



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# ÉTUDE CONTEXTUELLE SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



# ÉTUDE CONTEXTUELLE SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK

DIRECTION RECHERCHE, FORMATION ET DÉVELOPPEMENT

SEPTEMBRE 2008

## **AUTEURES**

Lily Lessard, inf. M.Sc. Agente de recherche et professeure  
Unité santé des Autochtones, Direction recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Odile Bergeron, M.A. Agente de recherche  
Unité santé des Autochtones, Direction recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Louise Fournier, Ph.D. Chercheure  
Direction système de soins et politiques publiques  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Suzanne Bruneau, M.Sc. Coordinatrice  
Unité santé des Autochtones, Direction recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

## **MISE EN PAGE**

Sophie Chabot  
Direction recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

## **REMERCIEMENTS**

Cette étude a été réalisée grâce au support financier de la Direction système de soins et politiques publiques, de la Direction recherche, formation et développement de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Régie régionale de la santé et de services sociaux du Nunavik.

*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>, et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : <http://www.dsp.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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2008  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN : 978-2-550-54679-5 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-54680-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

## REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les participants des groupes de discussion organisés à Kuujuaq, le 25 janvier 2007 et à Puvirnituk, le 27 janvier 2007. Leurs témoignages ont été essentiels à la bonne compréhension du contexte dans lequel s'insèrent les services de santé mentale de leur région. Nous voulons également souligner le soutien essentiel lors de notre visite au Nunavik de la répondante locale, madame Maureen Cooney de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de monsieur Pierre Geoffroy du Centre de santé Tulattavik et de mesdames Linda Bradshaw et Barbara Northrup du Centre de santé Inuulitsivik.

D'autres personnes ont contribué à enrichir cet état de la situation. Nous remercions particulièrement le D<sup>r</sup> Normand Tremblay, médecin conseil à la RRSSSN, le D<sup>r</sup> Francisco Pinero, psychiatre et la D<sup>re</sup> Nathalie Boulanger, omnipraticienne à Kuujuaq, qui nous ont généreusement fait part de leur expérience.

En terminant, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux membres du personnel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik pour leur soutien dans la réalisation de cette étude.

Louise, Lily et Malijäi



## FAITS SAILLANTS

Cette section résume les informations recueillies auprès des participants de la recherche ainsi que celles provenant de la revue documentaire.

1. La santé mentale est identifiée comme une priorité d'intervention dans la région depuis plusieurs années.
2. Il existe peu de statistiques sur l'état de santé mentale des Inuits du Nunavik. Toutefois, la plupart des participants s'entendent pour dire que les problèmes de santé mentale sont en recrudescence.
3. Plusieurs facteurs peuvent compromettre la santé mentale des Inuits : la discontinuité culturelle, le manque de logements, la consommation de drogues et d'alcool, le manque de connaissances de la population à propos des problèmes de santé mentale, les conditions socio-économiques et le désœuvrement.
4. Les jeunes et les hommes doivent être prioritairement ciblés dans le cadre d'un éventuel programme en santé mentale. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves devraient également bénéficier d'un meilleur suivi visant leur réintégration sociale. À ce jour, peu d'initiatives ont été entreprises au Nunavik pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale courants, comme la dépression ou les troubles anxieux.
5. La répartition différente de la population entre l'Hudson et l'Ungava explique en partie les différences dans l'organisation des services entre les deux côtes. Pour l'Ungava, ces services tendent à être polarisés autour de Kuujuaq tandis que les services de l'Hudson sont plus décentralisés vers les communautés.
6. L'entente entre le Nunavik et le CHUM (Hôpital Notre-Dame), le Centre de réintégration Anaraaluk à Inukjuak et le Centre de crise Aaniavituqarq à Puvirnituaq constituent les développements les plus importants en santé mentale pour le Nunavik au cours des 15 dernières années.
7. Plusieurs personnes hésitent à faire appel aux services offerts dans les communautés en raison du manque d'adéquation de ces services avec leurs besoins, de leur méfiance face à l'efficacité des interventions psychosociales et des risques d'étiquetage dans ces petits milieux de vie.
8. Généralement, les situations de crise entraînent la prise en charge par les services de santé et les services sociaux. Ces situations mobilisent beaucoup de ressources et épuisent les équipes locales. La mise en place d'activités de prévention en santé mentale et l'établissement du suivi systématique de clientèle pourraient concourir à réduire ces situations. Toutefois, ces services peuvent difficilement être assurés par les intervenants des services de première ligne, car ceux-ci doivent d'abord et avant tout répondre aux urgences et assurer les services courants de la clinique.

9. La collaboration entre les programmes doit être améliorée pour intervenir auprès des personnes qui combinent des problèmes de santé mentale et d'abus de substances et pour faciliter la transition entre les services jeunesse et les services adultes.
10. Les intervenants locaux sont parfois appelés à intervenir auprès de leurs proches. Certains intervenants peuvent aussi manifester des besoins pour les aider à composer avec des situations personnelles difficiles. Actuellement, il existe peu de soutien personnel pour les employés de la santé et des services sociaux.
11. Les participants s'entendent pour dire que la collaboration interprofessionnelle est essentielle pour offrir des services en santé mentale de qualité. Elle est toutefois compromise par l'instabilité des ressources, par l'absence de structure permettant les échanges entre les intervenants des services de santé, des services sociaux, des ressources communautaires et des détenteurs des savoirs traditionnels, par la confusion dans l'exercice du leadership, par la méconnaissance mutuelle des rôles et par la méfiance de part et d'autre.
12. L'intégration des ressources traditionnelles peut diversifier et améliorer l'offre de services en santé mentale. Toutefois, peu d'intervenants non inuits maîtrisent les enjeux culturels et connaissent les différentes ressources communautaires. L'ajout d'un conseiller culturel pour guider les équipes de soins serait avantageux.
13. Les approches de groupe sont tout particulièrement efficaces dans le cadre d'intervention visant à améliorer l'estime de soi ou pour contrer des traumatismes collectifs. Toutefois, ces approches sont moins adaptées à la clientèle en santé mentale qui requiert plutôt une approche individuelle.
14. Les besoins de formation en santé mentale des équipes locales santé et sociales sont importants, notamment par rapport au dépistage et aux différents problèmes de santé mentale, aux traitements, aux approches traditionnelles et culturellement adaptées, au suivi, à la réadaptation et à la réinsertion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale. La présence intermittente des psychologues et des psychiatres sur le territoire diminuerait le soutien possible aux équipes locales.
15. La collaboration entre le Nunavik et le CHUM (Hôpital Notre-Dame) pour les services psychiatriques pour les adultes est parfois compromise par l'absence de procédures d'admission standardisées, par les difficultés à rejoindre le psychiatre répondant et par le manque de connaissances du contexte nordique de certains intervenants à Montréal. De plus, le fait que le CHUM n'offre pas de structure de transition entre l'hôpital de Montréal et le domicile au Nord augmenterait les risques de récidives. Le nombre de lits (2) en psychiatrie mis à la disposition des personnes du Nunavik serait également insuffisant.
16. Plusieurs programmes de prévention de problèmes de santé mentale et de promotion de la santé mentale prometteurs ont été abandonnés au fil des ans relativement à l'insuffisance de financement, à la non-récurrence des budgets, au roulement de personnel et aux changements de priorités. Un ancrage plus communautaire des programmes serait souhaitable afin de favoriser le pouvoir d'agir des Inuits. L'approche communautaire correspond davantage aux valeurs collectives.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES SIGLES.....</b>	<b>VII</b>
<b>1 INTRODUCTION : LE PROJET DIALOGUE .....</b>	<b>1</b>
<b>2 L'ÉTUDE CONTEXTUELLE AU NUNAVIK.....</b>	<b>3</b>
<b>3 LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL DES SERVICES DE SANTÉ .....</b>	<b>5</b>
<b>4 LA SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK.....</b>	<b>9</b>
<b>5 LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE DU NUNAVIK.....</b>	<b>11</b>
<b>6 LES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK.....</b>	<b>13</b>
6.1 Les services en santé mentale de première ligne .....	13
6.2 Les services psychologiques.....	15
6.3 Les services psychiatriques.....	16
6.3.1 La psychiatrie dans les établissements du Nunavik.....	16
6.3.2 Les psychiatres visiteurs .....	17
6.3.3 L'hospitalisation à Montréal.....	18
6.3.4 La télépsychiatrie .....	19
6.4 Les services de réadaptation.....	19
6.4.1 Le Centre de réintégration Anaraaluk (Inukjuak) .....	20
6.4.2 Le Centre de crise Aaniavituqarq (Puvirnitug) .....	21
6.4.3 Les appartements supervisés et les familles d'accueil .....	21
6.4.4 Le traitement des toxicomanies .....	22
6.5 Les services de troisième ligne .....	22
6.6 Les programmes de prévention et de promotion en santé mentale .....	22
6.7 Les groupes d'entraide et services communautaires .....	24
6.8 Les approches traditionnelles et religieuses.....	24
6.9 Degré d'intégration des services de première ligne .....	26
6.10 Degré d'intégration entre la 1 <sup>re</sup> , la 2 <sup>e</sup> et la 3 <sup>e</sup> ligne .....	27
6.10.1 L'intégration entre la 1 <sup>re</sup> et la 2 <sup>e</sup> ligne au Nunavik.....	27
6.10.2 L'intégration entre le Nunavik et le CHUM .....	28
<b>7 CONCLUSION : ÉTAPES À VENIR.....</b>	<b>31</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>33</b>



## LISTE DES SIGLES

<b>Sigle</b>	<b>Définitions</b>
CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord québécois
CCSSSBJ	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CRKSSS	Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale du MSSS 2005-2010
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones
PSI	Plans de services individualisés
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
RUIS	Réseau universitaire intégré de services



## 1 INTRODUCTION : LE PROJET DIALOGUE

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 problèmes de santé mentale par les équipes des centres de santé et de services sociaux du Québec (CSSS). D'une durée de quatre ans, il vise notamment à évaluer les effets du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) « La force des liens » qui suggère que les changements apportés aux services en santé mentale s'ancrent 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<sup>e</sup> Louise Fournier, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à titre de chercheuse responsable, et par le D<sup>r</sup> André Delorme, du MSSS, à titre de décideur principal. Plusieurs autres chercheurs collaborent à ce programme.

Initialement, le Projet Dialogue ciblait 15 CSSS ainsi que leurs RLS. À l'été 2006, l'Unité de santé des Autochtones de l'INSPQ, en partenariat avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ), demande l'extension de ce programme de recherche aux régions nordiques du Nunavik et de l'Iiyiyiu Aschii (Terres-Cries-de-la-Baie-James). Cette démarche est motivée par les préoccupations formulées par les partenaires de ces régions et documentées 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 éloignées des grands centres sont sous-optimales pour des raisons géographiques, culturelles et organisationnelles. Le but poursuivi par ce volet nordique du Projet Dialogue est donc d'identifier les approches et les structures organisationnelles les plus appropriées pour favoriser l'accès aux services et la continuité des soins aux personnes du Nunavik et de l'Iiyiyiu Aschii vivant avec des problèmes de santé mentale.

