



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

**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

Yvonne Streit

*Service des études et de l'évaluation
Direction de l'information et de la planification*

Mars 2003

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre

(514) 286-5604

~~Prix : 6,00 \$~~

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003

ISBN 2-89510-124-8

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1.1. ENTENTE DE SERVICES - PROJET PILOTE POUR LES SERVICES PSYCHIATRIQUES AU NUNAVIK | 2 |
| 1.1.1. <i>Objectifs à réaliser</i> | 2 |
| 1.1.2. <i>Principes de base</i> | 3 |
| 1.1.3. <i>Responsabilités de chaque partenaire</i> | 3 |
| DÉMARCHE D'ÉVALUATION | 5 |
| 2.1. MÉTHODOLOGIE | 5 |
| 2.1.1. <i>Indicateurs</i> | 5 |
| 2.1.2. <i>Questions entourant le déroulement du partenariat et le développement d'un réseau de services intégrés</i> | 7 |
| 2.1.3. <i>Satisfaction des usagers</i> | 8 |
| ENTENTE DE SERVICES PSYCHIATRIQUES TRIPARTITE | 11 |
| 3.1. PREMIER OBJECTIF : RÉSEAU EN SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK | 11 |
| 3.1.1. <i>Définition et composantes de la santé mentale</i> | 11 |
| 3.1.2. <i>Ressources existantes</i> | 12 |
| 3.1.3. <i>Besoins exprimés</i> | 13 |
| 3.1.4. <i>Suivi des indicateurs</i> | 14 |
| 3.2. SECOND OBJECTIF : TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE AU NUNAVIK | 15 |
| 3.2.1. <i>Ressources existantes</i> | 15 |
| 3.2.2. <i>Besoins exprimés</i> | 18 |
| 3.2.3. <i>Suivi des indicateurs</i> | 19 |
| 3.3. TROISIÈME OBJECTIF : SERVICE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE | 20 |
| 3.3.1. <i>Hospitalisation au CHUM</i> | 20 |
| 3.3.2. <i>Besoins identifiés</i> | 22 |
| 3.3.3. <i>Suivi des indicateurs</i> | 22 |
| 3.4. QUATRIÈME OBJECTIF : CONTINUITÉ DES SERVICES | 23 |
| 3.4.1. <i>Organisation des services après une hospitalisation au CHUM</i> | 23 |
| 3.4.2. <i>Suivi des indicateurs</i> | 24 |
| 3.5. <i>Récapitulatif</i> | 24 |
| CONSTATS ET RÉFLEXIONS | 27 |
| BIBLIOGRAPHIE | |

**ANNEXE I - RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES SELON LES OBJECTIFS
GÉNÉRAUX VISÉS**

ANNEXE II – GRILLE D’ENTREVUE

ANNEXE III - CONCEPT DE SERVICE

ANNEXE IV – POPULATION AU NUNAVIK

**ANNEXE V - PERSONNES SUIVIES PAR LE CENTRE DE RÉINTÉGRATION D’INUKJUAQ
(2002)**

ANNEXE VI - HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES DANS LES CENTRES DE SANTÉ

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier, pour leur disponibilité et leur accueil,

- de la RRSSS Nunavik, Dr Normand Tremblay, médecin conseil, et Maureen Cooney, agente de santé mentale, ainsi que le Dr Michèle Bélanger, psychiatre au CHUM, pour leur soutien au développement d'une compréhension et d'une sensibilité aux réalités d'une région nordique en partageant leur riche expérience,
- tous les cadres et professionnels (intervenants psychosociaux et de réadaptation, médecins, infirmiers et infirmières rencontrés en entrevue à Kuujjuaq, à Puvirnituk, à Inukjuak et à Montréal,
- les patients et parents qui ont patiemment répondu à diverses questions.

Sans leur apport, cette évaluation n'aurait pu se réaliser.

INTRODUCTION

Avant d'aborder concrètement la mise en application du projet pilote pour les *services psychiatriques au Nunavik* – entente de services entre les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – et de son évaluation, nous brossons un bref descriptif du contexte dans lequel s'inscrit ce projet.

Le Nunavik représente un vaste territoire dans le Nord du Québec. La population, composée majoritairement d'Inuits et regroupant environ 9 600 habitants¹, est répartie dans quatorze villages localisés le long des baies de l'Ungava et de l'Hudson et, la moyenne d'âge est inférieure à celle du reste du Québec. De plus, l'absence d'infrastructure routière rend les déplacements malaisés.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik, outre la RRSSS Nunavik, comporte :

- ✓ deux Centres de santé, Inuulitsivik localisé à Puvirnituk et Tulattavik à Kuujuaq. Leur mandat regroupe la prestation de services courants de première ligne d'un CLSC (points de services dans chaque village), ceux d'un Centre jeunesse – application de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA à Kuujuaq, Puvirnituk, et Salluit) – ainsi que ceux d'un centre hospitalier de courte et longue durée.
- ✓ un Centre de réintégration à Inukjuak, offrant des services pour personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères,
- ✓ des organismes communautaires (par exemple, trois refuges pour femmes battues, deux centres de traitement de la toxicomanie, un centre de crise);
- ✓ ainsi que du Module du Nord Québécois (MNO), situé à Montréal et géré par le centre de santé Inuulitsivik, qui prend en charge les Inuits transférés au Sud pour des soins non disponibles au Nunavik.

Dans le rapport annuel 2000-2001 de la RRSSS Nunavik, au niveau de l'équipe Planification et programmation, outre la formation de base pour les intervenants et continue pour les professionnels, une des priorités concerne le développement d'une équipe « santé mentale » intégrée au CLSC. En lien avec le concept de continuité des services, l'intégration des coordonnateurs du bien-être communautaire (embauchés grâce à un programme fédéral visant la prévention en santé mentale) à l'équipe CLSC de leurs villages respectifs est envisagée. Une

¹ Recensement 2001. Source : site internet de Statistiques Canada. Voir à l'Annexe IV la répartition de la population par village.

résolution allant en ce sens a été adoptée en mars 2002 par la RRSSS Nunavik. Par ailleurs, l'implantation de services pré-hospitaliers d'urgence est également incluse dans l'agenda. Ce projet implique un nouveau partage des responsabilités entre les CLSC et les municipalités, ainsi qu'entre les professionnels de la santé et les citoyens.

De plus, dans celui de 2001-2002 et toujours en lien avec l'objet de ce rapport, l'entente de services psychiatriques est mise de l'avant, ainsi que l'amélioration des services conformément à la Loi 39 (protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui). La volonté de développer un département psychiatrique, au Centre de santé Tulattavik, la télé-psychiatrie et des ressources d'hébergement pour la clientèle en déficience intellectuelle y est également mentionnée.

À ce contexte culturel spécifique, de restructuration et de redéfinition, s'ajoute le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de Québec. Le principe à la base de ces changements se situe au niveau de l'appropriation du pouvoir, soit celui de redonner un sentiment de maîtrise sur sa vie et de pouvoir faire des choix. Les orientations émises visent donc à rapprocher l'intervention du milieu de vie, à diversifier les services et à répartir les ressources en fonction de ces choix. L'objectif est de faciliter l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants et d'améliorer leur qualité de vie, ainsi que celle de leurs proches (Gauthier et al., 1998; Breton et Brière, 2001). En ce sens, le projet pilote au Nunavik s'inscrit dans ce processus de transformation des services de santé mentale.

1.1. Entente de services - Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik

Pour une durée de deux ans, cette entente, signée en octobre 2001, lie les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que le CHUM. En résumé², les points suivants ont été définis comme suit et concernent toute personne vivant au Nunavik ou suivie temporairement à Montréal :

1.1.1. Objectifs à réaliser

- ✓ Au Nunavik, supporter le développement des services de santé mentale et dispenser des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes;
- ✓ À Montréal, assurer l'accès à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes, ainsi que faciliter le retour au Nunavik des patients hospitalisés et la continuité des services.

² Les différents aspects de l'entente seront repris de façon plus exhaustive au niveau de la méthodologie et sont présentés à l'Annexe I.

