



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

ÉTUDE CONTEXTUELLE SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS L'IIYIYU ASCHII

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

ÉTUDE CONTEXTUELLE SUR LES SERVICES
DE SANTÉ MENTALE DANS L'IIYIYU ASCHII

DIRECTION RECHERCHE, FORMATION ET DÉVELOPPEMENT

FÉVRIER 2008

Auteurs

Lily Lessard, inf. M.Sc. agente de recherche
Unité de santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Denise Aubé, M.D. M.Sc. FRCPC
Direction Système de soins et services,
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Avec la collaboration de

Jocelyne Gagné, chef de programme de santé mentale (PSM)
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Daisy Ratt, assistante-chef du PSM
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Jill Torrie, M.Sc. directrice des services spécialisés
Département de la santé publique,
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Odile Bergeron, M.A. agente de recherche
Unité de santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Martine Drolet, inf. B.Sc. responsable des programmes santé sexuelle et santé mentale
Département de la santé publique,
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Révision et validation

Sylvie Muller, secrétaire
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier de la direction Système de soins et services de l'INSPQ et du CCSSSBJ (PSM).

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-52213-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-52214-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les participants des groupes de discussion organisés à Chisasibi le 14 novembre 2006 et à Mistissini, le 16 novembre 2006. Leurs témoignages ont été essentiels à la bonne compréhension des services de santé mentale de leur région. Nous voulons également souligner l'apport considérable de la répondante locale, madame Jocelyne Gagné, qui a grandement facilité notre séjour dans l'Iiyiyiu Aschii, ainsi que celui de la répondante régionale, madame Jill Torrie, de la direction de santé publique du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ).

Quelques personnes ont contribué à enrichir nos connaissances concernant cet état de situation. Nous remercions particulièrement madame Daisy Ratt, qui nous a généreusement fait part de son expérience, et madame Eloïse Ballou [1] pour le travail de grande qualité qu'elle a réalisé à l'été 2006. Madame Ballou, engagée comme stagiaire grâce au financement du département de santé publique du CCSSSBJ, a procédé à une revue des différents rapports réalisés ces dernières années en lien avec la santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii. Sa synthèse intitulée « Mental Health Program Synthesis of its evolution since 1993 and Recommendations for the future » a été d'une grande utilité pour notre compréhension de la situation. Certaines citations utilisées dans ce rapport proviennent de cet ouvrage. Merci également au Dr Keith Best, agent de recherche en planification et programmation au CCSSSBJ, pour ses précieux conseils.

En terminant, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance au CCSSSBJ et au Programme de santé mentale (PSM) pour leur contribution à rendre notre passage dans l'Iiyiyiu Aschii des plus agréables.

Lily et Denise

AVANT-PROPOS

Le projet Dialogue est un programme de recherche qui s'intéresse aux facteurs organisationnels et contextuels influençant la qualité des services médicaux de première ligne, offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux, par les équipes des centres de santé et de services sociaux (CSSS). D'une durée de quatre ans, il vise notamment à évaluer les effets du nouveau Plan d'action en santé mentale 2005-2010 [2] (PASM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec : « La force des liens ». Les changements préconisés doivent s'ancrer au cœur des nouvelles réformes ayant conduit à la formation des CSSS et à la mise en place de réseaux locaux de services (RLS). Ce programme de recherche est mené par la D^e Louise Fournier, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à titre de chercheure responsable et par le D^r André Delorme du MSSS, à titre de décideur partenaire. Plusieurs autres chercheurs collaborent à la réalisation du projet. Initialement, celui-ci ciblait 15 CSSS ainsi que leurs réseaux locaux de services.

À l'été 2006, l'Unité de santé des Autochtones de l'INSPQ, en partenariat avec le CCSSSBJ et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN), demande l'extension de ce programme de recherche aux régions nordiques des « Terres-Cries-de-la-Baie-James » et du « Nunavik ». Cette démarche est motivée par les constats formulés par les partenaires de ces régions et documentés dans les écrits scientifiques : l'accessibilité aux services de santé et la continuité des soins pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale vivant dans les communautés autochtones et inuites éloignées des grands centres sont sous-optimales pour des raisons géographiques, culturelles et organisationnelles. Dans le contexte où le PASM suggère de mener des travaux supplémentaires visant son adaptation aux différents groupes culturels du Québec, ce programme de recherche offre l'opportunité d'y contribuer. Le but poursuivi est d'identifier les approches et les structures organisationnelles les plus appropriées pour favoriser l'accès aux services et la continuité des soins aux personnes des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik vivant avec des problèmes de santé mentale.

Le programme de recherche comporte quatre volets, soit une étude contextuelle (2006-2007), une étude organisationnelle (2007), une étude clientèle (2008-2009) et un volet échange de connaissances qui se réalisera tout au long du programme. Le projet possède un site Web opérationnel : www.inspq.qc.ca/dialogue. Faisant suite aux entrevues de groupe réalisées à l'automne 2006, ce rapport présente les résultats de l'étude contextuelle dans l'Iiyiyiu Aschii. Un rapport distinct présentera ceux du Nunavik.

FAITS SAILLANTS

1. La santé mentale est identifiée comme une priorité d'intervention du CCSSBJ depuis plusieurs années.
2. Le manque d'infrastructure dans les communautés pour les personnes en situation de crise, le manque d'hébergement supervisé pour la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale sévères et le peu de logements pour le personnel contribuent à augmenter les transports des clients à l'extérieur de l'Iiyiyiu Aschii et augmentent les risques que la clientèle soit perdue de vue.
3. Les jeunes et les femmes doivent être prioritairement ciblés par le PSM. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale grave devraient également bénéficier d'un meilleur suivi visant leur réintégration sociale.
4. Plusieurs facteurs peuvent affecter la santé mentale des Eénous : la discontinuité culturelle, le manque de logement, la consommation de drogues et d'alcool, la prévalence élevée de maladies chroniques, le manque d'activité. Un programme en santé mentale doit adopter une approche globale pour intervenir sur ces déterminants.
5. Les activités de promotion et de prévention en santé mentale doivent miser sur le pouvoir d'agir des familles et des communautés.
6. Plusieurs personnes hésitent à faire appel aux services en raison du manque d'adéquation entre les services offerts et les besoins ressentis et les risques d'étiquetage dans de petites communautés.
7. Un financement récurrent et suffisant ainsi qu'un leadership constant et reconnu sont nécessaires à la pérennité du PSM.
8. Le gouvernement du Québec doit faire l'effort d'adapter ses politiques nationales à la réalité des régions nordiques, à commencer par la traduction en anglais de ses plans d'action, comme le PASM.
9. L'absence de dossier unique, l'instabilité des ressources, le manque de formalisation des échanges, le manque d'intégration des différents services, incluant l'intégration des approches traditionnelles, les ambiguïtés persistantes par rapport à la notion de confidentialité, le peu de rencontres interdisciplinaires, la confusion dans le leadership, la méconnaissance mutuelle des rôles et le manque de confiance entre les intervenants des services de santé et des services sociaux nuisent à la collaboration interprofessionnelle essentielle pour offrir des services de santé mentale de qualité.
10. La collaboration entre les services de santé et services sociaux doit s'étendre aux écoles, à la communauté, à l'église, aux services traditionnels, aux familles, à la clientèle.

11. Il existe très peu de statistiques sur l'état de santé mentale des Eenous.
12. L'intégration des ressources traditionnelles vise à diversifier l'offre de services. Il est cependant urgent de documenter ces savoirs avant que ne disparaissent les détenteurs. Conjointement, les intervenants non autochtones doivent apprendre à mieux maîtriser les enjeux à caractère culturel et doivent être mieux informés des initiatives et des ressources communautaires.
13. La mise sur pied de suivi systématique de clientèle et les approches préventives en santé mentale peuvent contribuer à diminuer les crises. Toutefois, ces services ne peuvent être supportés actuellement par les intervenants des services de première ligne qui sont mobilisés par les situations de crise, qui manquent de temps, devant répondre aux urgences et assurer la clinique, qui manquent d'expérience et de formation en santé mentale, qui démontrent peu d'intérêt pour la santé mentale et qui manquent de soutien, notamment en raison de l'absence d'entente avec des services psychiatrie et de la discontinuité de la présence des psychologues sur le territoire.
14. Les services psychologiques individuels sont appréciés des intervenants et de la clientèle. Des approches de groupe seraient aussi souhaitables.
15. Plusieurs intervenants doivent composer avec leurs blessures personnelles ou encore sont exposés à des situations difficiles dans le cadre de leur pratique professionnelle. Un programme d'aide aux employés et des séances de verbalisation en groupe pourraient offrir un soutien essentiel.
16. Les besoins en formation en santé mentale sont importants, notamment sur le dépistage, les approches traditionnelles, les problèmes de santé mentale et leur gestion, le suivi misant sur la réadaptation et la réinsertion sociale.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAU	IX
LISTE DES SIGLES.....	XI
1 INTRODUCTION	1
2 LA SANTÉ MENTALE DANS L'IYYIYIU ASCHII.....	3
2.1 Découpage territorial des services de santé	3
2.2 Priorités d'intervention	5
2.3 Groupes à risque	6
2.4 L'incidence des problèmes de santé mentale	7
2.5 Facteurs de risque associés à la santé mentale	8
3 LES RESSOURCES ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE DANS L'IYYIYIU ASCHII.....	11
3.1 Les services de première ligne.....	11
3.2 Le PSM et les services psychologiques	13
3.3 Les services psychiatriques.....	15
3.4 Les services basés sur des approches traditionnelles	16
3.5 La réadaptation.....	18
3.6 Les programmes et la prévention/promotion	19
3.7 Les autres services.....	21
3.8 Instabilité du personnel professionnel et administratif.....	22
3.9 Degré d'intégration des ressources de première ligne	23
3.10 Degré d'intégration entre la 1 ^{re} , la 2 ^e et la 3 ^e ligne	25
3.11 Systèmes d'information et d'échange d'information	26
3.12 Besoins en formation.....	27
4 DISCUSSION : LES SPÉCIFICITÉS À CONSIDÉRER DANS L'IMPLANTATION D'UN PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE RÉGIONAL	29
4.1 Les infrastructures	29
4.2 Le milieu	29
4.3 La population et la clientèle	29
4.4 Les instances locales, régionales et provinciales.....	30
4.5 Les services.....	31
4.6 Les intervenants	32
5 PROJET DIALOGUE : ÉTAPES À VENIR	33
RÉFÉRENCES.....	35

LISTE DES FIGURES ET TABLEAU

Figure 1	La région sociosanitaire « Terres-Cries-de-la-Baie-James »	4
Figure 2	Roue de médecine.....	16
Tableau 1	Population dans chacune des communautés de l'Iiyiyiu Aschii.....	5

LISTE DES SIGLES

ASIST	<i>Applied Suicide Intervention Skills Training</i>
CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord québécois
CCSSSBJ	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FAG	Fondation autochtone de guérison
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSDC	<i>Multi Services Day Care</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'action en santé mentale du MSSS 2005-2010
PSM	Programme de santé mentale
RLS	Réseau local de services
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
SDBJ	Société de développement de la Baie-James
SEBJ	Société d'énergie de la Baie-James

1 INTRODUCTION

Ce rapport inclut une description de l'évolution des services de santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii au cours des 10 dernières années. La connaissance du contexte est essentielle pour comprendre l'organisation actuelle des services et leurs effets sur la clientèle, deux volets qui seront étudiés lors des étapes ultérieures du programme de recherche. Les sources d'information sont multiples et incluent : les échanges réalisés avec l'équipe du PSM du CCSSBJ, la lecture de nombreux rapports, articles et documents déjà produits et les informations recueillies lors de deux groupes de discussion réunissant une vingtaine de participants de l'Iiyiyiu Aschii identifiés par les répondantes régionale et locale à titre d'informateurs clés. Ces groupes de discussion ont été réalisés le 14 novembre 2006 à Chisasibi et le 16 novembre 2006 à Mistissini. Dans les prochaines étapes du projet, les autres communautés de l'Iiyiyiu Aschii seront également interpellées. Les informations relatives aux services de santé et services sociaux de première ligne destinés à la clientèle de l'Iiyiyiu Aschii ayant des problèmes de santé mentale sont présentées le plus fidèlement possible.