Le programme de recherche comporte trois phases soit une étude contextuelle (2006-2009), une étude organisationnelle (2008-2009) et une étude clientèle (2009-2010) en plus d'un volet échange de connaissances (2007-2010). Faisant suite aux entrevues de groupe réalisées en janvier 2007, ce rapport présente les résultats de l'étude contextuelle au Nunavik. L'information sera mise à jour lors des prochaines visites de l'équipe de recherche au Nord. Un rapport distinct, qui présente les résultats pour l'Iiyiyiu Aschii, est disponible sur le site web du projet : [www.inspq.qc.ca/dialogue](http://www.inspq.qc.ca/dialogue) [1].



## 2 L'ÉTUDE CONTEXTUELLE AU NUNAVIK

Ce rapport décrit l'évolution des services de santé mentale offerts aux adultes du Nunavik au cours des 15 dernières années. La connaissance du contexte est essentielle à la compréhension de l'organisation actuelle des services en santé mentale et de leurs effets sur la clientèle. Ce rapport se veut d'abord et avant tout une description du contexte des services de santé mentale et est exempt de toute analyse. Dans un premier temps, nous présentons les fondements du découpage territorial des services de santé suivi d'une courte description de la situation de la santé mentale des Nunavimmiuts<sup>1</sup>. Dans un deuxième temps, nous décrivons les différents services et ressources en santé mentale et leur niveau d'intégration.

Les sources d'information sont multiples et incluent: les échanges réalisés avec la responsable du programme de santé mentale à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), qui agit à titre de répondante locale pour le Projet Dialogue au Nunavik et la lecture de nombreux rapports, articles et documents produits par différentes organisations du Nunavik et du Québec. De plus, des informations essentielles ont été recueillies lors de deux groupes de discussion réunissant une vingtaine de participants des Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik, de leurs points de services, de la communauté et d'autres organisations comme la Commission Scolaire Kativik. Ces participants ont été identifiés par la répondante locale du Projet Dialogue au Nunavik ainsi que par des responsables locaux dans chacun de ces milieux. Ces groupes de discussion ont été réalisés le 25 janvier 2007 à Kuuujuaq et le 27 janvier 2007 à Puvirnituaq<sup>2</sup>. L'information a ensuite été complétée avec les commentaires de quelques informateurs clés de ces milieux. Devant la richesse et la complémentarité des informations rapportées par les participants des deux groupes de discussion, nous avons choisi de produire un rapport conjoint pour les deux côtes. Toutefois, nous avons pris le soin d'identifier la provenance des propos ainsi que les situations particulières à chaque milieu.

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

---

<sup>1</sup> Habitants du Nunavik.

<sup>2</sup> Pour les prochaines étapes du projet, les autres communautés du Nunavik seront également visitées.





### 3 LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL DES SERVICES DE SANTÉ

Le portrait des communautés inuites du Nunavik a profondément changé au cours du siècle dernier. Au tournant du 20<sup>e</sup> siècle, les Inuits formaient un peuple essentiellement nomade et ils vivaient dans des clans familiaux. Ces clans se sont sporadiquement installés autour des camps des missionnaires et des comptoirs de la Compagnie de la Baie d'Hudson. La sédentarisation s'est concrétisée au tournant des années 50-60 avec la mise en application de programmes fédéraux de développement social et économique destinés aux régions arctiques. Ces programmes devaient permettre aux Inuits de bénéficier des mêmes services que ceux offerts à l'ensemble de la population canadienne. Des écoles et des dispensaires ont alors été construits dans chaque village.

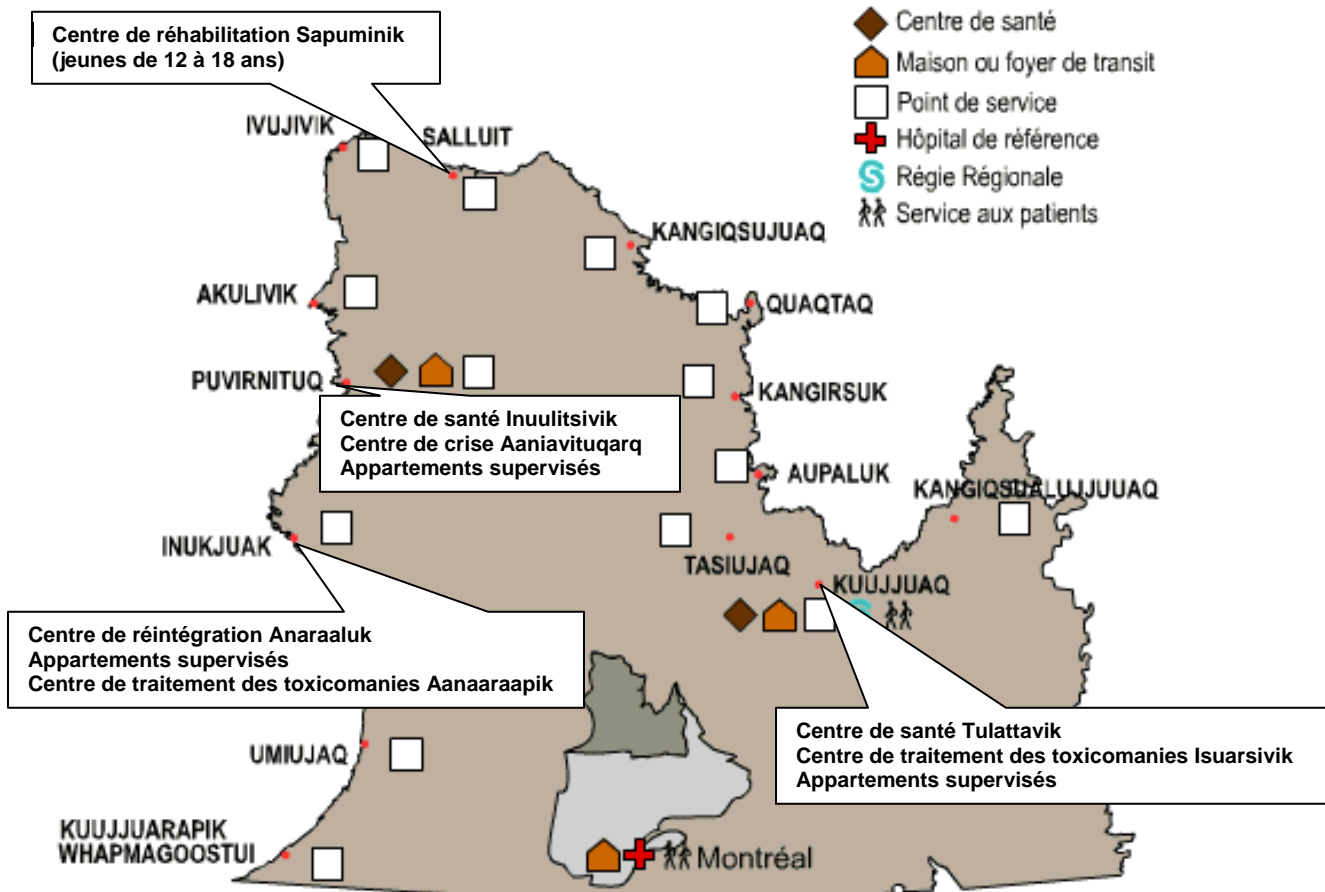
En 1975, le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada, Hydro-Québec, la Société de Développement de la Baie-James, la Société d'Énergie de la Baie-James et les peuples cris et inuits signent la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ). Cet accord permet l'octroi d'un montant totalisant 225 millions de dollars en indemnités pour l'utilisation de leurs territoires [2]. Il permet aux peuples autochtones signataires d'exercer le contrôle politique, économique et social de leurs territoires. Au Nunavik, le Conseil Kativik des services de santé et des services sociaux (CKSSS) est créé en 1978. Ce conseil reçoit le mandat d'améliorer la santé publique dans la région et de veiller à l'organisation des services de santé et services sociaux offerts aux Nunavimmiuts. En 1996, les fonctions de la santé et des services sociaux du CKSSS sont transférées à la nouvelle RRSSSN [3, 4]. Les services de santé au Nunavik sont donc sous la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), quoique des ententes de contributions existent avec Santé Canada pour le financement de certains programmes. Le Nunavik est la 17<sup>e</sup> région sociosanitaire du Québec.

En tant qu'entité régionale, la RRSSSN est responsable de l'organisation des services et de l'évaluation de l'efficacité des programmes développés par le MSSS et de la qualité des services offerts à la population des 14 communautés du Nunavik : Kuujuarapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituaq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtuaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujuaq et Kangiqsualujuaq. La RRSSSN doit travailler en étroite collaboration avec le MSSS et les représentants des deux centres de santé de la région, le Centre de santé Tulattavik à Kuujuaq et le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituaq, afin de développer des services de santé et sociaux adaptés aux populations du Nunavik [3]. La RRSSSN a aussi la responsabilité d'allouer les budgets pour les deux centres et leurs points de services.

Les deux centres de santé ont la mission d'offrir des services d'un centre hospitalier de courte et longue durée. La gestion des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation à Kuujuaq, Puvirnituaq et Salluit est également sous leur responsabilité. Étant donné l'isolement géographique des communautés, chacune est pourvue d'un point de services CLSC offrant des services de santé et des services sociaux de première ligne de nature curative et préventive ainsi que des services de protection de la jeunesse à sa population [5]. La figure 1 illustre les installations sanitaires de la région. Le Centre de santé Tulattavik assure l'administration des points de services de l'Ungava (de Kangiqsujuaq à

Kangiqsualujuaq) tandis que ceux de l'Hudson (de Kuujjuarapik à Salluit) sont placés sous l'égide du Centre de santé Inuulitsivik. En plus des deux centres de santé et des 14 points de services CLSC, il existe trois autres infrastructures régionales desservant toute la population du Nunavik : le Centre de réintégration Anaraaluk d'Inukjuak, le Centre de crise Aaniavituqarq à Puvirnituq et le Centre de réhabilitation Sapuminik à Salluit qui accueille les jeunes contrevenants âgés entre 12 et 18 ans.

Figure 1. Installations sanitaires du Nunavik



Source : <http://www.rsss17.gouv.qc.ca/fr/services/>.