1.1.2. Principes de base

- ✓ Respecter le contexte culturel du Nunavik, ainsi que l'égalité entre les différents intervenants;
- ✓ Favoriser la prise en charge de la clientèle par les ressources locales et soutenir les omnipraticiens du Nunavik;
- ✓ Utiliser l'hospitalisation à Montréal comme dernier recours.

1.1.3. Responsabilités de chaque partenaire

La *RRSSS du Nunavik* est responsable de l'organisation des services de santé mentale dans sa région. Plus précisément, elle s'assure de la mise en place d'un système qui facilite le retour et la réinsertion des patients hospitalisés à Montréal, ainsi que la continuité des services visant le maintien de l'usager dans la communauté. Plusieurs moyens doivent être disponibles pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants et pour leur entourage, soit des services d'hébergement, de réadaptation, de suivi psychosocial et d'interprètes.

Quant aux *omnipraticiens du Nunavik*, ils restent responsables des services psychiatriques de 1^{ère} ligne en collaboration avec les ressources du milieu. Lors de références au psychiatre pour des services de 2^{ème} ligne, celui-ci endosse le rôle de consultant et non de médecin traitant. Les demandes d'admission au CHUM, lorsque requis, se feront dans le cadre de procédures convenues.

Le *CHUM* va augmenter le temps des services des psychiatres au Nunavik à 125 jours pour deux médecins (ou éventuellement à 155 jours si trois médecins sont disponibles), prioritairement pour la clientèle adulte. De plus, lorsque requis, il va offrir des services d'hospitalisation, de traitements ambulatoires et maintiendra la disponibilité des médecins pour assurer un suivi. Un psychiatre sera désigné afin d'assurer la coordination des psychiatres oeuvrant au Nunavik et des transferts d'usagers.

La *RRSSS de Montréal-Centre* soutient les démarches nécessaires à l'organisation des services au Nunavik, incluant l'évaluation, et à la mise en place de la collaboration concrète entre le réseau en santé mentale du Nunavik et le CHUM. Dans le cadre de cette entente de services, elle prévoit la disponibilité de deux lits au CHUM.

Par ailleurs, une évaluation de ce projet pilote a été prévue et le présent document fait le point après un an d'implantation de l'entente tripartite de services psychiatriques. La suite de ce rapport intérimaire présente d'abord la démarche d'évaluation et la méthodologie utilisée. L'état de situation, abordé dans la troisième partie, sera suivi des constats qui s'imposent et de pistes de réflexions.

DÉMARCHE D'ÉVALUATION

2.1. Méthodologie

L'entente de services pour le projet pilote définit un cadre de partenariat entre les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que le CHUM. Les objectifs et les responsabilités de chacune des parties y sont précisés. Pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, le suivi d'indicateurs, des entrevues et un questionnaire de satisfaction permettront d'apprécier l'évolution du projet et d'identifier les stratégies mises en place.

La période définie, dans le cadre de cette entente de services, est de deux ans. Il a donc été prévu de faire la cueillette de données en deux temps et de présenter un rapport intermédiaire (après un an) et un rapport final.

2.1.1. Indicateurs

Pour chaque objectif, différents indicateurs quant au développement et/ou disponibilité de ressources, de divers types de services et de la clientèle rejointe sont utilisés. Pour la cueillette de ce type de données, les sources d'information sont multiples (rapports annuels et diverses statistiques)³. Pour ce rapport intermédiaire, la période de cueillette de données statistiques s'échelonne entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2002.

Objectif 1 :

Supporter, *dans la région du Nunavik*, la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.

- ✓ organismes ou institutions en santé mentale;
- ✓ services de répit;
- ✓ groupes d'entraides;
- ✓ équipe en santé mentale (composition);
- ✓ nombre de personnes suivies en santé mentale par un CLSC (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ nombre de personnes suivies en santé mentale par les coordonnateurs du bien-être communautaire (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ protocoles ou ententes.

³ Des outils, déjà existants, devront éventuellement être bonifiés ou développés.

Objectif 2 :

Dispenser, *dans la région du Nunavik*, des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes:

- ✓ nombre de lits psychiatriques;
- ✓ services d'hébergement, incluant disponibilité de logements;
- ✓ services de réadaptation;
- ✓ services de réinsertion au milieu de travail;
- ✓ nombre de postes de psychiatres accordés;
- ✓ nombre de jours des psychiatres (présence au Nunavik);
- ✓ nombre de personnes référées pour des consultations psychiatriques (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);

Objectif 3 :

Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre*, à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik:

- ✓ nombre de lits disponibles au CHUM;
- ✓ ratio d'occupation;
- ✓ nombre de personnes référées pour une hospitalisation au CHUM (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ nombre de patients hospitalisés au CHUM (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ nombre de personnes hospitalisées au Douglas (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ nombre de patients suivis initialement par Douglas (âge, sexe, diagnostic, village, type de suivi et de services offerts, références);
- ✓ nombre de traitements ambulatoires et de réadaptation.

Objectif 4 :

Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module du Nord travaillant à Montréal:

- ✓ ressources d'hébergement à Montréal;
- ✓ nombre de consultations psychiatriques de suivi;
- ✓ protocoles ou ententes.

Limites à la cueillette des données liée aux indicateurs

Actuellement, le relevé des statistiques n'est pas standardisé, presque inexistant. De plus, le système informatique des établissements et de la RRSSS Nunavik, ne comprend pas de telles informations. L'analyse des données est donc sujette à la disponibilité de celles-ci pouvant varier d'un organisme à un autre. Par ailleurs, des rapports annuels susceptibles de présenter des données relatives aux multiples activités reliées à la santé mentale/psychiatrie font également défaut. Dans le présent rapport, nous vous présentons les données incomplètes obtenues après plusieurs relances.

Pour la seconde phase d'évaluation, des outils de cueillette de données simples seront développés et remis à chaque établissement afin d'assurer l'accès à des informations fiables.

2.1.2. Questions entourant le déroulement du partenariat et le développement d'un réseau de services intégrés

Afin de dégager les acquis et les aspects à développer, une grille d'entrevue semi-dirigée a été développée (Annexe II) en prévision de rencontres avec des décideurs, des professionnels et des intervenants directement impliqués dans l'implantation du projet pilote. Les diverses questions regroupées dans cette grille sont rattachées aux objectifs et aux responsabilités spécifiques de chaque partenaire. Outre les paramètres liés au processus de travail, à la coordination, aux ressources et aux résultats, la question de la formation des divers intervenants, tant à Montréal qu'au Nunavik, et celle de la langue (services d'interprètes) sont également abordées. Les questions centrales par objectif sont :

Objectif 1 :

Quels supports et actions concrètes ont été mis en place en vue de développer des services de santé mentale au Nunavik, adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu?

Objectif 2 :

Quels rôles ont joué les trois partenaires, incluant le psychiatre responsable de la coordination des psychiatres oeuvrant au Nunavik, dans la prestation de services de traitements psychiatriques?

Objectif 3 :

Quelle a été à Montréal l'accessibilité et la disponibilité des services d'hospitalisation psychiatrique, de traitement ambulatoire et de réadaptation avant le retour du patient au Nunavik?

Objectif 4 :

Comment la continuité des services a été facilitée lors du retour du patient au Nunavik?

Entrevues

Au Nunavik (à Kuujjuaq, Puvirnituk et Inukjuak), les personnes clés rencontrées oeuvrent au sein de la RRSSS Nunavik, des Centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik, des CLSC ainsi que du Centre de réintégration. Ces entrevues, échelonnées entre le 18 et le 28 septembre 2002, ont été complétées par des interviews à Montréal avec divers professionnels de la RRSSS Montréal-Centre, du CHUM et du Module du Nord québécois (MNQ) entre les mois d'octobre 2002 et janvier 2003. Au total, les perceptions de 24 cadres et professionnels ont été recueillies.

2.1.3. Satisfaction des usagers

Pour compléter la démarche d'appréciation, il apparaît nécessaire de procéder à des mesures de la satisfaction des bénéficiaires. Les items de satisfaction sont les mêmes que ceux utilisés par d'autres processus d'évaluation de programmes à la RRSSS Montréal-Centre et qui découlent des travaux réalisés pour la démarche d'amélioration de la qualité (définition du concept de service à l'Annexe II).