En juillet 2007, l'information issue des groupes de discussion a été consignée et retournée aux participants dans le but d'être validée. Ce document tient donc compte de leurs commentaires.

Ce rapport comporte deux parties. La première partie décrit la situation en santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii et porte plus particulièrement sur les priorités d'intervention, les groupes ciblés et l'incidence des problèmes de santé mentale. La deuxième partie aborde différents aspects des services offerts pour la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale dont : le nombre de ressources, le type de services, le niveau d'intégration des ressources, les spécificités à considérer dans l'implantation d'un plan d'action en santé mentale régional et les éléments facilitant l'implantation de services de santé mentale adaptés aux besoins de la population de l'Iiyiyiu Aschii. Lorsque les propos des participants sont propres à l'un des deux milieux rencontrés, celui-ci est identifié entre parenthèses. Sinon, les propos rapportés convergent.

2 LA SANTÉ MENTALE DANS L'IYIYIU ASCHII

2.1 DÉCOUPAGE TERRITORIAL DES SERVICES DE SANTÉ

Avant la christianisation, le savoir « médical » était possédé par tous, quoique à des degrés divers. Certaines plantes et préparations étaient utilisées dans le soulagement de blessures ou de maux particuliers. Pour les cas jugés plus graves, la population s'en remettait à l'expertise des guérisseurs. Les premières visites annuelles des médecins ont débuté autour de 1903. En 1930, un premier établissement de santé ouvrait ses portes à Chisasibi. La communauté est alors située sur l'île de Fort-George. Avec les années 50, viennent les premiers programmes de construction de maisons qui conduisirent à la sédentarisation des populations de l'Iiyiyiu Aschii. Cette sédentarisation, l'organisation de la vie sociale dans les communautés et l'arrivée des services de santé dits « western » ont conduit à des changements majeurs dans la façon de concevoir la santé des populations de l'Iiyiyiu Aschii. Les années 50 concordent également avec l'enregistrement des enfants dans les écoles résidentielles situées à l'extérieur du territoire. Ces écoles ont éloigné les enfants de leur culture traditionnelle, alors qu'il leur était interdit de parler leur langue ou de faire allusion aux croyances traditionnelles et ont exposé certains de ces enfants à des abus de toutes sortes. De nos jours, les séquelles de ce déracinement culturel, qui s'est poursuivi jusqu'au début des années 70, sont encore palpables chez les populations autochtones du Québec. L'impact de ces changements rapides et radicaux qui ont ébranlé l'identité crie est décrite en terme d'« ethno-stress » [3].

En 1975, le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada, Hydro-Québec, la Société de développement de la Baie-James (SDBJ), la Société d'énergie de la Baie-James (SEBJ) et les peuples cri et inuit signent la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ). Cet accord permet l'octroi d'un montant totalisant 225 millions de dollars en indemnités pour l'utilisation de leur territoire [4]. Il permet aux peuples autochtones signataires d'exercer le contrôle politique, économique et social sur leurs territoires. Ces territoires correspondent cependant à celui des terres autochtones, c'est-à-dire les terres classifiées comme réserves plutôt que les territoires traditionnels, qui sont beaucoup plus vastes. Le CCSSSBJ, qui a été créé en 1978, reçoit le mandat de l'entière gestion des services de santé et des services sociaux sur l'ensemble du territoire de la région sociosanitaire 18 « Terres-Cries-de-la-Baie-James ». La dix-huitième région sociosanitaire, « Les Terres-Cries-de-la-Baie-James », correspond aux territoires des neuf communautés cries. Ces communautés sont : Waswanipi, Oujé-Bougoumou, Mistissini, Némaska, Waskaganish, Eastmain, Wemindji, Chisasibi et Whapmagoostui. Elle est incrustée dans les régions 10 « Nord-du-Québec » et 17 « Nunavik » [5-7]. Cette situation juridictionnelle peut porter à confusion puisque le CCSSSBJ doit également offrir des services aux populations de l'Iiyiyiu Aschii lorsqu'elles sont dans leurs camps traditionnels, c'est-à-dire à l'extérieur des communautés.



Source : CCSSSBJ, 2006

Figure 1 La région sociosanitaire « Terres-Cries-de-la-Baie-James »

Le CCSSSBJ est considéré comme l'unique établissement de santé de la région. Jusqu'à tout récemment, il comportait deux centres locaux de services communautaires (CLSC) qui assuraient la gestion de différents points de services CLSC qui se trouvent dans chaque communauté de l'Iiyiyiu Aschii. Ainsi, les services administratifs régionaux du CLSC de la Côte, situé à Chisasibi, assuraient la gestion des points de services de Chisasibi, de Waskaganish, d'Eastmain, de Wemindji et de Whapmagoostui et ceux des services administratifs du CLSC de l'Intérieur, situé à Mistissini, supervisaient les points de services CLSC de Waswanipi, Oujé-Bougoumou, Mistissini et Nemaska. Selon les participants, il existe des différences marquées dans la mentalité des populations de ces deux sous-régions placées sous l'égide du CCSSSBJ. Aussi, la tendance des dernières années est à la décentralisation de la gestion régionale vers les paliers locaux.

Tableau 1 Population dans chacune des communautés de l'Iiyiyiu Aschii

Communautés	Population en 2006
Waswanipi	1 473
Oujé-Bougoumou	606
Mistissini	2 897
Némaska	642
Waskaganish	1 864
Eastmain	650
Wemindji	1 215
Chisasibi	3 972
Whapmagoostui	812
TOTAL	14 131

Source : Données du recensement de 2006, Statistique Canada [8].

2.2 PRIORITÉS D'INTERVENTION

Selon les participants rencontrés et les documents consultés, la santé mentale constitue une priorité d'intervention dans l'Iiyiyiu Aschii depuis plusieurs années puisqu'elle influence tous les aspects de la vie. Toutefois, cette priorité semble demeurer à un stade idéologique car peu de moyens concrets, visant à répondre aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale transitoires ou chroniques, légers ou sévères, ont été mis en place à ce jour.

En 1999, une présentation sur le PSM faite au cours d'une assemblée régionale sur la santé à Oujé-Bougoumou identifiait plusieurs priorités d'intervention [9] : la mise en place d'approches préventives et de promotion de la santé mentale, la formation des ressources de première ligne et communautaires pour favoriser le travail d'équipe, l'organisation de formations pour les équipes de première ligne par les psychologues-visiteurs, l'intégration d'approches traditionnelles, l'accentuation du soutien et de l'aide aux travailleurs de la santé et des services sociaux, la mise en place de procédures de référence efficaces entre les services, la création d'outils pour soutenir le travail des psychologues auprès des adultes, des jeunes, des enfants et des familles et un meilleur soutien offert par la coordination du programme de santé mentale aux ressources locales de chacune des communautés. Ces priorités rejoignent la plupart de celles soulevées par les participants des groupes de discussion. Ceux-ci ont aussi ajouté l'importance de réduire la stigmatisation de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale en commençant par modifier le nom du programme, une suggestion renouvelée, puisque le terme « Santé Holistique » avait déjà été proposé par le passé [10]. De plus, quelques participants ont mentionné que l'utilisation du mot « programme » dans le cas du PSM du CCSSBJ est erronée puisque, dans sa forme actuelle, il ne s'agit pas d'un véritable programme.

« Quand Santé Canada donne des fonds pour des activités favorisant le bien-être et la santé mentale à la communauté et qu'elle doit embaucher un intervenant en santé mentale, la communauté a toujours des problèmes à combler ce poste car personne ne veut être associé avec ce type de programme. Ils ont alors changé le titre pour "family support worker". » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

2.3 GROUPES À RISQUE

Les participants sont unanimes quant aux groupes devant être ciblés prioritairement par les actions du programme en santé mentale : les jeunes et les femmes. Les autres groupes identifiés sont les travailleurs de la santé et des services sociaux eux-mêmes, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sévères, les hommes et les personnes âgées. Les écrits consultés confirment ces choix.

Les jeunes forment une importante proportion de la population de l'Iiyiyiu Aschii, et dès les débuts du programme de santé mentale en 1995, ils étaient identifiés comme un groupe auprès duquel il fallait concentrer les interventions [11]. Les participants mentionnent leur exposition à différents facteurs de risque : les drogues, l'alcool, le désœuvrement, la dépression, les pensées suicidaires, la violence, la violence sexuelle et les abus, le manque de ressources et le manque d'activités et de loisirs. Ils vivent également des stress face à la pression de réussite scolaire malgré des conditions de vie parfois difficiles. On souligne que les repères culturels se perdent et que les fossés générationnels se creusent. Les participants sont préoccupés par la faible disponibilité des services adaptés aux jeunes dans les communautés. Faute de services adaptés, la protection de la jeunesse devient une porte d'entrée du système, ce qui expliquerait le nombre élevé de cas signalés. En 2001-2002, 19 % des jeunes de l'Iiyiyiu Aschii avaient un dossier actif à la protection de la jeunesse [3]. Une participante de Chisasibi rappelle que plusieurs personnes deviennent parents très tôt et qu'ils sont souvent mal outillés pour assurer ce nouveau rôle. Un autre participant de Mistissini souligne le haut niveau de détresse dans les écoles et l'augmentation du nombre d'interventions de la protection de la jeunesse.

Les participants identifient les femmes comme groupe à risque, compte tenu de la lourdeur du fardeau social qu'elles doivent supporter. Elles sont souvent le soutien économique, psychologique et physique des familles. Elles sont aussi davantage exposées à la violence sexuelle et à la détresse psychologique (ex : dépression post-partum), de grands déstabilisateurs de la santé mentale.

« Elles vous demandent des pilules pour dormir et ne vous dirons pas pourquoi. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

Les participants expriment leurs inquiétudes concernant les travailleurs de la santé et des services sociaux : ceux-ci sont exposés à des situations difficiles et disposent de peu de moyens pour y faire face. Ils présentent des risques accrus d'épuisement professionnel, de dépression, d'absentéisme, d'alcoolisme, etc. Enfin, certains documents stipulent que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sévères et leur famille doivent être visées prioritairement par les activités du programme de santé mentale [12, 13]. Des

participants mentionnent aussi qu'il serait important de se préoccuper davantage de la santé mentale des aînés, souvent laissés pour compte. Or, ces derniers ont connu des changements radicaux dans leur mode de vie pouvant influencer négativement leur estime de soi, et plusieurs ont peur ou se sentent désespérés [3].

2.4 L'INCIDENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Selon les participants, il y aurait augmentation depuis 10 ans des problèmes de santé mentale et du nombre d'interventions. Ce serait également le cas pour le nombre de demandes au programme d'interventions par des aidants naturels de la Fondation autochtone de guérison (FAG), offert à Mistissini depuis quelques années. Les participants soutiennent que la concentration de problèmes de santé mentale est plus importante dans l'Iiyiyiu Aschii qu'ailleurs au Québec. Ils suggèrent que l'allocation des ressources soit faite en considération de cette réalité. Ainsi, les participants jugent préférable que les ressources soient octroyées en fonction de la prévalence et l'incidence des problèmes plutôt qu'en fonction du nombre de personnes vivant sur le territoire, tel que le prévoit le PASM. Les problèmes de santé mentale peuvent revêtir diverses formes, mais selon les participants, ce sont surtout les situations de crises qui mobilisent les intervenants locaux de la santé et des services sociaux. Ceux-ci doivent souvent intervenir en situation de crises suicidaires, et pour des cas de violence, d'abus sexuel, de deuil non résolu. Les participants perçoivent à la hausse les consultations pour stress, stress post-traumatique, dépression, crises d'anxiété et psychoses. Une revue documentaire effectuée en 2003 mentionne que les troubles de santé mentale chroniques les plus fréquents sont la schizophrénie et la dépression chronique [3]. Les autres problèmes recensés sont les troubles de personnalité limite, les déficits d'attention, les troubles bipolaires, les troubles anxieux et les tentatives de suicide [3].