Du côté de l'Ungava, le Centre de santé Tulattavik dessert 4 675 personnes dont près de la moitié vivent à Kuujjuaq [6]. Du côté de l'Hudson, où Puvirnituq, Salluit et Inukjuak sont les communautés les plus peuplées, Inuulitsivik dessert 6 169 personnes. Cette répartition différente de la population entre l'Hudson et l'Ungava explique en partie les différences dans l'organisation des services entre les deux côtes. Pour l'Ungava, ces services tendent à être polarisés autour de Kuujjuaq tandis que les services de l'Hudson sont plus décentralisés vers les communautés [7, 8]. La répartition de la population du Nunavik pour chaque communauté est présentée au tableau 1.

**Tableau 1. Population dans chacune des communautés du Nunavik**

	<b>Communautés</b>	<b>Population en 2006</b>
<b>HUDSON</b>	Kuujuarapik	568
	Umiujaq	390
	Inukjuak	1 597
	Puvirnituq	1 457
	Akulivik	507
	Ivujivik	349
	Salluit	1 241
<b>UNGAVA</b>	Kangiqsujuaq	605
	Quaqtaq	315
	Kangirsuk	466
	Aupaluk	174
	Tasiujaq	248
	Kuujuaq	2 132
	Kangiqsualujuaq	735
	<b>TOTAL Nunavik:</b>	<b>10 784</b>

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



## 4 LA SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK

Il est difficile de connaître l'incidence des problèmes en santé mentale au Nunavik puisqu'il n'existe pas de relevé statistique standardisé dans les services de santé et services sociaux de première ligne [7, 9, 10]. Malgré tout, les participants des deux groupes de discussion disent observer une augmentation des cas au cours des dix dernières années. Pour eux, la prévalence des problèmes de santé mentale serait également plus grande sur la côte de l'Hudson que sur celle de l'Ungava et les personnes, aux prises avec ce type de problèmes, de plus en plus jeunes. Les problèmes de santé mentale rapportés sont principalement la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépression, l'anxiété et les troubles paniques, les désordres provoqués par l'abus de substances, les stress post-traumatiques, le syndrome d'alcoolisation fœtale, les troubles d'apprentissage et les problèmes de causes organiques [4, 9]. Le suicide, qui est souvent considéré comme un symptôme de problèmes de santé mentale, est préoccupant au Nunavik. Le taux de suicide est le plus élevé au Québec et représente jusqu'à 24% des décès, soit environ 10 fois plus qu'ailleurs en province [12]. Il toucherait quatre fois plus les jeunes hommes que les femmes. Les suicides seraient trois fois plus nombreux sur la côte de l'Hudson que celle de l'Ungava [11, 12].

Selon les personnes rencontrées, la santé mentale constitue une priorité régionale d'intervention. Les groupes principalement visés seraient les jeunes, surtout les jeunes hommes qui sont davantage touchés par le suicide, les familles, les aînés et les personnes handicapées [3, 12]. Pour les participants des groupes de discussion et d'après les écrits consultés, plusieurs facteurs contribuent à aggraver les problèmes de santé mentale au Nunavik. D'abord, les changements culturels rapides constituent des stress collectifs importants. Plusieurs personnes, principalement les plus âgées, demeurent perturbées par les années passées dans les écoles résidentielles, les épidémies de grippe espagnole et les relocalisations forcées à Grise Fjord et Resolute Bay [9]. Ensuite, selon des participants des groupes de discussion, l'isolement géographique et le manque de perspectives futures, comme l'emploi ou l'accès à des études postsecondaires, peuvent conduire certaines personnes au désarroi et à la dépression.

« Il n'y a rien pour ces jeunes adultes. S'ils n'ont pas de travail, ils n'ont rien d'autre à faire que de regarder la télévision sur satellite où ils peuvent gambler, etc. »

Participant de Tulattavik

Un autre facteur de risque pour la santé mentale des Nunavimmiuts est l'abus d'alcool, de drogues et de solvants. Ces abus contribuent également à l'émergence de problèmes sociaux comme la violence conjugale, la négligence parentale, l'absentéisme au travail et à l'école et la pauvreté [10, 13]. Le syndrome d'alcoolisation fœtale constitue aussi une préoccupation en raison des problèmes de développement qu'il occasionne. Toutefois, il existe peu de données sur la prévalence de ce problème au Nunavik [4].

« Il y a beaucoup de drogues dans les maisons et ça augmente de plus en plus. Les enfants voient faire les parents et font pareil, c'est la même chose avec la cigarette et l'alcool. Qu'est-ce qui se passe quand les personnes veulent juste prendre ça et rester dans leur maison? »

Participant de Tulattavik

Selon les participants des deux groupes de discussion, le manque de connaissances de la population concernant la santé mentale et les tabous qui lui sont associés nuisent à l'intégration sociale des personnes vivant avec ces types de problèmes [9, 11]. Des participants du groupe de discussion de Tulattavik ont mentionné que les médecins et les spécialistes doivent être prudents dans la formulation d'un diagnostic puisque certaines personnes, surtout les jeunes, peuvent souffrir de cette étiquette. Le manque de soutien est également identifié comme un facteur de risque puisqu'il peut être associé à certains actes criminels et à des problèmes sociaux [14]. D'ailleurs, des données récentes démontrent que les assauts, les abus sexuels, la conduite avec les facultés affaiblies et les entrées par infraction ont augmenté entre 2001 et 2005 [15]. Ensuite, les participants des deux groupes et les écrits identifient le manque de connaissances de la population des services offerts en santé mentale, la méfiance de certaines personnes envers la qualité de ces services et l'insuffisance des outils culturellement adaptés dont disposent les intervenants de la santé et sociaux de première ligne pour leur permettre de dépister les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les suivre et les traiter comme d'autres facteurs compromettant la santé mentale des Nunavimmiuts [10]. Finalement, plusieurs participants affirment que l'organisation des services de santé actuelle prend pour acquis que les familles jouent un rôle actif dans la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, la famille n'offre pas toujours la structure et la sécurité nécessaires dans un contexte de surpeuplement des logements, de perturbations des rôles familiaux traditionnels et de l'élargissement des fossés intergénérationnels [3, 7, 9, 13, 14, 16].

## 5 LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE DU NUNAVIK

Depuis 1989, une succession de plans d'action en santé mentale ont proposé des solutions pour répondre aux besoins de la population et tenté d'adapter les orientations du MSSS au contexte nordique. La portée des plans d'action semble cependant être demeurée restreinte en raison notamment du manque de financement lié aux déficits accumulés par les deux centres de santé, de la non-récurrence des budgets, de l'instabilité du personnel, des coûts élevés liés à l'embauche de nouveaux travailleurs et du manque criant de logements pour les familles et le personnel de la santé et des services sociaux. À ceci s'ajoute l'absence de quantification des pertes de vie et de la morbidité associées à la maladie mentale et la combinaison des problèmes de santé mentale et des dépendances qui compliquent la planification des interventions [17]. L'adaptation des recommandations ministérielles demeurent aussi difficiles à appliquer.

« Les risques de malentendus et de non-pertinence sont considérables lorsque l'on emprunte un modèle de services adapté à une société donnée pour le transférer dans un contexte culturel tout à fait autre. »

CKSSS (1991) [13]

En 1991, un premier plan d'action en santé mentale est déposé en réponse à la politique de santé mentale adoptée par le gouvernement québécois deux ans plus tôt [13]. Ce plan souligne l'importance de développer et d'offrir les services basés sur une approche globale et ancrée dans la communauté. Ses principales orientations s'articulent autour de l'intégration des services de santé mentale pour former un système cohérent de services adaptés aux besoins de la population. Ces services devaient répondre à l'accroissement des problèmes psychosociaux, promouvoir la santé et le bien-être et favoriser le développement et la participation communautaire. Un comité consultatif – *Isumannaanirmut Katimajitt* – est alors créé dans le but d'évaluer les besoins en santé mentale et émettre des recommandations sur l'établissement des services régionaux [13]. En 2000, un nouveau plan qui s'attarde à la problématique des handicaps physiques et mentaux est déposé. En 2003, un rapport propose une série de mesures et d'actions à mettre en place pour faciliter les interventions auprès des personnes ayant des déficiences intellectuelles ou physiques. En 2005, le plan d'action en santé mentale répond aux orientations du plan d'action du MSSS de 1998 qui visait à rapprocher davantage les interventions des milieux de vie. Dernièrement, en 2006, un comité d'organisation des services est mis sur pied afin d'élaborer une version préliminaire d'un plan d'action général régional et de proposer un modèle d'organisation de services. Ce comité a établi une liste descriptive des services de première, deuxième et troisième ligne et des organismes communautaires ainsi que des ententes de services à partir des informations répertoriées dans les documents gouvernementaux du Québec. L'ensemble de l'information recueillie est rassemblée dans un document intitulé l'Offre de services de la RRSSSN 2006. Une section consacrée à la santé mentale détaille les activités de prévention et de promotion, les services de première, deuxième et troisième ligne du programme santé mentale destinés aux populations cibles (enfants, jeunes, adultes) pour chaque côte [18].





## 6 LES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK

Les services en santé mentale sont offerts par des ressources de première ligne (médecins généralistes, infirmières et intervenants sociaux) qui sont soutenus par des ressources des domaines de la psychologie, de la psychiatrie, de la réadaptation, de la prévention et la promotion de la santé mentale et des ressources utilisant des approches traditionnelles de guérison. De façon générale, les participants des deux groupes de discussion s'entendent pour dire que les services se sont améliorés au Nunavik au cours des dix dernières années. L'arrivée d'un financement récurrent pour le Centre de réintégration Anaraaluk créé en 2000 à Inukjuak, les ententes signées avec l'Hôpital de Montréal pour enfants pour la pédopsychiatrie et avec le CHUM (Pavillon Notre-Dame) pour la psychiatrie adulte, la rénovation des salles d'isolement dans les points de services de la Baie d'Hudson, la création du Centre de crise Aaniavituqarq à Puvirnituuq en 2005 ainsi que certaines formations offertes, il y a quelques années, aux intervenants de la santé et des services sociaux du Nunavik par l'hôpital Douglas ont contribué à améliorer ces services. Malgré ces améliorations récentes, les ressources en santé mentale demeureraient insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins de la population [14]. Seuls les psychiatres visiteurs, les intervenants du Centre de réintégration Anaraaluk et ceux du Centre de crise Aaniavituqarq sont spécifiquement assignés à la santé mentale. Par ailleurs, les écrits consultés et les participants des groupes de discussion déplorent le manque de services pour les personnes ayant des troubles de santé mentale courants, pour les jeunes et pour les personnes suicidaires [10].

### 6.1 LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE

Les services infirmiers et les services sociaux de première ligne sont offerts dans chacune des 14 communautés du Nunavik et incluent des services de prévention et de promotion de la santé, des programmes de santé communautaire, des services de santé généraux et de suivi de problèmes de santé chroniques, des services de soins à domicile et des services d'urgence disponibles en tout temps [18]. Dans certaines communautés, des services pré-hospitaliers d'urgence, administrés par les municipalités, sont aussi disponibles. L'intégration des équipes de premiers répondants des municipalités avec les équipes des points de services CLSC serait en voie de se réaliser [7, 8]. Là où les équipes de soins pré-hospitaliers sont absentes, ce sont les équipes de santé de première ligne qui assurent ces services.