Les questions touchent, entre autres, des dimensions telles la dignité, la fiabilité, la facilité, l'accessibilité, la continuité et la rapidité. Le questionnaire a été adapté pour tenir compte des spécificités du projet pilote. Les données ainsi recueillies sont traitées de façon non nominale et confidentielle.

Passation du questionnaire

Le recrutement de patients, avec l'aide de la RRSSS Nunavik, s'est révélé plus ardu que prévu. Entre le 18 et 28 septembre 2002, quatre patients ou proches ont été rencontrés (deux de la Baie d'Ungava et deux autres de la Baie d'Hudson). Une seule personne a nécessité la collaboration d'un intervenant communautaire qui a joué le rôle d'interprète. Les trois autres parlaient couramment l'anglais.

Rapidement, le questionnaire s'est révélé inadéquat de par le nombre des questions (26), leur longueur et le vocabulaire utilisé (pas assez adapté à leur compréhension des services offerts). Vu le nombre relativement restreint de patients ou de proches susceptibles de participer à une telle démarche, le recrutement pour la satisfaction des bénéficiaires a été suspendu afin de ne pas nuire à la cueillette de données lors de la seconde phase d'évaluation.

Pour l'automne 2003, le questionnaire devra être épuré pour cibler strictement l'essentiel. Il devra donc être plus succinct et plus simple dans la formulation des questions. Quelques intervenants du Nunavik se sont montrés ouverts à valider la nouvelle série de questions. De plus, la passation du questionnaire devra plus s'apparenter au déroulement d'une entrevue et en compagnie d'un travailleur communautaire pour palier aux éventuelles incompréhensions.

Le processus d'évaluation vise donc à jeter un éclairage sur l'implantation d'un continuum de services dans la prise en charge des personnes résidant au Nunavik et faisant face à des problèmes de santé mentale ou psychiatriques. Le prochain chapitre aborde donc les aspects suivants qui forment une boucle, incluant les besoins relevés lors des entrevues et le suivi des indicateurs identifiés précédemment :

- ✓ le réseau en santé mentale au Nunavik;
- ✓ le traitement psychiatrique au Nunavik;
- ✓ les services d'hospitalisation psychiatrique à Montréal;
- ✓ la continuité des services.

ENTENTE DE SERVICES PSYCHIATRIQUES TRIPARTITE

Le projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik comprend spécifiquement quatre objectifs ainsi que la répartition des responsabilités des parties signataires, soit le CHUM et les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre. Dans cette troisième partie du rapport intermédiaire, nous nous penchons sur le contenu de l'entente de service et de son application depuis sa signature, en octobre 2001, à la fin de l'année 2002.

3.1. Premier objectif : Réseau en santé mentale au Nunavik

Le premier objectif s'énonce comme suit :

Supporter, *dans la région du Nunavik*, la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.

Cette section est divisée en quatre parties. D'abord, la définition de la santé mentale est abordée, ainsi que ces composantes. Par la suite, les différentes ressources du réseau de la santé et des services sociaux, susceptibles d'être prises en compte en lien avec la problématique définie précédemment, sont présentées. Suivront les besoins exprimés lors des entrevues (cadres, professionnels, patients et proches) et les démarches en cours pour y répondre.

3.1.1. Définition et composantes de la santé mentale

Par rapport à la santé mentale, la question des limites ou contours de ce concept a été abordée à maintes reprises car plusieurs problématiques y sont rattachées. Par exemple, la consommation, largement répandue dans les communautés, d'alcool et de drogues, dont le haschich et le « sniffing », est intimement liée aux problèmes de santé mentale et de psychiatrie au Nunavik. Elle peut également rendre le diagnostic plus ardu, car les dommages au niveau physiologique peuvent être importants et irréversibles. La violence exacerbée par l'abus de psychotropes vient parfois renforcer des comportements, liés à la maladie mentale, socialement non acceptés ou jugés dérangeants. Certains mentionnent aussi le suicide, ainsi que les abus sexuels (sujet tabou). Ce contexte social se caractérise aussi par la promiscuité dans les maisons, le manque de communication au sein des familles, le désœuvrement plus ou moins important.

En santé mentale, il existe aussi une différence de conception entre les Blancs et les Inuits. D'abord, expliquer ce concept et les différentes maladies psychiatriques à ces derniers semble difficile dû, entre autres, à la structure de leur langage, l'inuktitut. Les mots inuits représentent en fait des idées et les notions utilisées par les intervenants du Sud sont inexistantes. Mais, à force d'exemples, une compréhension se développe et, éventuellement un mot. D'autre part, la

religion et leur façon d'appréhender le monde viennent également teinter leur conception de la santé mentale, leur interprétation des problèmes y rattachés. Plusieurs Inuits vont mentionner le démon, la possession ou encore les problèmes liés à la toxicomanie.

Par ailleurs, un cadre de conceptualisation a été développé par Inuit Tapirisat of Canada (2001). Dans le document de travail *Inuit-specific mental wellness framework* de mars 2001, il est question du concept de bien-être mental car plus holistique que celui de santé mentale. Le bien-être mental se définit comme « une estime de soi et une dignité personnelle découlant de la présence d'un bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel ainsi que d'une identité culturelle » (traduction libre). Selon les auteurs, en lien avec les multiples facettes du bien-être mental, tous les services offerts aux communautés (assistance, prévention, programme de traitement, ressources spécifiques à certaines problématiques, programmes en lien avec le développement de l'enfant, éducation, logement/hébergement, services de santé et sociaux) doivent être abordés et envisagés selon ce principe englobant.

La santé ou le bien-être mental implique donc tous les champs de la vie en communauté (famille, éducation, scolarisation, travail, spiritualité, implication sociale). Mais de façon plus spécifique, les divers intervenants vont parler de déficience intellectuelle, de pédopsychiatrie, de psychiatrie pour adultes, de la loi 39 (concernant les personnes qui présentent un danger pour elle-mêmes ou pour les autres) et de psychiatrie légale, tous des domaines où des difficultés majeures sont rencontrées.

3.1.2. Ressources existantes

Le tableau ci-dessous présente les ressources existantes au Nunavik et susceptibles d'être interpellées pour le développement de programmes et/ou au niveau de la prise en charge de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou psychiatriques.

Ressources au Nunavik

| | Baie d'Ungava | | Baie d'Hudson | |
|---------------------------------------|---|----------|---|-----------------|
| Centre de santé | Tulattavik | Kuujjuaq | Inuulitsivik | Puvirnituaq |
| CLSC | Points de services dans les autres villages | Kuujjuaq | Points de services dans les autres villages | Puvirnituaq |
| Réadaptation pour adultes | | | <i>Centre de réintégration*</i> | <i>Inukjuak</i> |
| Centre de traitement des toxicomanies | Pour adultes : Isuarsivik | Kuujjuaq | Pour jeunes : Anarraapik | Inukjuak |
| Refuge pour femmes | Tuungasuvik | Kuujjuaq | Initsiak | Salluit |
| | | | Tunngavik | Kuujjuarapik |
| Réadaptation pour jeunes | Foyer de groupe Saturvik | Kuujjuaq | Foyer de groupe Uvikait Illiqlutingat Puvirnitumi POV | Puvirnituaq |
| | | | Centre de réhabilitation Sapumivik | Salluit |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>* Population desservie</i> | Adultes (plus de 18 ans) diagnostiqués comme souffrant de problèmes de santé mentale sévères et persistants et/ou de déficience intellectuelle. |
| <i>Mission</i> | Développer les compétences nécessaires pour s'intégrer dans leur communauté et accroître la qualité de vie des individus, des familles et des communautés. |
| <i>Service résidentiel</i> | -Placement à court terme (3-6 mois) et à long terme (1-2 ans); Intervention de crise (max. 1 semaine); Répit (3 mois). |
| <i>Services externes</i> | Programme de jour; suivi dans la communauté/soutien. Des sessions de guérison sont offertes par les anciens aux participants du programme de jour. |
| <i>Formation</i> | Une vingtaine d'Inuits sont formés sur le terrain comme éducateurs spécialisés. Une des difficultés rencontrées par les Inuits face à la fonction d'éducateur, qui n'est pas implantée dans leur culture, est celle de poser des limites à leurs pairs, surtout si ceux-ci sont plus âgés. |

Le Centre de réintégration d'Inukjuak étant la seule ressource identifiée en santé mentale, les carences sont grandes à ce niveau. La situation est similaire en ce qui concerne les intervenants. À part ceux du Centre de réintégration et les rares psychologues présents au Nunavik (2^{ème} ligne d'intervention), les seuls professionnels à intervenir exclusivement dans ce domaine sont les psychiatres itinérants du Sud.

