

# *Une ouverture pour les femmes handicapées d'origine ethnoculturelle*

L'accès et l'adéquation des services sociaux et de santé,  
constats et recommandations



**Association multi-ethnique  
pour l'intégration des personnes handicapées**



12 juin 2007

---

**«Une ouverture pour les femmes handicapées  
d'origine ethnoculturelle »**

l'accès et l'adéquation des services sociaux et de santé,  
constats et recommandations»,

Collaboration à la rédaction :

Teresa Alejandra Penafiel  
Andréanne Gignac  
Luciana Soave  
Teresa Penafiel  
Omar Lachheb  
Silvio Caddeo

Approbation :

Luciana Soave  
Directrice générale

**Association multi-ethnique  
Pour l'intégration des  
Personnes handicapées**

6462, Boul. St-Laurent  
Montréal (Québec) H2S 3C4  
Téléphone : (514)272-0680  
Télécopieur : (514)272-8530  
[ameiph@ameiph.com](mailto:ameiph@ameiph.com)  
[www.ameiph.com](http://www.ameiph.com)

ISBN : 978-2-922554-47-3

Bibliothèque Nationale du Québec, 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

Bibliothèque Nationale du Canada, 3<sup>ème</sup> trimestre 2007

## **Remerciements :**

**Condition féminine Canada**

**Office des personnes handicapées du Québec**

Page de couverture : Stéphanie Gauthier – illustration : Ari Bampos

Les illustrations de la page de couverture et dans le document ont été réalisées par des participants du programme « Je découvre... » que l'AMEIPH réalise depuis 1992 pour faciliter l'intégration sociale des adultes ayant une déficience intellectuelle, d'origine ethnoculturelles: (Atelier d'expression artistique)

Photos : [www.womenoftheworld/IGS710](http://www.womenoftheworld/IGS710)



---

## Table des matières

<b>Présentation de la directrice générale</b>	<b>P. 7</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE 1 – LA PROBLÉMATIQUE</b>	<b>10</b>
Les femmes dans d'autres pays	10
Les femmes d'ici	11
Les femmes ayant des limitations fonctionnelles	12
Les femmes issues de l'immigration	13
Les femmes ayant des limitations fonctionnelles d'origine ethnoculturelle	15
<b>PARTIE 2 – ÉTAT DE LA SITUATION : LES BARRIÈRES</b>	<b>17</b>
<b>A – Barrières d'ordre personnel</b>	<b>17</b>
<b>B – Barrières dues aux conséquences de l'immigration</b>	<b>17</b>
Vécu migratoire	18
Dépendance légale et/ou financière	18
Méconnaissance des ressources, des services, du système	19
Violence	20
Perception de la déficience	20
<b>C – Barrières d'ordre structurel</b>	<b>21</b>
Soumission à l'autorité	21
Besoins divers	22
Une problématique ignorée	22
Perceptions et préjugés	22
Femmes handicapées et la maternité	23
Pauvreté	24
Perte d'autorité	24
<b>PARTIE 3 – CONSTATS</b>	<b>25</b>
<b>A – Manque d'accès aux services</b>	<b>25</b>
<b>B – Parcours migratoire</b>	<b>26</b>
<b>C – Besoin de resautage/visibilité</b>	<b>26</b>
<b>PARTIE 4 – SOLUTIONS ET MOYENS CONCRÈTS</b>	<b>27</b>
<b>A – Information et formation</b>	<b>27</b>
<b>B - Adéquation – Moyens concrets</b>	<b>29</b>
<b>C - Resautage et visibilité – Moyens concrets</b>	<b>30</b>
<b>D - Recherche – Moyens concrets</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>33</b>

## Les femmes ne sont pas toutes pareilles

Il y a dans le pays des femmes de vieille souche  
Et des femmes qui viennent d'ailleurs;  
Des femmes bien en santé, intelligentes et très entreprenantes,  
Qui apprennent vite et veulent changer le monde pour le mieux,

Il y a aussi des femmes seules, des femmes qui subissent la violence,  
Des femmes découragées, des femmes handicapées,  
Des femmes immigrantes, des femmes discriminées,  
Des femmes qui vivent des nombreux obstacles et qui s'en sortent,  
Et des femmes qui ont besoin d'aide pour s'épanouir.

Certaines femmes sont handicapées dès la naissance  
Ou à cause d'un accident de travail,  
Ou parce que victimes de la violence,  
Ou parce qu'elles sont tombées malades.

Il y a aussi des femmes qui sont handicapées  
Par manque de services adaptés à leurs besoins spécifiques,  
Ou juste par l'ignorance humaine, laquelle n'a pas de frontières;  
L'ignorance s'adapte à n'importe quelle culture,  
Système politique ou croyance religieuse

Silvio Caddeo

Juillet 2007



---

## Présentation de la Directrice générale

Cela fait déjà plusieurs années que l'Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées (AMEIPH) a mené diverses actions concernant la problématique spécifique vécue par les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles. En 1994, en vue de la publication de son 3<sup>ème</sup> Cahier thématique, l'AMEIPH a organisé une consultation auprès des femmes handicapées qui participaient à ses activités ainsi qu'une rencontre avec des partenaires. Le Cahier « Femmes handicapées des communautés ethnoculturelles », rédigé par **Teresa Alejandra Penafiel**, a été publié en 1999, mais les femmes qui ont contribué à alimenter le contenu ont continué à se réunir régulièrement et ont formé l'actuel groupe « Femmes sans frontières ».

En 2003, un projet subventionné par **Condition féminine Canada**, coordonné par **T. Alejandra Penafiel**, a permis de rencontrer de nombreux représentants d'établissements de la santé et des services sociaux, de l'immigration et des regroupements d'organismes de femmes, des communautés ethnoculturelles et des personnes handicapées. La tournée des rencontres s'est conclue par la tenue d'une journée de travail, en novembre 2003, sur un sujet plus spécifique : l'accès des femmes handicapées aux services sociaux et de santé. Une soixantaine de partenaires, provenant de plus d'une trentaine de groupes (des ONG ainsi que des organismes et des établissements publics) ont participé à cette journée qui se voulait tout d'abord de sensibilisation sur l'importance de faire connaître les besoins spécifiques rencontrés par les femmes ayant des limitations fonctionnelles issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles.

Cette journée a été à la base de l'actuelle phase du projet, coordonnée par **Andréanne Gignac** qui avait également participé à la conception et à la réalisation du document vidéo contenant des témoignages de femmes handicapées membres à l'AMEIPH.

Pour la présente phase du projet nous avons constitué un comité ad hoc de réflexion formé de représentants d'établissements de santé, d'organismes ou de regroupements du milieu associatif et de représentants gouvernementaux qui se sont rencontrés à quelques reprises, entre septembre 2006 et janvier 2007 pour cibler des solutions visant l'amélioration de la réalité de ces femmes en matière de santé et de services sociaux.

Ces rencontres ont permis des riches discussions qui ont débouchées sur des recommandations concrètes à diffuser, se retrouvant maintenant réunies dans le présent document. «**Une ouverture pour les femmes handicapées d'origine ethnoculturelle : l'accès et l'adéquation des services sociaux et de santé, constats et recommandations**». Il reprend une partie des documents qui ont servi à illustrer la problématique et les enjeux identifiés dans les étapes précédentes.

Les deux dernières parties présentent les constats et la proposition de moyens concrets à mettre en marche qui ont été identifiés tout au long du projet, afin de pouvoir passer à l'action et viser une réelle adéquation et accessibilité des services sociaux et de santé pour les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles. Il est très important que ceux qui prendront connaissance de ces recommandations se sentent interpellés et prennent un engagement d'assumer leur propre part de responsabilité. Chacun de nous peut être une partie de la solution.

Nous tenons à remercier chaleureusement les professionnels ayant fait partie du comité, pour leur participation aux réflexions: Madame **Claire Charest**, ensuite remplacée par Madame **Josée Lacerte** (CR Lucie-Bruneau), Madame **Yasmina Chouakry** (Fédération des Femmes du Québec), Monsieur **Jérôme Di Giovanni**, ensuite remplacé par Madame **Javiera Arroyo** (ACCESSS), Madame **Maria Elisa Montejo** (Conseil des Relations interculturelles), Madame **Laetitia Muteteli** (Femmes sans

Frontières), Madame **Isabelle Mimeault**, ensuite remplacée par Madame **Lydia Assayag** (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes), Madame **Shirley Sarna** (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse), Madame **Ophélie Sylvestre**, ensuite remplacée par Monsieur **Sébastien Paquin-Charbonneau** (OPHQ), Madame **Ylenia Torres** (PRAIDA, ancien SARIMM), Madame **Martha Twibanire** (Femmes sans Frontières) et Madame **Manon Venne** (Stagiaire, CR Lucie-Bruneau). Sans leur apport, le contenu de ce document n'aurait pas été aussi riche des réflexions qui découlent des expériences de travail de ces professionnels avec les femmes, les personnes handicapées et les services sociaux et de santé.

Un remerciement particulier à **Andréanne Gignac** qui a coordonné la réalisation du projet, a animé les rencontres de consultation avec les partenaires et a collaboré à la préparation du document final avec **T. Alejandra Penafiel**.

Nous remercions également **Condition féminine** qui a financé le projet et l'**Office des personnes handicapées du Québec** pour sa contribution complémentaire.

**Luciana Soave**



---

---

## **INTRODUCTION**

Partout dans le monde, les femmes, et plus particulièrement les femmes handicapées, vivent des problèmes de discrimination, d'abus, de violence et de manque des services sociaux et de santé dont elles auraient besoins pour avoir une meilleure qualité de vie. Malheureusement, nous ne pouvons pas résoudre tous les problèmes et les discriminations du monde, mais nous pouvons accomplir quelques choses dans le but d'améliorer la condition de vie des femmes qui maintenant sont « de chez-nous ».

Dans ce document, nous parlons des femmes handicapées qui sont nouvellement arrivées, mais également des femmes d'origine ethnoculturelle qui sont devenues handicapées suite à une maladie, un accident de travail ou de la route, etc. et qui ne sont pas encore bien intégrées dans leur nouvelle société ou qui sont encore sous l'influence d'une famille qui vit encore selon les traditions et les mœurs du pays d'origine.

À notre connaissance, il n'existe pas de statistiques qui tiennent compte de l'intersectionnalité des diverses problématiques que vivent les femmes issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles et qui ont des limitations fonctionnelles. Si des personnes ne sont pas « comptées » dans la société où elles vivent, il y a des fortes chances que leurs besoins spécifiques ne soient pas considérés lors de la conception des programmes d'intervention. Afin de souligner l'importance de ne pas oublier ces personnes et sans prétendre faire un calcul statistique scientifique, nous nous permettons de donner une estimation qui peut nous donner une idée de l'ampleur de la population visée.