« Presque toutes les personnes que je vois en consultation ont un stress post-traumatique. »
[Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

En 2006, les principales raisons de consultation des services psychologiques sont [14] : les problèmes matrimoniaux (9,2 %), les problèmes familiaux (8,5 %), les problèmes reliés au deuil et à des pertes (7,6 %), les problèmes d'anxiété (7,8 %) et de dépression (6,4 %). Les taux de suicide dans l'Iiyiyiu Aschii se rapprochent de la moyenne provinciale, mais les cas de tentatives de suicide y sont huit fois plus élevés [3]. Entre 1982 et 1992, 18 % des personnes qui ont commis une tentative de suicide souffrent de dépression [3]. Enfin, une enquête commandée par le CCSSBJ et le MSSS à Statistique Canada en 2003 démontrait que 8,1 % des habitants de l'Iiyiyiu Aschii ont une mauvaise perception de leur santé mentale [15, 16], soit le pire taux enregistré au Québec, dont la moyenne globale est de 4,9 %.

2.5 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

La grande prévalence des problèmes de santé mentale s'explique notamment par la présence de facteurs de risque tels que la discontinuité culturelle, le manque de logements, les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool, l'incidence élevée de maladies chroniques et le manque d'activités et de projets permettant de se réaliser.

La discontinuité culturelle résulte des nombreux changements, parfois brusques, apportés aux modes de vie des peuples des Premières Nations. Chez les Cris, les populations sont rapidement passées d'un mode de vie en petits clans familiaux à la vie communautaire des réserves créées dans les cinquante dernières années. À Chisasibi, le grand déménagement de 1981, à cause des risques d'inondations liés à la proximité du complexe hydroélectrique La Grande, aurait entraîné un sentiment de deuil collectif encore perceptible aujourd'hui, en 2007. C'est pourquoi des participants considèrent que les communautés sont en situation de crise, plusieurs personnes se sentant encore perdues. Les écoles résidentielles et l'arrivée des missionnaires ont fortement ébranlé l'identité culturelle des peuples des Premières Nations. Les activités missionnaires prolongées, entreprises au nom de la foi et du salut des âmes, auraient condamné plusieurs approches dites traditionnelles. Les participants parlent aussi de traumatismes intergénérationnels qui se traduisent en un stress et un mal-être qui se transmettent d'une génération à l'autre. Les parents doivent cheminer sur plusieurs plans tout en éduquant leurs propres enfants. Dans un contexte où les abus physiques et sexuels font encore partie de leur histoire récente et que la famille élargie n'a plus l'ancrage social d'autrefois, les parents doivent composer avec les répercussions de leurs blessures personnelles sur leur présent et leur avenir, incluant leurs liens avec leurs aînés, leur conjoint, leurs enfants ainsi qu'avec leur communauté et leur environnement social.

Selon une participante de Mistissini, la discontinuité culturelle, qui a conduit à l'éclatement de la famille élargie, diminue les recours et l'aide que celle-ci pouvait offrir. Les professionnels de la santé et de services sociaux et quelques aidants naturels ont dû prendre la relève et ils ont été rapidement dépassés par l'ampleur des demandes et des situations problématiques. S'ajoute à cela le fait que les travailleurs non autochtones perçoivent qu'ils ne comprennent pas suffisamment les aspects culturels pour apporter une aide adaptée.

« Auparavant, nous vivions avec nos grands-parents, nos oncles, nos tantes. Le style " Tepee ", nous vivions avec les enfants et nous étions alertes face aux aspects liés à leur santé mentale, leur santé, leur sécurité. C'était la responsabilité de tout le monde d'élever un enfant. C'était le système que nous avons. Ces façons de faire ont été laissées de côté lorsque nous avons intégré nos nouvelles maisons qui comportaient des chambres séparées. Ça été un important changement pour nous et nous devons nous y adapter. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

Quant aux pratiques traditionnelles de guérison, elles sont portées par les détenteurs de ce savoir qui agissent comme les vecteurs de la connaissance crie, mais on craint que leurs connaissances ne disparaissent avec eux, d'où l'urgence de les préserver. Il n'est donc pas surprenant que les participants considèrent que les populations de l'Iiyiyiu Aschii ont besoin

de retrouver une identité culturelle positive. En ce sens, les écrits scientifiques leur donnent raison. Il y est largement établi que la discontinuité culturelle causée par les changements culturels rapides, l'oppression socioculturelle, la marginalisation et le manque d'autodétermination sont des raisons sous-jacentes à la prévalence élevée des problèmes de santé mentale chez les membres des peuples autochtones du Québec et du Canada [17, 18].

Selon les participants, la surconsommation de drogues et d'alcool est devenue un problème important dans les communautés de l'Iiyiyiu Aschii depuis le développement du réseau routier. Elle contribue à l'appauvrissement et explique en partie l'augmentation des crises de panique et d'anxiété et l'augmentation de la violence. Un autre élément mentionné par les participants concerne les répercussions, souvent sous-estimées, de maladies chroniques comme le diabète, sur la santé mentale des individus. Finalement, les participants considèrent que le manque de sources de réalisation des individus et l'insuffisance de loisirs contribuent au désœuvrement d'une partie de la population.

3 LES RESSOURCES ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE DANS L'IYIYIU ASCHII

Les ressources en santé mentale sont les services de première ligne en santé mentale (médecins généralistes, infirmières et travailleuses sociales), les services de psychologie et de psychiatrie, les services utilisant des approches traditionnelles de guérison, les services de réadaptation et les activités de prévention. Ces ressources sont sous la juridiction du CCSSBJ et celle des administrations communautaires des Nations crie. Il existe aussi des services offerts par des ressources externes. En ce moment, les services en santé mentale dispensés dans la région ne sont pas offerts dans le cadre d'un programme global.

3.1 LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Les services de première ligne sont offerts dans chaque communauté et sont accessibles 24 heures sur 24 tout au long de l'année dans les points de services locaux. Ils forment la porte d'entrée du réseau de la santé. Les heures d'ouverture normales sont du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h. Pour les soirs, les nuits et les fins de semaine, des périodes de garde sont assurées par des infirmiers et des intervenants sociaux de première ligne qui peuvent être joints en tout temps aux moyens de téléphones cellulaires. L'intervenant évalue alors si une consultation téléphonique est suffisante, s'il doit voir la personne ou encore s'il est nécessaire de mobiliser d'autres ressources, dont les médecins de garde qui sont également accessibles en tout temps par téléphone. Chisasibi compte aussi un hôpital régional de 32 lits de longue et de courte durée qui offre des services de première et de deuxième ligne.

Avant 1996, les services en santé mentale étaient presque essentiellement offerts par les médecins, les infirmières et les intervenants sociaux travaillant dans les services de première ligne des points de services de l'Iiyiyiu Aschii. À l'époque, ces professionnels disposaient de peu de soutien pour les aider à offrir des services à la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale [9]. Avec l'arrivée du PSM et de l'équipe de psychologues (voir section 3.2), les travailleurs œuvrant en première ligne auraient constaté une diminution du stress dans les communautés et l'amélioration de la situation de certains individus [9]. Toutefois, les équipes de première ligne, consultées en premier recours, sont encore très sollicitées par la clientèle ayant des besoins de services en santé mentale. Ainsi, selon les participants, les intervenants de première ligne sont souvent laissés à eux-mêmes au moment d'intervenir auprès des personnes en situation de crise, la présence épisodique des psychologues sur le territoire les obligeant souvent à composer seuls. À Chisasibi, il est possible d'hospitaliser les personnes et de les garder un certain temps sous observation, mais à Mistissini et dans les autres communautés, les personnes sont plutôt envoyées dans des centres hospitaliers en Abitibi, à Chibougamau ou à Montréal, parce que ces communautés ne disposent pas des ressources et des infrastructures nécessaires pour les garder de façon sécuritaire.

Les participants rappellent que souvent les psychologues ne sont pas sur place et qu'il faut orchestrer la collaboration des différents services sociaux. Les infirmières et les médecins souhaiteraient plus de collaboration des services sociaux. De leur côté, les intervenants sociaux disent qu'en situation de crise, ils doivent prendre soin de la famille de la personne

en détresse et ne peuvent donc pas être disponibles pour les équipes de santé. Les participants considèrent que les services de première ligne ne sont pas suffisants pour faire face à la demande de la clientèle en santé mentale : il y a des manques de formations relatives au dépistage, aux moyens pour la prise en charge et un manque de soutien sur les plans professionnel et personnel. De plus, la crédibilité du professionnel semble intimement liée à son identité sociale et il semble que ce soit difficile pour plusieurs des intervenants issus des communautés de maintenir leur crédibilité face à leurs concitoyens. Ce qui explique qu'un participant (Chisasibi) propose que les travailleurs communautaires proviennent des autres communautés.

« Comme intervenants de première ligne, nous avons à rencontrer nos familles ou nos propres petits-enfants. Pour un intervenant de première ligne, il y a beaucoup de choses qui surviennent dans la communauté, nous fêtons avec eux, nous nous réunissons avec eux et nous savons ce qui se passe. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

Des participants (Mistissini) ont aussi souligné qu'il est impossible d'être performant dans tous les domaines et que plusieurs intervenants n'ont pas d'intérêt pour la santé mentale. Combiné à une charge de travail importante, ce manque d'intérêt explique le peu de travail en promotion et en prévention effectué par les équipes de première ligne pour prévenir les crises. Finalement, plusieurs participants dénoncent le développement des structures administratives au détriment de celui des équipes de première ligne. Les programmes se multiplient sans intervenants pour les réaliser sur le terrain. Des participants se sentent peu écoutés par leurs instances administratives. Par ailleurs, les documents consultés contiennent peu d'information sur les équipes de première ligne. Cette situation est préoccupante si l'on tient compte des nombreux problèmes rapportés par les participants et du fait qu'ils constituent le premier recours des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Il n'existait pas encore d'équipe locale spécifiquement dédiée à la santé mentale lors des consultations menées en novembre 2006. Un projet est en cours pour mettre en place des équipes de santé mentale régionales à Chisasibi et à Mistissini qui auront le mandat de former et de soutenir les équipes locales. Les délais rencontrés sont en lien avec les difficultés dans le recrutement de ces nouvelles ressources.

« En santé mentale, une de nos principales préoccupations est le développement d'équipe. Des équipes locales qui bénéficieront du support de l'équipe régionale. Ainsi, nous nous assurons d'avoir des racines dans le système de santé et dans les communautés. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

Enfin, on comprend mal que les infirmières criees formées au sud doivent attendre trois années avant de pouvoir revenir pratiquer dans leur milieu et on souhaite que les instances régionales s'impliquent en proposant une modification des règles.

« Les infirmières criees qui ont obtenu leur diplôme doivent pouvoir revenir dans le territoire rapidement, plutôt que d'avoir à travailler trois ans à l'extérieur avant que ça puisse être possible [...] Ces personnes ont beaucoup de connaissances et

d'habiletés. Ceci assurera plus de continuité. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

3.2 LE PSM ET LES SERVICES PSYCHOLOGIQUES

Le PSM a débuté en 1995, avec l'embauche d'un coordonnateur et d'une assistante. Dès leur arrivée, ils ont procédé à une consultation dans les communautés de l'Iiyiyiu Aschii. Cette consultation a notamment permis d'établir la nécessité d'offrir des services de psychologues en plus des services déjà offerts par les médecins, les infirmières et les intervenants sociaux [11, 12]. L'approche retenue a été d'ajouter des services offerts par des psychologues [11, 20] qui offrent des services de :

- consultation individuelle ;
- formation aux autres intervenants de la santé et des services sociaux ;
- évaluation psychologique pour le CLSC et la protection de la jeunesse [14] ;
- promotion et de prévention ;
- soutien aux écoles, aux centres jeunesse et aux foyers de groupe ;
- assistance psychosociale en situation de crise [14].