Lors des entrevues, plusieurs besoins ont été identifiés à différents niveaux en passant d'activités de prévention auprès de toute la population aux services spécifiques pour une clientèle très ciblée.

3.1.3. Besoins exprimés

Au niveau de la *prévention* ou de l'éducation, plusieurs champs d'intervention ont été ciblés dont principalement la toxicomanie, les habiletés parentales et les loisirs. Quant à la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et psychiatriques au sein des communautés, ainsi qu'auprès des employeurs, les intervenants du Centre de réintégration ont complété une tournée d'information sur la côte de l'Hudson en 2001. D'ailleurs, depuis l'implantation de ce Centre à Inukjuak, la communauté a commencé à s'ouvrir face aux patients psychiatisés. Elle a pu constater les progrès de ces derniers suite à la prise en charge et à l'accompagnement fourni par le Centre (par exemple, les patients sont stabilisés et se promènent moins souvent en crise). Un processus semblable, mais de moindre envergure, est également observé à Puvirnituq.

Les divers professionnels rencontrés souhaiteraient aussi avoir le temps de faire de la prévention dans le cadre de leurs interventions auprès des personnes rencontrées, mais une urgence n'attend pas l'autre et le temps manque pour approfondir le vécu des clients et des familles, à moins que le patient ne se plaigne ou ne présente des symptômes évidents. Par ailleurs, plusieurs mentionnent un support professionnel déficient par manque de disponibilité des

services, des ressources humaines (haut taux de roulement⁴) et financières. La discontinuité des services a aussi été abordée, ainsi que la difficulté d'établir des contacts constants tant avec les patients qu'avec les autres intervenants. Plusieurs projets ont été développés, dont certains ont vu le jour, mais n'ont pu être réalisés ou maintenus à moyen terme (par exemple, groupes d'habiletés parentales ou travailleur de rue).

Il en a été de même pour les équipes en santé mentale. Une seule a été formée, sur la côte de l'Hudson. Mais suite à des incompréhensions quant à son mandat, aux énormes attentes suscitées et au roulement du personnel, une telle équipe n'existe plus.

3.1.4. Suivi des indicateurs

| | |
|---|------------------------------------|
| ➤ Organismes ou institution en santé mentale | Voir tableau p. 12 |
| ➤ Service de répit | Centre de réintégration à Inukjuak |
| ➤ Groupes d'entraide | --- |
| ➤ Équipe en santé mentale | --- |
| ➤ Nombre de personnes suivies en santé mentale par les coordonnateurs du bien-être communautaire ⁵ | --- |
| ➤ Autre protocole ou entente | --- |
| ➤ Nombre de personnes suivies en santé mentale ⁶ | Nd |

Par contre, des tendances ressortent clairement. Parmi les Inuits qui recourent aux services CLSC pour des raisons liées à la santé mentale, les personnes de moins de 40 ans y sont fortement représentées. La majorité des diagnostics concernent la dépression/tendance suicidaire, suivie de la schizophrénie.

Dans cette première section, plusieurs facettes du réseau actuel en santé mentale au Nunavik ont été abordées – culturelles, organisationnelles et structurelles. La seconde partie de ce chapitre consacré au continuum de service va se concentrer plus spécifiquement sur le traitement psychiatrique au Nunavik.

⁴ Le Nunavik connaît un roulement de personnel important (engagement variant de 6 mois à 2 ans), malgré la présence d'un noyau dur formé de divers intervenants et professionnels présents depuis plusieurs années. À ce constat s'ajoute la rareté des logements disponibles et qui constitue un frein supplémentaire à l'embauche.

⁵ Apparemment, les coordonnateurs ne sont pas vraiment impliqués dans le suivi des personnes en santé mentale, contrairement aux travailleurs communautaires.

⁶ Selon les informations transmises de façon non uniforme, il nous paraît hasardeux de présenter le nombre ainsi obtenu de personnes suivies en santé mentale.

3.2. Second objectif : Traitement psychiatrique au Nunavik

Cet objectif a été formulé ainsi :

Dispenser, dans la région du Nunavik, des services de traitement psychiatriques aux adultes et aux jeunes.

Pour offrir des services psychiatriques, des ressources sont nécessaires au niveau encadrement. Comme vu précédemment (Tableau p. 12), la seule ressource clairement identifiée pour accompagner les patients psychiatisés est le Centre de réintégration à Inukjuak. Par ailleurs, non seulement le manque de ressources pour des adultes a été souligné, mais également le manque flagrant de moyens disponibles pour les enfants et les adolescents. Dans cette section, différents aspects de la prise en charge au Nunavik d'une telle clientèle sont abordés.

3.2.1. Ressources existantes

Hébergement – Familles d'accueil

L'équipe régionale de liaison de la Baie d'Hudson, formée d'un travailleur social et d'une travailleuse communautaire, tente de développer et de consolider un réseau de familles d'accueil en mettant l'accent sur le dédommagement de l'hébergement et sur la formation afin de soutenir ces familles dans la prise en charge de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Au niveau financement, un déséquilibre existe entre l'hébergement dit médical (environ 40\$ par nuitée pour un patient qui se rend à Puvirnituk pour y recevoir des soins ambulatoires) et social (environ 20\$ par nuitée pour un schizophrène, par exemple).

Les familles d'accueil, comme la parenté des patients psychiatisés ou la communauté, s'épuisent, se découragent surtout en présence de comportements violents, et se retirent. Souvent, l'entourage est lui-même aux prises avec de sérieux problèmes et, s'occuper d'une personne présentant des troubles mentaux va les surcharger, les submerger. Par ailleurs, les appartements représentent une denrée rare au Nunavik. Et, ce type de patients se déplace souvent d'un village à l'autre, ce qui rend la continuité du suivi difficile.

Hébergement et réadaptation

Comme déjà mentionné, seul le Centre de réintégration à Inukjuak offre des services d'hébergement à court et moyen terme sur une base régulière, constante et volontaire – mais uniquement pour des adultes (l'Annexe V présente le nombre de personnes suivies en 2002 selon leur village d'appartenance, leur âge et leur diagnostic). Malgré une forte pression exercée sur ce centre, il ne peut répondre à toutes les demandes. De plus, ce type de ressource ne correspond pas toujours aux besoins du patient. Sa capacité d'accueil est de 21 patients, soit 10 places d'hébergement (dont 5 pour ceux qui viennent sur une base régulière et 1 lit d'urgence) et 11 places pour les suivis quotidiens.

Hospitalisation – Centres de santé

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 psychiatriques 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 (des bébés aux personnes âgées). Malgré l'adoption de la loi 39 (concernant les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui), les chambres d'isolation sont rares ou inadéquates au Nunavik.

Lorsqu'un tel patient est hospitalisé (en décompensation ou pour être stabilisé avant d'être envoyé au CHUM par transport régulier), une personne doit lui être assignée afin de le surveiller car le personnel infirmier ne peut être mobilisé à cette seule fin. Et, lorsqu'il y a débordement de violence, ce patient va être enfermé dans une cellule au poste de police. D'ailleurs, cette solution ne satisfait aucun des intervenants impliqués dans une telle situation. Et, dans les villages et leur dispensaire, la situation est similaire à celle des deux hôpitaux.