Au Québec, on estime la population handicapée entre 11% et 16%<sup>1</sup> dépendamment sur quel critère on se base pour définir une personne handicapée. Le pourcentage de personnes handicapées originaires d'autres pays devrait être moins élevé que celui des citoyens de naissance à cause des limitations imposées par la Loi canadienne sur l'immigration. Cependant, il pourrait y avoir un plus haut pourcentage de personnes qui deviennent handicapées à cause d'accidents, car beaucoup de nouveaux arrivants travaillent dans des fonctions plus à risque. Si nous gardons donc le même pourcentage que pour la population de souche, il pourrait y avoir entre 11% et 16% de personnes handicapées d'origine ethnoculturelle desquelles environs la moitié seraient de sexe féminin. Même enlevant les enfants, le nombre des femmes visées par ce projet, pourrait être considérable, au moins dans la région du Grand Montréal ou dans d'autres régions qui accueillent des immigrants.

---

<sup>1</sup> Les personnes ayant d'une incapacité et vivant à domicile constituent selon l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités qui a été réalisée en 1998, 15 % de la population québécoise (soit 1 086 800 personnes de tous âges) Depuis 1986, le taux d'incapacité n'a cessé d'augmenter dans la population générale : de 10 % qu'il était en 1986, il est passé à 12 % en 1991 et il a atteint 15 % en 1998. Les données de l'Enquête permettent de constater que le taux d'incapacité est plus élevé chez les femmes (16 %) que chez les hommes (14 %) . Toujours selon la même Enquête les personnes handicapées disposent de revenus inférieurs à la population sans incapacité. En effet, les adultes de moins de 65 ans sont moins nombreux (27 %) que la population sans incapacité (44 %) à bénéficier d'un revenu de 30 000 \$ et plus. La situation est similaire pour les familles avec un enfant ayant une incapacité.

Camirand, J., Aubin et al, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2001.

Le projet était axé principalement sur des aspects dans le secteur de la santé et les services sociaux. D'autres problèmes en lien avec l'immigration, l'éducation, l'intégration en emploi ou autres pourront faire l'objet d'autres réflexions de la part l'AMEIPH ou d'autres organismes concernés par la problématique et par le besoin d'apporter des améliorations.

---

## **PARTIE 1 - LA PROBLÉMATIQUE**

Cela se voit au quotidien à l'AMEIPH : les personnes handicapées des communautés ethnoculturelles vivent souvent des difficultés d'intégration et d'accessibilité aux services sociaux et de santé. Elles sont parfois négligées, oubliées ou simplement mal desservies. Mais pourquoi parler de difficultés particulières quand on pense aux femmes handicapées des communautés ethnoculturelles et à leur accès aux services sociaux et de santé? Simplement parce que trop de facteurs socialement considérés comme «fragilisant» rentrent en ligne de compte et qu'on est donc à même de se demander quelle partie de leur identité est visée par des expressions ou des actions qui les limitent, qui les blessent en tant que femmes handicapées, immigrantes, issues d'une minorité visible, parfois aussi mères monoparentales. Comment peuvent-elles faire valoir des droits qui leur sont inconnus? Comment peuvent-elles gérer le fait qu'elles ont droit à un service social ou de santé adéquat et respectueux de leurs besoins? Et surtout, comment leur offrir ces services qui répondraient à l'intersectionnalité de leur besoin?

Avant d'arriver à analyser la problématique qui fait l'objet de ce document, nous allons passer en survol certaines réalités sur la condition des femmes dans d'autres pays du monde, sur la situation au Canada, plus particulièrement au Québec, sur ce que vivent les femmes handicapées en général et celles issues de l'immigration en particulier. Nous verrons par la suite comment le cumul de différentes « problématiques » peut créer des situations où ces difficultés s'entrecroisent et s'additionnent.

### **Les femmes dans d'autres pays**

Si nous regardons la situation des femmes dans les pays industrialisés, tel que le nôtre, nous pouvons constater qu'il y a eu une grande évolution en rapport à celle de leurs grand-mères. Malgré qu'il y a encore des lacunes à combler, il faut reconnaître que le progrès et les avancements du statut de la femme, même au Québec et dans le reste du Canada, sont plusieurs et importants. Cependant, ces progrès ne se sont pas produits de la même façon partout dans le monde et même dans les pays où les droits des femmes sont le plus respectés, il reste encore beaucoup de choses à améliorer:

Si on observe certains chiffres<sup>2</sup>:

- Sur les 960 millions d'illettrés dans le monde, 2/3 sont des femmes.
- Les femmes gagnent généralement de 50 à 75 pour cent du salaire des hommes.
- Un demi million de femmes à travers le monde meurt à chaque année suite à un accouchement.
- La grande majorité des viols et autres agressions commises envers les femmes ne sont

---

<sup>2</sup> NEFT, Naomi et LEVINE, Ann D., "Where Women Stand : An International Report on the Status of Women in 140 Countries 1997-1998", Random House, New York, 1997.

- jamais déclarés ou poursuivis en cour et, lorsque qu'il y a accusation, les sentences sont légères.
- Trop peu de pays ont actuellement des leaders féminins.

Ces statistiques présentent un portrait très partiel de la réalité et ne tiennent pas compte des femmes handicapées. Il y a des différences d'un pays à l'autre et les femmes ne vivent pas dans les mêmes conditions, mais il y a un point commun, celui d'être défavorisées et discriminées par rapport aux hommes autant par leurs conditions matérielles que morales. Par exemple, dans certains pays le mari a complète autorité sur sa femme et ses enfants; les femmes ne peuvent travailler, obtenir un passeport, vendre des propriétés, obtenir un prêt bancaire ou y ouvrir un compte sans l'autorisation du mari; parfois les veuves ne peuvent hériter des biens de leur mari.

Chaque pays a sa culture avec ses valeurs, ses traditions, ses coutumes et ses lois où les citoyens ont responsabilités et ressources différentes. Chaque pays va avoir une vision différente de la femme, de sa place et de son rôle social. Les perceptions culturelles au sujet des femmes vont changer d'un pays à l'autre et risquent même de changer d'un groupe social à l'autre à l'intérieur de chaque pays; on pourrait parler de communautés culturelles stratifiées.



La place que les femmes occupent aujourd'hui, dans notre société comme ailleurs, avec les progrès qu'elles ont accompli par rapport au passé et les manques à gagner, est donc le reflet des perceptions culturelles des individus. C'est parce que ces perceptions sont enracinées dans nos comportements à tous, autant chez les personnes qui les promulguent que chez celles qui les subissent, qu'il est inutile de pointer quiconque du doigt, mais il faut regarder dans l'ensemble. Pour cette même raison, il est néfaste de fermer les yeux sur cette réalité. Ce n'est qu'en prenant conscience de nos attitudes et des conséquences qu'elles entraînent, autant pour nous que pour les autres, que nous pourrions les changer et nous approcher chaque fois un peu plus de l'égalité sociale à laquelle nous aspirons.

## **Les femmes d'ici**

Nous pouvons constater ici au Québec, dans les différentes provinces canadiennes et également au États-Unis et dans les pays de l'Union Européenne, que les femmes sont présentes dans toutes les sphères de la société, même celles qui, traditionnellement, étaient destinées exclusivement aux hommes, notamment, la médecine, la recherche universitaire, la politique, le droit, les postes de direction, les finances, etc. Malgré tout, leur présence y est encore minoritaire, souvent leur salaire est inférieur à celui de leurs collègues masculins et elles accèdent plus difficilement à des postes décisionnels. En fait, les femmes continuent de se retrouver principalement dans des rôles secondaires et sont majoritaires dans les secteurs d'activité parmi les moins bien rémunérés. Les femmes handicapées issues de l'immigration se retrouvent encore plus défavorisées.

La Charte québécoise des droits et libertés, ainsi que la Charte Canadienne des droits de la personne, garantissent l'égalité entre tous les citoyens sans égard au sexe, à la race, à la religion, à l'âge ou au handicap. Les différents paliers de gouvernement ont mis en place des lois et des programmes pour faire en sorte que cette égalité entre les citoyens soit effective. Mais si nous avons besoin de ces lois et de ces programmes, c'est que la réalité de tous les jours n'est pas conforme à notre Charte. Malgré tous nos efforts, le poids des habitudes et des préjugés est encore trop grand pour faire de l'égalité une réalité. Les groupes sociaux qui n'ont acquis certains droits que tout récemment dans l'histoire doivent encore vivre avec les limitations qu'entraîne la discrimination.

La discrimination à caractère sexuelle est un facteur qui influence tous les aspects de la vie des femmes et cela depuis leur plus tendre enfance. Que ce soit l'image d'elles-mêmes et l'estime de soi encore trop axées sur la beauté physique, le besoin constant de se surpasser au niveau académique ou dans leur travail pour être reconnues au même titre que leurs collègues masculins ou les diverses formes de violence physiques et psychologiques qui les guettent encore trop souvent et pas seulement dans les relations conjugales. D'un autre côté, beaucoup de femmes cumulent de plus en plus de responsabilités; la plupart d'entre elles ont un travail rémunéré mais souvent continuent de s'occuper seules des tâches qui leur étaient traditionnellement destinées, notamment les corvées ménagères et le soin des enfants. De plus, avec le nombre croissant de divorces, elles deviennent souvent le seul pourvoyeur du noyau familial. Tous ces facteurs contribuent à faire en sorte qu'un pourcentage important de femmes vit aujourd'hui dans la pauvreté.

### **Les femmes ayant des limitations fonctionnelles**

Les femmes ayant des limitations fonctionnelles vivent les mêmes difficultés que les autres femmes auxquelles s'ajoutent les difficultés propres aux personnes handicapées. Toutefois, jusqu'à tout récemment, le seul fait d'être considérées de véritables femmes leur était nié. En effet, la société ne les voyait que comme des « handicapées », sans distinction sexuelle.

Le mouvement de revendication des droits des femmes a commencé même avant notre siècle, celui des personnes handicapées en Amérique du Nord ne date que des années '70 et, à l'intérieur de celui-ci, les revendications des femmes handicapées sont encore plus récentes<sup>3</sup>. Les problèmes des personnes handicapées de façon générale étaient tellement lourds et urgents que ce n'est que quand leurs besoins primaires ont été mieux pris en considération que les femmes handicapées ont commencé à mettre de l'avant leur situation particulière.