L'organisation des services de santé au Nunavik prévoit la prise en charge des personnes souffrant de problèmes de santé mentale courants par les intervenants de la santé et des services sociaux. Ceux-ci sont appelés à faire le dépistage, évaluer les personnes ayant des problèmes de santé mentale et assurer leur suivi. Au besoin, la clientèle est référée au médecin. Ce médecin est généralement sur place dans le cas des communautés les plus peuplées : Kuujuaq, Salluit, Puvirnituuq, Inukjuak et Kuujuarapik. Les autres communautés reçoivent, quant à elles, la visite de médecins quelques jours par mois et bénéficient en leur absence d'une couverture médicale à distance. Les intervenants locaux doivent alors contacter par téléphone les médecins qui sont situés dans les autres communautés. Dans certaines communautés, les intervenants locaux peuvent référer les personnes directement aux psychiatres pour qu'elles soient rencontrées lors de leurs visites au Nord.

Le développement des services sociaux et du département de protection de la jeunesse sur les deux côtes s'est amorcé au cours des années 90. L'organisation de ces services diffère entre les deux côtes. Sur la côte de l'Ungava, un travailleur social et un agent de relations humaines sont en poste dans chaque communauté. Ces personnes travaillent en collaboration avec un assistant social inuit qui reçoit un soutien professionnel. Ces trois ressources offrent les services de protection de la jeunesse et les services sociaux du CLSC [18]. Du côté de l'Hudson, les services de protection de la jeunesse et les services sociaux sont séparés et dispensés par un travailleur social ou un agent de relations humaines. Les Inuits qui travaillent pour ces services sont appelés des *community workers* [18]. Des services de curatelle publique, généralement assurés par les intervenants sociaux, ont été initiés par les deux centres hospitaliers en 2002 afin de mieux encadrer les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sévères dans les communautés [10].

« Les infirmières et les médecins tentent de référer les personnes aux services sociaux, mais il y a une culture qui fait que les personnes viennent dans les services sociaux et disent: « Faites quelque chose! » Ils veulent des actions concrètes et rapides. Il est souvent difficile d'engager les personnes dans un suivi. Je ne sais pas pourquoi c'est ainsi, mais c'est ce que les services sociaux offrent. Peut-être que les Inuits n'aiment pas ça. »

Participant d'Inuulitsivik

Les participants ont aussi souligné les difficultés rencontrées par les intervenants de première ligne santé et sociale à venir en aide à la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Des questions ont été soulevées quant à l'adaptation de ces services aux réalités des habitants du Nunavik. Selon les participants, plusieurs intervenants manqueraient de connaissances et démontreraient peu d'intérêt pour la santé mentale [10]. De plus, tant du côté de la santé que des services sociaux, le manque de ressources, le roulement de personnel, le manque de support, le manque d'accès à la formation, l'absentéisme des intervenants locaux, le recrutement difficile et coûteux, la faiblesse des structures organisationnelles et la rareté des logements pour les employés perturbent la prestation des services de santé [3]; particulièrement dans les domaines qui requièrent une grande continuité des services, comme en santé mentale. Ces intervenants se sentiraient souvent dépassés par les problèmes de santé mentale sévères, les cas de violence, les abus sexuels et les suicides. Une autre difficulté à l'intervention en première ligne est liée à la petite taille des communautés. Cette réalité fait en sorte que les intervenants locaux sont souvent confrontés à des patients qu'ils côtoient quotidiennement ou avec lesquels ils ont des liens filiaux [10]. Il est alors difficile de dissocier la personne sociale de l'intervenant. L'intervenant inuit peut également être confronté à sa propre histoire [14] et à sa propre souffrance. Si bien qu'il lui est parfois difficile de fixer des limites auprès de la clientèle [8].

Malgré l'importance que revêtent les services de première ligne au Nunavik, la revue documentaire et les participants soutiennent que ces services, autant du côté de la santé que du côté social, demeurent peu consultés par la clientèle pour des problèmes courants de santé mentale. Par ailleurs, les services à domicile en santé mentale demeurent insuffisants même s'ils sont généralement bien développés sur le territoire pour les autres problématiques de santé. L'intervention en première ligne en santé mentale se résumerait

surtout à une aide ponctuelle et à court terme offerte en situation de crise [4, 5]. Les participants des groupes de discussion ont identifié le développement des services de première ligne en santé mentale comme une priorité [11].

« Nous sommes conscients qu'en première ligne santé et sociale, la reconnaissance des besoins pour des services en santé mentale de la population doit être beaucoup plus développée. »

Participant d'Inuulitsivik

Bien que la constitution d'équipes en santé mentale ait été identifiée comme une priorité de la direction de la Planification et Programmation de la RRSSN [7], il n'existait pas au moment de notre visite d'équipe structurée en santé mentale au Nunavik. Des équipes d'interventions *ad hoc*, composées de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de travailleurs communautaires et d'autres ressources des deux centres de santé sont formées en cas de crise. Toutefois, un projet pour mettre en place une telle équipe est en préparation au Centre de santé Tulattavik afin d' « améliorer la prise en charge, le suivi et le support des patients et de leur milieu social afin de diminuer et prévenir les rechutes ou crises si fréquentes dans notre milieu » [19].

## 6.2 LES SERVICES PSYCHOLOGIQUES

Présentement, il existe peu de ressources psychologiques au Nunavik. Pourtant, en 2003, il y avait quatre postes de psychologues au Nunavik : deux pour l'Hudson et deux pour l'Ungava [3]. Initialement, leur rôle consistait à supporter les équipes locales et à s'investir dans l'application des programmes de promotion de la santé mentale. Toutefois, leur rôle s'est progressivement transformé pour finalement se concentrer à l'évaluation et aux suivis de personnes référées par les services de santé et sociaux de première ligne.

Dans la région de la Baie d'Hudson, les deux postes de psychologues ont été abolis en 2006. Les raisons évoquées, d'ordre administratif et budgétaire, demeurent obscures pour plusieurs participants du groupe de discussion d'Inuulitsivik. Certains participants soulèvent plutôt l'hypothèse de l'inadéquation des services de psychologie offerts aux besoins réels de la population. Malgré tout, les participants se sont dits inquiets de l'absence de psychologues dans la région. Dans la région de la Baie d'Ungava, un seul psychologue basé à Kuujuaq offre actuellement des services de consultation sur référence pour les adultes, les jours de semaine et certains soirs. Selon certains participants, ces services seraient surtout utilisés par les non-Inuits de Kuujuaq ou les résidents des communautés voisines. Dans certains villages, il y a des visites occasionnelles de psychologues visiteurs. En 2006, la Commission scolaire Kativik a engagé son propre psychologue et prévoit en engager un autre pour répondre aux besoins de la région de la Baie d'Hudson pour l'évaluation des jeunes dans les écoles primaires et secondaires. Toutefois, cette ressource peine à répondre à la demande, ce qui la restreint à l'évaluation des jeunes. Les participants du groupe de discussion de Tulattavik ont ajouté que ces évaluations demeurent trop souvent sans lendemain, car les ressources locales sont insuffisantes et inadéquatement formées pour assurer le suivi ou entreprendre une psychothérapie. De plus, le travail du psychologue de la Commission scolaire Kativik est peu intégré aux autres ressources du milieu et aux services de santé.

## 6.3 LES SERVICES PSYCHIATRIQUES

### 6.3.1 La psychiatrie dans les établissements du Nunavik

Au Nunavik, les omnipraticiens sont responsables des services psychiatriques de première ligne en collaboration avec les infirmières et les intervenants sociaux locaux. Selon la revue documentaire et les commentaires des participants, les centres de santé sont mal équipés pour recevoir des patients psychiatisés, d'autant plus qu'il n'y a pas de lits spécifiquement attribués à la psychiatrie. Les hospitalisations y sont donc généralement de courte durée. En 2002, on comptait deux fois plus d'hospitalisations psychiatriques sur la côte de la Baie d'Hudson, soit 38, alors que sur la côte de l'Ungava il y en avait 17 pour une durée moyenne de séjour de 6,3 jours pour les deux côtes [7]. Le Centre de santé Inuulitsivik et ses points de services possèdent des salles d'isolement fonctionnelles, ce qui n'est pas le cas sur la côte de l'Ungava où des efforts seraient présentement déployés pour pallier cette lacune. Conséquemment, les personnes qui sont dangereuses pour elle-même ou pour les autres sont parfois temporairement isolées dans une cellule du poste de police [7]. Un rapport sur la prévention du suicide paru récemment déplore cette situation affirmant que les postes de police ne sont pas adéquats pour une personne suicidaire et peuvent encourager le passage à l'acte [11].

« Le problème majeur des deux hôpitaux du Nunavik (Centres de santé Tulattavik à Kuujuaq et Inuulitsivik à Puvirnituk) se situe au niveau de l'accueil de patients psychiatisés en crise. L'organisation spatiale (milieu ouvert, donc pas d'unité fermée ; pénurie de locaux), la mission générale (pas de lit psychiatrique) et le manque de personnel spécialisé de ces centres de santé rend leur hospitalisation difficile et potentiellement dangereuse pour les autres patients hospitalisés. »

Streit (2003) [7]

Certains participants du Centre de santé Inuulitsivik ont mentionné que les besoins sont tels au Nunavik qu'un psychiatre pourrait y travailler à temps plein. D'ailleurs, en 2000, une proposition pour l'instauration d'un département de psychiatrie à Tulattavik et la création d'un poste de psychiatre permanent a été déposée par la RRSSN. En 2003, une première rencontre avec les psychiatres du CHUM en jetait les premiers jalons. Toutefois, les difficultés rencontrées pour le recrutement des psychiatres visiteurs retardent la réalisation du projet. Malgré ces difficultés, un rapport sur les services psychiatriques au Nunavik en 2004 recommandait le maintien de cette option en raison de l'alourdissement des cas [8]. Certains participants proposent que le MSSS autorise des droits de pratique limités afin de faciliter le recrutement de psychiatres étrangers. En 2007, le désir de développer une unité psychiatrique à Tulattavik était toujours présent, notamment par l'ajout de deux lits d'observation et d'une salle d'isolement conforme. Cependant, cette unité requiert le soutien d'une équipe en santé mentale et ne doit pas seulement reposer sur le médecin de garde.

Par ailleurs, en ce qui concerne les approches en psychiatrie, des participants des groupes de discussion soutiennent que les approches en psychiatrie telles que la prescription de médicaments et d'antidépresseurs sont souvent dénoncées par les utilisateurs des services et les familles. Selon la pensée populaire, les pilules aggravent la condition du malade.