Patients hospitalisés dans les deux Centres de santé (2001-2002)

(voir Annexe VI pour plus de détails)

| | Nbre | % | Âge moy. | Durée moy. séjour |
|------------------------------|------|-------|----------|-------------------|
| CS Tulattavik à Kuujuaq | 17 | 30,9% | 29 ans | 6,3 jours |
| CS Inuulitsivik à Puvirnituk | 38 | 69,1% | 28 ans | 6,3 jours |
| Total Nunavik ⁷ | 55 | | | |

Source : APR-DRG; psychiatrie

De plus, toute la notion de psychiatrie légale est nébuleuse et la communication semble défailante avec ce système. Que faire lorsque le médecin ou même le psychiatre estiment que le patient relève de ce champ d'intervention, alors que la police ou l'Institut Philippe Pinel en décident autrement? Comment évaluer la dangerosité d'une personne, qui est susceptible de procéder à une telle évaluation, et dans quel délai? Quelle que soit la situation, plusieurs ont demandé des protocoles clairs qui déterminent les démarches à suivre et les personnes à contacter (disponibles 24/7) depuis le début d'une crise à la prise en charge d'un centre spécialisé désigné.

Psychiatres itinérants

Comme pour tous les médecins spécialistes, les deux Centres de santé organisent la planification des visites et des rendez-vous des psychiatres. Durant l'année 2002, les villages de la Baie d'Hudson ont continué de recevoir deux psychiatres du CHUM, qui font partie de l'entente

⁷ En comparaison avec les résidents de Montréal pour 2001-2002 : les patients hospitalisés pour des raisons psychiatriques représentent 0,57% de la population au Nunavik et 0,52% pour Montréal; la durée de séjour moyenne est de 6,3 au Nunavik et de 25,36 à Montréal.

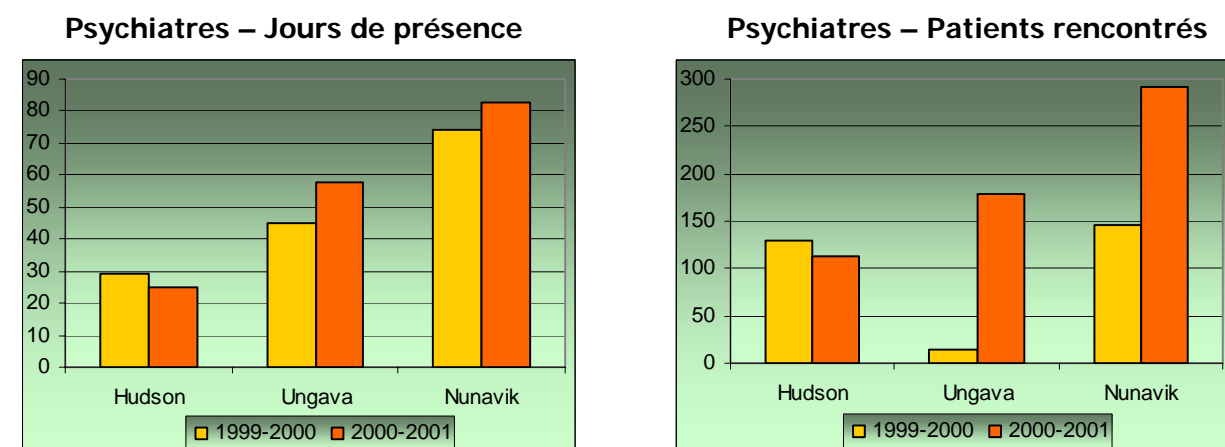
tripartite de services psychiatres, dont un depuis plusieurs années alors que les hospitalisations se faisaient au centre hospitalier Douglas. Les contacts étant établis depuis un certain temps, la collaboration semble bonne et facile, même s'il est parfois difficile de les rejoindre entre deux visites.

Sur la côte de l'Ungava, deux psychiatres hors entente ont assuré, sur une base individuelle et volontaire, le suivi des patients. Malheureusement, des problèmes de communication et de coordination quant au partage des tâches, incluant le rythme des séjours, préalablement défini par les deux spécialistes sont survenus. Une des conséquences fut l'arrivée d'un psychiatre alors que peu de rendez-vous étaient cédulés; les patients avaient été vus peu de temps auparavant par l'autre spécialiste.

Outre les problèmes de coordination et de collaboration rattachés au statut des psychiatres itinérants, quatre aspects plus généraux à améliorer ont été relevés :

- ✓ Le nombre des intermédiaires pour assurer le suivi psychiatrique : par exemple, l'omnipraticien au Nunavik joue le rôle de relais entre l'infirmière du dispensaire et le(s) psychiatre(s) au Sud pas toujours facile à rejoindre; cette situation peut occasionner des délais d'intervention plus ou moins importants.
- ✓ L'efficacité amoindrie des visites des psychiatres principalement par défaut de ressources, de suivi et d'encadrement nécessaires pour assurer une stabilité aux patients psychiatisés. Dans ce cadre-là, la question de la surmédication a aussi été abordée.
- ✓ Les tracasseries administratives de la RAMQ en lien avec la rémunération des psychiatres et le remboursement des frais de déplacement encourus, ainsi que la limitation des heures travaillées qui questionne la rentabilité des séjours de spécialistes au Nunavik.
- ✓ La lourdeur administrative et les longs délais pour pouvoir faire avancer des projets et des programmes.

À défaut de données à jour, voici deux graphiques qui présentent les jours de présence et les patients rencontrés par l'ensemble des psychiatres au Nunavik⁸ :



⁸ Sources : pour 1999-2000, site internet de la RRSSS Nunavik; pour 2000-2001, rapport annuel de la RRSSS Nunavik.

Autres points à l'ordre du jour

Des discussions et échanges ont lieu entre les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre aux niveaux de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie légale et des ressources intermédiaires pour patients ayant besoin d'un environnement structuré à long terme.

De plus, un projet de télépsychiatrie est en rodage et sera, par ailleurs, évalué. Pour l'instant, seuls les divers intervenants l'utilisent pour se familiariser avec cette nouvelle technologie, pour mener des discussions de cas et apprendre à se connaître. Pour l'avenir, les attentes et les questions se situent au niveau d'une utilisation élargie de ce système de communication comme outil d'intervention et de suivi auprès des patients et de leur famille, incluant l'ouverture à d'autres spécialités.

Certains sont sceptiques car, selon eux, ce médium ne peut remplacer un suivi régulier. Ne vaudrait-il pas mieux investir dans les services directs? D'autres se demandent comment utiliser efficacement ce système pour une comparution ou une évaluation (psycholégale ou non) lorsqu'un patient est en crise.

3.2.2. Besoins exprimés

De façon unanime, le manque de ressources au niveau du suivi psychiatrique externe a été identifié, soit de milieux de vie disponibles pour des patients plus ou moins autonomes avec une desserte locale de préférence, bien que plus difficile à réaliser compte tenu des caractéristiques géographiques et de la répartition de la population du Nunavik. Pour combler cette lacune, plusieurs structures et organisations d'implication différentes, mais favorisant un continuum de services, ont été mentionnées :

- ✓ Ressources intermédiaires et multicientèles au Nunavik (par exemple, pour les personnes âgées et celles aux prises avec des problèmes en santé mentale).
- ✓ Appartements supervisés pour des gens autonomes, capables de fonctionner mais qui nécessitent une structure, un encadrement pour éviter la désorganisation. De telles ressources pourraient aussi servir de lieu de transition entre l'hôpital (CHUM ou Centre de santé) et le retour dans la communauté.

Le Centre de réintégration à Inukjuak met actuellement des efforts pour concrétiser un tel projet. Des démarches ont été entreprises avec la municipalité, le comité logement, en vue de développer une ressource d'hébergement à long terme pour deux patients qui vivent au Centre depuis plus d'un an. L'appartement supervisé serait rattaché au Centre qui assurerait une supervision 24/7 (médication, hygiène, budget, etc.). Si ce projet pilote se concrétise et s'avère concluant, une démarche similaire sera entreprise à Salluit afin de combler des besoins similaires à ceux vécus à Inukjuak.

- ✓ Centre de jour.

- ✓ Programme résidentiel et occupationnel analogue à celui offert par le Centre de réintégration, incluant l'aspect du travail rémunéré (éventuellement dans un milieu protégé).