Bien que les femmes handicapées ont toujours été présentes et actives parmi les groupes de défense des personnes handicapées, leurs problématiques particulières n'étaient pas prises en considération. De même, les groupes de femmes non plus ne se sont sentis interpellés par leurs revendications. Ce n'est que vers le milieu des années '80, que les femmes handicapées ont formé leurs propres groupes et qu'elles ont lentement ainsi réussi à se faire entendre dans les regroupements de personnes handicapées et dans ceux des femmes.



À cause qu'elles vivent une problématique multiple, les femmes handicapées représentent l'un des groupes de la société qui subit le plus de préjugés et pour qui les portes sont extrêmement difficiles à ouvrir. La société ainsi que leurs proches, parfois en ne leur voulant que du bien, se permettent encore aujourd'hui de décider pour elles et elles se voient trop souvent nier leurs droits fondamentaux: le droit à l'autonomie, à la sexualité, à la maternité, à l'éducation, au travail, aux loisirs, etc. Les problèmes qui en découlent sont nombreux: difficultés à se bâtir une image de soi positive, dépendance qui les rend beaucoup plus vulnérables que quiconque à la violence, de nombreux obstacles pour sortir de la pauvreté, etc. Comme nous l'avons dit, elles se retrouvent devant les mêmes enjeux

---

<sup>3</sup> DRIEDGER, Diane, «Discovering Disabled Women's History », The more we get together... Women & Disability, Canadian research institute for the advancement of women, Charlottetown, Î.-P.-É., 1990.

que les autres femmes mais leur condition de personne handicapée leur amène d'autres difficultés et d'autres attitudes négatives à surmonter.

Dans sa présentation devant le panel « Le travail c'est la santé, vraiment? » du colloque interdisciplinaire de l'université d'été intitulé « Santé des femmes et qualité de vie »<sup>4</sup> la COPHAN affirme que la situation défavorable des femmes ayant des limitations fonctionnelles, observée en 1986 et en 1991, perdure et persiste.

## **Les femmes issues de l'immigration**

Depuis la colonisation, jusqu'à nos jours, des vagues d'immigrants se sont installés dans leur nouveau pays. Les communautés ethnoculturelles qui font actuellement partie de notre société se sont formées à partir des diverses vagues migratoires. L'origine des nouveaux arrivants aux divers moments de l'histoire est le reflet des politiques canadiennes en matière d'immigration et de la situation politique ou économique des pays d'origine. Jusqu'aux années 60, les critères d'admissibilité se basaient sur des sur des préférences culturelles. La majorité des ressortissants venaient d'Europe et, au début, la préférence allait vers les individus d'origine anglo-saxonne. Ensuite, ce sont les besoins en main-d'œuvre qui ont déterminé davantage les critères d'admissibilité des immigrants. Dans les derniers 30 ans, un grand nombre de nouveaux arrivant sont issus de pays vivant des conflits et rentrent le pays en tant que requérants de statut de réfugiés.

Avec ces nouvelles dispositions le portrait des nouveaux arrivants a changé énormément. Leur diversité culturelle, linguistique et religieuse, tout comme l'augmentation des ressortissants venus du tiers-monde (moins scolarisés, souvent venus comme réfugiés et ayant vécu la guerre ou la torture) ont posé de nouveaux défis à l'intégration.

Dans le passé, les critères d'admissibilité ont eu une influence sur les possibilités d'immigration des femmes. Par exemple, le pourcentage de femmes en provenance d'Asie n'a été à un moment donné que de 19% en raison des restrictions imposées envers les ressortissants dette partie du monde. Les hommes chinois, en particulier, devaient payer une surtaxe alors que pour les femmes, l'entrée au pays était totalement interdite, même à travers le parrainage. Inversement, dans le cas des noirs, pour qui l'entrée au Canada était interdite jusqu'aux années 60, Seules les femmes en provenance des Antilles anglophones ont été admises pour pallier à une pénurie de personnel domestique en 1955<sup>5</sup>.

Les femmes immigrantes initient une nouvelle étape dans leur vie dès leur arrivée. Elles doivent faire face à un grand bouleversement pour s'intégrer dans une société où les rôles, les valeurs, les coutumes ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Dans leur pays d'adoption, elles auront à vivre dans un contexte où leurs anciens points de repère ne sont plus valables: statut social et économique, travail exercé, rôle à l'intérieur de la famille, etc.



Cette nouvelle situation peut être vécue comme un avantage pour certains et un

---

<sup>4</sup> COPHAN, Et les femmes ayant des limitations fonctionnelles?, 4 juin 2007.

<sup>5</sup> LAMOTTE, Aleyda, Situation socio-économique des femmes immigrées au Québec, Gouvernement du Québec, Direction des études et de la recherche, mai 1992.

désavantage pour d'autres, mais elle sera toujours l'objet de conflits et réajustements. Par exemple, dans les rapports d'autorité à l'intérieur des couples ou entre les jeunes et leurs parents, dans l'acceptation du nouvel statut socio-économique ainsi que dans d'autres aspects faisant partie du processus d'intégration à la société d'accueil.

Les femmes auront à vivre ce choc culturel et des changements propres à leur condition de femmes. Par exemple, dans le pays d'origine il y avait, peut-être, la pauvreté ou des conflits, mais il y avait le support social de la famille élargie, des amis, des voisins, tandis qu'ici, avec plus de services publics disponibles, les immigrantes se sentent isolées, sans le support social sur lequel elles pouvaient compter dans des situations d'urgence.

Dans beaucoup de pays, le rôle principal de la femme est encore celui de mère et d'épouse et, par la loi ou la religion ou encore par la force des traditions, elle possède moins d'indépendance et d'emprise sur son avenir. Le processus d'intégration à la société d'accueil des femmes passe par l'acceptation des nouvelles conditions de vie offertes aux femmes dans le pays d'accueil, autant par les femmes elles-mêmes, que par l'ensemble de la famille et de leur communauté. Que l'on pense aux possibilités sur le plan du travail à l'extérieur de la maison, des études, des relations homme femme, il s'agit de situations qui peuvent être à l'origine de conflits et source de changements. En effet, si on leur laisse l'opportunité, la plupart des femmes immigrantes veut apprendre la langue et s'intégrer, mais la pression et l'influence de son entourage, les responsabilités familiales qui reposent sur elles, font en sorte qu'elles se retrouvent plus marginalisées quant à l'intégration dans la société d'accueil.

Que l'on soit homme ou femme, le choc culturel et l'expérience migratoire peuvent être plus ou moins difficiles selon les conditions vécues dans leur pays d'origine ainsi que celles qui les attendent dans le pays d'accueil. Les situations de stress que vit un exilé sans ressources financières obligé de laisser les siens derrière et en danger, peut difficilement se comparer à celle d'un professionnel arrivé au pays avec un visa de résidence et un contrat de travail en main. L'intégration se fera aussi avec plus ou moins de succès selon le profil de l'immigrant (la distance culturelle qui le sépare de la société d'accueil, son statut légal, sa formation technique ou professionnelle, etc.) et selon les conditions offertes par le pays d'accueil (reconnaissance de ses droits, programmes de formation linguistique et professionnelle, soutien financier, contexte socio-économique du moment, etc.).



«...les femmes réfugiées ou immigrantes sont plus susceptibles de subir de la violence physique ou sexuelle, que ce soit par leur conjoint, les chefs des groupes de réfugiés, les travailleurs d'organismes gouvernementaux ou humanitaires, les policiers ou les douaniers...Ces femmes sont aussi plus exposées à la violence psychologique, comme les insultes ou le non respect de leurs droits fondamentaux, de leurs besoins et de leurs désirs. »<sup>6</sup> Il est évident que pour une personne handicapée, et encore plus pour une femme handicapée, les difficultés sont accrues.

Pour les femmes immigrantes, le rôle social qu'elles avaient dans leur pays d'origine influence aussi leur intégration au pays d'accueil. Pour celles dont le rôle principal est de

---

<sup>6</sup>GRANGER, Eugénie; La santé de la femme nouvellement arrivée; Le médecin du Québec, Volume 42, numéro 2, février 2007

prendre soin des enfants, elles délaissent souvent les activités en dehors de la maison comme les cours de langue et le travail. Pour ces raisons, elles prennent beaucoup plus de temps à apprendre la nouvelle langue, à se familiariser avec leur environnement et pour créer de nouveaux liens. À cause de plusieurs facteurs, certaines femmes n'apprendront pas la langue de leur nouveau pays et resteront dépendantes de leur mari ou de leurs enfants pour toute activité en-dehors de leur communauté. La perte du support de la famille élargie s'ajoute souvent aux difficultés vécues par les femmes immigrantes. Toutes ces circonstances favorisent une situation de dépendance, d'isolement et de vulnérabilité, des problèmes qui se multiplient quand il s'agit d'une femme handicapée.

La situation des femmes parrainées est peut être aggravée. Le parrainage est une formule de la Loi canadienne sur l'immigration qui permet la réunification familiale d'une personne qui a déjà reçu sa résidence permanente avec les membres de la famille encore au pays d'origine. Ce sont principalement les femmes qui en bénéficient ainsi que les enfants en bas de 18 ans et les parents âgés. En contrepartie, le parrainage crée ou renforce une dépendance de la personne parrainée vis-à-vis du garant qui est responsable du point de vue financier pour trois ans pour le conjoint et les enfants; cela peut augmenter l'isolement et exacerber les tensions familiales<sup>7</sup>. Ce statut limite l'accès à certains services, tel que les allocations pour le cours de langue ou les allocations pour services de garde, et ne permet pas d'avoir recours à la sécurité du revenu pour la durée du parrainage<sup>8</sup>. Les femmes parrainées vivent une dépendance financière mais aussi psychologique et émotive.

### **Les femmes ayant des limitations fonctionnelles d'origine ethnoculturelle**

Les femmes ayant des limitations fonctionnelles issues des communautés ethnoculturelles vivent une problématique multiple. La multiplicité et l'entrecroisement des difficultés sont à l'origine des problèmes particuliers auxquels elles sont confrontées.

Leur entrée au pays en tant qu'immigrantes, est plus difficile à cause des critères de sélection qui touchent les personnes handicapées. La loi canadienne sur l'Immigration stipule qu'une personne qui peut être un fardeau excessif pour les services sociaux et de santé ne peut être admissible en tant qu'immigrante indépendante<sup>9</sup>, ce qui limite encore

---

<sup>7</sup> Conseil des communautés culturelles et de l'immigration, « Impact du parrainage sur les conditions de vie des femmes de la catégorie de la famille », avis présenté à la Ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, Montréal, 1988.

<sup>8</sup> Collectif des femmes immigrantes du Québec, « Femmes immigrantes du Québec : l'enjeu des années 90 », Montréal.

