fédéral qui prend en charge ce type d'immigrantes qui sont dans une précarité extrême. En effet, en plus d'avoir vécu un parcours pré-migratoire et migratoire souvent difficile, les personnes « en attente de statut », qui étaient de l'ordre de 4 600 au Québec en 2002 (MRCI, 2004), ne peuvent pas bénéficier des cours de francisation offerts gratuitement par des organismes subventionnés par le MRCI. Elles sont aussi exclues de la plupart des services gouvernementaux provinciaux (Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ], éducation, services de garderie, programmes d'emploi, logements sociaux, etc.). Ces personnes sont ainsi laissées à elles-mêmes jusqu'à l'obtention d'un statut, un processus qui peut parfois durer plusieurs années. Malgré la possibilité d'obtenir un permis de travail et une couverture restreinte de soins de santé de la part du gouvernement fédéral avec son Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), ces restrictions peuvent entraîner chez ces individus un isolement important, attribuable, entre autres, à la barrière de la langue. Ce n'est qu'au moment où leur situation sera régularisée, c'est-à-dire quand un juge d'immigration leur

accordera le droit de rester au Canada, qu'elles pourront bénéficier des avantages semblables aux immigrantes dites « indépendantes ».

Si les immigrantes se distinguent généralement des Québécoises dites « de souche » par leur origine ethnique, leur langue maternelle, leur religion et leur trajectoire migratoire, s'y ajoute également le fait qu'elles ne choisissent pas nécessairement leur pays d'accueil et que le retour dans leur pays d'origine est un choix le plus souvent impossible. Ce sont toutes ces « catégories » de femmes qui peuvent fréquenter les services de santé et les services sociaux. Elles ont souvent, selon leurs trajectoires migratoires, des besoins fort différents.

3. Portrait des femmes immigrantes vivant sur le territoire de la Capitale-Nationale

Nous venons de présenter les différents « types » de trajectoires migratoires des femmes qui s'installent dans notre région. Chaque année, les chiffres du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration précisent le nombre d'immigrantes qui arrivent dans la ville de Québec et indiquent le statut de ces femmes à leur arrivée. La Ville de Québec fait le même travail en se fondant sur des chiffres de Statistique Canada, mais, cette fois-ci, par arrondissement. Ces différents types de données nous donnent, certes, une idée du portrait de la population de Québec, mais elles ne sont mises à jour, notamment en ce qui concerne la Ville de Québec, qu'après chaque recensement.

Les données ne sont donc pas mutuellement exclusives pour diverses raisons. Tout d'abord, les personnes qui arrivent dans la ville de Québec ne restent pas nécessairement dans cette ville. En effet, le taux de rétention des immigrants et immigrantes dans la ville de Québec est encore très peu documenté dans les données disponibles actuellement. On ne peut pas encore vraiment calculer le ratio des personnes immigrantes arrivant et restant dans la ville de Québec par rapport aux personnes immigrantes arrivant et repartant vers une autre destination.

Un autre point à considérer est celui des immigrantes qui arrivent d'autres villes de la région de Québec ainsi que celles qui viennent d'autres provinces du Canada. Ces personnes ont été comptabilisées dans les villes dans lesquelles elles sont arrivées en premier, et seul le recensement pourrait peut-être refléter leur présence dans la Capitale-Nationale. Il en va de même pour les demanderesse d'asile qui ne sont pas non plus enregistrées nécessairement

auprès du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration, puisqu'elles ont souvent transité par Montréal.

Les filles d'immigrants et immigrantes sont une autre catégorie qui peut être introduite dans les données concernant les communautés culturelles. Ces représentantes de la « deuxième génération » d'immigrantes peuvent s'identifier comme « minorités visibles » dans le questionnaire du recensement alors qu'elles n'ont vécu aucune migration. Ces exemples parmi d'autres nous mettent en garde quant aux lectures possibles des données quantitatives au sujet des communautés ethnoculturelles de la ville de Québec.

Dans les pages suivantes, nous présenterons certains chiffres du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration qui nous donnent une tendance générale, puis un portrait des femmes issues des communautés ethnoculturelles fréquentant les organismes communautaires de la région de la Capitale-Nationale. Ces deux types de données, comme nous venons de le voir, ne nous donnent qu'un aperçu de la situation, car ils n'incluent pas toutes les femmes des communautés ethnoculturelles vivant sur le territoire de la Capitale-Nationale.

3.1. Portrait statistique du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI)

L'immigration québécoise représente aujourd'hui 13 % de l'immigration canadienne. En 1991, la population immigrée représentait 8,7 % de la population québécoise. En 1996, ce pourcentage s'élevait à 9,4 %, alors que la proportion était de 8,9 % en France et de 3,4 % au Royaume-Uni. En 2001, l'immigration représentait 9,9 % de la population québécoise (MRCI, 2003). La réalité n'est pas la même pour les différentes périodes de migration, c'est-à-dire pour les personnes déjà établies ici depuis plusieurs années et celles nouvellement arrivées. Sur les 706 965 immigrants recensés en 2001 au Québec, 358 675 étaient des femmes, ce qui représente un peu plus de la moitié de cette population (50,7 %). De plus, ces femmes immigrantes représentaient 9,7 % du nombre total de femmes vivant au Québec à la même époque. Enfin, plus de trois immigrants et immigrantes sur quatre étaient âgés de 15 à 64 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'immigration au Québec en 2001

Caractéristiques de l'immigration	Total	Hommes	Femmes
Total - Toutes les personnes	706 965	348 290	358 675
Montréal	621 885	306 589	315 296
Québec	19 685	9 705	9 980
Québec, hors RMR de Montréal et de Québec	65 395	-31 996	33 399

Source : Statistique Canada, Recensement de 2001, compilations spéciales du MRCI, 2004

Pour la même année 2001, quelque 20 000 immigrants et immigrantes se sont établis à Québec. Ceci représente 3,3 % de la population totale de la Capitale-Nationale (Ville de Québec, 2004). Cependant, les femmes et les hommes ne s'insèrent pas de la même manière dans la société d'accueil, et ce, à différents niveaux. Les données suivantes concernent toutes les femmes immigrantes sur le territoire québécois, mais certaines données sont spécifiques à la Capitale-Nationale. Il est à noter qu'il y a toujours dans la ville de Québec un fort taux de réfugiés et réfugiées. Rappelons que ces derniers et dernières présentent des caractéristiques socio-économiques qui sont différentes de celles que partagent les autres immigrants et immigrantes.

3.1.1 Origine nationale

Pendant de nombreuses années, les nouveaux arrivants et arrivantes provenaient en majorité de l'Europe (Irlande, Italie, France, etc.). Entre 1999 et 2003, les 86 864 femmes immigrantes au Québec étaient principalement originaires de la Chine (10,6 %), de la France (8 %), du Maroc (6,8 %), de l'Algérie (6,6 %) et de la Roumanie (5,6 %) (MRCI, 2003). À Québec, 48,7 % des femmes immigrantes sont originaires de l'Europe, 21 % viennent de l'Amérique, 14,8 % de l'Asie et 14,8 % de l'Afrique (Ville de Québec, 2004).