Au niveau de la création d'emplois, le Centre de réintégration a le projet de développer des activités rémunérées dans un local du Centre (impression de dessin sur des cartes, des T-shirts, des casquettes, de l'art inuit).

- ✓ Équipe multidisciplinaire en psychiatrie.
- ✓ Centre de crise ou unité psychiatrique avec du personnel compétent.

Le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk, profitant du déménagement du foyer de groupe, a élaboré un projet d'un centre de crise qui, dans un continuum de services, se situerait entre le Centre de réintégration et l'hôpital. Ce milieu de vie viserait une clientèle qui ne nécessite pas une hospitalisation ou qui n'est pas assez stable pour vivre en groupe dans un milieu ouvert. Une telle ressource est considérée prioritaire car de tels patients consomment beaucoup de services (médical, social, policier, judiciaire). Le séjour maximum anticipé est d'un mois et cette période permettrait de stabiliser les personnes en crise, de faire des évaluations avant de les référer aux ressources adéquates. Cinq lits d'hébergement sont prévus (dont deux pour des patients de l'Ungava), ainsi que dix places en centre de jour. L'équipe serait composée d'un travailleur social, d'un psycho-éducateur, de trois éducateurs inuits et de deux gardiens. Une telle ressource permettrait d'éviter éventuellement une hospitalisation au CHUM ainsi que les coûts inhérents, dont le transport.

- ✓ Département psychiatrique.

3.2.3. *Suivi des indicateurs*

| | |
|--|--|
| ➤ Nombre de lits psychiatriques | --- |
| ➤ Services d'hébergement | FA et Centre de réintégration à Inukjuak |
| ➤ Services de réadaptation | Centre de réintégration |
| ➤ Services de réintégration au milieu de travail | Centre de réintégration |
| ➤ Nombre de psychiatres itinérants | Ungava : 2 (hors entente) / Hudson : 2 |
| ➤ Nombre de jours de présence des psychiatres | Nd |
| ➤ Nombre de personnes référées pour des consultations psychiatriques | Nd |

Après avoir abordé le réseau en santé mentale et le traitement psychiatrique disponible au Nunavik, la section suivante suit la gradation des services abordés et se penche sur l'hospitalisation psychiatrique au CHUM, à Montréal.

3.3. Troisième objectif : Service d'hospitalisation psychiatrique

Ce troisième objectif se lit comme suit :

Assurer l'accès, dans la région de Montréal-Centre, à des services d'hospitalisation psychiatriques aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.

3.3.1. Hospitalisation au CHUM

Comme les sections précédentes, cette partie du rapport intermédiaire expose le contexte rattaché au thème abordé, soit de l'hospitalisation psychiatrique de patients inuits au CHUM, complétée par les besoins identifiés pour le suivi des indicateurs prédéfinis.

Équipe « inuite »

Une équipe spécifique a été mise sur pied pour prendre en charge les patients du Nunavik hospitalisés au CHUM et ses membres se réunissent sur une base hebdomadaire. Cette équipe « inuite » est constituée par :

- ✓ la psychiatre coordonnatrice du projet (entente de services psychiatriques avec le Nunavik) et
- ✓ une travailleuse sociale, toutes deux familières avec le contexte spécifique du Nunavik pour y avoir travaillé;
- ✓ une infirmière,
- ✓ une ergothérapeute et
- ✓ un infirmier coordonnateur/superviseur (qui a fait un court séjour sur la côte de l'Hudson), tous les trois sensibilisés à la situation particulière du Nunavik et à la culture inuite.

Tous les professionnels de cette équipe parlent l'anglais, ce qui n'est effectivement pas le cas de tous les autres membres du département de psychiatrie.

Hospitalisation

La question de la langue soulève plusieurs inquiétudes car la seconde langue parlée au Nunavik est l'anglais et le CHUM représente un milieu francophone. Certains intervenants ont mentionné l'isolement des patients Inuits par rapport aux autres personnes hospitalisées dans le département. Pour d'autres, cette réalité était identique à l'hôpital Douglas car, quel que soit le lieu d'hospitalisation à Montréal, les patients du Nunavik sont déracinés. Pour atténuer cet aspect, les lits assignés prioritairement aux Inuits sont regroupés sur le même étage. Par ailleurs, pour les aspects quotidiens, la barrière de la langue semble être surmontée par geste et

pictogrammes avec les patients qui parlent peu anglais. Pour des entrevues ou échanges plus importants, le CHUM fait appel aux interprètes du MNQ.

Par contre, la localisation respective du CHUM au centre-ville et du MNQ dans l'Ouest de l'île rend parfois l'organisation des services d'interprètes problématique. Outre la distance à parcourir, seuls un petit nombre de patients est hospitalisé au CHUM (pas uniquement en psychiatrie) et ne permet donc pas de visites regroupées pour l'interprète qui s'y rend environ trois fois par semaine.

Pour revenir plus spécifiquement à l'hospitalisation, la demande est faite par l'omnipraticien au Nunavik. Plusieurs cas de figure ont eu lieu depuis la signature de l'entente de services psychiatriques : une réponse négative; la nécessité de tempérer la situation par manque de lit disponible; la stabilisation de l'état du patient avant de prendre l'avion pour Montréal, avec hospitalisation temporaire au Centre de santé, ou pour exploiter une possibilité d'éviter le transfert au Sud. En l'absence d'un cadre incluant les critères cliniques nécessitant une hospitalisation, les situations se discutent au cas par cas. Les professionnels du Nunavik déplorent les difficultés rencontrées lorsque le psychiatre de garde au CHUM ne connaît pas les conditions d'intervention dans le Grand Nord.

Lits psychiatriques au CHUM

Pour répondre adéquatement aux besoins des Inuits, les intervenants du Nord jugent les deux lits psychiatriques prévus dans l'entente de services insuffisants et estiment que leur nombre devrait être doublé. Plusieurs ont fait part de leur inquiétude quant à l'ouverture du CHUM à accepter un troisième patient si nécessaire. Mais cette situation s'est présentée durant l'année 2002 et trois Inuits étaient hospitalisés simultanément.

Selon les données obtenues⁹, 14 patients auraient été hospitalisés au CHUM entre octobre 2001, date de la signature de l'entente, et fin 2002. Les données étant partielles, la durée moyenne d'hospitalisation n'a pu être définie que pour 10 personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques graves:

- ✓ 8 résidents de la Baie d'Hudson et 2 de la Baie d'Ungava;
- ✓ séjour moyen : 52 jours, pour un total de 516 jours.

À la lumière de ces chiffres, même si la durée d'hospitalisation de 4 patients n'a pu être prise en compte, le besoin en lits psychiatriques ne semble pas dépasser ce qui a été prévu dans

⁹ Les informations fournies par le CHUM et le MNQ sont incomplètes pour permettre une confirmation adéquate du nombre de patients hospitalisés depuis la signature de l'entente, en octobre 2001, et le 31.12.2002. CHUM : 14 patients hospitalisés, mais les données fournies ne permettent pas de définir le séjour pour 3 personnes. MNQ : pour la période de référence, 17 patients ont été hospitalisés à Montréal pour des raisons psychiatriques, mais sans mention de la date du congé et des hôpitaux qui les ont pris en charge.

l'entente. Mais, est-ce que toutes les demandes d'hospitalisation ont été acheminées et ont-elles reçu une réponse adéquate?

3.3.2. Besoins identifiés

Les commentaires des divers professionnels rencontrés quant aux ressources nécessaires à Montréal pour les patients psychiatriques du Nunavik peuvent se résumer en trois points :

- ✓ Protocole identifiant les démarches à accomplir en vue d'une hospitalisation ou en lien avec la psychiatrie légale, les personnes ressources à contacter (24/7), les alternatives possibles (document de référence pour tout intervenant).
- ✓ Ressource de transition et de réadaptation avant le retour des Inuits au Nunavik ou, lorsque stabilisés, ils nécessitent des soins de santé physiques (ne peuvent être hébergés au MNO car les problématiques de la clientèle accueillie sont déjà de prime abord complexes, incluant la santé mentale et la toxicomanie). Une telle ressource permettrait aussi d'éviter de maintenir 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.
- ✓ Ressource pouvant accueillir à long terme des patients stabilisés, maintenus au CHUM, qui nécessitent un environnement structurant, encadrant qui ne peut être offert dans les communautés inuites ou par les ressources existantes autochtones ou non.