<sup>9</sup> Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, 2001, ch.27. Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, Art 38, Section4-Interdictions de territoire, motifs sanitaires.

Art.38.

(1) Emporte, sauf pour le résident permanent, interdiction de territoire pour motifs sanitaires l'état de santé qui pourrait :

- a) Être un danger pour la santé publique
- b) Être un danger pour la sécurité publique;
- c) Entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé.

Exception

(2) L'état de santé qui risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé n'emporte toutefois pas interdiction de territoire pour l'étranger :

- a) Dont il a été statué qu'il fait partie de la catégorie « regroupement familial » en tant qu'époux, conjoint de fait ou enfant d'un répondant dont il a été statué qu'il a la qualité réglementaire;
- b) Qui a demandé un visa de résident permanent comme réfugié ou personne en situation semblable;
- c) Qui est une personne protégée;
- d) Qui est l'époux, le conjoint de fait, l'enfant ou un autre membre de la famille – visé par le règlement – de l'étranger visé aux alinéas a) à c).

l'entrée au pays des personnes ayant une déficience par crainte de la charge économique qu'elles pourraient représenter<sup>10</sup>.

Les difficultés d'intégration des immigrants vont dépendre du profil de la personne et des conditions offertes par le pays d'accueil. Dans le cas des immigrants ayant une limitation fonctionnelle, cela va dépendre aussi de la connaissance des ressources adaptées mises à leur disposition par le pays d'accueil, de la capacité de communiquer, des ressources reçues ou connues au pays d'origine, de la perception qu'on y avait du handicap dans le pays d'origine, du support de la famille, de sa volonté de vouloir réussir.

Pour les femmes handicapées issues des communautés ethnoculturelles, d'autres difficultés s'ajoutent. Leur intégration et leur épanouissement seront influencés autant par la perception culturelle du handicap que par la perception culturelle envers la femme. En fait, autant les conditions qu'elles vivaient dans leur pays d'origine que les difficultés d'intégration qu'elles auront à affronter ici vont être marquées par ces perceptions. Si les personnes handicapées n'avaient pas beaucoup de possibilités d'accéder à des programmes et services adaptés dans leur pays d'origine, ces possibilités sont encore plus restreintes pour les femmes handicapées<sup>11</sup> et une fois dans le pays d'accueil, malgré le fait que les ressources soient offertes à toutes les personnes handicapées sans égard au sexe, les femmes seront, à long terme, plus limitées par leur entourage que les hommes.

En sommes, nous pourrions dire que toutes les étapes de l'intégration vont être influencées par les facteurs culturels, religieux, psychologique, l'apprentissage de la langue du pays d'accueil, l'intégration scolaire des filles handicapées, la formation, l'insertion en emploi, l'adaptation du logement, l'accès et l'utilisation des services adaptés offerts aux personnes handicapées (réadaptation, transport adapté) et des services sociaux et de santé ainsi que l'information et la formation sur les droits économiques, sociaux et culturels qui constituent la reconnaissance juridique des besoins de base fondamentaux<sup>12</sup>.



<sup>10</sup>PEÑAFIEL, T. et SOAVE, L., «Fardeau excessif» et personnes handicapées, L'application de l'article 19(1)a de la Loi canadienne sur l'Immigration», Mémoire présenté au Groupe consultatif sur la révision de la législation, Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec, Montréal, août 1997.

<sup>11</sup> MANSURI, Fatima, " A new lease on life for disabled women? ", Disability International], Fall 1996.

<sup>12</sup> COPHAN, Et les femmes ayant des limitations fonctionnelles?, 4 juin 2007

---

## **PARTIE 2 - ÉTAT DE SITUATION : LES BARRIÈRES**

### **A - BARRIÈRES D'ORDRE PERSONNEL**

À cause des perceptions culturelles, entre un homme et une femme handicapés originaires du même pays, l'homme a plus de chance d'avoir une vie épanouie. Il aura plus d'ouverture pour être scolarisé, travailler, développer des relations sociales en dehors de la famille, avoir accès à des services spécialisés, etc. D'après notre expérience, les parents font souvent subir à leurs filles le poids de leurs perceptions. Ceci peut se traduire par l'absence des services sociaux (éducation, travail, loisirs, etc.), une limitation dans leur développement intellectuel et social et même par de la violence et de l'abus.

Il y a des situations de mariages arrangés entre les parents où on « utilise » la femme handicapée pour faire venir au pays un membre de la famille qui autrement n'aurait pas de chance d'obtenir la résidence. Dans le cas d'une jeune femme ayant une déficience intellectuelle, le mari, une fois obtenu sa résidence permanente, frappait sa femme tous les jours pour l'obliger à demander le divorce. À cause des nombreux coups sur la tête, elle a fait une commotion cérébrale et est devenue épileptique. C'est la mère qui, enfin, a fait les procédures pour le divorce.

### **B - BARRIÈRES DUES AUX CONSÉQUENCES DE L'IMMIGRATION**

Quitter son pays est un acte lourd de conséquences, certaines positives, d'autres négatives. L'immigration est un phénomène aux visages multiples, selon les circonstances dans lesquelles la personne émigre, ses particularités culturelles (âge, sexe, formation, expérience de travail, entourage, etc.), la situation socio-économique du pays d'accueil et le statut d'immigration avec lequel la personne entre au pays.

Ce dernier aspect, le statut à l'arrivée, détermine en grande partie le processus d'intégration de la personne à sa nouvelle société:

- 1) Être accepté en tant qu'immigrant indépendant lorsqu'on fait une demande dans son pays d'origine, implique se sentir accepté dès le départ, pour ses propres mérites. Cela signifie aussi un certain degré de sécurité émotionnelle dans les premiers temps. Dans ces conditions, on se sent beaucoup plus le bienvenu et en droit de demander des services.
- 2) Être parrainé implique souvent que la personne parrainée ne peut pas être acceptée pour elle-même et que quelqu'un se porte garant de sa survie économique pour une période allant jusqu'à 10 ans. La personne parrainée a tous les droits d'un résident permanent (ceci est d'ailleurs son statut de base) mais elle ne peut pas faire de demande d'aide à la sécurité du revenu pendant la période de parrainage. Cette limitation donne un pouvoir accru au garant et diminue l'autonomie de la personne parrainée.
- 3) Finalement, arriver sans statut, demandant l'asile et le statut de réfugié est un saut dans le vide : il faut prouver que les problèmes vécus dans le pays d'origine sont réels, que sa vie est en danger dans un pays qui est le sien, auquel on est souvent attaché mais qui n'est plus sécuritaire. Cette démarche de reconnaissance du statut de réfugié peut durer des années, selon la complexité du dossier et seulement après avoir été reconnue comme

réfugiée, la personne pourra initier sa demande de statut d'immigrante. Ce cheminement, qui peut s'avérer pénible, est un moment durant lequel l'instabilité peut user les forces psychologiques et émotionnelles de la personne, il peut signifier un temps de séparation des autres membres de la famille ou bien un temps dans lequel la famille ne peut ou ne veut pas trop s'investir ou s'adapter au pays, par crainte d'avoir à partir.

### **Vécu migratoire**

En général, une femme handicapée a moins de chances d'être reconnue comme réfugiée, même s'elle peut avoir plus de problèmes. Une femme originaire du Rwanda, membre de l'AMEIPH, a demandé le statut de réfugié au Canada après avoir quitté son pays dans des circonstances dramatiques. Son mari et un de ses enfants y ont été tués, elle-même a été violée et a dû se cacher pendant deux semaines dans la brousse avec ses quatre autres enfants avant d'être retrouvée par un organisme humanitaire. Les officiers d'immigration ont remis en question la véracité de son histoire à cause de sa condition de femme handicapée. Ils trouvaient absurde, qu'une femme comme elle ait survécu pendant deux semaines dans la brousse ou qu'elle ait été violée. Pendant son audience à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR), faisant preuve d'un très grand manque de sensibilité, on lui a demandé des détails, non seulement douloureux, mais qui ont été vécus comme un attentat à la pudeur.

La façon d'être traitée par un représentant officiel peut avoir un impact déterminant dans les liens que la femme sera en mesure de créer avec tout autre service gouvernemental, dont les services essentiels pour son intégration sociale et le maintien de son état de santé.

### **Dépendance légale et/ou financière**

De façon générale, les personnes handicapées sont dépendantes des gens de leur entourage qui se permettent bien souvent de décider à leur place, même pour des questions personnelles. Le parrainage renforce cette situation de dépendance aux autres, d'autant plus s'il s'agit d'une femme.

Le statut de la personne en vertu de la Loi sur l'immigration peut la placer dans un état de dépendance financière à autrui qui ne favorise pas son autonomie financière et sociale.

La personne parrainée se trouve toujours dans une situation de dépendance qui la rend encore plus vulnérable à la violence. Il peut s'agir de la violence de la part du garant mais aussi des services, de par l'indifférence dont ils peuvent faire preuve puisqu'ils ne se sentent pas strictement responsables de cette personne.

Une femme originaire du Nicaragua, se déplace en fauteuil roulant. Elle avait 55 ans quand elle a été parrainée par ses enfants. Elle a vécu 12 années de guerre dans son pays ainsi que la torture. En arrivant ici, ses enfants lui ont fait savoir qu'ils considéraient qu'ils avaient accompli leur devoir et ne se sont plus occupés d'elle. Comme on lui a refusé l'aide sociale à cause du parrainage, elle n'avait aucun moyen de subvenir à ses besoins; c'est un établissement pour personnes ayant une déficience intellectuelle lourde qui l'a prise en charge par charité. Elle a ensuite été transférée dans une institution pour personnes âgées avec des problèmes physiques ou des maladies chroniques, où certains patients se plaignaient et pleuraient toute la journée. Elle est graduellement entrée en dépression; elle



n'avait aucune déficience intellectuelle, n'était pas âgée et encore moins malade. Se voyant abandonnée par ses enfants, entourée de personnes souffrantes, sans personne avec qui communiquer, elle a finit par perdre goût à la vie.

La négligence dont ont fait preuve ses enfants et les situations qu'elle a dû vivre à cause de cela, constituent certainement une forme de violence psychologique.

### **Méconnaissance des ressources, des services, du système**

Les personnes qui arrivent dans un nouveau pays, quelles que soient les circonstances, ne possèdent pas nécessairement une connaissance du système de santé et de services sociaux, de l'organisation des services ni des programmes existants. Pour une personne handicapée, certains besoins reliés à leur incapacité, sont prioritaires: logement adapté, services de santé, services de maintien à domicile, transport adapté, interprétariat (gestuel, linguistique, culturel), etc.