Tableau 2 : Appartenance à une minorité visible dans la région sociosanitaire de Québec

Caractéristiques	Région de Québec		
	Total	Sexe masculin	Sexe féminin
Caractéristiques de l'immigration			
Total - Toutes les personnes	628 510	303 795	324 715
Population née au Canada	607 815	293 145	314 670
Population née à l'étranger	18 670	9 585	9 090
Ayant immigré avant 1991	10 470	5 755	4 720
Ayant immigré entre 1991 et 2001	8 200	3 830	4 370
Résidents non permanents ⁽²⁶⁾	2 025	1 065	955
Appartenance à une minorité visible			
Population totale selon les groupes de minorités visibles	628 510	303 795	324 715
Population des minorités visibles ⁽³¹⁾	10 455	5 305	5 150
Chinois	1 210	400	810
Sud-Asiatique	300	130	170
Noir	3 385	1 930	1 450
Philippin	55	30	30
Latino-Américain	1 990	955	1 030
Asiatique du Sud-Est	1 465	745	715
Arabe	1 325	780	545
Asiatique occidental	170	75	95
Coréen	150	50	100
Japonais	130	35	95
Minorités visibles, n.i.a. ⁽²⁸⁾	195	120	75
Minorités visibles multiples ⁽²⁹⁾	75	45	25
Autres ⁽³⁰⁾	618 055	298 490	319 570

26 Personnes qui, au moment du recensement, étaient titulaires d'un permis de séjour pour étudiants, d'un permis de travail ou d'un permis ministériel ou qui revendiquaient le statut de réfugié. Cette catégorie comprend également les membres de la famille qui vivent avec ces personnes.

28 Comprend les répondants ayant fourni une réponse écrite classifiée comme faisant partie des minorités visibles, par exemple « Polynésien », « Guyanais », « Mauricien », etc.

29 Comprend les répondants ayant déclaré plus d'un groupe de minorités visibles en cochant au moins deux cercles, par exemple « Noir » et « Sud-Asiatique ».

30 Comprend les répondants ayant indiqué « Oui » à la question d'autodéclaration de l'ascendance autochtone ainsi que les répondants n'appartenant à aucun groupe de minorités visibles.

31 Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* (1986), font partie des minorités visibles les personnes (autres que les Autochtones) qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche.

Source : Statistique Canada

3.1.2 Trajectoires migratoires

Quant aux trajectoires migratoires et aux différents statuts qui y sont liés, les immigrants et immigrantes qui arrivent au Québec se répartissent comme suit entre 1999 et 2003 (MRCI, 2004) :

- 56,5 % de la population immigrante est composée d'immigrants économiques, dont un peu moins de la moitié de ceux-ci (45,2 %) sont des femmes;
- 23,4 % des immigrants et immigrantes viennent de la catégorie « regroupement familial », et 61,6 % des personnes issues de cette catégorie sont des femmes. De plus, 71,3 % des enfants adoptés à l'étranger, processus inclus dans cette catégorie, sont de sexe féminin;
- 19,9 % de l'immigration se compose de réfugiés, et 46,2 % sont des femmes. Aussi, 56,5 % des membres de la famille d'un réfugié reconnu sur place sont des femmes.

À Québec, depuis la politique de régionalisation, le pourcentage de réfugiés et réfugiées a atteint jusqu'à 37 % de la population totale des immigrants et immigrantes en 2001, pour se stabiliser autour de 25 % en 2004 (MRCI, 2004). De plus, la Ville de Québec tente d'attirer de plus en plus d'immigrants et immigrantes indépendants à travers diverses mesures telles que la publicité et le recrutement directement à l'étranger (Ville de Québec, 2004).

3.1.3 Résidence

Les nouveaux immigrants et immigrantes sont en train de changer le profil de la population canadienne. Presque tous les immigrants et immigrantes, c'est-à-dire environ 1,8 million de personnes, se sont installés dans les grands centres urbains du pays, notamment dans les villes de Vancouver, de Montréal et de Toronto. Au Québec, la région métropolitaine de Montréal reste la ville privilégiée quant au lieu de résidence retenu par les immigrants et immigrantes. De plus, plus du tiers de la population immigrée, qui s'est établie au Québec, l'a fait après 1991. En 2003, ce sont 39 512 immigrants et immigrantes qui sont arrivés dans la province de Québec, dont la moitié était des femmes (19 756 personnes) (MRCI, 2004).

Cependant, en 2001, plus de 4 % de la population immigrée au Québec a choisi comme lieu de résidence la Capitale-Nationale (MRCI, 2004). La majorité des immigrants et immigrantes se

sont installés à Québec après 1981 (43,7 % d'entre eux et d'entre elles sont arrivés entre 1991 et 2001, et 27,6 % entre 1996 et 2001). Même si cette région accueillait 5 500 immigrants et immigrantes de plus en 2001 qu'en 1991, la proportion d'immigrants et immigrantes dans la population générale reste à peu près constante (2,4 % en 1991 versus 2,8 % en 2001) (Ville de Québec, MRCI, 2004).

Statistique Canada rapporte qu'entre 1996 et 2001, dans la Capitale-Nationale, les nouveaux immigrants et immigrantes se sont installés surtout dans les arrondissements de Sainte-Foy–Sillery, de La Cité et de Limoilou, qui regroupent au total 63,5 % des immigrants et immigrantes (respectivement 28,7 %, 20,1 % et 14,5 %). Dans tous les arrondissements, le nombre d'immigrants et immigrantes a augmenté. La Haute-Saint-Charles est l'arrondissement qui attire le moins ces populations (Ville de Québec, 2004). Les femmes immigrantes représentent à peu près 48,4 % de la population immigrante sur l'ensemble des arrondissements.

Tableau 3 : Importance de la population immigrante en 2001 dans la Capitale-Nationale

Arrondissements	Total	Femmes
Haute-Saint-Charles	805	389
Beauport	1 185	573
Charlesbourg	1 510	730
Les Rivières	1 645	865
Limoilou	1 760	795
Laurentien	2 030	982
La Cité	3 310	1 599
Sainte-Foy–Sillery	4 755	2 298
Ville de Québec	17 005	8 231

Source : Ville de Québec, Statistique Canada, 2004

3.1.4 Scolarité

Au Québec, près d'un ou d'une immigrante sur deux possède 14 années de scolarité et plus (MRCI, 2004). Cinquante-deux pour cent des femmes immigrantes ont une scolarité de niveau universitaire, et 18,8 % d'entre elles ont un niveau collégial. En ce qui concerne les langues parlées à la maison, 43,8 % des femmes connaissent le français, 19,5 % le français et l'anglais, mais 40,1 % des femmes ne connaissent ni l'une ou l'autre de ces langues (MRCI, 2004).

À Québec, 21,3 % des immigrants et immigrantes ont effectué des études collégiales, et 43,8 % des études universitaires. Les immigrants et immigrantes sont donc plus nombreux que leurs homologues québécois (+16,9 %) à faire des études supérieures (Ville de Québec, 2004).

3.1.5 Emploi

En ce qui concerne l'emploi, les femmes immigrantes, tout comme les femmes québécoises, gagnent moins que leurs homologues masculins. Les hommes immigrants, arrivés au Canada entre 1975 et 1979, affirmaient gagner un salaire correspondant à moins de 85 % du salaire des hommes nés au Canada. Ce n'est que plus de vingt ans après leur arrivée que leur salaire équivalait à peu près à celui de leurs homologues nés au Canada. Il en va de même pour les femmes immigrantes qui se sont installées dans la première moitié de la décennie, soit entre 1991 et 2001 : elles s'en sortent mieux que celles immigrées au Québec dans la deuxième partie de cette décennie avec des salaires moyens de 16 008 \$ versus 13 533 \$. Pour ces mêmes périodes, les hommes gagnaient des salaires moyens de 23 380 \$ versus 20 695 \$ (MRCI, 2004).