3.3.3. Suivi des indicateurs

| | |
|---|-----------------------------------|
| ➤ Nombre de lits au CHUM | 2/année |
| ➤ Ratio d'occupation | 1,4/année (10 patients) |
| ➤ Nombre de personnes référées pour une hospitalisation au CHUM | Nd |
| ➤ Nombre de patients hospitalisés au CHUM | 14, depuis signature de l'entente |
| ➤ Nombre de personnes hospitalisées au Douglas | Nd |
| ➤ Nombre de traitements ambulatoires et de réadaptation | --- |

Après les éléments du réseau en santé mentale et des services psychiatriques disponibles au Nunavik, ainsi que ceux de l'hospitalisation au CHUM, les aspects de la continuité des services pour une prise en charge efficiente des patients, de retour dans leur communauté, sont abordés dans la section suivante.

3.4. Quatrième objectif : Continuité des services

Ce dernier objectif s'énonce ainsi :

Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module du Nord travaillant à Montréal.

3.4.1. Organisation des services après une hospitalisation au CHUM

Avant de boucler le continuum de services et d'aborder concrètement la continuité du suivi psychiatrique après une hospitalisation au CHUM, nous vous présentons brièvement le Module du Nord Québécois.

Module du Nord Québécois (MNO)

La mission centrale du MNO est définie par le service aux patients, sous la gouverne du Centre de santé Inuulitsivik de Puvirnituq, ainsi que par la coordination de services spécialisés en santé à Montréal. Dans le but de soutenir les habitants du Nunavik nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical à Montréal, les services offerts sont de plusieurs ordres : hébergement pour les patients et leur escorte, interprètes, suivi infirmier et social, consultation médicale et service de transport.

Congé de l'hôpital et suivi au Nunavik

Le CHUM n'offrant pas de prise en charge externe et l'absence d'une ressource d'hébergement de transition à Montréal, les patients hospitalisés pour des raisons psychiatriques sont immédiatement rapatriés au Nunavik après avoir reçu leur congé de l'hôpital. D'ailleurs, certains professionnels reprochent au CHUM d'uniquement stabiliser le patient puis de le retourner dans sa communauté, même s'il transite parfois par un Centre de santé ou le Centre de réintégration. Les intervenants au Nunavik ne se sentent pas appuyés adéquatement pour assurer la prise en charge de tels clients. Vu que le suivi psychiatrique se fait à distance, l'importance de la polyvalence des médecins au Nunavik a été soulignée. Mais compte tenu du taux de roulement des omnipraticiens, assurer un suivi continu est difficile. À cela s'ajoute la grande mobilité des patients suivis en psychiatrie qui ne sont pas toujours connus des infirmières et des travailleurs sociaux installés dans les villages.

De plus, le rapport ou résumé du MNO, concernant les diverses facettes de l'hospitalisation à Montréal et du suivi à offrir au Nunavik, est souvent uniquement remis au médecin et non au service social de la communauté alors qu'il s'agit d'un document précieux en information pour assurer une prise en charge adéquate. D'ailleurs, plusieurs déplorent le peu de liens entre le médical et le social. Par contre, les psychiatres du CHUM étant difficile à rejoindre et que plusieurs jours peuvent passer avant l'obtention d'une réponse, certains professionnels (surtout

sociaux) vont prendre contact avec la travailleuse du CHUM, impliquée dans tous les dossiers des patients hospitalisés. D'ailleurs, elle organise aussi les retours des personnes psychiatriquées en collaboration avec les intervenants, les travailleurs communautaires et les familles.

Comme mentionné précédemment (p. 18), l'utilisation de la télé-psychiatrie, actuellement au stade expérimental, peut s'avérer être un outil utile au suivi psychiatrique des patients, ainsi qu'à la communication rapide entre les divers intervenants du Nord et du Sud.

3.4.2. Suivi des indicateurs

- Ressources d'hébergement à Montréal ---
- Nombre de consultations psychiatriques de suivi Par téléphone et lors des visites au Nunavik
- Autre protocole ou entente ---

Avant de clore ce chapitre, un récapitulatif de l'atteinte des objectifs de l'entente de services psychiatriques liant le CHUM et les deux RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre est présenté dans les pages suivantes.

3.5. Récapitulatif

Objectif 1 : Supporter, *dans la région du Nunavik*, la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.

- ✓ Unique organisme identifié spécifiquement en santé mentale : Centre de réintégration à Inukjuak;
- ✓ Absence de groupe d'entraide, d'équipe en santé mentale, de protocole ou d'entente.

Objectif 2 : Dispenser, *dans la région du Nunavik*, des services de traitement psychiatriques aux adultes et aux jeunes.

- ✓ Manque de ressources non seulement pour les adultes, mais aussi pour les jeunes;
- ✓ Disponibilité de quelques familles d'accueil;
- ✓ Centre de réintégration : hébergement, centre de jour, suivi de la médication;
- ✓ Centres de santé : mal équipés pour recevoir des patients psychiatriqués et absence de lit psychiatrique;
- ✓ Psychiatres itinérants;
- ✓ Projets en voie de développement : appartements supervisés à Inukjuak, centre de crise à Puvirnituq et démarrage de la télé-psychiatrie.

Objectif 3 : Assurer l'accès, *dans la région de Montréal-Centre*, à des services d'hospitalisation psychiatriques aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoire et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.

- ✓ Disponibilité de 2 lits psychiatriques par année;
- ✓ Ratio d'occupation de 1,4 (10 patients);
- ✓ 14 patients du Nunavik hospitalisés pour des raisons psychiatriques;
- ✓ Absence de ressource de transition et de réadaptation.

Objectif 4 : Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du MNQ travaillant à Montréal.

- ✓ Absence de ressource d'hébergement à Montréal;
- ✓ Préparation du congé par la travailleuse sociale du CHUM en collaboration avec les familles et les divers intervenants impliqués;
- ✓ Rapport médical remis au médecin traitant au Nunavik par le MNQ (à transmettre également aux services sociaux);
- ✓ Continuité des services difficile à assurer en lien avec la rotation des omnipraticiens et la difficulté de rejoindre les psychiatres au Sud;
- ✓ Consultations psychiatriques de suivi par téléphone ou lors des visites au Nunavik;
- ✓ Absence de protocole.

CONSTATS ET RÉFLEXIONS

L'entente de services psychiatriques, signée en octobre 2001 par les RRSSS du Nunavik et de Montréal-Centre, ainsi que par le CHUM, s'inscrit dans un contexte particulier. La région du Nunavik, située au nord du 55^e parallèle, couvre une superficie de 507 000 km² et abrite une population de 9 632 habitants disséminée dans 14 villages répartis le long de la Baie d'Ungava et de la Baie d'Hudson. Cet environnement rend l'organisation et le développement de services psychiatriques et de santé mentale difficiles, ainsi que la mobilisation de la population dans la recherche de solutions adaptées à sa culture.

Actuellement, à part les deux Centres de santé (à Kuujuaq et Puvirnituk) et le Centre de réintégration (à Inukjuak), le réseau de services institutionnels et communautaires est peu développé, voir fragile. De plus, l'organisation et la dispensation des services varient d'une côte à l'autre : centralisée dans la Baie d'Ungava et décentralisée dans celle de l'Hudson.

En lien plus spécifiquement avec le projet pilote rattaché à l'entente de services psychiatriques tripartite, des efforts soutenus devront être consentis afin de réaliser les objectifs ciblés. Une attention particulière doit être apportée aux points suivants pour que le projet ne se résume pas uniquement à la disponibilité et à l'accessibilité de deux lits psychiatriques, ainsi qu'aux visites de psychiatres itinérants :

- Absence de structure et de support logistique (bureau, secrétariat, téléphone) pour la réalisation du projet;
- Absence de définition clinique et de protocole;
- Manque de disponibilité tant au Sud qu'au Nord (ressources humaines, financières);
- Recrutement des spécialistes non centralisé;
- Communication et circulation des informations à promouvoir (éviter la multiplication des intermédiaires);
- Absence de système d'informations.