Plusieurs participants estiment donc que les médecins généralistes et les psychiatres doivent revoir leur pratique relativement à la prescription de médicaments. Aussi, des participants déplorent que la médication constitue souvent une réponse à la rareté des thérapies cognitives et comportementales due au manque de ressources en psychologie. Enfin, les participants ont mentionné que les Inuits ont davantage tendance à faire confiance à un médecin âgé qu'à un jeune médecin pour leurs problèmes de santé mentale.

### 6.3.2 Les psychiatres visiteurs

Des consultations en psychiatrie sont offertes au Nunavik par l'entremise de psychiatres visiteurs. Lors de références au psychiatre pour des services de deuxième ligne, celui-ci endosse le rôle de consultant et non de médecin traitant [8]. Les deux centres de santé organisent et coordonnent les visites des psychiatres. Les personnes qui requièrent leurs soins doivent voyager de leur communauté vers celles visitées par les psychiatres. Certains psychiatres viennent au Nunavik (Ungava) hors-entente sur une base volontaire et individuelle. Cette situation occasionne des difficultés pour coordonner les visites des psychiatres. Sur l'Ungava, un psychiatre s'est déjà déplacé inutilement car un psychiatre l'avait précédé et avait déjà rencontré toute la clientèle.

« [Aux] ressources existantes au Nunavik, s'ajoute ponctuellement, sans coordination ou collaboration efficiente, l'intervention de psychiatres itinérants rattachés à divers hôpitaux de Montréal et de Sherbrooke. »

Streit (2004) [8]

Initialement, le Nunavik disposait de cinq postes de médecins spécialistes, dont l'un en psychiatrie. Cependant, les difficultés de recrutement au Nord ont conduit les autorités sanitaires régionales à conclure des ententes avec les centres hospitaliers du Sud pour offrir des services de médecine spécialisée, dont la psychiatrie. Les participants et les écrits consultés font état de contraintes majeures limitant le recrutement de psychiatres visiteurs dont la lourdeur des procédures administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) relativement à la rémunération des psychiatres, les difficultés à obtenir le remboursement de leurs frais de déplacement et une limitation des heures travaillées qui diminue grandement la rentabilité des séjours des spécialistes au Nord [7]. De plus, il semble que les Associations de médecins spécialistes au Québec ne faciliteraient pas non plus le travail au Nunavik et l'itinérance des spécialistes. À cet effet, des participants ont suggéré de créer une association de spécialistes nordiques pour faciliter les négociations avec les établissements du Nunavik [17]. Le recrutement est également limité par des contraintes familiales et professionnelles. Enfin, la survenue de certains événements tragiques passés, comme une prise d'otage à Kangirsuk, décourage certains candidats à séjourner au Nunavik.

L'apport des psychiatres aux services de santé mentale offerts au Nunavik ne serait pas optimal, dû au manque de ressources locales qualifiées pour faire le suivi de la clientèle [7]. De plus, certains participants ont soulevé la difficulté des interprètes à traduire adéquatement les propos de la clientèle et les recommandations transmises par le psychiatre. Pour certains participants de la côte de la Baie d'Ungava, les intervenants sociaux inuits seraient mieux placés pour accompagner les psychiatres lors de leurs visites.

Leur présence permettrait aux psychiatres visiteurs d'être mieux informés du contexte familial et social des personnes qui consultent. Malheureusement, les psychiatres visiteurs ont peu de liens avec le personnel inuit des services sociaux.

« Dans l'Ungava, nous avons deux psychiatres. Ils connectent rarement avec les travailleurs inuits. »

Participante de Tulattavik

### **6.3.3 L'hospitalisation à Montréal**

Les patients qui requièrent une hospitalisation en psychiatrie sont généralement transférés vers l'un des deux centres hospitaliers du Nunavik. Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin peut demander une hospitalisation à Montréal. En 1991, l'hôpital Douglas était la principale ressource disponible pour les Nunavimmiuts qui devaient recevoir des soins psychiatriques ou être hospitalisés [10]. Les liens ont été rompus avec les services de psychiatrie adulte de l'hôpital Douglas vers 1995-1996 pour des raisons dites administratives. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a alors orienté les centres de santé du Nunavik vers le pavillon Notre-Dame du CHUM pour les soins psychiatriques adultes. Les autres spécialités, dont la pédopsychiatrie, sont demeurées sous le réseau universitaire intégré de services (RUIS) McGill. En octobre 2001, une entente signée avec le CHUM-Notre-Dame a permis la mise en place d'un projet pilote et l'ouverture de deux postes de psychiatres permettant d'offrir des services au Nunavik. Le CHUM s'est engagé à assurer 120 jours de services de consultation et de suivi psychiatrique au Nunavik et de consacrer deux lits en psychiatrie au CHUM. Ces lits sont situés sur le même étage pour diminuer l'isolement de la clientèle inuite qui hésite parfois à se mêler aux autres patients. Ce projet pilote de 2 ans a été reconduit depuis. Ce transfert a fait l'objet d'une évaluation en 2003-2004 [7, 8].

Le transfert du Douglas au CHUM est considéré comme un changement majeur des dix dernières années par les participants des groupes de discussion. En 2003, des médecins du Nunavik soulignaient que l'absence d'un cadre proposant des critères cliniques pour justifier l'hospitalisation compliquait la référence des clients vers le CHUM. Ils devaient alors négocier les hospitalisations avec des psychiatres ou des résidents qui, parfois, connaissent peu les conditions de pratique au Nord [7, 8]. Répondant à cette critique, le CHUM a mis en place une équipe spécifique dédiée à la prise en charge de la clientèle du Nunavik hospitalisée à Montréal. Cette équipe, qui se réunit sur une base hebdomadaire, est constituée de la psychiatre coordonnatrice du Nunavik, d'une travailleuse sociale et d'un infirmier coordonnateur, qui sont tous les deux familiers avec le contexte nordique, d'une infirmière et d'un ergothérapeute. Malgré tout, des participants ont signalé que les milieux hospitaliers de Montréal rencontreraient encore des difficultés pour répondre aux besoins de la clientèle inuite en raison du manque de connaissances du contexte nordique et du manque d'interprètes qualifiés pour travailler auprès de la clientèle en santé mentale [7]. À ceci s'ajoute le fait que le CHUM est un milieu francophone alors que les Inuits s'expriment principalement en inuktitut et en anglais. Certains participants ont également dénoncé la durée maximale de séjour fixée à six semaines. Selon eux, certaines personnes retournent dans leur communauté après cette période sans être tout à fait stabilisées. L'absence d'une

ressource de transition à Montréal dédiée à la clientèle inuite hospitalisée pour des raisons psychiatriques augmente les risques de rechute.

« Le besoin d'une ressource de transition et de réadaptation avant le retour des Inuits au Nunavik après une hospitalisation psychiatrique ou, lorsque stabilisés, ceux-ci nécessitent des soins de santé physique, existe de façon plus ou moins aiguë depuis un certain temps. Une telle ressource permettrait aussi d'éviter [sic] le maintien d'un patient à l'hôpital alors qu'il est en attente de l'arrivée de son escorte ou d'une place disponible dans un avion. »

Streit (2004) [8]

Les participants et les écrits signalent également que les deux lits disponibles au CHUM seraient insuffisants pour les besoins du Nunavik [7]. Pour eux, l'accès doit être immédiat en réponse à un besoin immédiat. Il est à noter que du côté de la pédopsychiatrie avec le RUIS McGill, il n'y a pas de limite de lits attribués aux enfants du Nunavik. Finalement, le fait que les médecins généralistes en poste au Nunavik assurent la liaison avec l'équipe du CHUM, complique parfois le suivi de la clientèle puisqu'ils ne sont pas toujours dans les communautés alors que les infirmières y sont présentes en permanence.

#### **6.3.4 La télépsychiatrie**

Un projet de télépsychiatrie a été mis de l'avant en 2004 au Centre de santé Inuulitsivik. Cette technologie vise à favoriser l'accès aux activités de formation, à faciliter les ordonnances de la cour pour le confinement des patients dangereux et à soutenir la consultation entre les intervenants du Nord et du Sud [10]. Elle participerait aussi à la continuité des services et au suivi psychiatrique. Toutefois, la télépsychiatrie n'était toujours pas en fonction lors de notre visite en 2007. Plusieurs obstacles expliquent les délais dans la mise en place de cette technologie. D'abord, la question de la rémunération et de la protection légale des psychiatres qui seront consultés à distance n'est pas réglée. De plus, le support informatique serait insuffisant au Nord. Des participants d'Inuulitsivik ont également suggéré de désigner une personne qui prendra en main le leadership du développement de la télépsychiatrie dans chaque centre de santé. Cette personne pourrait également être responsable de former les intervenants locaux à l'utilisation de cette technologie.

### **6.4 LES SERVICES DE RÉADAPTATION**

Selon les participants, la mise sur pied du Centre de réintégration Anaraaluk à Inukjuak en 2000 et du Centre de crise Aaniavituqarq à Puvirnituq en 2005 sont des développements régionaux significatifs réalisés au cours des dix dernières années pour améliorer l'offre de services en santé mentale. D'autres ressources s'ajoutent à ces deux centres pour encourager l'intégration des adultes présentant des problèmes de santé mentale dans les communautés du Nunavik. Il s'agit, entre autres, d'appartements supervisés, de réseau de familles d'accueil et des centres de traitement des toxicomanies de Kuujjuaq et d'Inukjuak.

#### 6.4.1 Le Centre de réintégration Anaraaluk (Inukjuak)

Ouvert en 2000, le Centre de réintégration Anaraaluk est une ressource régionale qui offre les services d'hébergement de court et moyen terme, d'un centre de jour et de suivi de médication pour les adultes vivant avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Les objectifs du Centre Anaraaluk sont le développement des habiletés nécessaires à l'intégration des personnes qui fréquentent le Centre dans leur communauté d'origine, l'amélioration de leur qualité de vie et de celle de leurs familles et, à plus grande échelle, la sensibilisation des Nunavimmiuts aux défis rencontrés par les personnes présentant des problèmes de santé mentale [7]. La capacité d'accueil du Centre est de 21 adultes. Il y a dix places d'hébergement, dont cinq sur une base régulière et une en urgence ainsi que 11 places en centre de jour [7]. Le personnel se compose de deux psycho-éducateurs à temps plein, quatre éducateurs à temps partiel, six éducateurs sur appel, deux gardiens de nuit et un coordonnateur.

Des participants d'Inuulitsivik ont mentionné qu'il y a dix ans, les problèmes de santé mentale sévères occupaient presque à temps plein les services sociaux de la communauté d'Inukjuak. Les deux intervenants sociaux consacraient toutes leurs énergies à trouver des refuges pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale qui étaient mises à la porte par les familles exténuées. Cette clientèle s'avérait également très lourde pour le personnel infirmier et médical local.