En 1996, un seul psychologue visitait sporadiquement quatre communautés. Dès 1997, ces services étaient disponibles pour toutes les communautés, chacune recevant la visite d'au moins un psychologue quatre fois par année. Dans les communautés où la demande était plus élevée, un deuxième psychologue a été ajouté [12]. En 1998, l'insuffisance de financement amène une réduction des ressources psychologiques sur le terrain [21] : les visites des psychologues dans les communautés passent de quatre fois à trois fois par année; les interventions d'urgence de l'équipe des psychologues, les projets spéciaux et le support aux équipes sont également diminués. La population réagit négativement à ces coupures [21]. En 1999, la nouvelle coordonnatrice en santé mentale demande d'augmenter les visites des professionnels de la santé mentale à huit par année pour assurer une plus grande continuité [9]. Aussi, en 2001-2002, une équipe de six à sept psychologues offrent des services toutes les six ou sept semaines dans leurs communautés d'assignation [22]. En 2003, un conseiller joint l'équipe des psychologues dans le village de Waskaganish qui souhaitait accéder à une ressource à orientation plus religieuse. En 2004, le nombre de visites des psychologues est augmenté à une fois par mois [24]. Depuis 2005, toutes les communautés sont visitées par deux psychologues, soit un homme et une femme [23]. De plus, 25 psychologues et thérapeutes offrent des services à l'extérieur de l'Iiyiyiu Aschii à la clientèle crie qui ne réside pas dans les communautés de la Baie-James ou parce que leur situation particulière nécessite une consultation d'urgence, alors qu'il n'y a pas de psychologue présent dans la communauté [25].

En 2006, l'équipe régionale du programme en santé mentale est constituée d'une chef de programme, d'une assistante, d'une travailleuse sociale et d'une secrétaire soutien, de six psychologues-visiteurs, d'un conseiller religieux et d'un psychologue spécialisé en évaluation. Chacune des communautés de l'Iiyiyiu Aschii peut compter sur les services de deux psychologues, un homme et une femme, qui visitent la communauté en alternance environ deux semaines par mois. Les personnes peuvent donc consulter l'intervenant du

sexe de leur choix. Les références aux services psychologiques proviennent principalement des intervenants œuvrant en première ligne (infirmières, médecins, intervenants sociaux) et d'un psychiatre visiteur qui visite sporadiquement les communautés de Waskaganish, Mistissini et Némaska. Toute personne peut également demander directement un rendez-vous sans passer par un autre intervenant. Le nombre de consultations individuelles en psychologie n'a cessé d'augmenter avec les années. Entre 1996 et 1999, 1 500 personnes ont été vues par un psychologue, un psychiatre ou un guérisseur traditionnel [9]. Entre mai 2005 et mai 2006, ce sont 2 469 consultations qui ont été effectuées par les psychologues et le conseiller religieux [14]. Le nombre de consultations réalisées en dehors des communautés aurait également augmenté, en lien avec le nombre plus élevé de personnes vivant en dehors des communautés. Le CCSSBJ finance les services reçus par la population inscrite qui vit à l'extérieur des communautés de l'Iiyiyiu Aschii.

Selon la plupart des participants, les services psychologiques sont généralement appréciés de la population [9, 14]. Les intervenants de première ligne accueillent aussi positivement l'apport des psychologues qui réalisent des investigations plus exhaustives et assurent un meilleur suivi de la clientèle en santé mentale. Les intervenants de première ligne disent souvent avoir de la difficulté à offrir aux personnes l'écoute nécessaire en raison du grand débit de clientèle, de leur manque de connaissances sur le sujet et du grand roulement de personnel. Toutefois, les psychologues passeraient la majeure partie de leur temps en consultation individuelle et disposent de peu de temps pour d'autres activités comme la promotion, les activités de groupe et la formation [22, 23]. De plus, certains participants mentionnent que l'intervalle de rotation entre deux psychologues peut parfois causer des délais de deux mois avant qu'une première évaluation ou qu'un suivi soit possible. Ce mode de fonctionnement implique que les communautés sont à découvert plus de deux semaines par mois, ce qui complique le travail des intervenants locaux. La clientèle se plaint elle aussi du manque d'accessibilité aux psychologues. Une participante (Mistissini) souligne qu'un accès au psychologue par téléphone pour établir conjointement un plan de soins est possible pour des intervenants de première ligne. De plus, certains intervenants de première ligne souhaitent voir le nombre de psychologues augmenter de manière à améliorer la continuité des services, en relevant comment tout va bien lorsque le psychologue est sur place, alors qu'en leur absence, ils se sentent dépourvus.

« Je ne dis pas que les psychologues sont la seule solution, mais ils comblent un manque. [...] Lorsqu'ils sont sur place et seulement lorsqu'ils le sont, on peut généralement obtenir un rendez-vous dans les 24 heures. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

L'option d'engager un psychologue à temps plein plutôt que de miser sur une équipe de psychologues visiteurs a déjà été évaluée en 2003 [14]. Selon ces travaux, il n'est pas avantageux, du point de vue principalement coûts-bénéfices, d'engager un psychologue à temps plein pour les raisons suivantes [1] :

- même si le salaire d'un psychologue à temps plein est inférieur à celui d'un psychologue à contrat, les dépenses reliées aux avantages sociaux et au logement nivellent les coûts. Ainsi, le budget requis pour payer sept psychologues travaillant à mi-temps pour le

programme de santé mentale est le même qu'un budget permettant d'engager trois psychologues à temps plein ;

- pour un salaire équivalent, un psychologue à temps plein passe plus de temps à l'intérieur des communautés que les psychologues visiteurs. Cependant, les expériences dans les autres communautés autochtones démontrent que le psychologue à temps plein en charge de plusieurs communautés passe plus de temps dans le village où se situent son bureau et sa maison ;
- l'épuisement professionnel est un problème plus fréquent chez les psychologues qui passent davantage de temps dans les communautés ;
- le fait que les psychologues visiteurs quittent les communautés avec leurs secrets entre leurs visites susciterait une plus grande confiance de la clientèle envers eux.

Des participants (Mistissini) ont mentionné qu'une offre de services de travail en groupe par les psychologues constitue une alternative intéressante, d'autant plus que les Cris aiment discuter en groupe. Une participante (Mistissini) a décrit la réalisation d'une expérience de groupe tentée à Mistissini dans le cas d'une situation de crise familiale. Deux intervenantes externes avaient été engagées à cette intention et cette activité a été un succès, quoiqu'elle ait nécessité beaucoup de travail. Des participants ont souligné qu'il est souvent difficile pour les intervenants locaux de détenir auprès de leurs concitoyens la crédibilité nécessaire pour intervenir efficacement. Cette réponse pour régler une crise familiale a donc été organisée à partir des ressources communautaires par les gens de la communauté qui ont travaillé ensemble et non par les services du CCSSBJ.

3.3 LES SERVICES PSYCHIATRIQUES

Les participants ont peu parlé des services en psychiatrie et les documents consultés sont avariés d'information. À l'origine, le PSM devait, en plus d'offrir des services de psychologie, procéder au recrutement de psychiatres et au développement d'une petite unité psychiatrique à Chisasibi [20]. Un rapport de 1997 souligne d'ailleurs les besoins en psychiatrie pour la clientèle atteinte de problèmes de santé mentale plus sévères et leur famille [12, 21]. En 1999, De Sutter et Ratt soutiennent que l'offre de services de psychiatrie offerts par des psychiatres visiteurs demeure partielle [9]. Actuellement, les services de psychiatrie sont offerts par un psychiatre visiteur, et de manière inégale sur le territoire.

Selon certains participants, sans les services de psychiatrie, les services en santé mentale offerts sur le territoire demeurent incomplets pour trois raisons : 1) les psychologues ne peuvent pas assurer le suivi de la médication ; 2) le soutien professionnel des intervenants de première ligne est insuffisant pour gérer certains cas complexes de santé mentale ; et 3) les services psychiatriques sont nécessaires pour les cas de personnes avec des problèmes de santé mentale chroniques qui ne sont pas suivis par les psychologues. Les médecins généralistes, les infirmières et les psychologues rencontrés souhaitent un meilleur accès aux psychiatres pour être soutenus lors de problèmes dans l'établissement du diagnostic, le choix des traitements et l'accès à la formation.

« Nous ne pouvons pas continuer à envoyer les gens à Montréal juste parce que nous n'avons pas de psychiatre sur place. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

La direction du PSM prévoit avoir bientôt accès à un psychiatre répondant disponible 24 heures sur 24 pour les équipes et on cherche à avoir un psychiatre présent dans la communauté au moins une semaine par mois. La télépsychiatrie est également un projet qui pourrait faciliter l'investigation et la formation. Des participants (Mistissini) mentionnent que c'est la prévalence élevée des problèmes de santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii et le nombre de cas, plutôt que la population du territoire, qui devrait influencer l'assignation d'un psychiatre répondant.

« Nos 13 000 personnes ne justifient pas d'avoir un psychiatre, mais nos 13 000 personnes en valent 80 000 du point de vue des enjeux en santé mentale. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

3.4 LES SERVICES BASÉS SUR DES APPROCHES TRADITIONNELLES

Les discussions concernant une meilleure intégration des approches traditionnelles dans les services en santé mentale actuels ont pris beaucoup de place lors des deux groupes de discussion. Les méthodes traditionnelles sont caractérisées par un haut niveau d'écoute et prennent en considération la perception holistique qu'ont les Autochtones de la vie, à travers l'équilibre et l'harmonie de la pensée, du corps et de l'esprit. Cet équilibre doit se faire entre les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels tout au long des quatre étapes de la vie que sont la jeunesse, l'adolescence, la vie adulte et la vieillesse [26]. Les Autochtones représentent cet équilibre par la « Medicine Wheel » qui conjugue ces différents aspects et qui est représentée à la figure 1.

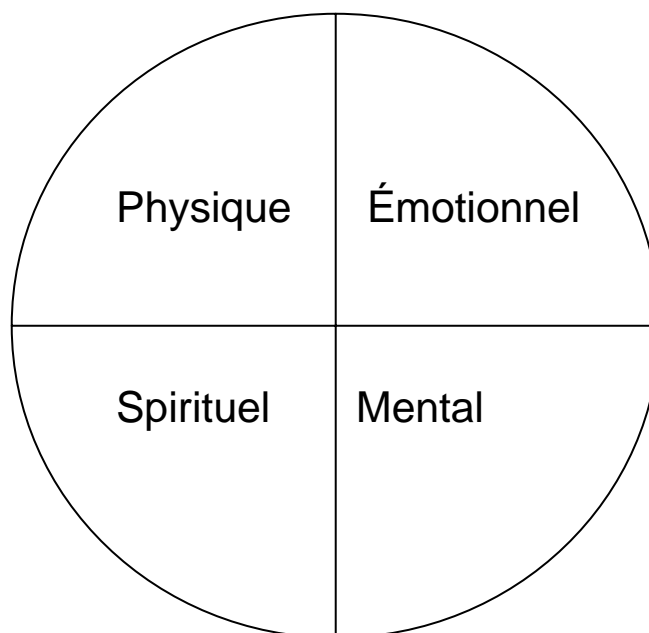


Figure 2 Roue de médecine

Les participants ne discréditent pas les approches psychologiques ou « Western », mais ils croient plutôt que les méthodes traditionnelles sont des alternatives pour compléter l'offre de soins et pour favoriser la préservation des savoirs locaux [27]. De plus, on considère que les interventions des travailleurs de la santé et des services sociaux doivent davantage prendre en considération les aspects culturels de la société crie.

« Un programme de santé mentale doit présenter des programmes et jusqu'à maintenant, il ne consiste qu'en des services psychologiques. Ceci n'est pas équilibré si l'on se réfère à la Roue de médecine. » [Traduction libre de l'anglais, Ratt, 2006].