Les femmes nouvellement immigrantes et détenant un diplôme universitaire sont plus susceptibles que leurs homologues masculins d'occuper des emplois nécessitant des compétences peu élevées ou moyennement élevées. En regard du travail, il y a 73,6 % des aides familiales qui sont des femmes alors que, dans la catégorie « travailleur qualifié », la majorité sont des hommes (56 %). Cependant, chez les gens d'affaires, le clivage est moins grand avec 51,4 % d'hommes versus 48,6 % de femmes (MRCI, 2004).

En 2001, les femmes immigrantes étaient moins actives sur le marché du travail que les hommes immigrants (45,3 % versus 51,7 %). Cet écart est plus important que celui qui existe entre les hommes et les femmes de la population québécoise. En général, les immigrants et immigrantes vivent des taux de chômage généralement plus élevés que les personnes issues de la société d'accueil. Cet écart est encore plus élevé chez les femmes immigrantes par rapport aux femmes québécoises. Il en est de même pour les femmes non immigrantes qui ne sont que 7,7 % à recevoir des prestations d'assurance-emploi alors que leurs consœurs immigrées sont 12,4 % à recevoir de leur côté de telles prestations (MRCI, 2004).

3.1.6 Santé et services sociaux

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, de nombreux écrits ont révélé la réalité des femmes issues des communautés ethnoculturelles. Les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 indiquent que les femmes immigrantes « volontaires », récemment arrivées au Canada, sont en moyenne en meilleure santé que les Canadiennes nées au pays. Les chercheurs et chercheuses attribuent ce phénomène à un certain nombre de facteurs, notamment (Mulvihill, et autres, 2001) :

- les personnes en meilleure santé tendent à émigrer davantage;
- les immigrants et immigrantes doivent respecter les normes de santé fixées par le gouvernement canadien et subir un examen médical;
- le taux de tabagisme est inférieur chez les immigrants et immigrantes que chez les personnes nées au Canada;
- l'effet des outils de recherche et des méthodes employées peut faire varier les résultats d'une culture à l'autre.

Dans cette optique, Vissandjé (2001) clame que le véritable enjeu n'est pas tant de savoir si les immigrantes ont une meilleure santé que leurs compatriotes canadiennes, mais plutôt de déterminer quelles sont les conditions de vie qui prévalent sur le sol canadien et quelle est l'incidence de certaines maladies sur cette population. Il serait en effet important de définir, selon cette chercheuse, si l'adoption des habitudes de vie nord-américaines nocives est en relation avec leur état de santé, et dans quelle mesure cette détérioration est due à l'incapacité du système de santé de répondre adéquatement aux besoins de ces personnes. Battaglini (1999) a renchéri sur ce point et affirme tout d'abord que « la plupart des outils actuels d'évaluation psychologique et socio-économique définissent mal les facteurs de risque chez les immigrantes, car ils ne prennent pas en compte les processus de migration et les différences culturelles ». Il ajoute que les immigrantes et les réfugiées sont souvent isolées, ce qui ne fait qu'altérer leur niveau de santé à l'arrivée.

Tel qu'il a été mentionné plus haut, et selon les différentes recherches effectuées au Québec, les femmes immigrantes ont des besoins spécifiques en raison des différentes étapes de leur vie reproductive, de leur plus grand isolement, d'une moins bonne connaissance de la langue

du pays d'accueil, d'une plus grande dépendance vis-à-vis de leur conjoint et de nombreuses responsabilités familiales qui leur incombent. À ce sujet, quatre conclusions ont été retenues :

- les femmes immigrantes victimes de violence conjugale ont besoin de plus de services, et ceux-ci doivent être adaptés à leurs situations;
- les personnes âgées vivent de façon plus isolée, et plusieurs ne parlent pas le français;
- les enfants s'adaptent rapidement à la nouvelle culture, ce qui peut devenir une source de conflit au sein de la famille;
- les réfugiés ont souvent des séquelles psychologiques et des problèmes d'adaptation en raison de la persécution vécue dans leur pays d'origine (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2004).

Devant cette situation, dans la région de Québec, l'Agence doit s'assurer que des organismes publics et communautaires offrent des services de santé et des services sociaux aux populations immigrantes. Il y a, entre autres, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le Centre jeunesse de Québec (CJQ) qui sont des entités qui peuvent répondre aux besoins des immigrants et immigrantes. En effet, toutes les immigrantes qui arrivent à Québec ne fréquenteront pas nécessairement les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles. Elles iront vers les services généraux offerts à toute la population, et ce, que ce soit pour les organismes publics ou communautaires (ex. : Centre jeunesse de Québec, CSSS, hôpitaux, cuisines collectives, etc.). Il en va de même pour les femmes accompagnant les étudiants étrangers ainsi que les étudiantes étrangères elles-mêmes qui fréquenteront possiblement aussi les services publics ou communautaires généraux, même si ces derniers ne sont pas nécessairement outillés pour une approche interculturelle.

En revanche, cinq organismes communautaires et un organisme universitaire se consacrent uniquement à cette clientèle.

3.2 Les femmes fréquentant les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles dans la ville de Québec en matière de services de santé et de services sociaux

Dans la ville de Québec, les organismes dédiés aux communautés ethnoculturelles en matière de services de santé et de services sociaux sont le Centre international des femmes, Québec

(CIFQ), le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI), Le Mieux-Être des immigrants (MEI), la Maison pour femmes immigrantes de Québec (MFIQ) et le Centre multiethnique de Québec (CMQ). À ces derniers s'ajoute une entité de recherche et d'intervention universitaire, le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), situé à l'Université Laval. Ce dernier est tenu par des psychologues spécialistes en ethnopsychiatrie. Les données suivantes sont inspirées des différents rapports d'activité des organismes concernés.

3.2.1 Centre international des femmes, Québec (CIFQ)

Le Centre international des femmes, Québec a pour mission de favoriser l'intégration socioculturelle et économique des femmes immigrantes ainsi qu'à leurs familles, de favoriser l'échange entre les femmes immigrantes et leurs consœurs québécoises, de leur faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux, à l'éducation, à la justice, etc. De plus, il permet de briser l'isolement des femmes immigrantes en favorisant leur participation active à la société québécoise. Ainsi, cet organisme offre des services d'interprétariat, des cours de français, des ateliers de couture, des activités de rapprochement culturel, des sorties et des réunions thématiques, ainsi que des rencontres de sensibilisation sur des sujets aussi divers que ceux de la santé et des services sociaux, du féminisme, de la culture québécoise, etc. Des références à d'autres ressources ainsi que des renseignements divers sont aussi offerts aux femmes fréquentant le CIFQ.

La clientèle du CIFQ est majoritairement composée de réfugiées et de femmes parrainées par leur famille souvent elle-même récemment installée à Québec. Elles font appel surtout au CIFQ pour des références vers les ressources en services de santé et en services sociaux, de l'écoute, du support psychosocial et de l'aide économique pour sortir de la pauvreté.