L'information au sujet des services devrait provenir, d'abord, des agents d'immigration à l'étranger et ensuite des organismes d'accueil de première ligne. Aucun de ces deux niveaux ne semble être en mesure de reconnaître les besoins particuliers des personnes handicapées issues de l'immigration ni connaître les ressources disponibles, telle que, par exemple, l'AMEIPH.



Cette lacune provoque des situations de détresse, de perte, parfois, d'un temps précieux (dû à la recherche des services) ou la remise à plus tard des besoins de la personne handicapée.

Une dame nouvellement arrivée, ayant une déficience physique importante, est allée au CLSC pour la première fois après son arrivée, on lui a demandé ce qu'elle voulait. Comme elle ne connaissait pas les services disponibles, elle ne savait pas quoi demander. Elle ignorait qu'elle avait droit à des adaptations de son logement et de son milieu de travail. Elle pensait que si elle mentionnait ses difficultés au niveau de l'adaptation de son poste de travail, elle allait perdre son emploi. Aussi, culturellement, il était difficile pour elle de «demander» un service car elle a l'impression de «quémander». Elle s'attendait à ce qu'on lui « offre » les services.

La plupart des nouveaux arrivants ne connaissent pas les rouages du système social et de santé ou tout autre système liés aux services publics. Ca prend du temps pour comprendre ce qui existe, ce à quoi on a le droit, savoir qu'on peut demander et connaître ses droits de pouvoir demander. Tout cela est d'autant plus difficile quand la personne ne parle pas la langue du pays d'accueil. Les démarches deviennent encore plus complexes quand il s'agit d'une personne handicapée et, encore plus, si la personne handicapée est une femme ayant des besoins très spécifiques. Il y a des organismes d'accueil et de référence pour les nouveaux arrivants, mais pas tous les nouveaux arrivants n'y sont dirigés. De plus, si le nouveau arrivant est une personne handicapée, souvent ces organismes ne connaissent pas les organismes ou les services adaptés à leurs besoins ou ne réfèrent pas vers un autre organisme pour ne pas nuire au rapport statistique exigé par le Ministère qui subventionne en fonction du nombre de personnes desservies.

Malgré que l'AMEIPH soit active et présente dans les réseaux des personnes handicapées et des organismes ethnoculturels, les références vers ses ressources spécialisées sont très rares.

## Violence

Outre la violence sexuelle et conjugale les femmes handicapées peuvent aussi subir de la violence venant de leurs parents, parfois même de leurs enfants et sont aussi exposées à de la violence de la part des intervenants qui leur fournissent les divers services, essentiels à leur vie quotidienne. De façon générale, les femmes handicapées déclarent rarement les agressions. D'un côté, parce que les agresseurs sont la plupart du temps connus: ils sont souvent des fournisseurs de services qu'elles ont peur de perdre. D'un autre côté, parce qu'elles n'ont pas les moyens de communication nécessaires pour le faire ou quelqu'un vers qui se tourner. De plus, plusieurs disent ne pas se sentir écoutées ou même crues (!), ce qui accentue leur sentiment de peur et de honte.

« Toute personne quittant son pays d'origine pour s'établir ailleurs se trouve souvent dans une position précaire. C'est d'autant plus vrai pour les femmes qui viennent d'arriver au Canada ». <sup>13</sup> Pour les femmes handicapées issues de l'immigration ces facteurs vont être plus ou moins accentués selon la connaissance de la langue du pays d'accueil, selon le statut légal à l'arrivée (parrainées, dépendantes, réfugiées...) selon la présence ou l'absence d'un réseau d'amis ou de parents [plus grand isolement], ainsi que selon la vision que l'on a, dans leur culture d'origine, de la femme et du handicap. ».

Peu importe la forme de violence à laquelle on fait référence, aucune femme n'en est à l'abri de tout problème. Elle peut être présente dans toutes les sphères de la société. Selon les statistiques, les femmes handicapées sont plus souvent victimes de violence en raison, particulièrement, du lien de dépendance à autrui, des difficultés de communication et de l'isolement social auxquels ces femmes sont confrontées du fait de leurs incapacités.

Les femmes handicapées d'origine ethnoculturelle font très peu recours auprès des organismes d'aide contre la violence faite aux femmes. Ceci est peut-être dû au fait que les femmes handicapées qui font appel à ces services ne sont pas très nombreuses. Mais compte tenu que les femmes handicapées subissent plus souvent la violence que les autres femmes, nous pourrions nous demander si ce n'est pas le manque de ressources adaptées qui fait que la demande est moindre.

Dans le cas des femmes handicapées des communautés ethnoculturelles, la demande est encore moins présente. De ce fait, nous croyons qu'il est très difficile que des ressources, déjà débordées, développent des services adaptés aux divers handicaps et, en plus, culturellement sensibles.

## Perception de la déficience

Il n'est pas rare que la présence d'une personne handicapée dans une famille puisse être objet de honte, de résignation, d'acceptation totale de « la volonté de Dieu » ou de sa « punition » comme dans le cas d'une jeune femme avec une déficience visuelle qui ne lui permet pas de percevoir les objets plus ou moins éloignés



---

<sup>13</sup> GRANGER, Eugénie; La santé de la femme nouvellement arrivée; Le médecin du Québec, Volume 42, numéro 2, février 2007

d'elle ni les détails. Ses parents refusent de dire au reste de la parenté et aux amis qu'elle a une déficience parce que cela pourrait nuire à ses chances de faire un bon mariage. Mais elle ne reconnaît pas les gens dans la rue ou accroche des objets et passe donc souvent pour une mal élevée ou une sottise.

Une dame se déplaçant en fauteuil roulant a décidé de participer à une fête organisée par sa communauté d'origine. Le transport adapté l'a amenée assez tôt, la salle était encore vide et elle a pris place à une table au milieu de la salle. Les gens ont commencé à arriver et à prendre place dans les autres tables. Quand il n'y avait plus de tables libres, des gens sont venues prendre les chaises de la table où elle était installée. Sur quelques centaines de personnes présentes, aucune n'a pris place à côté d'elle! Depuis, elle a juré que jamais plus elle prendra part à une activité organisée par sa communauté d'origine.

## **C) BARRIÈRES D'ORDRE STRUCTUREL**

Pour les personnes handicapées issues de l'immigration, le premier noyau de contact lors de leur arrivée, est souvent celui des divers intervenants, de là l'importance des liens établis. Le bagage culturel des personnes en présence lors d'une intervention est important, qu'il se manifeste de façon consciente ou non. Ceci implique de la part de l'intervenant une écoute attentive, de la flexibilité, un cadre de référence clair, un réseau de support. De la qualité de l'intervention dépend l'avenir des relations entre l'utilisateur et le réseau des intervenants mais, d'après notre expérience, elle sera plus tard un facteur important dans l'intégration de la personne à la société d'accueil lorsqu'il s'agit de nouveaux arrivants.

Malgré les différents mouvements à travers le monde, et cela bien plus qu'un siècle, dans bien des pays le pouvoir accordé aux femmes est encore très limité. Souvent, elles ne décident pas de leur vie (mariage, voyage, travail, études, enfants), et dépendent du bon vouloir de leur entourage pour toute démarche. En plus, le système organisationnel de ces cultures, place les intervenants, ou toute personne en position d'autorité (enseignants, médecins, policiers, etc.), au dessus du reste de la population

Pour beaucoup de femmes immigrantes, et encore plus des femmes immigrantes handicapées, cette distance entre l'intervenant et le « client » se voit accentuée par le cumul de situations de vulnérabilité qu'elles vivent. Elles vont se limiter dans leurs demandes ou ne pas se sentir pas en droit de refuser certaines solutions qui ne leur conviennent pas ou qu'elles ne comprennent pas. L'intégration n'est pas juste une question d'avoir assez d'argent, mais c'est une question de posséder l'information et pouvoir faire des choix.

### **Soumission à l'autorité**

Il arrive que des personnes provenant de pays totalitaires aient une certaine crainte à questionner l'autorité, que ce soit une infirmière, un médecin ou un administrateur. Cette réticence « à questionner » une personne en charge, peut amener à des situations parfois très graves. Par exemple, une dame paraplégique est venue au Canada il y a une quinzaine d'années pour recevoir des traitements, a fini par être acceptée comme résidente permanente en tant que cas humanitaire. Dernièrement elle a eu une plaie de lit et elle a demandé et reçu les soins donnés par le CLSC. Ayant déjà l'expérience de ce genre de problème, en s'apercevant que sa plaie ne guérissait pas comme il fallait, elle a parlé avec l'infirmière. Elle lui aurait répondu que tout allait bien. Malgré sa certitude de la détérioration

de sa condition, elle n'a pas osé consulter ailleurs puisque le CLSC «devait savoir ce qu'il faisait». De plus, elle croyait avoir besoin de la référence d'un médecin pour être admise à l'urgence d'un hôpital. Elle a été hospitalisée trop tard et elle a passé de longs mois à l'hôpital pour guérir d'une greffe au lieu d'une simple plaie de lit à la maison.

### **Besoins divers**

Les situations de handicap génèrent souvent des besoins de services dans des domaines distincts et multiples. Par exemple: transport adapté, réadaptation, services médicaux. À ceux-ci peuvent s'ajouter des besoins d'ordre général comme les services juridiques, travail, logement, service de garde... Sans compter le support moral. La vie d'une femme d'origine ethnoculturelle ayant une incapacité peut à un moment donné requérir des interventions multiples pour lesquelles elle aura besoin de plusieurs organismes. Obtenir et gérer toute cette panoplie de services demande une bonne connaissance du système, une bonne débrouillardise avec la langue du pays et peut représenter un défi majeur.

### **Une problématique ignorée**

Souvent, à la base de la plupart des situations de détresse vécues par les personnes handicapées issues de l'immigration, on trouve comme source la peur de la différence et les préjugés. Pour les femmes handicapées issues de l'immigration, on trouve comme source **l'ignorance de l'existence de cette problématique**, à tous les niveaux (décideurs politiques, intervenants, chercheurs, population en général). Le facteur numérique fait en sorte que les statistiques, les recherches et les politiques ne considèrent jamais les personnes handicapées de communautés ethnoculturelles comme un groupe dont il faut tenir compte et encore moins les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles. L'ignorance n'est pas seulement un facteur présent dans les organismes de services, elle agit aussi dans les milieux d'appartenance des femmes handicapées : famille, communautés ethnoculturelles et autres.