« Le portrait a changé dramatiquement en 2000 quand le Centre de réintégration a été ouvert. Soudainement, il y avait un refuge pour les clients les plus difficiles et quelqu'un pour s'occuper d'eux. »

Participant(e) d'Inuulitsivik

Le Centre de réintégration Anaraaluk accueille des personnes aux diagnostics très diversifiés : schizophrénie, troubles de personnalité limite, dépression et déficience intellectuelle. Une évaluation réalisée en 2003 qui portait sur les services offerts aux personnes avec des déficiences mentales soulignait que leurs besoins particuliers n'étaient pas comblés dans une structure offrant des services généraux en santé mentale [4]. Les raisons invoquées sont notamment le manque d'expérience et de formation du personnel pour intervenir auprès de cette clientèle [3, 10]. Aussi, les activités du Centre sont souvent restreintes par le recrutement difficile d'employés inuits, le roulement du personnel, le manque de formation des intervenants dans le domaine de la santé mentale et la prévalence élevée, parmi la clientèle, des problèmes de comportements [4]. À ceci s'ajoutent les difficultés de faire le suivi à distance lorsque les personnes quittent le Centre pour retourner dans leur communauté [10]. Finalement, certains participants dénoncent qu'un diagnostic médical invoquant le problème en santé mentale soit nécessaire pour être admis au Centre. La formulation d'un diagnostic est parfois compliquée dans certaines communautés qui n'ont pas de médecins permanents et où les ressources en psychiatrie font défaut.

Malgré tout, les participants d'Inuulitsivik ont mentionné que le Centre Anaraaluk contribue à améliorer l'offre de services en santé mentale au Nunavik. Ils souhaitent aussi, comme rapporté dans les écrits consultés, que ces services soient étendus à une clientèle



pédiatrique [5]. Les participants de Tulattavik ont paru, quant à eux, plus mitigés quant à l'apport de cette ressource qui est moins utilisée par leur clientèle. En 2002, sur les 40 personnes admises au Centre, 33 venaient de l'Hudson et seulement sept provenaient de l'Ungava.

#### **6.4.2 Le Centre de crise Aaniavituqarq (Puvirnituaq)**

Ouvert le 1<sup>er</sup> décembre 2005, le Centre de crise Aaniavituqarq est une ressource régionale dont la mission est de stabiliser temporairement des clients psychiatisés en situation de crise. Des services de courts séjours hautement structurés y sont offerts pour les personnes en situation de crise. Ce centre permet aussi le placement à moyen et à long terme des personnes qui ne peuvent réintégrer leur communauté suite à une hospitalisation au Sud ou qui ne peuvent être admises au Centre de réintégration Anaraaluk. Il assure également la continuité du suivi lorsque le client retourne dans sa communauté en développant un plan de soins personnalisé en plus d'offrir un répit pour les familles, les communautés et les équipes locales. Les services offerts par le Centre se veulent complémentaires à ceux dispensés par les Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik et par le Centre de réintégration Anaraaluk [20]. Cinq lits sont disponibles : deux pour l'Ungava et trois pour l'Hudson. Le Centre cible les adultes en état de crise, mais aptes à communiquer, comprendre et participer à résoudre la crise. L'état mental ou émotif doit être considéré suffisamment grave pour entraîner des problèmes de dysfonctionnement familial ou social et justifier une supervision constante. Toutefois, les personnes ne doivent pas requérir de soins psychiatriques ou médicaux aigus ni de soins à long terme [20]. Les personnes qui répondent aux critères de la loi 39 et qui doivent être confinées à un isolement préventif peuvent également être admises au centre pendant 30 jours [8].

#### **6.4.3 Les appartements supervisés et les familles d'accueil**

Des appartements supervisés, pour les adultes âgés de moins de 65 ans et sans enfant à charge, sont disponibles à Inukjuak depuis 2004 et, depuis 2007, à Puvirnituaq et Kuujuaq [8]. Ces ressources répondent aux orientations du MSSS visant à offrir un service résidentiel supervisé pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale. De plus, elle procure une assistance pour favoriser l'intégration sociale et une meilleure adhésion aux traitements [14]. Ces services s'adressent aux personnes en transition vers leur réintégration complète dans la communauté et à celles dont les conditions nécessitent un placement à long terme. Les personnes qui habitent ces appartements sont encouragées à socialiser avec leurs colocataires et à réaliser les tâches domestiques quotidiennes avec le support des membres de leur famille, des professionnels de la santé et des services sociaux et de la communauté. En accueillant cette clientèle, les appartements supervisés donnent aussi un répit aux familles [14]. En général, les adultes qui habitent ces appartements à long terme éprouvent des difficultés à prendre soins d'eux-mêmes, à garder un emploi et à effectuer des activités de la vie quotidienne. Ils ont été hospitalisés de façon répétitive pour des problèmes de santé mentale, accusent des symptômes sévères et récurrents, vivent des problèmes de consommation depuis au moins 6 mois, font face à la justice ou demandent un traitement plus ciblé que ceux offerts par les soins ambulatoires [14]. Les individus avec des problèmes de santé mentale sans domicile fixe sont priorisés. À Kuujuaq, les résidents de la communauté ont priorité sur les autres résidents de l'Ungava.

Par ailleurs, un réseau de familles d'accueil a été mis en place sur l'Hudson par une équipe régionale de liaison composée d'un travailleur social et d'un travailleur communautaire. Une compensation financière est octroyée aux familles qui hébergent des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Ces familles reçoivent aussi un support et des formations pour les aider à prendre soin des personnes qu'elles accueillent [7]. Toutefois, le recrutement des familles d'accueil demeure difficile [3].

#### **6.4.4 Le traitement des toxicomanies**

Le Centre de traitement des toxicomanies Isuarsivik de Kuujuaq propose des cures de 28 jours à une clientèle adulte, tandis que le Centre de traitement Aanarraapik d'Inukjuak reçoit une clientèle d'âge mineur. Les ententes avec les deux centres de santé ne permettent pas au Centre Isuarsivik de recevoir les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Pourtant, les 2/3 des personnes avec des problèmes de santé mentale ont également un problème de dépendance. Des écrits consultés mentionnent que la collaboration inter-programme doit être maximisée afin d'intervenir auprès des personnes qui combinent des problèmes de dépendance (drogue, jeu, alcool) et de santé mentale ou de déficience intellectuelle [14]. Une meilleure coordination entre les programmes jeunesse et adulte est également souhaitable. Au moment de notre visite en janvier 2007, le Centre Isuarsivik ne fonctionnait pas de façon optimale en raison de la réorganisation des services. Cette réorganisation prévoit l'embauche et la formation de personnel. La direction du centre travaille également à adapter les approches pour les rendre culturellement significatives pour les Inuits. Pendant cette réorganisation, les adultes nécessitant ce type d'aide sont référés dans des centres de désintoxication au Sud. Par ailleurs, certaines communautés offrent des réunions des Alcooliques Anonymes en plus d'un système de mentorat pour soutenir les personnes qui ont séjourné en centre de désintoxication. Des programmes de prévention sont également offerts pour l'ensemble des communautés grâce à une subvention de Santé Canada à l'association *Nunalituqait Ikajuqatigiitut* (entraide entre communautés). De plus, des travailleurs du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) sont présents au Nunavik.

#### **6.5 LES SERVICES DE TROISIÈME LIGNE**

Les services de troisième ligne en psychiatrie légale sont offerts en collaboration avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les hospitalisations se font au Centre hospitalier de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue situé à Malartic. Selon les participants, les liens se sont beaucoup améliorés au cours des dernières années avec ces institutions.

#### **6.6 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION EN SANTÉ MENTALE**

Les besoins en prévention et en promotion de la santé mentale sont importants au Nunavik. Les participants et les écrits consultés identifient notamment les familles et les jeunes comme les principales cibles des activités de prévention de la toxicomanie et de promotion des habiletés parentales et des loisirs [7].

Les participants d'Inuulitsivik ont mentionné que les abus de drogues et d'alcool constituent des facteurs de risques pouvant exacerber les problèmes de santé mentale. En plus de

suggérer de mettre en place des activités pour prévenir ces abus, ils proposent de développer des programmes de prévention de la violence, incluant un contrôle de l'accès aux armes à feu. Du côté de Tulattavik, des participants ont souligné la nécessité d'outiller les parents pour qu'ils puissent agir en amont des problèmes et reconnaître les signes de détérioration de la santé mentale chez leurs enfants. Ils soutiennent de plus que les programmes doivent utiliser des canaux populaires, comme la radio. Dans le passé, des capsules radiophoniques d'information sur la santé mentale ont été présentées et ont suscité un certain intérêt pour la population. Plusieurs personnes se sont alors montrées plus ouvertes aux problèmes de santé mentale et aux services disponibles. Les participants de Tulattavik suggèrent donc de reprendre et d'encadrer cette initiative. Une proposition a également été faite d'intégrer les programmes de prévention en santé mentale au calendrier scolaire afin de rejoindre les plus jeunes.

La revue documentaire a permis de retracer un certain nombre de programmes préventifs actuellement disponibles. Parmi eux figurent des initiatives fédérales qui financent les communautés pour recruter des personnes ressources qui seront responsables d'organiser des activités de prévention de la santé mentale (*Wellness coordinators*). Toutefois, le manque d'intégration entre ces ressources avec celles des services de santé, de juridiction provinciale, a conduit à l'adoption d'une résolution de la RRSSN visant à rapatrier les *Wellness coordinators* au sein des équipes CLSC de chaque communauté. Le programme *Brighter Future* est également un programme fédéral qui propose des camps de jeunes dans chacune des communautés en plus de financer cinq Maisons des jeunes. Plusieurs programmes de prévention du suicide ont aussi été mis en œuvre depuis une quinzaine d'années. En 2001, un projet proposait un dépistage des facteurs psychologiques conduisant à la dépression chez les jeunes, l'organisation de counselling pour les couples offert par des ressources spécialisées inuites et la formation de personnel inuit pour l'animation de séances d'information sur la santé mentale. Une autre initiative, le *Healthy School Program*, fait la promotion dans les écoles des facteurs protecteurs contre le suicide comme l'estime de soi, les habiletés sociales, l'adoption d'un style de vie sain et les comportements sécuritaires [11]. Récemment, un réseau de sentinelles – *Gatekeeper Network* – a aussi été mis en place. Ces personnes qui sont très actives dans leur milieu sont appelées à informer les personnes en détresse des ressources existantes et à les guider vers les services appropriés [11, 17]. D'autres programmes proposent des approches de groupe. Selon des participants d'Inuulitsivik, ce type d'approche est tout particulièrement efficace pour les traumatismes collectifs. Ainsi, une tournée de guérison a été organisée dans les 14 communautés du Nunavik entre 2003-2006 grâce à un financement de l'*Aboriginal Healing Foundation*. Offrant des approches plus traditionnelles, le *Traditional Counsellor Services* est un projet pilote qui a débuté à Inukjuak en 2006. Ces services sont offerts à mi-temps en collaboration avec les équipes de soins [11]. Le *Traditional Approach in Healing Families* propose un camp de guérison et de traitement de trois semaines dans la toundra pour la guérison des familles [11]. Enfin, des ateliers sur l'estime de soi ont déjà été organisés pour apporter une meilleure compréhension des traumatismes collectifs du passé pouvant influencer la santé mentale des Nunavimmiuts [3].