En 2003-2004, l'âge des femmes fréquentant le CIFQ se situait entre 17 et 75 ans. Elles venaient majoritairement de l'Amérique latine (47,7 %), de l'Afrique (26,7 %), de l'Asie (13,6 %) et de l'Europe (12,6 %). À travers ses ateliers de sensibilisation en services de santé et en services sociaux, le CIFQ a rejoint 61 femmes immigrantes pour des sujets tels que l'estime de soi, le retard de croissance du fœtus et le tabagisme, les contraceptifs oraux, le stress, le diabète, etc.

Les ateliers de couture et de décoration aident à briser l'isolement que vivent souvent ces femmes. Ces ateliers ont aussi pour but de faire passer des messages sur le fonctionnement de la société d'accueil ou, encore, de prévenir la violence conjugale. Trente et une femmes immigrantes ont été rejointes, et plus de 200 dépliants ont été transmis par la poste aux membres du CIFQ. En ce qui concerne la prévention du cancer, une exposition, traduite en plusieurs langues, a été organisée et a rejoint 25 femmes immigrantes.

Durant cette même année, 1 082 interventions ont été répertoriées. Elles étaient de tout ordre : aide technique, références, renseignements, écoute, orientation et suivis, etc. Le CIFQ a ainsi rejoint 4 femmes immigrantes de 0 à 17 ans, 122 de 17 à 25 ans, 294 de 25 à 35 ans, 508 de 35 à 45 ans, 264 de 45 à 55 ans et 74 de 55 ans et plus. En ce qui concerne leurs statuts d'immigration, ce sont 704 réfugiés et réfugiées, 180 parrainés et parrainées, 158 visiteurs et visiteuses, accompagnateurs et accompagnatrices ou étudiants et étudiantes, 134 revendicateurs et revendicatrices de statut et 90 personnes de la catégorie « indépendant et indépendante » qui ont fréquenté le CIFQ pour la période 2003-2004. Sur ce nombre, 86 % étaient des femmes.

La Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels (BRILC) est un autre service important offert par le CIFQ. Les statistiques concernant ce service nous donnent une idée de l'utilisation des services de santé par les communautés vivant sur notre territoire. C'est souvent lorsqu'elles font une demande pour elles-mêmes ou pour leurs enfants à travers le système de santé que les femmes immigrantes prennent contact pour la première fois avec les institutions de la société d'accueil (Battaglini, 1999). Les langues qui sont majoritairement demandées pour un service d'interprétariat sont l'espagnol, le bosniaque/serbo-croate, le dari, le vietnamien, l'arabe, le cantonais, l'albanais, le cambodgien, le swahili et le mandarin. En ce qui concerne le domaine de la santé et des services sociaux, l'interprétariat est surtout demandé dans les cas d'urgence (20,14 %), de consultation médicale (16,92 %), de gynécologie, de suivi de grossesse et d'accouchement (9,83 %) et de suivi psychologique (6,79 %). Les clientes qui fréquentent le CIFQ, à travers le service de la BRILQ, vont surtout dans les établissements suivants : l'Hôpital Saint-François d'Assise (9,68 %), le CLSC Basse-Ville – Limoilou (9,36 %), le Centre hospitalier de l'Université Laval (7,05 %), l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (6,54 %), l'Hôpital du Saint-Sacrement (5,58 %) et L'Hôtel-Dieu de Québec. La durée moyenne d'une consultation en présence d'un ou d'une interprète est de 1 h 15. Les femmes qui utilisent ces services

d'interprétariat fréquentent aussi des cliniques médicales majoritairement sur les territoires de la Basse-Ville et de Limoilou.

Ces chiffres nous donnent un aperçu des services utilisés par les femmes qui fréquentent le CIFQ, c'est-à-dire majoritairement des femmes réfugiées et parrainées. Ceci permet également de localiser en partie les endroits où elles, celles qui utilisent les services d'interprétariat, utilisent les services sur le territoire, tout en sachant qu'elles ne sont pas astreintes à fréquenter un établissement de leur secteur d'habitation.

3.2.2 Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI)

Le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes soutient les immigrants de tous types (réfugiés et réfugiées, indépendants et indépendantes, étudiants et étudiantes, revendicateurs et revendicatrices) dans leur nouvelle situation de vie, et ce, de façon personnalisée et sans distinction de statut, d'origine, de langue ou de religion. Cet organisme soutient aussi la création de réseaux sociaux et sensibilise les Québécois à la réalité multiculturelle de notre société. Les services qui y sont promulgués sont les visites à domicile, l'accompagnement dans les établissements de santé, les sessions prénatales et postnatales, le suivi à domicile, le jumelage interculturel, les groupes d'achat, les cuisines collectives, les ateliers de nutrition, les cafés rencontres, le dépannage en apprentissage du français, les renseignements et références de tout ordre dont les personnes ont besoin pour évoluer dans la société québécoise.

Durant l'année 2003-2004, le SAAI a rencontré 397 personnes immigrantes dès leur arrivée. Cent soixante-dix-sept ménages furent référés au SAAI par le MRCI, dont 250 adultes et 147 jeunes. Parmi ceux-ci, se trouvaient 127 femmes et 58 filles (18 ans et moins). Ces personnes venaient de la Colombie (65 femmes et 21 filles), de l'Afghanistan (1 femme), du Congo (10 femmes et 4 filles), du Burundi (6 femmes et 5 filles), du Togo (1 femme et 1 fille), de la Bosnie, de l'Éthiopie, du Maroc, de l'Ouganda, des Philippines, de la Russie, du Rwanda et du Tchad (1 femme pour chaque pays).

Ce sont les femmes venant de la France, de la Bosnie, de l'Algérie, de l'Angola, de la Guinée-Bissau, de l'Iran et de la Yougoslavie qui ont été rejointes pour des sessions d'information et de formation (nutrition, système de santé québécois, sécurité du revenu, contraception, sexualité

juvénile, etc.). En ce qui concerne les rencontres prénatales et postnatales, elles ont été organisées pour les femmes ayant un enfant pour la première fois à Québec. Créé en 1993, ce programme a desservi des femmes issues des communautés africaine, latino-américaine et vietnamienne. Aujourd'hui, le SAAI rejoint aussi des femmes de l'Afghanistan, de l'Azerbaïdjan, de la Bosnie, de la Chine, de la Croatie, de l'Irak, du Kosovo, du Maghreb, de la Syrie et de la Yougoslavie. Pour la période 2003-2004, il y a eu 39 femmes qui ont participé aux rencontres prénatales, et 29 aux rencontres postnatales, dont 3 de l'Afghanistan, 1 de l'Algérie, 10 du Burundi, 5 de la Chine, 20 de la Colombie, 16 du Congo, 1 de l'Inde, 7 du Maroc, 3 du Mexique, 6 du Rwanda, 4 du Togo et 1 de la Tunisie. Des suivis individuels à domicile sont aussi offerts par cet organisme. Ce service a été offert durant l'année 2003-2004 à 39 femmes venant de l'Afghanistan (3), de l'Algérie (1), de la Bosnie (1), du Burundi (6), de la Chine (5), du Chili (1), de la Colombie (18), du Congo (14), de l'Égypte (1), de l'Inde (1), du Maroc (2), du Rwanda (3), du Togo (1) et de la Tunisie (1).