Un participant (Mistissini) explique qu'une personne en quête de guérison a tendance à revenir vers ses racines. En ce sens, les approches traditionnelles de guérison représentent un besoin communautaire. Plusieurs participants autochtones expriment leur désir de se réapproprier ces éléments de leur culture qui, comme mentionné plus tôt, risquent de se perdre. Un exemple fourni concerne le traitement de la dépression, qui incluait auparavant un changement d'environnement et une écoute attentive. Ainsi, dans la tradition crie, les familles déménageaient lorsqu'un de leurs membres était déprimé. Plusieurs participants autochtones rappellent les bienfaits sur la santé mentale des activités traditionnelles comme aller au camp dans le bois. Toutefois, ces activités ne sont plus à la portée de tous pour différentes raisons, comme le fait d'avoir accès ou non à des véhicules motorisés pour s'y rendre.

« Dans le bois, tout le monde se retrouve ensemble et s'entraide. Il n'y a pas de docteurs ou d'infirmières dans le bois. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

Outre la richesse des informations recueillies lors des groupes de discussion, la revue documentaire a permis de retracer la chronologie des différents services traditionnels depuis le début du programme de santé mentale. En 1996, les demandes de la population sont à l'origine de l'offre de certains services traditionnels en santé mentale à Chisasibi [9]. Le PSM se montre réceptif aux services traditionnels, tout en soutenant qu'ils doivent être utilisés avec prudence et en respect des valeurs locales [12]. Cette prudence peut être reliée au fait que les services de guérisseurs traditionnels ne font pas l'unanimité dans les communautés, une information confirmée par des participants et retrouvée dans certains des documents consultés. Plusieurs personnes hésitent à faire appel à ces méthodes condamnées par les missionnaires et la religion chrétienne. En 1997, un guérisseur traditionnel visitait Chisasibi quatre fois par année. Même si les personnes qui utilisaient ses services se sont dites très satisfaites, le manque de financement a mis fin à ses activités en 1998 [12]. D'autres initiatives faisant appel à des approches traditionnelles ont été tentées par la suite, mais un rapport de 1999 mentionne qu'elles demeurent marginalisées par rapport aux autres approches *western*. Suite à ce constat, le programme de santé mentale se donne le mandat de mieux les intégrer [10]. Aussi, en 2000, le plan d'action développé par le programme de santé mentale propose une orientation plus holistique et globale des services offerts en santé mentale. Toutefois, le développement d'approches traditionnelles se heurte à différents obstacles. Les rituels et les cérémonies offerts dans les communautés s'avèrent très coûteux puisque leur animation doit être assurée par des personnes venant d'ailleurs. Aussi, on suggère de mettre l'accent sur des aidants naturels locaux pouvant offrir ce type

de service. En août 2001, le CCSSSBJ reçoit de l'Assemblée générale du Grand Conseil des Cris et des autorités régionales le mandat de s'assurer que les concepts traditionnels de guérison soient intégrés aux services de santé actuellement offerts à la population. Suite à ce nouveau mandat, une proposition intitulée « An integrated Approach to Health & Social Services in James Bay » stipule que l'un des buts du CCSSSBJ est l'incorporation de services holistiques et basés sur la communauté, incluant la promotion des pratiques de guérison traditionnelles, afin d'offrir des services plus culturellement appropriés [27]. Malgré cela, les services de guérison traditionnels ne sont pas intégrés de façon structurée et des demandes sont encore formulées pour les rendre disponibles. La communauté de Chisasibi réitère en 2004 ses demandes au programme de santé mentale pour une offre de services de guérisseurs traditionnels qui doivent être présentés comme une alternative légitime. Toutefois, le manque de soutien financier du CCSSSBJ et le manque de reconnaissance reliée à l'absence de certification des guérisseurs freinent l'émergence de ces approches [24], d'autant plus que plusieurs guérisseurs traditionnels sont encore recrutés à l'extérieur de l'Iiyiyiu Aschii, ce qui augmente les coûts. Depuis 2005, le PSM maintient son désir d'intégrer des méthodes traditionnelles, mais le financement n'est pas au rendez-vous.

« Étant donné que plusieurs interventions traditionnelles sont réalisées à l'extérieur du PSM par les aînés, il est clair qu'il existe un besoin pour ce type d'intervention. Elles doivent être légitimées et être traitées comme des interventions légitimes. » [Traduction libre de l'anglais, Ballou, 2006: 22].

3.5 LA RÉADAPTATION

Dès les débuts du programme en santé mentale, il était prévu de rendre disponible des résidences à des fins de réinsertion sociale et de réadaptation pour la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale chroniques et pour laquelle une approche psychologique standard était inappropriée [10, 21]. Ces services devaient encourager le développement d'habiletés sociales et personnelles dans le but de rendre ces personnes plus autonomes. Le désir d'offrir un soutien aux familles et de créer un réseau d'assistance figurait également dans les actions à entreprendre. En 2000, une résidence supervisée ouvre ses portes à Chisasibi. Le « Chisasibi Residential Resources Centre », communément appelé le « Fourplex », héberge huit personnes. À ses débuts, la supervision de la clientèle est assurée par des gardiens sans formation spécifique pour stimuler cette clientèle. En 2002, deux « activity workers » locaux sont engagés afin d'organiser des activités pour stimuler la clientèle [14]. L'impact de l'arrivée de ces deux nouvelles ressources s'avère également mitigé puisqu'elles se retrouvent à jouer le rôle de gardien plutôt que celui d'éducateur. Cette situation, conjuguée au manque de ressources en psychiatrie, fait que les résidents du « Fourplex » ont été peu stimulés, ce qui diminue leurs chances de réadaptation et de réinsertion sociale.

« Il y a un manque de suivi des clients qui sont atteints de problèmes de santé mentale sévères. Il y a aussi un manque d'activité de stimulation pour ceux souffrant de problèmes chroniques qui sont hospitalisés à Chisasibi. » [Traduction libre de l'anglais, Laretta McKenzie, 2002].

En 2005, un groupe de travail est formé afin d'évaluer les besoins de la clientèle du « Fourplex » et de mettre en place des services mieux adaptés. Suite aux recommandations de ce groupe, il est prévu d'engager un coordonnateur temporaire chargé d'établir des services assurant le plein développement de la clientèle [28]. Ce nouveau coordonnateur devra proposer une structure comprenant des services résidentiels, occupationnels et de réadaptation en plus de travailler avec le programme de santé mentale, les services sociaux, la santé publique, les nouveaux « Multi Services Day Care » (MSDC), les autres partenaires de Chisasibi et des autres communautés [28]. À noter qu'une telle recommandation figurait déjà dans le rapport annuel du programme de santé mentale de 1999-2000 [14]. À ce jour, seul Chisasibi offre ce type de services. Les participants de Mistissini mentionnent que les cas de problèmes sévères de santé mentale constituent pour eux et les autres communautés des casse-têtes en l'absence d'hébergement supervisé. Selon eux, toutes les communautés devraient disposer de ce type de services.

« Nous avons les ressources pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale chroniques à Chisasibi, mais chaque communauté doit avoir accès à ces services. Un accès réel à ces services dans chaque milieu doit être possible pour répondre véritablement aux besoins de ces personnes tout en leur permettant de demeurer dans leur milieu. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

3.6 LES PROGRAMMES ET LA PRÉVENTION/PROMOTION

Les participants soutiennent que les gens se présentent régulièrement en état de crise. Selon eux, ces crises pourraient être évitées par la mise en place de suivi systématique et d'approches préventives dans les communautés. Ils soulignent qu'il faut mieux équiper la population pour faire face aux différentes épreuves de la vie comme la mort et le deuil, la naissance, les enjeux liés à la dépression, aux abus physiques et sexuels subis, à l'abus de substance et au suicide. Il faut s'assurer que ces personnes ne demeurent pas seules avec leurs problèmes. De plus, l'approche préventive devrait cibler d'abord la famille plutôt que les individus, de manière à rétablir la responsabilité des familles face au bien-être de leurs membres. Des participants ont également mentionné qu'il faut prendre soin des victimes de violence, certes, mais aussi des agresseurs, parce que les deux se retrouveront à nouveau dans leur milieu, avec le risque que les épisodes de violence se répètent si les interventions n'ont pas ciblé les deux parties. Selon les participants, la prévention doit débuter dès l'enfance. Cependant, en ce moment, l'accent est surtout mis sur les aspects cliniques dans les services de première ligne. De plus, cette responsabilité doit être partagée entre les services et les communautés.

« Il y a toujours eu un manque d'actions préventives en raison de la grande demande pour les consultations et le nombre limité de ressources. Les actions préventives sont un moyen important d'aller de l'avant en aidant les membres des communautés avant que les problèmes deviennent trop sérieux et requièrent une intervention professionnelle. » [Traduction libre de l'anglais, Ballou, 2006: 23].

« Nous devons favoriser le pouvoir d'agir des communautés. Nous ne pouvons pas faire beaucoup si les communautés n'agissent pas. Dans le sud, il existe plusieurs

groupes de soutien et ici nous n'en avons pas. Comme infirmière, je peux faire quelque chose, mais la communauté aussi doit faire quelque chose. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

Les participants se disent préoccupés par l'absence d'un programme d'aide aux employés du CCSSSBJ. L'ampleur des besoins des travailleurs du CCSSSBJ est importante au niveau de la gestion du stress au travail, de la toxicomanie, du soutien lors de la survenue d'événements difficiles, etc. À cet égard, certains participants mentionnent qu'ils peuvent organiser de façon « ad hoc » des rencontres de « débriefing » entre pairs qui s'avèrent très aidantes. Toutefois, cette démarche repose sur les personnes en place. La revue documentaire a permis de retracer quelques programmes préventifs ayant déjà été mis en place. Cependant, le fait que la plupart d'entre eux ne sont plus actifs révèle à quel point la pérennité des initiatives prometteuses demeure un enjeu important. Plusieurs de ces programmes ont été mis en place par les communautés et non par le CCSSSBJ. Un programme intitulé « Marital Harmony Program » a débuté à Oujé-Bougoumou en 1996 et à Chisasibi à partir de 1998 en collaboration avec le programme fédéral « Brighther Future ». Il s'agissait d'un service intensif de « counselling » des futurs mariés, d'une durée de 6 mois. Le but visé est la diminution de l'incidence de la violence conjugale et des comportements agressifs envers les enfants, en enseignant aux couples des méthodes concrètes pour contrôler leur colère. Ce programme a reçu un bon accueil de la population [21]; il était offert par un intervenant de l'extérieur. Une demande a été faite à Chisasibi pour que ce « counselling » soit offert par des couples locaux. Un autre projet, « The Inner Child Workshop Project », qui était axé vers les familles et qui utilisait des méthodes traditionnelles a été implanté à Chisasibi, Némaska et Waskaganish en 1997. Il a reçu de nombreux commentaires positifs et plusieurs demandes continuent d'être faites pour le retour de ce programme. Le manque de financement aurait toutefois empêché la reprise du projet [14]. Un autre projet, instauré à Chisasibi et Mistissini en 1997, a été décrit comme un grand succès : le club de théâtre (Theatre Therapy) [21]. Ce projet visait à prévenir l'abus de solvant chez les jeunes. Deux pièces portant sur les abus, la violence et d'autres problèmes de santé mentale, touchant particulièrement les jeunes, ont été présentées à plusieurs jeunes et parents. Ce projet ne semble pas avoir été reconduit. En 2001, une personne a été recrutée pour superviser la mise en place d'un service de ligne téléphonique en prévention du suicide dans l'Iiyiyiu Aschii (Suicide Prevention Hotline). Toutefois, cette ligne n'a jamais été mise en fonction [14]. En 2006-2007, des activités de promotion des différentes lignes d'aide disponibles au Québec ont été faites à travers l'Iiyiyiu Aschii, néanmoins, des demandes sont encore formulées pour que des services spécifiquement adaptés à la région soient offerts. Toujours en 2001, des émissions de radio sur les effets du jeu et du stress sur les membres des communautés ont été réalisées. Un dépliant sur ces sujets a aussi été produit, mais n'a jamais été distribué de façon systématique dans l'Iiyiyiu Aschii.