Chacune des difficultés que les femmes handicapées issues de l'immigration rencontrent, sont autant des sources de stress qui peuvent affecter leur bien être, voir même leur santé mentale. Le milieu associatif des personnes handicapées semble aussi méconnaître les besoins spécifiques des femmes handicapées. Les actions du milieu associatif des personnes handicapées ont surtout été consacrées à la défense des droits de l'ensemble des personnes handicapées et les réalités de groupes particuliers à l'intérieur de la population même des personnes handicapées demeurent souvent méconnues.



### **Perceptions et préjugés**

Les problèmes auxquels ont à faire face les femmes handicapées issues de l'immigration, sont souvent reliés aux attitudes des personnes avec qui elles interagissent. La culture dans laquelle chaque personne grandi lui a transmis des valeurs et des idées préconçues qui, ensemble, ont formé en elle une «vision du monde», une façon de comprendre la réalité qui l'entoure, qui prédispose ses perceptions et conditionne ses réactions. Ses perceptions lui semblent logiques; par contre, les perceptions des autres, qui diffèrent de la sienne, peuvent lui paraître illogiques et incompréhensibles.

Les préjugés font partie de cette «vision du monde» que chacun d'entre nous a reçues sans nécessairement la questionner, justement parce qu'elle nous semble logique et cohérente. Nos préjugés se transforment en discrimination lorsqu'ils nous font poser des gestes qui ont pour conséquence de priver quelqu'un d'autre de ses droits ou l'atteignent dans son intégrité physique ou morale.

Personne n'est à l'abri des préjugés (ni les membres de la société d'accueil, ni les membres des communautés ethnoculturelles). Nos perceptions, puisque spontanées, sont difficiles à cerner et lentes à changer. Elles peuvent retarder l'intégration des personnes issues de l'immigration à la société d'accueil. La protection ou la surprotection peuvent être une forme de discrimination aussi. En effet, quand on pense que la personne n'est pas capable et on veut « l'aider » à tout prix, on lui empêche de progresser et de s'épanouir.

Mais pour discriminer quelqu'un, il faut se trouver en position de contrôle, il faut détenir un certain pouvoir, comme dans le cas d'un intervenant ou de la famille. Dans le cas que nous traitons, cette discrimination peut avoir lieu parce la personne :

- est une femme
- est une personne handicapée
- est une immigrante.

Les préjugés acquis au long de notre vie ont un impact dans le cadre d'une intervention. Il se peut que ces préjugés fonctionnent comme une sorte de détonateur, provoquant des réponses non adéquates de la part de l'intervenant. Une situation avec des facteurs multiples (femme, handicapée, d'origine ethnoculturelle, monoparentale) peut provoquer ce type de réponses.

### **Femmes handicapées et la maternité**

De façon générale, la maternité est pour les femmes un aspect très important de leur vie. Ici comme ailleurs, les différents enjeux de la maternité (choix d'être mère, conciliation maternité carrière, etc.) sont des préoccupations primordiales pour les groupes de femmes.

Pour certaines femmes, originaires de pays où le rôle principal d'une femme est encore d'être épouse et mère, la maternité est davantage importante. C'est à travers ce rôle qu'elles se valorisent et qu'elles sentent qu'elles sont vraiment des femmes à part entière. Selon plusieurs recherches, les femmes handicapées sont tenues à l'écart de certains aspects de leur vie de femme comme les relations sexuelles, les relations de couple et la maternité. Au Canada des préjugés subsistent encore quant à la sexualité et au mariage des personnes handicapées. La société questionne aussi la capacité des personnes handicapées de s'occuper d'un enfant, surtout dans certaines communautés qui ont la tendance à vouloir maintenir à tout prix la culture d'origine. Les réticences sont plus fortes lorsqu'il s'agit d'une femme et le seront davantage pour les femmes handicapées des communautés ethnoculturelles.

L'expérience d'une femme originaire de la Somalie, ayant des séquelles de la polio, peut nous illustrer une partie du problème. Elle est arrivée seule au Québec. Quand elle est devenue enceinte, des amis lui ont conseillé de se faire avorter. Ils l'ont même accompagnée chez le médecin pour essayer de l'influencer. Ils disaient que ce ne serait pas bon pour l'enfant parce qu'il allait être complexé d'avoir une mère handicapée et qu'elle ne serait pas capable de s'en occuper puisque elle-même avait



toujours besoin d'aide. Paulette voulait garder son bébé et, dans son cas, c'est le médecin le premier qui l'a encouragée. Deux mois avant l'accouchement tous ses amis, y compris ses compatriotes, ont disparus: ils avaient peur qu'elle ait besoin d'aide! L'accouchement s'est bien passé et, une fois chez elle, les amis sont revenus. Cette fois, c'était pour lui dire quoi faire, même pour le choix du nom du bébé, mais elle ne leur en a pas laissé l'opportunité. Son état de santé s'est un peu détérioré à la suite de la grossesse mais elle ne regrette rien. Elle était consciente des risques et c'est un choix qu'elle a fait. Le plus dur dans toute cette aventure a été d'avoir à affronter les critiques de tout le monde et la solitude qu'elle a dû s'imposer pour leur tenir tête.

### **Pauvreté**

La pauvreté est une des grandes difficultés auxquelles les femmes handicapées ont à faire face pour élever leurs enfants. Cette situation peut être encore plus grave chez les femmes handicapées issues de l'immigration, en particulier chez celles qui sont en attente de statut.

Elles sont plus démunies quand elles ont besoin d'un réseau d'entraide, leur famille étant pour la plupart dans un autre pays. Mais aussi, leurs points de repères culturels sont parfois déstabilisés et elles ne savent plus comment réagir, en particulier pour ce qui est des rapports d'autorité avec les enfants.

### **Perte d'autorité**

Pour les femmes handicapées issues des communautés ethnoculturelles, la question de l'autorité vis-à-vis de leurs enfants peut être encore plus importante que pour les autres femmes. Dans certains pays, le respect et les règles entourant le respect sont des questions bien délicates. Souvent les enfants ayant grandi ici ne comprennent pas et n'apprécient pas ces habitudes. Particulièrement pendant ce temps de révolte qu'est l'adolescence.

Une mère monoparentale, qui a perdu son mari au pays d'origine, ne sait pas trop comment réagir face à ses quatre enfants qui lui tiennent tête : «En Afrique, j'aurais un membre de la famille, un oncle, pour venir remettre les choses à leur place, ici je suis seule. À l'école ils sont des rois et des reines alors à la maison c'est pire. Les enfants disent qu'ils vont appeler la police s'ils sont frappés.»

Cette situation se produit aussi parce que les femmes ne connaissent pas bien les lois qui encadrent l'autorité parentale. Par ailleurs leurs enfants sont souvent leur pont avec la société d'accueil. Ils peuvent même être leur support quotidien pour certains besoins (épicerie, traduction, etc.) ce qui donne aux enfants un pouvoir accru par rapport à la mère.

Parfois, on a mis l'emphase surtout sur l'éducation et l'intégration des enfants, mais pas assez sur les besoins des parents ou des femmes handicapées qui ont plus de besoin de communiquer pour pouvoir mieux s'intégrer.



---

## **PARTIE 3 - CONSTATS**

### **A - Manque d'accès aux services**

***Les femmes handicapées issues de l'immigration peuvent facilement se faufiler dans le filet du système dès leur arrivée et, de ce fait, vivre des années sans services appropriés et sans même connaître leurs droits et alternatives à des situations de pauvreté, d'abus et de violence.***

Ce dérapage pouvait être dû à divers facteurs, certains attribuables :

- 1) Aux difficultés auxquelles sont confrontées les femmes handicapées elles-mêmes et leur entourage ainsi que le manque de services offerts par les communautés ethnoculturelles.
  - a) La perception culturelle du handicap et des femmes parmi les groupes ci-haut mentionnés, ainsi que l'image qu'ils ont des possibilités et droits des personnes handicapées en général et des femmes en particulier.
  - b) À part les actions de l'AMEIPH, il y a une absence d'information des organismes et des personnes des communautés ethnoculturelles sur les droits des personnes handicapées et les services spécifiques offerts à ces personnes.
  - c) Le manque d'accessibilité ou d'adaptation de l'information pour les femmes handicapées issues de l'immigration (considérant la diversité dans la connaissance des langues officielles ou du degré d'alphabétisation) l'accès aux lieux où l'information est offerte, ceci selon le type de limitation (physique, sensorielle ou autre) et finalement, la capacité — physique, psychologique, culturelle — de la femme pour demander et chercher de l'aide.
- 2) À la culture organisationnelle et aux limites avec lesquels travaillent les intervenants du réseau des services sociaux et de santé
  - a) Le manque de préparation et de support des intervenants pour faire face à des cas complexes (intersectionnalité), la difficulté de connaître l'ensemble des services qui peuvent répondre aux besoins multiples des femmes handicapées issues de l'immigration et le manque d'habitude à travailler en concertation, donc pour offrir des références qui les aideraient dans leur intervention.
  - b) Les préjugés dont ils sont porteurs (comme tous les individus d'une société) en rapport à des situations telles que la maternité d'une femme handicapée immigrante, à leur capacité de jugement devant certaines situations et même aux droits qu'elle peut avoir.



- c) L'inadéquation des services due à une culture organisationnelle dont les balises des services sont structurées à partir des besoins de la majorité d'origine francophone ou anglophone.
- d) Les restrictions posées aux intervenants dans leurs interventions par les codes d'étiquette, les quotas et les exigences de temps.

## **B - Parcours migratoire**

**De façon générale, les intervenants des services sociaux et de santé ne sont pas au courant du parcours migratoire des femmes handicapées qu'ils reçoivent. Pourtant, l'impact du vécu migratoire et les difficultés reliées à celui-ci ont été étudiés par divers chercheurs pour l'ensemble des personnes immigrantes mais pas spécifiquement pour les femmes immigrantes ayant des limitations fonctionnelles.**

- 1) Plusieurs femmes handicapées immigrantes arrivent au Canada en tant que « personne parrainée » ou « requérante du statut de réfugiée » ces deux catégories les rendent davantage dépendantes et vulnérables.
- 2) Les intervenants des organismes et services d'accueil, dont le support serait primordial à l'intégration des femmes handicapées, méconnaissent la problématique des femmes handicapées issues de l'immigration, ce qui rend très ardue leur insertion et leur approvisionnement de la nouvelle société.