Le SAAI a aussi un service d'aide qui touche les personnes et les familles immigrantes se retrouvant en situation de pauvreté. Dans cette mission, le SAAI a rejoint 56 femmes monoparentales ou seules (avec une majorité de Colombiennes et de Québécoises) et 65 familles en grande majorité colombiennes (dont 46 à travers des groupes d'achat). Ces femmes, en général, ont entre 30 et 50 ans et reçoivent de l'aide sociale. Ainsi, le SAAI a aidé 16 femmes seules ou monoparentales (dont 11 de la Colombie), âgées pour la plupart de 18 à 39 ans et recevant de l'aide sociale, à s'investir dans les cuisines collectives et aux ateliers de nutrition, ces deux derniers services venant compléter le plan de lutte contre la pauvreté du SAAI. Les personnes qui y participent apprennent à se nourrir de manière adéquate et à se familiariser avec les rudiments de la cuisine québécoise. Ce programme les aide aussi à gérer un budget alimentaire et à acquérir de saines habitudes de vie. Des familles ont aussi participé à ce programme. Elles étaient au nombre de 26 et venaient majoritairement de la Colombie (18), du Burundi, du Congo, de l'Ouganda, du Québec, de la République dominicaine, du Tchad et du Togo.

Nous remarquons la prépondérance de femmes colombiennes à participer à ce programme de lutte à la pauvreté, ce qui peut s'expliquer, entre autres, par leur arrivée massive ces dernières années dans la Capitale-Nationale et, de plus, par le fait qu'elles étaient « déjà familières dans leur pays d'origine à participer à des activités sociales et festives autour de la préparation de nourriture. » (SAAI, 2004).

Enfin, en ce qui concerne l'aide à l'apprentissage de la langue française, qui peut être une barrière importante à l'intégration des immigrantes dans la société québécoise, le SAAI fournit de l'aide aux devoirs (il s'agissait de jeunes, 5 femmes et 1 fille originaires du Chili, de la Colombie, du Maroc, du Mexique et de la Thaïlande. Ces femmes immigrantes habitaient les arrondissements et les villes de Duberger, Limoilou, Québec et Vanier).

3.2.3 Maison pour femmes immigrantes de Québec (MFIQ)

La Maison pour femmes immigrantes de Québec existe depuis 1986. Elle a pour objectif de lutter contre la violence faite aux femmes immigrantes et québécoises et de leur offrir un lieu d'hébergement sécuritaire pour elles et leurs enfants. Ainsi, les intervenantes de la MFIQ favorisent l'autonomie des femmes tout en respectant leurs particularités culturelles. De plus, elles les informent sur leurs droits et instaurent des interventions qui leur permettront d'exercer ces droits. Elles sensibilisent aussi la population et les intervenants et intervenantes de différents milieux (services de santé et services sociaux, justice, etc.) aux difficultés auxquelles les femmes et les enfants immigrants et immigrantes victimes de violence conjugale peuvent être confrontés. Les services offerts dans ce cadre sont l'accueil et l'hébergement, l'accompagnement dans diverses démarches (cour, avocat, aide sociale, recherche de logement, etc.), le service d'interprétariat, l'écoute, le soutien et l'intervention auprès des femmes vivant ces épreuves.

Cet organisme insiste sur le fait que « la violence conjugale dépasse les frontières culturelles et casse le mythe que la violence faite aux femmes dans les autres cultures est plus prépondérante que dans notre société. » (MFIQ, 2004). Cet organisme a reçu quelque 84 femmes durant l'année 2003 et les 101 enfants qui les accompagnaient. La moitié des femmes qui ont été hébergées (42) étaient issues des communautés ethnoculturelles.

Les femmes qui fréquentaient cet organisme sont de plus en plus jeunes, ce qui peut nous amener à penser, entre autres, que « le seuil de tolérance envers la violence s'est amoindri, car les femmes voient moins ce phénomène comme un tabou et le déclarent plus tôt que dans les générations antérieures. » (MFIQ, 2004).

Pendant l'année 2003-2004, les femmes immigrantes fréquentant cet organisme provenaient majoritairement de l'Amérique du Sud (6 femmes), de l'Amérique du Nord (Mexique : 15

femmes), de l'Europe (6 femmes), de l'Asie (2 femmes), ainsi que de l'Afrique (9 femmes). Quarante-deux viennent du Québec et des autres provinces du Canada. Les motifs évoqués pour une demande d'hébergement sont majoritairement la violence verbale (95 %), la violence psychologique (88 %), le harcèlement (73 %), la violence physique (61 %) et la violence sexuelle (51 %). On voit à travers ces chiffres qu'une femme peut vivre différents types de violence à la fois. Trente-quatre d'entre elles ont séjourné trois fois ou plus à la MFIQ.

Même si la violence conjugale est un phénomène qui touche unilatéralement les femmes immigrantes et les femmes appartenant à notre société, quelques faits marquants ressortent pour les clientes de la MFIQ. Les femmes immigrantes qui fréquentent la MFIQ sont majoritairement âgées de 18 à 50 ans. Elles vivent pour la plupart en union de fait ou sont mariées, et les enfants qui les accompagnent ont entre 1 et 18 ans. De plus, les femmes hébergées à la MFIQ ont une scolarité de niveau secondaire ou moins (60 %), et certaines ont une scolarité universitaire (25 %). Cependant, la majorité d'entre elles sont bénéficiaires de l'aide sociale et leurs revenus s'échelonnent entre 6 000 \$ et 20 000 \$ par année.

3.2.4 Le Mieux-Être des immigrants (MEI)

Le Mieux-Être des immigrants a pour objectif de soutenir les immigrants et immigrantes à améliorer leurs conditions de vie et de faciliter leur intégration dans leur nouveau milieu de vie. Pour réaliser ce mandat, le MEI offre des services sociaux et psychosociaux communautaires reliés à l'adaptation d'ordre individuel et familial, des cours de francisation, des activités de dépannage alimentaire, des services pour les adolescents et leurs parents (relation d'aide, séances d'information, etc.), des services pour les personnes de 50 ans et plus, et diverses activités socioculturelles.

Les intervenantes du MEI déclarent que 48 % de leur clientèle est féminine et majoritairement réfugiée et parrainée. Pour la période 2003-2004, les pays de provenance des personnes fréquentant cet organisme sont l'Afghanistan, l'Argentine, le Brésil, le Burundi, la Chine, la Colombie, le Congo, le Costa Rica, Cuba, le Danemark, l'Égypte, l'Équateur, le Liban, le Pérou, la République dominicaine, la Roumanie, le Rwanda, la Russie et le Salvador.

Le MEI rapporte avoir desservi des femmes à travers les services de francisation du MRCI, les cours de français bénévoles pour les personnes ne remplissant pas les conditions

d'admissibilité du MRCI, le support à la conversation, les activités de groupes d'adolescents et adolescentes et par le biais des rencontres réservées à la clientèle des personnes de 50 ans et plus. Voici quelques statistiques au sujet des services utilisés par les femmes fréquentant le MEI :

- 113 interventions psychosociales ont été faites auprès des femmes;
- plus de 366 étudiantes immigrantes ont participé aux différents cours de francisation offerts;
- plus de 1 000 dépannages alimentaires ont été distribués à environ 70 familles immigrantes;
- 112 interventions de relation d'aide ont été effectuées (références quotidiennes, aide à remplir des formulaires de tout ordre, etc.) pour 40 femmes;
- 43 adolescentes ont participé à des activités mises à leur disposition;
- 22 femmes immigrantes ont participé aux rencontres organisées pour les 50 ans et plus;
- 9 femmes immigrantes et québécoises ont assisté aux ateliers de peinture;
- 25 immigrantes ont participé aux cafés rencontres;
- près de 450 interventions spécifiques au processus d'intégration à la société d'accueil ont été faites auprès des femmes qui fréquentent cet organisme.