Présentement, le CCSSSBJ met en place quelques programmes qui peuvent toucher indirectement des aspects liés à la santé mentale. Ainsi, le nouveau programme en périnatalité visera à prévenir les retards mentaux et les problèmes d'adaptation sociale chez les enfants. Un autre projet touchant la santé sexuelle des jeunes de secondaire 3 et 4 (Programme Chî Kayeh) a comme objectif de les amener à développer des compétences pour qu'ils fassent des choix sains en matière de santé sexuelle, de relations sociales, de

prévention des grossesses non désirées, du syndrome de l'alcoolisation fœtale et de l'abus de substances. En 2007, une formation sera également offerte aux travailleurs de la santé sur la prévention et le dépistage d'abus de drogues et d'alcool. Elle leur fournira également des outils pour mettre en place des interventions mieux ciblées pour cette clientèle. Et finalement, neuf postes d'infirmières en santé scolaire ont été créés en 2007. Ces nouvelles ressources auront notamment un rôle de prévention des problèmes de santé mentale auprès des jeunes d'âge scolaire.

3.7 LES AUTRES SERVICES

On rappelle que certaines personnes ayant des problèmes sociaux ou mentaux ne veulent pas consulter à la clinique pour différentes raisons, dont des raisons de confidentialité et que, dans certains cas, des services offerts par des aidants naturels ou des ministres du culte peuvent être adéquats. Aussi, parallèlement au développement des services offerts au CCSSSBJ, certaines communautés comme Waskaganish, Némaska, Mistissini et Whapmagoostui à la fin des années 90 ont organisé des services en santé mentale afin d'offrir à leur population des services jusque là, non-offerts par le CCSSSBJ. Ces services avaient pour but de répondre aux besoins de la communauté définis par la communauté. Par exemple, la communauté de Némaska offrait un programme de guérison auquel participaient un travailleur social et une infirmière psychiatrique qui offraient des services à temps plein.

Depuis quelques années, la FAG finance un programme de parrainage entre une personne en besoin et un aidant naturel à Mistissini. Ce projet remporte beaucoup de succès. Il est implanté au niveau des Conseils de bande, non pas dans les services de santé, et bénéficie du soutien d'une psychologue autochtone à temps partiel et de huit aidants naturels formés en « counselling ». Ceux-ci rencontrent généralement les gens les soirs et les fins de semaine, puisqu'ils ont habituellement d'autres emplois la semaine. Ils sont rémunérés pour leurs interventions. Ils ont été recrutés parmi les participants à une conférence sur l'intervention communautaire et ont réalisé un travail de guérison personnel. Ces aidants naturels seraient surtout consultés par les jeunes et les adultes. Le programme inclut des cercles de guérisons prenant la forme de camps pour hommes, pour femmes ou pour couples. Des efforts sont faits pour former un groupe de jeunes, mais ce programme offre des journées de guérison pour cette clientèle depuis plusieurs années. La psychologue associée à ce programme offre un soutien téléphonique aux aidants naturels lorsqu'elle ne séjourne pas dans la communauté. Le groupe de discussion de Mistissini a permis de constater que ces services étaient connus des travailleurs autochtones, mais pas des médecins et infirmières non autochtones participant à la discussion.

Du côté du CCSSSBJ, un projet de « Healing Lodge » [29] est en cours d'élaboration et un consultant a été embauché en 2006. Les services offerts toucheront la désintoxication des drogues, de l'alcool et d'autres dépendances, le développement de l'identité crie et de la personnalité. Il est aussi prévu des activités de promotion et de prévention de la santé sous la forme d'un « Family Community Healing Center ». Le but de ces services est de procurer et de promouvoir des programmes et des activités de guérison dans les communautés de l'Iiyiyiu Aschii visant le bien-être physique, spirituel, émotionnel et mental des personnes en accord avec la Roue de la Médecine.

3.8 INSTABILITÉ DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF

Les participants ont mentionné qu'il existe une grande instabilité du personnel des services de santé de première ligne. Cette instabilité serait liée notamment au haut niveau de stress dans l'environnement de travail et aux conditions de travail et de vie difficiles liées à l'isolement, aux distances et au manque chronique de personnel [3]. Ce manque chronique de ressources en première ligne santé et social expliquerait entre autre le fait qu'il est encore difficile d'intervenir en aval des problèmes et que les intervenants reçoivent généralement les personnes en situation de crise [3]. Concernant les services médicaux, la région doit faire appel à plusieurs médecins-dépanneurs pour offrir les services dans les communautés, une situation rendant difficile le développement de la confiance interprofessionnelle et la continuité de la relation patient-médecin.

« Le médecin, qui voit les patients en urgence, n'est pas nécessairement le même qu'ils verront en clinique; ou encore celui qu'ils verront lors de leurs suivis. Ceci signifie que nous avons besoin d'une approche multidisciplinaire et que nous avons besoin d'avoir un travailleur social à l'hôpital. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

Cette instabilité s'observe également chez les employés d'origine crie : les congés de maladie prolongés et les départs sont nombreux, ce qui crée un haut taux de rotation de personnel. Ceux qui restent sont alors confrontés à des sources de stress importantes. Du côté des psychologues, l'équipe est plus stable. Le recours à des visiteurs plutôt que des psychologues résidants expliquerait en partie cette stabilité.

Du point de vue de l'administration, la direction du programme de santé mentale soutient que la confiance de la population crie a souvent été ébranlée par les nombreux changements à la coordination du programme. Depuis octobre 1995, cinq coordonnateurs se sont en effet succédés et trois intérimaires ont dû être assumés. Ces changements répétés ont eu comme conséquences l'affaiblissement du support aux équipes locales et l'abandon de plusieurs initiatives prometteuses (moins de formations, peu d'intégration des approches traditionnelles dans les services de santé, pas de programmes de prévention). La revue documentaire démontre qu'un nouveau plan d'action a été mis en place à chacun des changements à la coordination du programme. À ce jour, la continuité du programme en santé mentale a surtout été assurée par la stabilité de l'assistante. En effet, madame Daisy Ratt occupe ce poste depuis 1997.

« Il y a un manque de stabilité des employés, des gestionnaires et des psychologues, qui contribue à fragmenter les programmes offerts et en réduit l'efficacité. [...] Le PSM ne sera considéré comme complètement fonctionnel à long terme que lorsque les membres des communautés le percevront comme stable et cohérent. » [Traduction libre de l'anglais, Ballou, 2006 : 23].

3.9 DEGRÉ D'INTÉGRATION DES RESSOURCES DE PREMIÈRE LIGNE

Les participants ont mentionné qu'il faut travailler à améliorer les liens entre les services. Toutefois, la collaboration entre les intervenants de première ligne est généralement difficile dans les services aux personnes présentant des troubles de santé mentale [19]. Dans une étude sur la collaboration interdisciplinaire dans les services de première ligne de l'Iiyiyiu Aschii, la majorité des participants (médecins, infirmières, travailleurs communautaires et psychologues) ont mentionné rencontrer plusieurs difficultés pour établir la collaboration dans les services à la clientèle présentant des problèmes de santé mentale [19]. Notamment, ils ont souligné le manque de moyens pour se coordonner, le peu d'ententes formelles entre les intervenants et entre les services, les difficultés additionnelles posées par la communication interprofessionnelle dans un contexte interculturel, le manque de confiance persistant entre les intervenants de la santé et les intervenants sociaux et l'ambiguïté du leadership.

« Nous parlons de services intégrés, mais je crois qu'il s'agit d'un problème majeur. Nous savons que nous devons travailler ensemble, mais certaines choses font défaut pour que ça arrive. Bien sûr, il y a un leader, mais ça n'arrivera pas tant que nous ne connaissons pas les besoins de la première ligne où sont prises en charge les personnes. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

Ainsi, les personnes se présentant dans les services de santé de première ligne seront souvent référées aux services sociaux ou aux psychologues visiteurs, car l'instabilité du personnel et la charge de travail font que les intervenants œuvrant dans les services de santé peuvent difficilement faire le suivi de la clientèle. Malheureusement, lorsque la personne se présente à nouveau dans les services de santé, parfois en situation de crise, les intervenants de ces services mentionnent leur difficulté à accéder à de l'information concernant le suivi assuré par les intervenants sociaux et les psychologues. Il s'agit pour eux d'un problème majeur, parce qu'ils doivent parfois intervenir à répétition auprès d'une même clientèle présentant les mêmes problèmes. Cette absence d'information, la méconnaissance des rôles et du travail effectué par les intervenants sociaux et les enjeux liés à la confidentialité ébranlent la confiance des travailleurs de la santé. Un participant (Mistissini) considère que les intervenants sociaux donnent l'impression de manquer de confiance dans leurs propres interventions et hésitent à prendre leur place dans l'équipe. Un autre participant mentionne l'importance que les leaders soient clairement identifiés lorsque les équipes sont multidisciplinaires et qu'il faut créer de véritables lieux pour aborder les problèmes de fonctionnement. Selon les participants (Mistissini), cette responsabilité revient aux superviseurs et aux gestionnaires des équipes locales et de l'équipe régionale.

« Les superviseurs et les gestionnaires ont besoin d'encourager, de suivre, de superviser et de faire les connexions entre les services. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

« Nous étions supposés parler d'intégration, mais il n'y en a pas. Comment pouvez-vous avoir un bon système si je ne sais pas ce que la plupart d'entre vous faites? » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

L'arrivée prochaine d'un intervenant en santé mentale dans chaque communauté vise, entre autres, à faciliter l'intégration des ressources de première ligne. En attendant, des participants soutiennent que les milieux sont en crise et que le programme de santé mentale doit déjà agir pour améliorer l'intégration des services, celle-ci devant par ailleurs s'appuyer sur les intervenants et les gestionnaires des milieux. Entre autres, il faut diminuer la méfiance entre les services, clarifier les rôles et s'entendre sur ce qu'on entend par « services intégrés ». Certains s'étonnent de la difficulté à avoir une vision intégrée dans ces petits milieux; d'autres considèrent que le fait d'être dans des immeubles séparés n'aide pas à l'intégration de services et que le travail d'équipe sera facilité lorsque les cliniques regrouperont tous les services. Mais les participants conviennent qu'il importe d'abord de commencer à s'asseoir ensemble, et ce, dès maintenant.

« Nous devons tous partager la même compréhension de ce que veut dire "intégration". Nous devons tous travailler ensemble au niveau de la communauté, mais nous devons comprendre avant ce que nous pensons et être supportés par tous les niveaux de gestion jusqu'au sommet du CCSSSBJ. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

« Je pense que nous avons une bonne équipe ici, mais pour moi, nous n'avons pas beaucoup de collaboration avec les autres services. Je crois que c'est la même chose dans les autres communautés. Nous devons faire plus pour travailler ensemble. Nous devons reconnaître les ressources que nous avons. Il y a beaucoup de travail qui a déjà été fait en ce sens. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

Une participante (Chisasibi) rappelle qu'il faut aussi intégrer les travailleurs œuvrant dans les écoles, qu'ils soient enseignants, travailleurs sociaux, psychologues, conseillers ou techniciens aux affaires étudiantes. Selon les participants et la revue documentaire, cette intégration recherchée dans les services de première ligne devrait accorder une place spécifique aux services traditionnels. La revue documentaire a permis de constater la régularité des démarches visant à favoriser l'intégration de méthodes traditionnelles à l'offre de service. Dès 1996, un projet vise le développement de « Regional mental health networks » pour encourager l'intégration des interventions locales et des rencontres sont réalisées avec les membres des Conseils de bande et des écoles dans sept communautés [11]. Une présentation du PSM faite à Ougé-Bougoumou en 1999 spécifie le désir d'intégrer les méthodes médicales « western » aux approches traditionnelles pour équilibrer l'offre de services [9]. En 2002, une proposition intitulée « An Integrated Approach to Health & Social Services in James Bay » est présentée au directeur exécutif du CCSSSBJ [27]. Elle stipule que le CCSSSBJ devrait incorporer des services holistiques qui seraient davantage intégrés et culturellement adaptés à la réalité de l'Iiyiyiu Aschii. En 2007, les approches traditionnelles ne sont toujours pas implantées de façon structurée. À cet égard, les professionnels de la santé non autochtones expriment certaines réserves. Ils rappellent à quel point les situations de crises mobilisent leurs énergies, que souvent, les ressources requises ne sont pas au rendez-vous et qu'ils doutent que les services traditionnels puissent prendre en charge rapidement cette clientèle. Par ailleurs, ils ne sauraient pas comment référer une personne désirant utiliser des approches traditionnelles, parce qu'ils ne détiennent pas cette information.