## **C - Besoin de réseautage/visibilité**

**En intervenant auprès des femmes handicapées issues de l'immigration on doit faire face à des situations à facettes multiples ce qui implique que les intervenants devraient se mettre en lien avec des réseaux parallèles qui ne communiquent pas de façon spontanée.**

Ce constat a permis d'identifier les besoins suivants :

- 1) Le besoin d'élaborer un plan d'action pour des cas spécifiques et complexes.
- 2) Le besoin que d'autres groupes concernés supportent L'AMEIPH et les membres du groupe «*Femmes sans frontières*» dans leur effort de sensibilisation et de représentation auprès des instances décisionnelles ainsi que des groupes d'action et d'intervention.
- 3) Le besoin d'une plus grande sensibilisation des organismes des communautés ethnoculturelles qui ne se sentent pas concernés par la problématique des personnes handicapées et qui pourraient devenir des collaborateurs précieux dans la sensibilisation de leur communauté respective.
- 4) Le besoin d'une meilleure collaboration et écoute entre les milieux public et communautaire ainsi qu'une reconnaissance (financière et participative) de ces derniers.

---

## **PARTIE 4 - SOLUTIONS ET MOYENS CONCRETS**

### **A - INFORMATION & FORMATION**

L'information est le point de départ pour un accès véritable aux services sociaux et de santé. Il faut donc que les femmes handicapées issues de l'immigration et leurs proches (qu'elles soient nouvellement arrivées ou non), soient mieux informées sur les services offerts aux femmes, aux femmes immigrantes et aux personnes handicapées et ce dès leur arrivée, quant aux services existants et auxquels elles ont droit. Cette information doit inclure le droit aux plaintes quant aux services reçus et aux moyens pour les formuler. Les plaintes sont l'outil d'expression de la demande ou des besoins de la population, elles peuvent donc, assurer l'adéquation des programmes et services.

Également, les organismes d'accueil et d'aide aux immigrants, devraient connaître les ressources et les services concernant les femmes et les personnes handicapées.

De leur part, les intervenants du réseau de services sociaux et de santé, se doivent d'être informés et formés sur les ressources d'aide aux immigrants et pour les personnes handicapées ainsi que sur les nouvelles réalités avec lesquelles ils devront travailler et plus particulièrement sur les difficultés auxquelles peuvent faire face les femmes handicapées issues de l'immigration.

### **L'INFORMATION**

- 1) Pour les femmes qui immigreront, l'information devrait leur être fournie lors de leur arrivée au pays ou lors de leurs premières démarches auprès des organismes d'accueil. (il faut considérer, entre autres, qu'elles ne peuvent pas demander l'information ou des services dont elles ignorent l'existence).
- 2) Pour les femmes vivant déjà au Canada l'information devrait être offerte dans les lieux qui peuvent les rejoindre et passer par la sensibilisation :
  - a) des diverses communautés ethnoculturelles et leurs organismes de service (notamment, les organismes communautaires, les églises, les écoles ainsi que des groupes de femmes);
  - b) des familles des femmes handicapées et des femmes elles-mêmes.

### **MOYENS CONCRETS**

#### Pour les femmes nouvellement arrivées

- 1) Que les agents de l'immigration et les organismes d'accueil des nouveaux arrivants diffusent l'information sur les ressources et services pour personnes handicapées, et plus spécifiquement pour les femmes handicapées, aux points d'entrée au pays et ce, dans un langage simple et autant que possible, dans la langue d'origine de la femme et sa famille.

- 2) Que le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles bonifie le document intitulé «Carnet de route – Apprendre le Québec», en y insérant des données et ressources pour les personnes handicapées et pour les femmes ayant des limitations fonctionnelles issues de l'immigration.

#### Pour les femmes vivant déjà au Canada

- 1) Que le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, dans le cadre de son mandat et de concert avec l'OPHQ, voit à la diffusion de l'information déjà existante, pour faire connaître aux femmes handicapées issues de l'immigration les droits, ressources et services offerts aux femmes et aux personnes handicapées au Québec.
- 2) Que les regroupements de communautés ethnoculturelles, ceux des personnes handicapées et ceux des femmes, ainsi que les CSSS collaborent avec l'AMEIPH, afin d'arriver à une plus grande concertation dans les actions d'information et de sensibilisation et d'obtenir une meilleure adaptation des services nécessaires aux femmes ayant des limitations issues de l'immigration.
- 3) Que les intervenants du système de santé et des services sociaux informent les femmes handicapées issues de l'immigration sur les services auxquels elles ont droit ainsi que sur les ressources disponibles en matière de plaintes, telles que le Centre d'aide et d'accompagnement aux plaintes dans le réseau SSS et le Conseil pour la protection des malades. Cette mesure permettrait aux femmes d'indiquer clairement leurs besoins d'accommodement et ce, afin que les services offerts soient de plus en plus adaptés.
- 4) Que les organisations et regroupements des communautés ethnoculturelles intègrent à leurs actions la réalité des personnes handicapées en tenant compte des besoins particuliers des femmes handicapées.

#### **LA FORMATION**

Le système de santé et des services sociaux offre aux intervenants une formation sur l'intervention interculturelle. Elle devrait inclure la problématique multiple « handicap+immigration » ainsi que des outils d'intervention adaptés aux réalités des femmes handicapées issues de l'immigration en vue d'amener ces femmes vers une plus grande autonomie. Cette formation devrait être offerte à tous les niveaux (administrateurs, chef de services et intervenants sociaux ou autre) dans les établissements publics du milieu de la santé et des services sociaux.

#### **MOYENS CONCRETS**

- 1) Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et chaque établissement du réseau, assurent la mise en place de moyens et de mesures pour :
  - a) Intégrer la double problématique « handicap + immigration » en général et la réalité des femmes handicapées issues de l'immigration en particulier aux programmes de formation déjà en place.
  - b) Faciliter les conditions de travail des intervenants (temps d'intervention, formation et autres) pour qu'ils soient en mesure d'intervenir avec les femmes handicapées des

communautés ethnoculturelles dans un climat adapté à leur rythme et à leurs besoins.

- 2) Que les départements universitaires concernés (Travail social, Médecine, Psychologie, Éducation, et autres branches connexes) :
  - a) Reconnaittent l'importance d'intégrer dans leurs différents programmes, des séminaires sur la problématique « handicap+immigration », incluant la problématique des femmes handicapées issues de l'immigration.
  - b) Encouragent la création de liens entre divers certificats existants, tels que «Déficience intellectuelle», «Intervention interculturelle» et «Intervention féministe» afin de former des professionnels polyvalents pour une société pluraliste.
- 3) Que les corporations professionnelles reconnaissent l'intérêt d'avoir des formations spécifiques concernant des problématiques nouvelles, telles que la problématique «handicap+immigration» et celle des femmes handicapées issues de l'immigration en particulier.

## **B - ADÉQUATION**

Étant donné que les services sociaux et de santé ont été créés pour une clientèle homogène et qu'ils sont offerts par des intervenants ne connaissant pas nécessairement les réalités des groupes minoritaires, tels que les femmes handicapées issues de l'immigration; le système n'est pas en mesure de répondre adéquatement à leurs besoins (culture organisationnelle, codes d'éthique, quotas, exigence de temps, etc.). Pour ce faire, il faudrait changer certaines façons de faire, avoir une meilleure adéquation des services et une adaptation de l'intervention. Il faudrait aussi être à l'écoute des informations autres que celles issues du système. En ce sens, le milieu communautaire est une source importante de documentation « terrain », qui n'est pas nécessairement bien utilisée ou reconnue.



## **MOYENS CONCRETS**

- 1) Que les intervenants des services de santé et des services sociaux publics et des organismes communautaires, considèrent l'importance d'offrir un accompagnement plus soutenu aux femmes handicapées issues de l'immigration dans leurs démarches en tenant compte des barrières intersectionnelles qu'elles peuvent rencontrer et en considérant la capacité de chaque femme à demander et chercher elle-même de l'aide.
- 2) Lorsque la réponse aux besoins d'une femme implique d'autres organismes et lorsque la femme aurait donné son consentement à priori à cette démarche:  
Que les établissements de santé et des services sociaux assouplissent leur régime de confidentialité dans le but de limiter au maximum l'intervention en silo.
- 3) Que les équipes d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu associatif soient vigilants quant à l'importance d'avoir une vision globale des besoins des femmes immigrantes handicapées et qui tient compte de son entourage (époux, enfants, famille élargie).

## **C - RÉSEAUTAGE & VISIBILITÉ**

Étant donné que le travail auprès des femmes handicapées issues de l'immigration représente une situation à facettes multiples (intersectionnalité) qui requière la participation d'intervenants de différents milieux, il est essentiel qu'il existe des liens de concertation entre les ressources qui travaillent sur l'un ou l'autre des aspects de la problématique; que ce soit entre les diverses organisations du milieu associatif ou entre ceux-ci et le réseau publique des services sociaux et de santé (voir aussi Solution 2, point B).

D'un autre côté, à chaque fois que l'on développe une ressource, que l'on réforme les ressources existantes ou que l'on développe des politiques les concernant, il faudrait faire valoir l'importance de tenir compte des réalités des groupes minoritaires, tels les femmes handicapées issues de l'immigration.

### **MOYENS CONCRETS**

- 1) Que le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, par l'entremise du Conseil du statut de la femme et de concert avec l'Office des personnes handicapées, fasse appel à l'expertise de certains organismes qui travaillent pour améliorer la condition des femmes handicapées, incluant celles issues de l'immigration, tels que l'AMEIPH, dans toute démarche qui les concerne (changement de lois, création ou changement de programmes et services, etc.).
- 2) Que le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, par l'entremise du Conseil du statut de la femme et de concert avec l'Office des personnes handicapées intègrent cette problématique aux activités organisées à l'occasion de journées thématiques comme la journée internationale des femmes ou la semaine des personnes handicapées. Ces actions permettront de d'éveiller les milieux concernés à l'existence de ce groupe de femmes et, à plus long terme, favoriser le développement d'un réseau de partenaires prêts à mettre de l'avant les intérêts des femmes handicapées issues de l'immigration

## **D - RECHERCHE**

Étant donné l'absence de données précises sur la problématiques des femmes handicapées issues de l'immigration (ne serait-ce qu'au niveau de leur poids démographique), il est difficile que les instances décisionnelles les prennent en considération, que ce soit au moment de développer des politiques ou des ressources. Il est donc nécessaire de produire ces données en menant une recherche sur les femmes handicapées issues de l'immigration ou en insérant cette réalité particulière à l'intérieur d'une recherche plus générale concernant la santé des femmes handicapées et/ou celle des femmes immigrantes. Les résultats de ces recherches devraient être diffusés aux organismes qui travaillent pour les droits des femmes et pour l'amélioration de leurs conditions de vie y compris l'AMEIPH.

### **MOYENS CONCRETS**

- 1) Que les centres de recherche des universités, de certains CSSS et de la Santé publique ou des chaires de recherche d'hôpitaux travaillent à la réalisation de recherches concernant les personnes handicapées des communautés ethnoculturelles et/ou plus spécifiquement sur les femmes handicapées d'origine ethnoculturelle.