3.2.5 Centre multiethnique de Québec (CMQ)

Le Centre multiethnique de Québec s'occupe des services d'accueil et d'établissement, de l'adaptation et de l'intégration à la société québécoise (rencontres individuelles et de groupe) en offrant diverses activités sociales des personnes réfugiées nouvellement arrivées dans la ville de Québec.

Sur les 1 017 personnes accueillies durant la période 2003-2004, 46 % étaient des femmes. Elles avaient surtout les statuts de « réfugiées » (43 %) et d'« indépendantes » (49 %), dont les femmes issues de la catégorie « regroupement familial » (4 %). Il y a aussi les femmes faisant une demande d'asile politique (6 %). Pendant la période 2003-2004, les nouvelles arrivantes étaient en majorité de la Colombie et de la France, mais aussi du Congo, de la Roumanie, de la Bulgarie, de l'Algérie et du Maroc. Le CMQ a accueilli à l'hôtel les réfugiées dès leur arrivée et a aidé une grande majorité d'immigrantes, tous statuts confondus, dans leur recherche de logement et pour leur installation.

En ce qui concerne les rencontres individuelles, elles ont pour but de soutenir les femmes dans leur intégration dans la société québécoise (recherche de garderie, budget, démarche administrative, etc.). Les femmes ont fait appel au CMQ pour :

- des renseignements;
- de l'aide technique;
- du support social;
- de l'interprétariat;
- de la recherche de logement;
- de la médiation de différents types.

De nouvelles activités sont d'ailleurs envisagées pour les femmes immigrantes afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Un volet portant sur la violence sera offert à un groupe de femmes colombiennes, à travers des groupes de discussion et de support. L'autre volet portera sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans le but de familiariser ces personnes aux différents services offerts, et ce, afin qu'elles les connaissent et les utilisent davantage. Cette activité vise aussi à ce que chaque famille ait un médecin de famille, que ce soit en groupe de médecine familiale (GMF) ou en clinique privée, notamment dans le cas des demanderesse d'asile qui sont en situation de précarité et de détresse psychologique importante. Ainsi, ces projets visent à outiller les immigrantes afin qu'elles soient aptes à cheminer dans le système de santé et de services sociaux québécois, en connaissant le fonctionnement de ce dernier et les tâches des différents professionnels et professionnelles qui y œuvrent.

3.2.6 Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR)

En ce qui concerne la santé mentale et surtout les chocs post-traumatiques, le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés de l'Université Laval regroupe des psychologues spécialisés en ethnopsychiatrie. Cet organisme fait partie de l'unité d'ethnopsychiatrie et de stress post-traumatique (UESPT) et s'adresse aux réfugiés et réfugiées et aux immigrants et immigrantes en situation de détresse psychologique. Les personnes réfugiées, ayant pour la plupart été exposées à des situations extrêmes, portent en elles des traumatismes profonds, aggravés par le stress de la migration et de l'adaptation. Nombre d'entre elles ont été confrontées à de la violence d'origine politique, et ce facteur a été la raison

principale de leur migration. Les événements vécus en tant que témoins (47 %) ou sous forme de persécution personnelle ou familiale (28 %) ont un effet prolongé sur la détresse émotionnelle et sur la satisfaction face à leur vie d'immigrants et immigrantes. Aussi, la perception de la discrimination dans différents domaines est-elle un déterminant important sur la santé mentale de ces populations, même si le racisme direct et explicite demeure peu fréquent (Rousseau, et autres, 2003). À Québec, de 20 à 25 % des réfugiés et réfugiées sont susceptibles de vivre de la détresse psychologique à la suite de traumatismes vécus (Ville de Québec, 2000).

Pendant la période 2003-2004, 33 clients et clientes ont fréquenté les services du SAPSIR, dont 16 femmes. Elles viennent de la Bosnie, du Brésil, du Burundi, de la Colombie (majorité), du Congo, du Kosovo, de Madagascar, de la Pologne et du Salvador. Six femmes avaient entre 26 et 35 ans (43 %), 5 entre 36 et 45 ans (36 %) et 3 entre 46 et 55 ans (21 %). Les raisons de leur immigration étaient, pour 94 % d'entre elles, dites « involontaires », alors que seulement 2 % sont venues au Canada de leur propre gré. Enfin, en ce qui concerne les lieux de résidence des personnes fréquentant le SAPSIR, la majorité vient des arrondissements de Limoilou (37 %), de La Cité (21 %), de Sainte-Foy-Sillery (18 %), des Rivières (18 %) et de Charlesbourg (6 %). Encore une fois, on peut constater que le portrait résidentiel ne correspond pas exactement à celui de Statistique Canada (l'arrondissement de Limoilou est ici en première position). Une des raisons pourrait être que les femmes majoritairement réfugiées ici vivent dans les quartiers les moins coûteux et que la crise du logement de 2001 a affecté cette population en la retranchant dans ces arrondissements de la ville.

Bien que les femmes immigrantes ne manquent pas de services, comme nous avons pu le constater, il a été observé cependant qu'elles ne possèdent pas encore toute l'information au sujet de ces derniers, notamment sur le fonctionnement des services publics en santé et services sociaux (Benhadj, 2004).

Cette courte analyse indique les traits socio-économiques d'une partie des femmes immigrantes de la ville de Québec. Certes, ce portrait est loin d'être complet, mais il en donne un des femmes fréquentant les organismes communautaires. Généralement âgées entre 18 et 50 ans, elles sont, pour la plupart, colombiennes, mais aussi congolaises, burundaises, bosniaques et afghanes, pour celles ayant immigré récemment. Elles sont majoritairement issues d'une trajectoire migratoire dite « involontaire » ainsi que de la catégorie « regroupement familial ».

Elles sont souvent dépendantes, soit de leur famille, soit de la société d'accueil qui leur reconnaît, somme toute, peu d'acquis (diplôme non reconnu, salaire moins élevé, etc.) et dans laquelle elles font face à un fort isolement et à une précarité économique. Les services qu'elles utilisent le reflètent, les plus fréquentés étant de type communautaire : références, cafés rencontres, cuisines collectives, ateliers de couture et tous autres services qui brisent l'isolement et qui contribuent à l'insertion dans la nouvelle société d'accueil.

Cependant, ces caractéristiques ne sont pas celles des femmes issues des communautés culturelles de la ville de Québec, mais bel et bien celles d'une grande partie des femmes fréquentant ces organismes communautaires.

3.3 Les femmes et le réseau public

De toute évidence, les femmes immigrantes fréquentent le réseau public de services de santé et de services sociaux. Cependant, les données qui reflètent les services utilisés par les communautés ethnoculturelles, dans les hôpitaux et dans les CSSS, ne sont pas compilées pour différentes raisons. En effet, toutes les femmes immigrantes ne souhaitent pas nécessairement s'identifier en tant que telles ou, alors, les intervenants et intervenantes de la santé et des services sociaux ne spécifient pas toujours dans le dossier s'ils ou si elles ont affaire à une personne issue des communautés ethnoculturelles.