Malheureusement, plusieurs de ces programmes n'ont pu être reconduits. Les participants ont rappelé que la pérennité des programmes de prévention et promotion de la santé est

souvent compromise par les lourdeurs administratives, la formule « projet pilote » qui n'assure pas la récurrence des budgets, l'instabilité du personnel et l'absence de gestionnaires de programmes. Les participants ont aussi dénoncé un manque de conjonction entre les programmes du fédéral et ceux du provincial qui nuit à l'intégration des services. Ainsi, le *Comité pour la paix de l'esprit – Peace of Mind Committee* – présent dans les années 90, proposait des activités avec une approche inuite ancrée dans la communauté. Le véritable projet n'a jamais été implanté. Le programme *Building Healthy Community* n'a toujours pas démarré, quoique des services de counselling soient offerts dans les deux centres de désintoxication. Pour sa part, le projet *Kajusitta Inc. – Lets move on* – qui consistait en une boulangerie à but non-lucratif à Kuujuaq où travaillaient des personnes souffrant d'un handicap physique ou intellectuel n'a fonctionné que de 1999 à 2001, faute de financement. Les participants et les écrits consultés ont aussi souligné la difficulté d'adapter des programmes financés par le fédéral ou le provincial aux réalités de la région [7]. La faible démographie du Nunavik est citée comme un élément compliquant l'établissement des programmes gouvernementaux. Finalement, les participants ont aussi rapporté la faible participation de la population aux différentes activités et aux programmes en cours. Pour eux, un meilleur ancrage des programmes dans les communautés favoriserait le pouvoir d'agir des Inuits et correspondrait davantage à leurs valeurs collectives.

## **6.7 LES GROUPES D'ENTRAIDE ET SERVICES COMMUNAUTAIRES**

Il existe peu de groupes d'entraide au Nunavik et les services communautaires en place seraient souvent précaires [8]. Cependant, les participants de Tulattavik ont noté une plus grande implication des Inuits dans le travail communautaire. Depuis le début des années 2000, il y a une maison des jeunes dans chacune des 14 communautés [5]. Il existe des refuges pour les femmes victimes de violence à Kuujuaq et à Salluit. Celui de Kuujuarapik est fermé depuis quelques années, malgré les efforts de quelques personnes pour le rouvrir. Le *Qajaq Network men's group* a été fondé en 2003 à Kuujuaq et offre des services de consultation pour les hommes violents. D'autres ressources comme les services téléphoniques gratuits du *Baffin Help Line* ou Suicide Action Montréal sont également accessibles, mais il n'existe pas de données quant à l'utilisation de ces services par les Nunavimmiuts [10]. Évoquant l'orientation communautaire proposée par le MSSS dans son plan d'action, les participants d'Inuulitsivik estiment que les communautés doivent se responsabiliser face à la prise en charge et à la réadaptation des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Selon eux, il faut cesser de se fier uniquement sur les services dispensés par les centres de santé. Des participants ont rapporté que, jusque dans les années 70, des rencontres de clans familiaux étaient organisées pour discuter des différents enjeux communautaires. Certains ont mentionné souhaiter le retour de ces rencontres afin de dénouer certaines situations de crise et de régler des traumatismes collectifs. Pour que les communautés s'organisent, les participants soutiennent que des fonds doivent leur être accordés.

## **6.8 LES APPROCHES TRADITIONNELLES ET RELIGIEUSES**

Un document produit en 1991 stipulait que les conseillers traditionnels se sentaient dépassés par l'ampleur des problèmes en santé mentale qui sont souvent conjugués à des problèmes sociaux et de toxicomanie [13]. À ce moment, leur action était toujours considérée

comme très pertinente, mais le besoin de mettre en place des services supplémentaires était soulevé [13]. Des approches mixtes, mélangeant des savoir-faire traditionnels, des concepts culturels et des méthodes de la médecine moderne comme le counselling et l'intervention psychosociale et psychologique ont alors été envisagées [9]. Toutefois, les approches occidentales semblent avoir éclipsé au fil du temps les méthodes traditionnelles en santé mentale. Pour un participant d'Inuulitsivik, le Centre de réintégration Anaraaluk et le Centre de crise Aaniavituqarq sont les seules ressources disponibles qui font véritablement le pont entre les deux cultures. Des participants de Tulattavik ont mentionné que malheureusement, plusieurs intervenants non-inuits ignorent l'existence des ressources traditionnelles. De plus, certains participants inuits ont mentionné que ces approches étaient parfois nébuleuses même pour eux. Ils ont dit qu'il est nécessaire qu'ils se regroupent entre-eux pour en parler. Selon les participants, les Inuits ont tendance à voir les personnes présentant des problèmes de santé mentale comme des personnes normales. L'approche inuite de la guérison consiste en l'écoute, l'ouverture et l'acceptation inconditionnelle de la personne. Dans le passé, les personnes dépressives étaient encouragées à s'éloigner momentanément de leur groupe, dans un clan voisin ou dans la toundra. Il arrivait aussi que des cas très sévères menaçant la stabilité et la survie du groupe soient isolés quelques temps. Des participants de Tulattavik ont mentionné qu'il serait pertinent d'intégrer un conseiller culturel aux équipes de soins. Un projet semblable existe déjà en éducation. En effet, la Commission scolaire Kativik offre à ses nouveaux professeurs du Sud une semaine d'orientation où ils sont jumelés à un mentor inuk. Ils peuvent se référer à leur mentor pendant leur première année au Nord. En ce sens, les participants non-inuits se sont dits prêts à travailler de concert avec ces ressources traditionnelles ou encore de référer des clients à ces ressources. Des participants d'Inuulitsivik ont signalé l'existence des groupes de partage pour les femmes et les hommes animés par des ministres du culte ou des guérisseurs traditionnels. La disponibilité de ces ressources religieuses et des conseillers traditionnels locaux varierait d'une communauté à l'autre [13]. Les documents consultés font également état de quelques sessions de guérison souvent animées par des aînés [8]. Ils rappellent aussi que les détenteurs de ces savoirs vieillissent. Il devient alors urgent de documenter ces connaissances pour que les jeunes les approprient à leur tour.

« Pour aider une personne dépressive, nous l'amenions chasser. Au moment où il chassait, il était une autre personne. Il était celui qui prenait le leadership. Il avait le contrôle de sa vie. C'est l'une des approches inuites. »

Participant d'Inuulitsivik

Le soutien des églises, des ministres du culte et des groupes religieux est également de première importance étant donné la place que prend la foi dans la société inuite depuis la christianisation. Des participants d'Inuulitsivik ont rapporté que les ministres du culte sont régulièrement consultés pour des problèmes de santé mentale. Des patients aux prises avec des symptômes graves auraient d'ailleurs été soulagés par des méthodes qui allient prières et exorcisme.

« J'ai vu des personnes être guéries de maladies chroniques par des méthodes traditionnelles inuites et je ne comprends pas comment avec mon propre (non-Inuit) background culturel. »

Participante d'Inuulitsivik

En fonction du leadership local, des cercles de guérison à caractère religieux sont aussi sporadiquement organisés dans les églises ou d'autres endroits jugés appropriés. Lieux de rencontre et de partage, ces cercles ont pour but de redonner aux participants le pouvoir sur leur propre vie en les conscientisant aux traumatismes passés et en leur enseignant différents moyens pour les confronter. Certains participants d'Inuulitsivik mentionnent cependant que l'approche de groupe peut occasionner un étiquetage et certaines personnes peuvent hésiter à y participer. De plus, si l'approche de groupe leur paraît appropriée dans le cadre d'intervention visant à améliorer l'estime de soi ou pour contrer des traumatismes collectifs, elle l'est moins pour intervenir dans le cadre de problèmes de santé mentale.

## **6.9 DEGRÉ D'INTÉGRATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE**

Selon les participants et les écrits consultés, l'intégration des ressources de première ligne constitue un dossier prioritaire. Dès 1975, lors de la signature de la CBJNQ, les Inuits avaient opté pour une approche globale et multidisciplinaire en santé et en services sociaux [3]. L'approche multidisciplinaire et la collaboration étroite entre la santé et les services sociaux sont primordiales pour répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale et leur permettre de passer plus facilement d'un service à l'autre [4, 14]. Toutefois, les participants rapportent que cette collaboration est parfois difficile à établir. Cette situation entraîne des ruptures dans la continuité des services, surtout entre les services sociaux et les services de santé [14]. Ces ruptures conduisent à leur tour à la perte de confiance de la clientèle envers les services offerts et augmentent significativement les risques de rechutes.

« Le travail d'équipe formellement intégré, c'est zéro. Le travail d'équipe existe à Akulivik, car les personnes y sont depuis très longtemps. »

Participante d'Inuulitsivik

Il existe plusieurs obstacles à l'intégration des services et à la collaboration entre les intervenants, comme le manque de confiance entre les intervenants des services de santé et des services sociaux, l'usage de langues différentes (français, anglais, inuktitut), le roulement de personnel, la confusion des rôles attribués à chaque service et aux différents intervenants, le manque de formalisation des liens interprofessionnels, le manque de reconnaissance des différentes expertises, l'apparente inaction des services sociaux dans certains dossiers et le fait que les dossiers des services sociaux ne sont pas à jour [7, 14]. De plus, la surcharge de travail, le manque de suivi et de prévention qui amènent les intervenants à n'agir que lorsque la situation devient urgente, les longs congés des ressources non-inuites et les difficultés d'accéder à la formation continue pour les employés locaux limitent la prise de décisions partagée [8]. Des participants ont aussi mentionné qu'il est difficile d'identifier les leaders dans les équipes, ce qui nuit aux efforts d'intégration. Si l'infirmière assurait jusqu'à récemment ce rôle, l'arrivée d'autres professionnels comme les médecins et le désir d'autodétermination des Inuits, qui aspirent à se réapproprier leurs services, rendent confus l'exercice du leadership dans les équipes de soins. De leur côté, des participants de Tulattavik ajoutent qu'il y a un problème de communication entre la direction non-inuite et les intervenants inuits. Notamment, ils ont souligné que la relève locale de la gestion est loin d'être assurée.