« Au CCSSSBJ, il y a une grande dépendance face à l'aide de consultants externes qui sont vus comme des experts en référence au modèle médical. Ces experts ont tenté de résoudre le problème en faisant des recommandations, ils ont échoué dans cette tentative de faire une différence... C'est le temps d'enclencher un nouveau processus basé sur le pouvoir d'agir des Eénous dans le processus de prise de décision. » [Traduction libre de l'anglais, Kitchen, 2002].

« Je sais qu'en Ontario, ils ont des centres qui offrent des méthodes de guérison traditionnelles, des cercles de partage d'un côté et d'approches de la médecine Western de l'autre. Je crois qu'il s'agit d'un moyen d'offrir une approche holistique en santé. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

3.10 DEGRÉ D'INTÉGRATION ENTRE LA 1^{re}, LA 2^e ET LA 3^e LIGNE

La recherche d'intégration concerne également les liens entre les services généraux et spécialisés. Actuellement, une personne peut être envoyée à Chisasibi, Val-d'Or ou Chibougamau pour être investiguée par un médecin, surtout si elle est suicidaire, car les ressources actuelles ne permettent pas de garder les personnes dans les communautés (sauf à Chisasibi). La possibilité d'utiliser plusieurs centres de référence augmente le risque de perdre de vue des personnes vulnérables. Les personnes vues sur place sont normalement suivies par les services sociaux, médicaux, infirmiers ou psychologiques. Or, les participants ont mentionné qu'il n'est pas rare qu'une personne envoyée vers les grands centres pour investigation soit retournée dans sa communauté sans qu'aucun intervenant local n'en soit informé. Cette situation entraîne des ruptures de services, le suivi n'étant pas orchestré avec les milieux. Les participants mentionnent également que les rapports de consultation provenant des centres hospitaliers externes sont généralement adressés aux médecins, alors que la présence médicale n'est pas assurée en tout temps dans toutes les communautés. Ainsi, les autres intervenants locaux, normalement responsables de préparer le retour de la clientèle dans les communautés, ne sont pas toujours informés à temps.

« Occasionnellement, nous avons à envoyer des personnes au Sud pour qu'elles soient évaluées, mais il n'y a pas de lien. Quatre semaines plus tard, vous recevez une liste du Royal Victoria pour vous dire que le patient a été vu et retourné à la maison. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

« Les grandes communautés ont des médecins permanents. Dans les plus petites, les infirmières ont beaucoup de responsabilités. Les infirmières nous appellent et nous appelons le psychiatre de garde de Montréal, mais c'est plutôt rare. Généralement, la personne est envoyée à Chisasibi ou à l'urgence d'un autre hôpital comme Chibougamau ou Val-d'Or pour être évaluée par un médecin, spécialement lorsqu'ils sont suicidaires. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Chisasibi].

3.11 SYSTÈMES D'INFORMATION ET D'ÉCHANGE D'INFORMATION

Bien que les participants mentionnent le besoin d'établir des modes de communication efficaces entre les intervenants des différents services, les échanges font ressortir la présence de nombreuses barrières : les distances, l'instabilité des ressources, le peu de formalisation des échanges, l'absence de dossier commun et le peu d'information qui y est consigné, l'ambiguïté autour du concept de confidentialité, le manque de rencontre interdisciplinaire, l'inconstance du leadership et la différence entre les modes de communication préconisés entre les groupes.

Tous les intervenants n'utilisent pas les mêmes voies de communication [19]. Du côté des services de santé, la préférence se porte sur les communications écrites afin d'assurer un suivi adéquat de la clientèle. Du côté des services sociaux, la discussion entre les intervenants est favorisée. Ces discussions encouragent la connaissance mutuelle, tandis que l'écrit est plus dépersonnalisé. Pour les intervenants sociaux, la connaissance de l'autre est essentielle pour le travail d'équipe. Quant aux dossiers des psychologues, ils ne sont pas accessibles pour des raisons de confidentialité. Ainsi, l'échange d'information entre les différents services demeure le plus souvent partiel et ne permet pas aux différents intervenants de saisir la totalité d'une situation. Plusieurs personnes, qui sont vues en état de crise dans les services santé de première ligne santé, sont dirigées vers les psychologues ou les intervenants sociaux qui sont chargés de faire le suivi. Toutefois, s'ils se présentent à nouveau en situation de crise, les intervenants des services de santé de première ligne ne disposent souvent pas de l'information sur le suivi qui a été effectué entre ces deux épisodes de crise. Un participant (Mistissini) considère que l'arrivée du dossier informatisé pourrait permettre d'améliorer l'accès à l'information. Toutefois, d'autres doutent que les intervenants sociaux le complètent mieux parce qu'il est informatisé. Une participante (Mistissini) souligne que les intervenants de première ligne sont ceux qui connaissent le mieux l'ampleur des problèmes de santé mentale et qu'il faut trouver un moyen pour les aider à les documenter.

À cela s'ajoute la tendance retrouvée dans de petits milieux de transmettre l'information de manière informelle, lors de discussions de corridor [19]. Plusieurs informations sont ainsi perdues parce qu'elles ne sont pas consignées, une lacune importante considérant le fait que les ressources humaines changent fréquemment. Par ailleurs, ces problèmes semblent s'inscrire dans un contexte culturel où l'on accorde beaucoup d'importance à l'expression orale et à la circularité des informations.

Les intervenants peuvent se réunir régulièrement au sein d'un même service, mais il est beaucoup plus difficile de réunir ensemble les intervenants des différents services et secteurs d'activités (services de santé, services sociaux, ressources communautaires, écoles, etc.). Les participants œuvrant en santé mentionnent aussi leur difficulté d'accès aux dossiers de la protection de la jeunesse et des services sociaux. L'accès au dossier santé serait également difficile pour les intervenants sociaux. Par ailleurs, les travailleurs occasionnels et les visiteurs sont rarement informés des modifications apportées dans les services, aux procédures ou aux règles [19]. De plus, il existe aussi des problèmes

d'efficacité dans les communications entre les intervenants de première ligne et leurs supérieurs hiérarchiques.

Enfin, les participants soulignent à quel point le traitement de la confidentialité pose problème. Plusieurs professionnels sont tenus, par la loi ou par leur ordre professionnel, de préserver la confidentialité des informations qu'ils détiennent. Toutefois, les participants mentionnent que dans un petit milieu, les choses finissent toujours par se savoir. D'ailleurs, auparavant, les personnes étaient naturellement informées et pouvaient faire partie de la solution. D'où une certaine réserve par rapport à ce concept qui n'existait pas dans le passé.

« Vous parlez de confidentialité, mais il n'y en a pas. Tout le monde sait tout. S'il y a des histoires de personnes qui éprouvent de l'anxiété ou qui commettent une agression, tout le monde les saura. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

3.12 BESOINS EN FORMATION

Les participants ont signalé qu'il existe plusieurs besoins de formation en première ligne sur différents thèmes liés à la santé mentale, par exemple l'identification des problématiques, les modes d'interventions en santé mentale, les aspects liés aux approches traditionnelles, la prévention et le suivi axé sur les potentiels de réadaptation et de réinsertion de la clientèle [1, 30]. La revue documentaire permet de constater la récurrence des demandes de formation. Tous conviennent que les formations reçues sont généralement très aidantes [9] mais tous s'entendent pour dire qu'elles sont insuffisantes. De plus, le roulement du personnel de première ligne oblige à les répéter régulièrement et les programmes de formation et les outils d'intervention doivent être culturellement orientés [17]. Les formations données par les psychologues au personnel des services sociaux et des formations comme ASIST « Applied Suicide Intervention Skills Training » sont très appréciées. L'intensité des efforts fournis pour transférer les connaissances et supporter les équipes locales varie selon les psychologues. Mais par ailleurs, la contribution désirée au regard de la formation demeure imprécise [26]. Des participants considèrent que des formations en santé mentale doivent également cibler d'autres ressources de la communauté et la population. Les intervenants du milieu qui accumulent plusieurs années d'expérience pourraient contribuer à ces formations.

« Lorsque vous avez d'autres femmes qui peuvent vous dire ce qu'est une dépression post-partum, vous n'avez pas besoin d'un psychologue. » [Traduction libre de l'anglais du groupe de Mistissini].

4 DISCUSSION : LES SPÉCIFICITÉS À CONSIDÉRER DANS L'IMPLANTATION D'UN PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE RÉGIONAL

À la lumière des informations recueillies, certains éléments susceptibles d'influencer l'implantation d'un plan d'action en santé mentale sont abordés sous l'angle des infrastructures, du milieu, de la clientèle, des instances locales, régionales et provinciales, des services et des intervenants.

4.1 LES INFRASTRUCTURES

Les informations recueillies lors des groupes de discussion et dans la revue documentaire pointent des problèmes d'infrastructure qui peuvent compromettre la qualité des services en santé mentale dans les communautés de l'Iiyiyiu Aschii. Ce sont : 1) le manque d'infrastructure pour assurer des services dans les communautés aux personnes en situation de crise ; 2) le manque d'hébergement supervisé pour favoriser la réinsertion de la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale sévères, sauf pour Chisasibi ; et 3) le manque de logement qui limite le recrutement de nouvelles ressources pouvant apporter un soutien aux équipes dans les communautés. L'absence de salles de rencontre et la séparation physique des services dans certains milieux ont également été identifiées comme des éléments nuisant à la collaboration.

4.2 LE MILIEU

Le fait que les communautés soient loin les unes des autres et parfois éloignées des centres urbains rend difficile le recrutement et le maintien en poste d'intervenants venant d'ailleurs, ce qui amène des changements répétés d'intervenants. De plus, les distances se traduisent en transports coûteux lorsque la clientèle est envoyée à l'extérieur des territoires, faute de services dans les communautés. Les neuf communautés représentent, une à une, de petits milieux de vie où la population varie entre 600 et 4 000 personnes, dans lesquels tous se connaissent, tant intervenants que personnes en besoin de services. Les gens n'ont donc pas la possibilité, comme c'est le cas dans les plus grands milieux, de vivre dans l'anonymat et il arrive que des intervenants soient personnellement impliqués lors de situations particulières.

4.3 LA POPULATION ET LA CLIENTÈLE

La mise en place d'un plan d'action en santé mentale régional demande de tenir compte de plusieurs éléments concernant la population de l'Iiyiyiu Aschii : la jeunesse de sa population, dans un contexte où l'on perçoit que les services sont déficients et qu'il est urgent de développer des services adaptés; le lourd fardeau social des femmes, un groupe à risque qui nécessite des services spécifiques; la nécessité de pouvoir s'adresser à la complexité des problématiques de santé mentale, qui sont souvent combinées à des problèmes de consommation ou associées aux effets de maladies chroniques, comme le diabète; enfin, le vécu douloureux relié à la présence d'une discontinuité culturelle, pour lequel s'impose le besoin de redonner un pouvoir d'agir aux familles et aux communautés. Le rapport aux

services doit aussi être mieux compris. Il semble que plusieurs personnes hésitent à faire appel aux services. Ainsi, même si la prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevée dans les groupes des Premières Nations que dans le reste de la population canadienne, les taux d'hospitalisation sont moindres [31]. Le manque d'adéquation entre les services offerts aux populations autochtones, qu'elles soient en milieu éloignés ou urbains, et la réalité de ces différents groupes autochtones expliqueraient cette sous-utilisation [18]. De plus, des participants suggèrent de changer le nom du programme de santé mentale parce que, selon eux, l'utilisation du terme santé mentale est souvent mal comprise et mal perçue. Le diagnostic médical confirmant la présence d'un problème de santé mentale induit un étiquetage, et certains hésiteront à consulter les services de santé de peur d'être identifiés comme ayant des problèmes. D'ailleurs, selon un participant, les services offerts par le Conseil de bande sont perçus comme moins menaçants que ceux offerts par les services de santé.