Des données existent sans être le reflet du nombre d'immigrantes qui fréquentent ces services, contrairement aux données des groupes communautaires qui ne reflètent qu'une seule partie de la population les fréquentant. Par exemple, le Centre jeunesse de Québec et le programme national de santé publique Oeuf-Lait-Orange (OLO) sont deux sources de données accessibles et relativement fiables. En effet, dans le premier cas, les données sont compilées de manière systématique de la part des intervenants et intervenantes du Centre jeunesse de Québec et, dans le deuxième, les données sont recueillies aussi fréquemment que possible par les intervenantes du programme OLO. Voyons les données de ces instances plus en détail.

3.3.1 Centre jeunesse de Québec (CJQ)

Le Centre jeunesse de Québec dispense des services à des jeunes confrontés à des réalités sociales et familiales difficiles. Ces jeunes, ainsi que leur famille, vivent des problèmes à première vue insolubles, en raison de leur impact et de leur intensité ou en raison de

l'impuissance relative du jeune ou de son milieu de vie à trouver une réponse satisfaisante. Cette réponse, ils et elles l'obtiendront grâce à l'intervention professionnelle du personnel du Centre jeunesse de Québec en matière de protection des enfants et de réadaptation des jeunes. Les autres services offerts sont l'hébergement, l'adoption, les retrouvailles, la médiation et l'expertise familiales ou, encore, l'aide et le support aux mères en difficulté d'adaptation (CJQ, 2005).

Pour l'année 2003-2004, le Centre jeunesse de Québec reporte avoir intervenu auprès de 4 888 jeunes pour les divers services offerts, dont 43 filles issues des communautés ethnoculturelles, c'est-à-dire moins de 1 % de la population fréquentant ce Centre jeunesse.

3.3.2 Programme OLO

Ce programme est destiné aux femmes vivant sous le seuil de faible revenu, tel qu'il a été établi par les critères de Statistique Canada. Au Québec, une femme enceinte sur cinq vit sa grossesse sous le seuil de faible revenu. La malnutrition à laquelle ces femmes défavorisées sont exposées peut compromettre la santé de la future mère, le développement du fœtus et la santé du bébé à naître. Le programme OLO s'est développé au cours des années 1980 dans les CLSC et s'inspire de l'intervention nutritionnelle du Dispensaire diététique de Montréal (DDM). Le programme OLO permet aux femmes à faible revenu de recevoir un supplément alimentaire composé d'œufs, de lait et de jus d'orange (OLO), un supplément de vitamines et minéraux ainsi que des suivis nutritionnel, psychosocial et de santé. D'autres services ou ressources peuvent être offerts à ces familles (ex. : cuisines collectives). Au Québec, ce programme est offert par les équipes en périnatalité des CSSS.

Les familles immigrantes peuvent aussi bénéficier d'un autre programme, soit le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ce programme s'adresse principalement aux jeunes mères de moins de 20 ans et aux mères âgées de 20 ans et plus en situation d'extrême pauvreté (sous le seuil de faible revenu et sous-scolarisées). De plus, il prend en compte les caractéristiques particulières vécues par les familles immigrantes récemment arrivées au Québec, selon leur parcours migratoire et leur statut. En effet, le critère de sous-scolarisation n'est pas exigé lors de l'inscription pour ces femmes, étant donné la difficulté pour nombre d'entre elles à faire reconnaître un éventuel diplôme universitaire de leur pays d'origine. La durée du suivi sera

alors ajustée à leurs besoins. La population rejointe par ce programme peut aussi bénéficier de la mesure OLO.

Dans la région de la Capitale-Nationale, entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2004, 1 025 femmes ont été inscrites au programme au cours de la période prénatale ou postnatale. Toutefois, 78,4 % des femmes ont été rejointes en période prénatale (6 femmes sur 10 se sont inscrites dans la vingtième semaine de grossesse) et près du tiers des inscriptions était concentré sur les territoires de la Basse-Ville – Limoilou – Vanier. Près de 8 % des femmes ont abandonné le programme pour diverses raisons telles qu'une interruption volontaire ou involontaire de grossesse, un déménagement, etc. (DSP, 2003)

Pour l'ensemble des CLSC de la région, 94 femmes immigrantes ont participé au Programme OLO, dont 15 sur le territoire de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, 3 de la Haute-Ville-des-Rivières, 37 de la Basse-Ville – Limoilou – Vanier, 1 de la Haute-Saint-Charles, 10 d'Orléans, 18 de La Source et aucune sur les territoires de Charlevoix et de Portneuf (DSP, 2003). Lors de l'inscription au programme OLO, certaines caractéristiques liées à la situation psychosociale ou au réseau de soutien ont été identifiées. Les facteurs les plus fréquemment rencontrés sont par ordre décroissant : les facteurs nutritionnels (67,7 %), le stress relié à certains événements ou situations (43,8 %), l'isolement social (35,6 %) et les habitudes de vie (22 %). Dans le cas des femmes immigrantes, ce sont surtout les trois premiers facteurs qui peuvent les toucher, notamment dans le cas des femmes réfugiées.

4. Limites de l'étude

Après avoir contacté les établissements de santé de la ville de Québec (CSSS et centres hospitaliers), nous avons constaté un manque de données disponibles sur les communautés ethnoculturelles. En effet, les personnes immigrantes ne s'identifient pas toujours en tant que telles, soit par peur d'être stigmatisées, soit par crainte d'être perçues comme un poids pour la société d'accueil (Battaglini, 2000). Les demandeurs et demandresses d'asile sont particulièrement concernés. Ces derniers et dernières ont souvent la crainte que leur fréquentation des services de santé nuise à l'avancement de leur dossier et à une éventuelle obtention de leur résidence permanente. Pour ces mêmes raisons, certains d'entre eux ou d'entre elles ne fréquenteront pas du tout les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux, malgré leur éligibilité au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). De plus, sur les formulaires d'enregistrement distribués à l'accueil des établissements de santé, la

question facultative portant sur le lieu de naissance de la personne requérante de services n'assure pas de réponse correspondant à la réalité migratoire de cette dernière. Ceci explique, en partie, la raison pour laquelle la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'a pas de données colligées sur la fréquentation de nos services de santé et de services sociaux par ces communautés.

Cependant, certaines initiatives s'opèrent en ce moment dans notre réseau et sont intéressantes à souligner. Par exemple, le CSSS Québec-Sud tente de recueillir de l'information sur la population immigrante utilisant les services de santé et les services sociaux sur leur territoire (Basse-Ville – Limoilou – Vanier, Haute-Ville-des-Rivières et Sainte-Foy – Sillery – Laurentien). Le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise aussi actuellement une consultation nationale sur la fréquentation et le type de services utilisés par les immigrants et immigrantes dans les établissements de santé et de services sociaux des différentes régions du Québec (MSSS, 2005).

En raison de ce manque de statistiques différenciées disponibles dans les établissements de santé, nous avons opté pour la réalisation d'un rapport dépeignant essentiellement la réalité communautaire. Cependant, il est important de réaliser que les femmes décrites ci-dessus ne se conforment pas nécessairement aux tendances nationales décrites dans le début du troisième chapitre, parce qu'elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des immigrantes de la région et que leurs besoins et caractéristiques sont possiblement spécifiques. C'est ainsi que cette étude ne représente qu'un certain portrait des femmes issues des communautés ethnoculturelles.