« Au moment où nous sentons que nous y touchons, nous devons recommencer. C'est difficile à implanter à cause de la rotation du personnel et il est difficile d'avoir un leadership qui va en ce sens. Akulivik et Salluit font bien car ils font religieusement des rencontres multidisciplinaires hebdomadaires. »

Participant d'Inuulitsivik

L'arrivée des Plans de services individualisés (PSI) dans les dernières années pour les personnes souffrant d'handicaps physiques et mentaux a été présentée par les participants comme un moyen de coordonner plus efficacement les services et de faciliter la tenue de rencontres multidisciplinaires. Ces plans détaillent la responsabilité de chaque travailleur appelé à intervenir auprès des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Ils procurent aussi des échéanciers pour la révision de ces PSI et pour l'évaluation de la clientèle. Un intervenant-pivot devient alors responsable de chaque PSI et coordonne les services dispensés, assure les liens entre les différents prestataires de services et évalue la situation de la personne et de sa famille. Ce type de plan n'existe pas encore pour la clientèle en santé mentale et aucun projet de services intégrés n'est établi entre les municipalités, les organisations, les centres de santé, les CLSC et les comités de santé communautaires [9]. La création d'un guichet d'accès à Tulattavik en 2004 doit aussi permettre une meilleure orientation de la clientèle et il existe, depuis 2005, un comité d'admission pour la clientèle en santé mentale du Nunavik.

## **6.10 DEGRÉ D'INTÉGRATION ENTRE LA 1<sup>RE</sup>, LA 2<sup>E</sup> ET LA 3<sup>E</sup> LIGNE**

De meilleures collaboration et intégration des plans de services des deux centres de santé assureraient une utilisation plus efficace des ressources, particulièrement dans un contexte où elles se font rares [10]. Les agents responsables de la santé mentale à la RRSSN, les directeurs et coordonnateurs des centres de santé, le Corps de police régional Kativik, la Commission scolaire Kativik, les services résidentiels, les services judiciaires, le curateur public, les équipes de soins, les organisations communautaires, les différents niveaux de gouvernements incluant l'Administration régionale Kativik, le provincial et le fédéral doivent s'unir et travailler en partenariat pour soutenir les personnes présentant des problèmes de santé mentale [3, 10]. En dépit des bonnes intentions, les services demeurent fragmentés et manquent de coordination [4].

### **6.10.1 L'intégration entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne au Nunavik**

Il existe, selon la responsable du programme de santé mentale à la RRSSN, les participants et les écrits, des efforts de collaboration entre le Centre de réintégration Anaraaluk, le Centre de crise Aaniavituqarq et les points de services CLSC. Par exemple, le Centre de crise Aaniavituqarq collabore avec les services de santé et les services sociaux pour assurer un suivi adéquat des personnes lors de leur retour dans la communauté. Les intervenants du Centre de crise Aaniavituqarq conviennent d'un plan d'intervention pour chaque client et demeurent en communication avec les familles après l'admission d'un proche [20]. Cette intégration serait facilitée par le fait que la gestion du Centre de crise Aaniavituqarq est partagée entre des représentants des services de police, des centres de santé, de l'équipe de liaison locale, du Centre de réintégration Anaraaluk et des services infirmiers des CLSC locaux.

« Je suis fière que les services sociaux offrent, en collaboration avec le Centre de Réintégration, des services aux personnes avec des problèmes de santé mentale. Nous avons vu une bonne amélioration. Les personnes, les infirmières, les intervenants sociaux ont plus d'intérêt pour ce type de clientèle. Ce n'est pas parfait, mais beaucoup mieux qu'avant. Nous avons vraiment bien fait avec les cas sévères. »

Participant d'Inuulitsivik

Les participants de Tulattavik ont souligné le manque de soutien pour les familles et les personnes qui quittent le Centre de réintégration Anaraaluk pour retourner dans leur communauté. Le recrutement d'un psychoéducateur mobile a déjà fait l'objet d'un examen afin d'améliorer les liens entre ces milieux et les communautés [5].

### **6.10.2 L'intégration entre le Nunavik et le CHUM**

La RRSSSN a un rôle important à jouer dans l'intégration des services entre le CHUM et les communautés [7]. De plus, les rôles des différentes organisations doivent être clairs et des protocoles de services et d'échange d'information doivent être utilisés. Actuellement, les liens reposent souvent sur des discussions informelles entre les différents professionnels qui ont un historique de travail commun [4]. Le manque de clarté dans les procédures d'admission au CHUM, l'interprétation variable des critères d'admission, l'absence de protocoles et le manque de disponibilité du psychiatre coordonnateur compliquent l'hospitalisation des Inuits au Sud [8].

« La seule porte d'entrée des demandes d'hospitalisation ou de consultation correspond à un numéro de pagette. »

Streit (2004) [8]

Les participants de Tulattavik ont mentionné qu'il est souvent difficile de rejoindre les psychiatres. Toutefois, une fois rejoints, ils sont généralement très ouverts et disponibles pour discuter des cas portés à leur attention par les intervenants du Nunavik. Pour les participants d'Inuulitsivik, ils constatent une amélioration des procédures d'hospitalisation avec le CHUM ainsi qu'une meilleure adaptation des services. Le suivi avec le milieu serait facilité par une meilleure communication et le psychiatre coordonnateur démontrerait une bonne disponibilité pour les consultations avec les communautés et les médecins généralistes du Nunavik.

« Ils ont une meilleure compréhension de qui nous sommes. Le corridor de services en psychiatrie s'est amélioré. »

Participant d'Inuulitsivik

Selon les participants, il existe des problèmes de communication entre le Nord et le Sud lors du retour des patients hospitalisés à Montréal. Après avoir reçu leur congé du CHUM, les patients sont retournés dans leurs communautés où le suivi est parfois difficile, car les services sur place ne sont pas suffisamment organisés. De plus, certaines personnes ont mentionné que l'information ne circule pas toujours entre Kuujuaq et ses points de services de l'Ungava. Selon les écrits, la promotion d'une plus grande circulation de l'information



entre les différents services doit passer par la réduction du nombre d'intermédiaires [7, 8]. La création du Centre de réintégration Anaraaluk et du Centre de crise Aaniavituqarq a réglé en partie le problème en offrant des services de transition [7, 8]. Malgré tout, la prise en charge des personnes avec des problèmes de santé mentale incombe généralement aux familles. Selon les participants de Kuujjuaq, les gens doivent être mieux informés sur la façon de prendre en charge cette clientèle.

« Il y a de plus en plus de cas qui sont diagnostiqués pour des problèmes de santé mentale sévères. Il existe peu de support pour les familles qui vivent cette situation. Nous ne savons pas comment transiger avec ce type de cas. De plus, lorsqu'ils sont hospitalisés au Sud, il n'y a pas de support pour les familles et lorsque la personne revient après l'hospitalisation. Tout ce qui est fait, c'est d'envoyer les cas sévères au Sud pour les stabiliser. C'est tout! Et les familles n'ont aucune idée de ce qui est fait là-bas. »

Participant de Tulattavik

Les liens entre les équipes des intervenants sociaux dans les communautés et les services psychiatriques offerts par les psychiatres visiteurs et les hôpitaux de Montréal sont insuffisants. Des participants de Tulattavik ont mentionné que ces intervenants sont souvent contactés par la clientèle qui cherche à obtenir des informations sur les raisons d'une prescription de nouveaux médicaments, d'un traitement ou d'un diagnostic. Les intervenants sociaux au Nord sont aussi peu informés des détails concernant les hospitalisations réalisées au Sud. Les sommaires envoyés par le CHUM pour le suivi sont parfois peu élaborés.

« Il y a tellement de rechutes qui sont dues au manque de support. »

Participant Tulattavik



## **7 CONCLUSION : ÉTAPES À VENIR**

Les informations contenues dans ce rapport constituent un portrait général de la situation des services en santé mentale au Nunavik ayant cours au début 2007. D'autres visites sont prévues dans le cadre du Projet Dialogue afin de mettre à jour l'information chaque année.

D'autres étapes 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 du Nunavik.



## RÉFÉRENCES

1. Lessard L. & Aubé D. (2008), *Étude contextuelle sur les services de santé mentale dans l'Iiyiyiu Aschii*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
2. Ministère des affaires indiennes et du Nord Canada (2004), La convention de la Baie-James et du Nord québécois et la convention du Nord-Est québécois, Ottawa.
3. Nunavik Regional Board of Health and Social Services (2003), Intellectual and Physical disabled Persons in Nunavik. Status Report and Action Plan, Document de travail, Kuujjuaq.
4. Northrup B., (2003), Assessment of Needs of Physically and Intellectually Disabled Children and Adults in Nunavik, Kuujjuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
5. Hudon F. (2001), Setup of an Integrated System for Persons Suffering from Major Psychiatric Problems, Kuujjuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
6. Statistique Canada (2008), *Nunavik, Québec. Profil de la population autochtone*, Données du recensement de 2006, Ottawa.
7. Streit Y. (2003), *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik : Entente de services. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Rapport intermédiaire d'évaluation*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
8. Streit Y. (2004), *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik : Entente de services. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Rapport final d'évaluation*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
9. Cooney M. & Padlayat K. (2000), *Mental Health Services in Nunavik*, Kuujjuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
10. Cooney M. en collaboration avec Tremblay Dr N. & Asante B. (2002), Present State of Mental Health Services in Nunavik, Draft Report, Kuujjuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
11. Planning and Programming Department (2007), Suicide Prevention, Strategic Action Plan 2005-2010 for Nunavik, Kuujjuaq, Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
12. Nunavik Regional Board of Health and Social Services (2003), Death by suicide as % of all causes of death, *Nunavik, 1988-2003*, Kuujjuaq.

13. Conseil régional Kativik de la Santé et des Services Sociaux (1991), *Plan régional d'organisation des services en santé mentale*, Kuujuuaq.
14. Beaudoin C. & Cooney M., en collaboration avec Pierre Provost (2005), *Supervised Residential Services for clients suffering from Mental Health Problems and Mental Impairment*, Kuujuuaq, Centre de santé Tulattavik de l'Ungava.
15. Kativik Regional Police Force (2005), *Tableau 6. Nunavik Crime statistics, 2001-2005*, Kuujuuaq.
16. Kirmayer L.J., Corin E., Corriveau A. & Fletcher C. (1993), Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik. *Santé Mentale au Québec*, XVIII(1): 1-16.
17. Pinero F. (2007), *Situation actuelle. Santé mentale à la Baie d'Ungava (Nunavik)*, Document interne.
18. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (2006), *Offre de services Nunavik-Document de soutien*, Kuujuuaq.
19. Boulanger Dr N. (2007), "*document sans titre*", Centre de santé Tulattavik de l'Ungava. Document interne, Kuujuuaq.
20. Regional Intensive Care Center (2005), *Aaniavituqarq Centre*, Puvirnituaq.