4.4 LES INSTANCES LOCALES, RÉGIONALES ET PROVINCIALES

L'implantation d'un nouveau plan d'action en santé mentale régional repose sur l'implication des instances locales, régionales et provinciales. Toutefois, certains aspects administratifs semblent avoir freiné le développement des services en santé mentale dans les communautés de l'Iiyiyiu Aschii. Certains participants cris déplorent que ces postes ne soient pas davantage occupés par les leurs et il semble exister une confusion dans l'identification des leaders aux paliers local et régional. Les participants mentionnent que plusieurs initiatives tombent à l'eau faute de porteurs de dossier et que la relève n'étant pas assurée, les changements sont liés aux personnes qui les initient. Cette confusion dans le leadership se traduit également par moins de soutien aux intervenants locaux. Par ailleurs, malgré ces observations, les participants considèrent que dans les dernières années, la grande partie des efforts fournis visent surtout à consolider l'administration et certains craignent que l'ajout de ressources administratives se fasse aux dépens des ressources en première ligne. Plusieurs semblent avoir de la difficulté à s'y retrouver. Ces difficultés existent dans un contexte de pénurie : même s'ils sont identifiés comme une priorité depuis 1993, les services de santé mentale ont souffert d'un manque de financement, surtout dans les premières années d'implantation du programme. En 1998, cela s'est traduit par une diminution des visites des psychologues, des interventions d'urgence, du soutien aux écoles, de la formation pour les intervenants, par moins de développement de services traditionnels et par l'abandon de programmes ou d'initiatives prometteuses. Un financement régulier et suffisant permettrait d'avoir une perspective à long terme incluant des volets préventifs [30]. Au plan national, le PASM passe pratiquement sous silence la réalité des milieux éloignés et n'aborde pas le besoin d'adapter certaines mesures aux communautés des Premières Nations. En fait, la seule référence aux populations autochtones concerne les ajustements nécessaires pour les régions 10, 17 et 18 quant aux dépenses régionales *per capita* basées sur l'estimation des coûts de production de services 2003-2004, compte tenu de la faible densité des populations concernées [2]. De plus, le document n'est disponible qu'en français, ce que déplorent d'ailleurs les participants.

4.5 LES SERVICES

Du point de vue des services, certaines difficultés et obstacles caractérisant la situation actuelle ont été mis en lumière de manière à mieux cerner les défis posés par l'implantation d'un plan d'action en santé mentale. Dans les services de première ligne, ce sont souvent les mêmes personnes qui se partagent la tâche de répondre aux urgences, d'assurer la clinique et à qui incombe la prévention. Le peu de ressources, tant dans les services sociaux que dans les services de santé, donne l'impression d'éteindre les feux sans pouvoir réellement aider les gens. Des participants rappellent par ailleurs l'importance de miser sur les ressources locales, de manière à assurer une plus grande continuité. Par ailleurs, plusieurs problèmes ont été identifiés par les participants concernant les services de première ligne : un manque de collaboration entre les intervenants des différents services, un manque d'intégration des différents services, incluant l'intégration des approches traditionnelles, un manque de confiance et de reconnaissance des rôles entre les intervenants des services de santé et des services sociaux. Les intervenants de première ligne en santé expriment des difficultés à diriger vers les services sociaux les cas urgents et ceux se présentant en dehors des heures de clinique. De plus, l'absence de dossier unique, la difficulté d'accès aux dossiers des autres services et des contenus incomplets au dossier compliquent le suivi. De fait, il existe très peu de statistiques issues des services de santé et des services sociaux. Les participants rappellent que la protection de la confidentialité est souvent citée comme raison pour ne pas tenir de statistiques. Les services psychologiques semblent généralement très appréciés des intervenants et de la clientèle. Cependant, la discontinuité de ces services sur le territoire complique le travail des intervenants de première ligne. De plus, l'accent est beaucoup mis sur la consultation individuelle et peu sur les approches de groupes qui pourraient être bénéfiques dans certaines situations. Plusieurs participants souhaitent qu'un accès en tout temps soit possible avec des services psychologiques téléphoniques. L'intégration des ressources traditionnelles aux autres ressources présente des défis particuliers. Les participants autochtones désirent que plus de place soit faite aux aînés, et selon eux, les aidants naturels seraient plus en mesure de rejoindre certaines clientèles comme les jeunes. Plusieurs formulent le désir de reprendre contact avec leurs racines culturelles. Pourtant, l'analyse des documents décrivant l'évolution de ces services depuis le milieu des années quatre-vingt-dix révèle le peu d'infrastructures et de financement voué à leur développement, et ce, malgré des demandes répétées. Des expériences jugées positives ont été cessées, faute de moyens. L'actuel programme de la FAG (Mistissini), qui repose sur l'intervention d'aidants naturels, est peu connu des intervenants non autochtones. L'apport des personnes issues des communautés et formées pour offrir un soutien de façon non officielle ne semble ni reconnu, ni encouragé. Enfin, dans sa forme actuelle, le plan d'action ministériel n'intègre pas les préoccupations à caractère culturel.

4.6 LES INTERVENANTS

Les intervenants disent bien connaître la clientèle. Toutefois, les intervenants non autochtones semblent peu maîtriser les enjeux à caractère culturel, même après plusieurs années dans le milieu. De plus, plusieurs semblent avoir peu d'expérience et peu d'intérêt pour la santé mentale. Les participants autochtones rappellent que les intervenants autochtones doivent avoir affronté leurs propres blessures personnelles pour pouvoir intervenir adéquatement auprès des personnes en besoin et qu'ils ont besoin de soutien pour d'abord guérir eux-mêmes. Des participants autochtones mentionnent que c'est suite à leur processus de guérison qu'ils sont devenus aptes à aider les personnes de leur famille et ensuite de leur communauté. Plusieurs des participants œuvrant en première ligne disent avoir vécu des situations difficiles avec très peu de soutien et ils soulignent qu'ils risquent l'épuisement professionnel. Comme il n'existe pas de programme d'aide aux employés, l'intervenant vulnérable devra utiliser les services de ses collègues, avec le risque qu'il préfère ne pas consulter. Un participant (Mistissini) rappelle que les rencontres de « débriefing en groupe » suite à des situations difficiles peuvent être très aidantes et contribuent à soulager le fardeau professionnel. Aussi, l'atelier intitulé « Care for the Caregivers » existe déjà et devrait, selon les participants, être régulièrement repris. Finalement, puisque les intervenants des milieux autochtones ont généralement une aversion pour une trop grande formalisation des relations, le plan d'action en santé mentale doit intégrer dans son mode de développement l'importance des relations informelles et conviviales.

5 PROJET DIALOGUE : ÉTAPES À VENIR

Les informations contenues dans ce rapport constituent un portrait général de la situation des services en santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii. D'autres visites sont prévues dans le cadre du Projet Dialogue afin de mettre à jour l'information chaque année.

D'autres étapes¹ sont également prévues afin de compléter le portrait des caractéristiques contextuelles et organisationnelles de services de santé dans la région. Ces prochaines étapes seront réalisées à un niveau local. Nous souhaitons, par la suite, mettre en lien ces caractéristiques contextuelles et organisationnelles avec l'expérience de soins de la clientèle. Le but est de guider les décideurs régionaux, les instances locales et les ressources des milieux dans la mise en place de services de santé mieux adaptés au besoin de la population de l'Iiyiyiu Aschii.

¹ Ces prochaines étapes sont conditionnelles au financement du programme.

RÉFÉRENCES

1. Ballou, É., *Mental Health Program : Synthesis of its evolution since 1993 and Recommendations for the future*. 2006, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
2. MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : Les forces des liens*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Editor. 2005, Bibliothèque Nationale du Québec : Québec. p. 97 pages.
3. CBHSSJB, *Strategic regional plan to improve health and social services*. 2004, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
4. Ministère des affaires indiennes et Nord du Canada, *La convention de la Baie-James et du Nord québécois et la convention du Nord-Est québécois*, Ministère des affaires indiennes et du Nord du Canada, Editor. 2004 : Ottawa.
5. Rochon, R., *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, Editor. 1988, Gouvernement du Québec. p. 803 pages.
6. Torrie, J., D. Muir, and B. Petawabano, *Miyuukanuweyimisutaau (Taking care of ourselves) : A discussion paper on the integration of an Eeyou ethos and practices into health and social services in liyiyiu Aschii*. 2003, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
7. Turgeon, J., H. Anctil, and J. Gauthier, *L'évolution du Ministère et du réseau : Continuité ou rupture?* in *Le système de santé au Québec*. 2003, Les Presses de l'Université Laval. p. 93-117.
8. Statistique Canada, *Données du recensement canadien de 2006*. 2006.
9. De Sutter, P. and D. Ratt, *Mental Health Program Presentation for the Special General Assembly in Oujé-Bougoumou*, in *Oujé-Bougoumou*. 1999, Cree Health Board of Health and Social Services of James Bay.
10. Ratt, D. *History of Mental Health Program - Organizational, Relationship and the Description of the Services of James Bay Cree*. in *Dialogue for Life II Conference*. 2003. Montréal.
11. De Sutter, P. and M.-L. Snowboy, *Avant-Projet pour les Patients Psychiatriques*. 1996, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
12. CBHSSJB, *Mental Health Program : Activity Reports 1996-1997*. 1997, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

13. McKenzie, L., *Mental Health Program Review in Eeyou Ischee : Final Report for Consultation*. 2002, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
14. CBHSSJB, *Annual Reports : Mental Health Program*. 2000-2006, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
15. Légaré, G. and E. Bobet, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cucle 2.1 (2003) : Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James-Santé mentale*. 2007 : Québec.
16. INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. 2006, Institut national de santé publique du Québec : Québec.
17. Chandler, M. and C. Lalonde, *Cultural Continuity as Hedge Against Suicide in Canada's Firstnation*. *Transcultural Psychiatry*, 1998. **35**(2) : p. 193-211.
18. Kirmayer, L.J., G.M. Brass, and C.L. Tait, *The mental health of Aboriginal peoples : transformations of identity and community*. *Can J Psychiatry*, 2000. **45**(7) : p. 607-16.
19. Lessard, L., *La collaboration interdisciplinaire dans les régions isolées du Québec : Le cas des Terres-Cries-de-la-Baie-James*, in *Médecine sociale et préventive*. 2005, Université Laval : Québec. p. 120.
20. St-Jean, R., *Regional Plan of Services Organization for Mental Health*. 1995, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
21. CBHSSJB, *Mental Health Program : Activity Reports 1997-1998*. 1998, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
22. CBHSSJB, *Mental Health Program : Activity Reports 2000-2001*. 2001, Cree Health Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
23. CBHSSJB, *Mental Health Program : Activity Reports 2002-2003*. 2003a, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
24. CBHSSJB, *Quartely Report : Mental Health Program*. 2003b, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
25. CBHSSJB, *Mental Health Program : Activity Reports*. 2006, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
26. Ratt, D., *My personal experinece and my vision for mentale health program and services*. 2006.
27. Kitchen, A., *An Integrated Approach to Health and Social Services in James Bay : A Proposal*. 2002, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

28. CBHSSJB, *Operational Planning : Mental Health Program*. 2007, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
29. Best, K., *The proposal for a familu Community Healing Centre*. 2007, Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
30. Hardy, S. and J. Helmer, *Promoting Health and Well-Being : An Investigation of Chronic Mental Illness in Iiyiyiu Aschii*. 2000, Public Health Module Cree Board of Health and Social Services of James Bay : Chisasibi.
31. Dussault, R. and G. Erasmus, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, C.R.s.l.p. autochtones, Editor. 1996.