5. Recommandations

Ce rapport met donc en exergue le manque criant de données sur les femmes immigrantes et sur la population en général issues de ces communautés. D'autres recherches sont présentement en cours pour refléter l'expérience de ces femmes, comme celle d'une première grossesse au Québec (Benazera, Lazure, à paraître). L'importance de l'immigration qui est en nombre croissant autant au Québec que dans la ville de Québec nous porte à croire que la collecte de renseignements devrait être systématisée et que des études devraient continuer à être menées dans la ville de Québec afin de mieux connaître les besoins de ces personnes et

de rendre ainsi nos services de santé et nos services sociaux mieux adaptés et accessibles à ces dernières.

C'est dans ce contexte que les recommandations suivantes ont été rédigées :

1. Continuer à recueillir les renseignements existants qui peuvent donner le portrait des communautés ethnoculturelles de la région (Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles, Ville de Québec, Statistique Canada), puis les compléter avec des données qualitatives issues d'études ethnologiques;
2. accepter que dans la ville de Québec, avec ses caractéristiques d'immigration, la méthodologie de recherche quantitative (portrait statistique, données de la RAMQ, etc.) ne peut être la seule source utilisée, le nombre d'immigrants et immigrantes étant trop faible. La méthodologie qualitative nuancerait un portrait réalisé sur les femmes immigrantes. En effet, il serait possible de faire participer les femmes immigrantes pour définir leurs propres besoins et le type de réponses qu'elles souhaiteraient recevoir;
3. encourager les CSSS à faire des arrimages avec les organismes communautaires à travers les projets cliniques, considérant que l'un des objectifs de ces derniers est l'accessibilité et l'adaptation des communautés culturelles et linguistiques aux services offerts;
4. consolider et développer les moyens pris afin d'informer les femmes immigrantes sur les services déjà proposés dans la région;
5. adapter les programmes populationnels aux caractéristiques des femmes immigrantes de la région, selon leurs spécificités culturelles, et faire la collecte de données des femmes les utilisant (code à introduire dans la fiche de renseignements);
6. encourager les organismes communautaires à tenir des statistiques différenciées et leur diffuser ce rapport en reconnaissant l'importance de leurs collectes de renseignements.

Conclusion

Comme il a été question dans ce présent document, le Québec accepte chaque année un nombre grandissant d'immigrants et immigrantes. Les raisons qui motivent une femme à émigrer au Québec peuvent être différentes d'une femme à l'autre, leurs trajectoires étant très diversifiées. Plusieurs données sur les femmes immigrantes ont été présentées dans ce document. Ces dernières, même si elles sont peu nombreuses, peuvent donner une idée du portrait de la population immigrante de Québec. Nous avons vu que dans la ville de Québec, il existe plusieurs organismes destinés aux communautés ethnoculturelles. Des renseignements ont été présentés sur le Centre international des femmes, Québec (CIFQ), le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI), le Mieux-Être des immigrants (MEI), la Maison pour femmes immigrantes de Québec (MHFIQ), le Centre multiethnique de Québec (CMQ) et le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR). Les femmes immigrantes fréquentent aussi le réseau public de services de santé et de services sociaux. Cependant, il est difficile d'avoir accès à des données reflétant les services utilisés, puisqu'elles ne sont pas compilées. Il a aussi été question du Centre jeunesse de Québec qui donne des services aux jeunes devant faire face à des difficultés et du programme OLO pour les femmes qui vivent en situation de précarité économique et sociale. Enfin, la faible densité ainsi que le taux de rétention difficile à évaluer de la population immigrante, dans la ville de Québec, et le peu d'outils en place pour les mesurer font en sorte qu'il est difficile, presque impossible jusqu'à maintenant, de rendre un portrait fidèle des femmes issues des communautés ethnoculturelles dans la région de la Capitale-Nationale. Cependant, des études comme la présente ou les travaux issus du comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services aux communautés ethnoculturelles qu'organise l'Agence (Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale) avec ses partenaires, ou autre comité du même type, amènent une amorce d'expertise régionale. Des arrimages entre cette direction, les établissements de santé, la RAMQ et la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale pourraient être consolidés ou créés afin de mieux connaître cette population et ses besoins en services de santé et en services sociaux et de mieux la desservir.

Bibliographie

1. ALLEN, Marie-France, et Guylaine GAGNON, *État de situation de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes issues des communautés culturelles de la région de Québec*, RRSSS, 1994.
2. BATTAGLINI, Alex, et autres, *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000.
3. BATTAGLINI, Alex, et autres, *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! – Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000.
4. BENHADJ, Lynda, *L'écart entre les besoins des personnes immigrantes et les services sociaux et psychosociaux qui leur sont offerts dans la région de Québec : barrières et défis organisationnels*, Essai de maîtrise, Université Laval, Québec, août 2004.
5. CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC, *Rapport annuel 2003-2004*, Québec, 2004.
6. CENTRE MULTIETHNIQUE DE QUÉBEC, *Rapport annuel 2003-2004*, Québec, 2004.
7. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Les conditions de vie des femmes et le développement régional et local dans la région de la Capitale-Nationale*, collection « Femmes et développement des régions », Québec, 2003.
8. CÔTÉ, Manon, *Programme OLO, Rapport annuel 2003-2004*, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Québec, 2005.
9. INSTITUT DE RECHERCHE ET DE FORMATION INTERCULTURELLES DE QUÉBEC (IRFIQ), Colloque Régionalisation de l'immigration, Le cas de la région de Québec, 16 et 17 novembre 2003.
10. JACOB, André, *L'accessibilité des services sociaux aux communautés ethniques*, Intervention, no. 74, 1987.
11. JACOB, André, et Danielle BLAIS, *Les réfugiés, tout un monde... : recension des écrits sur les politiques, programmes et services aux réfugiés*, Université du Québec à Montréal, 1992.
12. JACOB, André, et autres, *Les services sociaux dans une société pluriethnique : pistes pour l'avenir*, Éditions la Rose Blanche, Montréal, 1995.
13. LEGAULT, Gisèle, *L'intervention interculturelle*, Gaëtan Morin, Boucherville, 2000.
14. LEGAULT, Gisèle, et Myriam LAFRENIÈRE, *Femmes, migrations, interventions : une rencontre interculturelle*, Université de Montréal, 1992.

15. LE MIEUX-ÊTRE DES IMMIGRANTS, *Rapport annuel 2003-2004*, Québec, 2004.
16. MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES IMMIGRANTES DE QUÉBEC, *Rapport annuel 2003-2004*, Québec, 2004.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*, Gouvernement du Québec, 2004.
18. MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION, *Plan d'immigration du Québec pour l'année 2003*, Gouvernement du Québec, 2003.
19. MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION, *Briller parmi les meilleurs*, Plan d'action 2004-2007, mai 2004.
20. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *État de situation de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes issues des communautés culturelles de la région de Québec*, Québec, 1994.
21. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *Plan de consolidation des services 1999-2002 : consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale*, Québec, 1999.
22. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, recherche et rédaction : Josette Tardif.
23. SERVICES D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES, *Rapport annuel 2003-2004*, Québec.
24. VILLE DE QUÉBEC, *Programme d'immigration 2003 de la Ville de Québec*, 2003.

Sur Internet :

Site du Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCNUR) :

| <http://www.unhcr.ch/cqi-bin/texis/vtx/home>

| Site de Citoyenneté et Immigration Canada : <http://www.cic.gc.ca>

| Site de Statistique Canada : www.statcan.ca

| Site des centres jeunesse de Québec : www.centrejeunessedequébec.gc.ca