- 2) Que Statistiques Canada intègre cette triple problématique aux informations demandées lors des recensements auprès de la population actuelles afin d'obtenir les données nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux groupes concernés de les utiliser à des fins scientifiques en vue d'améliorer les services.
- 3) Que les gouvernements fédéral et provincial soutiennent de façon spécifique, par une meilleure reconnaissance financière, les organismes communautaires qui travaillent avec les femmes ayant des limitations issues de l'immigration, et pour leur inclusion dans les recherches et la planification des solutions.
- 4) Que le Conseil du statut de la femme et l'Office des personnes handicapées, dans le cadre de leur mandat, effectuent des études et des recherches à même de documenter et d'illustrer les conditions d'accès des femmes handicapées d'origine ethnoculturelle aux services sociaux et de santé et de proposer des actions visant l'amélioration de leur situation.

---

## **CONCLUSION**

Une société peut être considérée humaine et progressiste dans la mesure qu'elle intègre ses minorités, surtout celles qui sont les plus défavorisées. Cela implique que dans les lois, les programmes, les planifications des ressources et la mise sur pied d'activités et services, elles soient incluses en tout temps.

Depuis 1981, l'Année internationale des personnes handicapées, beaucoup a été fait dans divers pays et au Québec pour faire en sorte que les personnes ayant des limitations fonctionnelles soient incluses dans toutes les sphères de la société. Cependant, il reste encore des grandes étapes à franchir avant que l'inclusion totale soit une réalité, ceci sans vouloir minimiser les nombreux efforts accomplis tant au niveau des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux que dans les secteurs publics, privés et communautaires.

D'une autre part, l'immigration est une force pour l'avenir des pays industrialisés qui cherchent de combler le déclin des naissances, le vieillissement de la population et le manque de main d'œuvre par le recrutement de plus en plus d'immigrants. Telle est le cas aussi pour le Québec, dont le gouvernement reconnaît que cet accueil n'est pas seulement un geste de générosité envers les plus démunis et qu'accepter des immigrants implique autant la responsabilité citoyenne du nouveau venu, que la responsabilité de la part du pays d'accueil<sup>1415</sup>.

Il faut considérer que l'émigration le plus souvent, est un acte douloureux pour les gens qui quittent leur pays à cause de conflits, de pauvreté, de calamités naturelles ou qui cherchent un meilleur avenir pour eux et leurs enfants. Ces personnes reçoivent des services comme le reste de la population (mis à part les services d'accueil) mais, il faudrait se demander si les institutions et les

---

<sup>14</sup> «Au Québec pour bâtir ensemble», Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec.1991. (Annexe 1)

<sup>15</sup> « Des valeurs partagées, des intérêts communs, Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec », Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Plan d'action 2004-2007, mai 2004. . (Annexe 1)

organismes des services publics, privée et communautaires du pays d'accueil sont préparés à recevoir des personnes avec des cultures, des coutumes et des langues si différents, qui souvent ne parlent pas la langue du pays d'accueil et semblent avoir de la difficulté à s'intégrer dans leur nouvelle société.

En ce sens, les femmes immigrantes vivent des difficultés accrues dans leur processus d'intégration et d'obtention de services à cause de la perception du rôle de la femme du pays d'origine et la difficulté, surtout des mâles, à s'adapter au concept d'égalité des sexes promu par leur nouveau pays.

Encore là, des efforts considérables ont été faits tant par les décideurs que par les dispensateurs des services publics quoique des barrières de communication, des préjugés, de la discrimination, voir même du racisme et du sexisme soient encore présents.

Dans le cas où l'immigrant est une personne handicapée, les difficultés à s'intégrer et à s'adapter dans le nouveau pays augmentent et elles se multiplient si cette personne est une femme. Ces femmes, une minorité parmi deux minorités, souvent ignorées même dans leur propre communauté du pays d'origine, ne sont pas reconnues de façon concrète, dans toute loi, toute politique, tout programme ou tout service public. À vrai dire, leur existence, leurs difficultés ou besoins spécifiques sont généralement ignorés.

Ce document, avec son bref portrait de la situation et ses propositions de moyens de solution, se veut un outil de réflexion pour toute personne, professionnel, intervenant, décideur, chercheur ou simple citoyen qui considère qu'il est de son devoir d'agir afin que cette société, qui se veut humaine et respectueuse des droits de tous ses membres, reconnaisse l'existence d'un groupe minoritaire parmi les minorités – les femmes handicapées issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles – et commence, dans son propre milieu, à faire la différence.



---

## **ANNEXES**

### **Annexe 1**

14- Un contrat moral garant d'une intégration réussie : « Comme il vient d'en témoigner, le Gouvernement est convaincu que l'immigration est un facteur nécessaire et un atout pour relever les grands défis démographique, économique, linguistique et socioculturel que doit relever le Québec à l'aube des années quatre-vingt-dix. Il est cependant tout aussi conscient que l'apport de l'immigration à l'atteinte de ces objectifs, le succès du projet migratoire de chaque individu de même que le maintien de rapports harmonieux entre les Québécois de toutes origines dépendent du degré d'intégration et de participation des immigrants et de leurs descendants à la société québécoise. C'est pourquoi les deux volets de la présente politique - l'immigration et l'intégration - doivent être considérés comme indissociables. De plus, étant donné que l'immigration constitue un privilège qu'accorde la société d'accueil, il est légitime qu'elle fasse connaître ses attentes aux immigrants, si possible dès l'amorce du projet migratoire, afin que ceux-ci apprennent graduellement à les partager. De même, la société québécoise doit-elle prendre davantage conscience des obligations que lui impose son propre projet démocratique à l'égard des citoyens de toutes origines qui la composent. »

**Au Québec pour bâtir ensemble**, Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec.1991.

15- « L'immigration est la rencontre d'un projet individuel et d'un projet collectif. Il s'agit donc, d'une part, de la quête d'un avenir meilleur pour une personne ou une famille et, d'autre part, de la volonté ferme d'une société d'accueillir des personnes pouvant contribuer à sa croissance démographique, à son développement économique et social, à son dynamisme linguistique et culturel ainsi qu'à son ouverture sur le monde.

Cette rencontre représente un défi majeur pour l'immigrant et la société d'accueil. Car sous le défi commun de l'intégration réussie de l'immigrant se trouvent, à la fois, l'avenir de la personne immigrante et de sa famille et, en grande partie, celui d'une société qui, comme le Québec, est aux prises avec des enjeux démographiques, linguistiques et économiques fondamentaux. La responsabilisation de tous les acteurs de cette rencontre s'impose d'emblée comme une condition de réussite :

La responsabilisation de l'immigrant lui-même, qui est le principal acteur d'un parcours devant le mener à une intégration harmonieuse au sein de la société d'accueil.

L'immigrant doit s'adapter à son nouveau milieu de vie, apprendre la langue française, respecter les valeurs fondamentales de la société qui l'accueille, devenir rapidement autonome et apporter sa contribution au développement du Québec;

La responsabilisation de la société dans son ensemble, qui doit clairement manifester son appréciation de l'apport des nouveaux arrivants et de leur contribution à l'enrichissement de la culture québécoise et qui doit faire preuve d'ouverture à la diversité.

## Les partenaires

Pour mettre en œuvre ce plan d'action et faire en sorte que les immigrants atteignent leur plein potentiel, le gouvernement ne peut agir seul. L'intégration réussie des immigrants relève en effet de tous les acteurs qui interviennent, de près ou de loin, auprès des personnes immigrantes ou des Québécois des communautés culturelles. L'immigrant et la société d'accueil dans son ensemble doivent donc être mobilisés et être parties prenantes de la réalisation du présent plan d'action. Ils font partie non seulement de la clientèle visée, mais aussi des partenaires de sa réalisation. En ce sens, un partenariat renouvelé et élargi sera proposé dans les différentes régions du Québec.

Le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI), à titre de responsable de l'immigration, de l'intégration des immigrants et de la promotion de relations interculturelles harmonieuses, entend assumer, au nom du gouvernement, un leadership fort et bien défini. Le plan d'action interpelle également l'ensemble des ministères et des organismes du gouvernement québécois ainsi que toutes les composantes de la société pour faire en sorte que les objectifs poursuivis, qui ont fait l'objet de consensus répétés, soient atteints le mieux et le plus rapidement possible.

La société d'accueil compte un grand nombre d'intervenants dont les rôles et les moyens sont très diversifiés et dont l'apport à l'accueil et à l'intégration des immigrants ainsi qu'au développement d'une société dynamique et ouverte peut être varié et important. »

**Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.** « Des valeurs partagées, des intérêts communs, Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec », Plan d'action 2004-2007, mai 2004

## Annexe 2 - Références

Camirand, Jocelyne., Aubin et al. 2001. Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Québec: Institut de la statistique du Québec.

Canada. Ministère de la Justice. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, [site Web], accessible à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/fr/ShowTdm/cs/l-2.5//fr>

Collectif des femmes immigrantes du Québec. 1990. « Femmes immigrantes du Québec : l'enjeu des années 90 ». Montréal

Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec. Juin 2007. « Et les femmes ayant des limitations fonctionnelles? ». Présentation de la COPHAN au panel « Le travail c'est la santé, vraiment? » du colloque interdisciplinaire de l'Université d'été intitulé « Santé des femmes et qualité de vie »

Conseil des communautés culturelles et de l'immigration. 1998. « Impact du parrainage sur les conditions de vie des femmes de la catégorie de la famille ». Avis présenté à la Ministre des Communautés culturelles et l'Immigration du Québec, Montréal.

Driedger, Diane. 1990. « Discovering Disabled Women's History », The more we get together... Women & Dis/ability. Canadian research institute for the advancement of women, Charlottetown.

Granger, Eugénie. Février 2007. « La santé de la femme nouvellement arrivée » Le médecin du Québec, Volume 42, n 2.

Lamotte, Aleyda. 1992. « Situation socio-économique des femmes immigrées au Québec ». Gouvernement du Québec, Direction des études et de la recherche.

Mansuri, Fatima. «A new lease on life for disabled women? », Disability International, Fall 1996, p19-20.

Neft, Naomi et Levine, Ann D. 1997. «Where Women Stand : An International Report on the Status of Women in 140 Countries 1997-1998». Random House, New York.

Penafiel, Teresa. et Soave, Luciana. Août 1997. «Fardeau excessif» et personnes handicapées. L'application de l'article 19(1)a de la Loi canadienne sur l'immigration», Mémoire présenté au Groupe consultatif sur la révision de la législation, Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec, Montréal.