BIBLIOGRAPHIE

- Anthony, William A. (2002) Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 102-113. (à garder?)
- Assante, Beethoven. *Description d'une ressource en santé mentale*. Inukjuak : Centre de réintégration.
- Brassard, Diane; en collaboration avec Pierre Provencher et Normand Lauzon (1999) *Tableau de bord évolutif en santé mentale pour la région de Montréal-Centre*. Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Service des études et de l'évaluation. Document de travail.
- Breton, Madeleine et Nathalie Brière (2001) *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Québec : MSSS.
- Breton, Madeleine et Nathalie Brière (2001) *Transformation des services de santé mentale : état d'avancement du plan d'action de décembre 1998*. Québec : MSSS.
- Carling, Paul J. (2002) Un système à rétablir. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 114-127. (à garder?)
- CHUM, RRSSS Nunavik et Montréal-Centre (2001) *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik – Entente de services*.
- Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux (1991) *Plan régional d'organisation des services en santé mentale*.
- Cooney, Maureen (2002) *Present state of mental health services in Nunavik*. Document de travail. En collaboration avec Beethoven Assante. Kuujuaq : RRSSS Nunavik.
- Corin, Ellen (2002) Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 65-82. (à garder?)
- Fisher, Daniel B. et Laurie Ahern (2002) PACE : une approche qui va plus loin dans l'empowerment. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 128-139. (à garder?)
- Gauthier, Anne (1998) *Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative*. Collection Études et analyses. Québec : MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Gauthier, Anne; Madeleine Breton, Sylvie Dillard et Mireille Fillion (1998) *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec : MSSS.
- Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (1993) *Concertation et continuité de soins en santé mentale : trois modèles montréalais*. Montréal : Université de Montréal.
- Hudon, Francine (2001) *Setup of an integrated system for persons suffering from major psychiatric problems*.
- Inuit Tapirisat of Canada (2001) *Inuit-specific mental wellness framework*. First draft

- Jetté, Mireille (sous la dir.) (1994) *Et la santé des Inuits, ça va? : Rapport de l'enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik*, tomes 1-2. Montréal : Santé Québec.
- Kirmayer, Laurence J.; Christopher Fletcher, Ellen Corin et Lucy Bothroyd (??) *Inuit concepts of mental health and illness : an ethnographic study*. Montréal : Culture and mental health research unit, Report No 4.
- Latimer, Éric (1998) *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal : Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.
- Latimer, Éric (2000) *Cadre de référence : le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec.
- Lauzon, Gilles et Yves Lecomte (2002) Rétablissement et travail. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 7-34. (à garder?)
- Lauzon, Normand (2000) *Tableau de bord de services de santé mentale : document d'information*. Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Service des études et de l'évaluation.
- Mead, Shery et David Hilton (2002) Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 83-101. (à garder?)
- Mental Health Working Group (2002) *Comprehensive culturally appropriate mental wellness framework*. First Nations and Inuit, discussion document
- Module du Nord québécois (2002) *Rapport annuel 2001-2002*.
- MSSS (2002) *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*. Québec : Direction générale des services à la population, MSSS.
- Petawabano, Bella A.; Éric Gourdeau, Francine Jourdain, Aani Palliser-Tulugak et Jacqueline Cossette, en collaboration avec Claude Bouchard (1994) *La santé mentale et les autochtones du Québec*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Provencher, Hélène L. (2002) L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, printemps, p. 35-64. (à garder?)
- RRSSS Estrie (2001) *Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts, etc.* Direction de la santé publique et de l'évaluation, RRSSS Estrie, octobre 2001.
- RRSSS Montréal-Centre (2001) *Évaluer pour s'améliorer. Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2000*. En collaboration avec Zins, Beauchesne et associés. Montréal : RRSSS Montréal-Centre
- RRSSS Montréal-Centre (1997) *Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Rapport de consultation*. Montréal : RRSSS Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation.
- RRSSS Montréal-Centre (1995) *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal : Direction des relations avec la communauté, RRSSS Montréal-Centre.
- RRSSS Montréal-Centre (1994) *Résultats de l'enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*. Rapport sommaire – Principales constatations. En collaboration avec le Groupe SECOR et Zins, Beauchesne et Associés. Montréal : RRSSS Montréal-Centre.

RRSSS Nunavik (2002) *An act respecting the protection of persons whose mental state presents a danger to themselves or to others (Q.R.S. c. P-38.001) Status report and action plan.*

RRSSS Nunavik (2002) *Rapport annuel 2001-2002.*

RRSSS Nunavik (2001) *Rapport annuel 2000-2001.*

RRSSS Nunavik (2000-2001) *Bulletin d'information de la RRSSS Nunavik.* Vol. 5, n° 1 / vol. 6, n° 1.

Streit, Yvonne (2001) *Projet pilote pour les services psychiatriques au Nunavik – Entente de services. Devis d'évaluation.* Montréal : Service des études et de l'évaluation, RRSSS Montréal-Centre.

Test, Mary Ann (1998) Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. In : *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, automne 1998, p. 119-147.

White, Deena; Lyne Jobin, Danielle McCann et Paul Morin (2002) *Sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale.* Québec : Les Publications du Québec.

Santé mentale au Québec (2002) Dossier 1 : Rétablissement. Dossier 2 : Travail. Vol. 27, n°1, printemps 2002.

Peuples des Grands Nords. Traditions et transitions. (1995) Textes recueillis par Anne-Victoire Charrin, Jean-Michel Lacroix et Michèle Therrien. Presse de la Sorbonne Nouvelle, Institut national des langues et civilisations orientales.

ANNEXE I - RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES SELON LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX VISÉS

| Objectifs | RRSSS Nunavik | RRSSS Montréal-Centre | CHUM |
|--|---|--|---|
| <p>Supporter, <i>dans la région du Nunavik</i>, la communauté dans le développement des services de santé mentale adaptés aux besoins et aux caractéristiques du milieu.</p> | <p>- Voit aux services d'interprètes au Nord et au Sud, lorsque requis.</p> | <p>- Collabore à l'organisation et à l'évaluation des services dans la région.</p> | <p>- Sensibilise et forme des résidents et autres professionnels du Sud pour des services au Nunavik.</p> |
| <p>Dispenser, <i>dans la région du Nunavik</i>, des services de traitements psychiatriques aux adultes et aux jeunes.</p> | <p>- Organise des services de réadaptation et de réinsertion, incluant l'hébergement, pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants.</p> <p>- Développe les ressources d'accueil des personnes suite à leur hospitalisation dans la région de Montréal.</p> <p>- Organise, si pertinent et après étude, une instance légale et régionale telle qu'un département de psychiatrie régional qui comprendrait les psychiatres oeuvrant au Nunavik.</p> <p>- Installe, si pertinent, 1-2 lits de psychiatrie dans un établissement de santé du Nord dans le cadre d'un programme fonctionnel et technique d'élaboration.</p> <p>- Peut requérir les services de consultation du psychiatre coordonnateur ou d'autres professionnels du CHUM, afin de favoriser l'organisation des services dans la région; elle en assume la rémunération.</p> <p>- Collabore pour faciliter, auprès du MSSS et de la RAMQ, les aménagements requis pour la rémunération des médecins.</p> <p>- Accorde 2-3 postes de psychiatres hors contingentement au CHUM, en contrepartie des services fournis dans le cadre de cette entente par ce CH.</p> | <p>- Appuie la RRSSS Nunavik, si elle le demande, auprès des instances MSSS et RAMQ, pour faciliter l'organisation des services décrits dans cette entente.</p> <p>- Approuve et appuie la nomination des médecins hors contingentement au CHUM.</p> | <p>- Augmente le temps des services des psy-chiatres au Nunavik (actuellement, env. 65 jours) de 30 jours de plus par effectif psy-chiatrique, soit à un total de 125 jours pour 2 médecins ou de 155 jours s'il y en a 3.</p> <p>- Dessert en priorité la clientèle adulte. La clientèle des jeunes recevra certains services; cependant la couverture sera plus complète si les trois effectifs sont recrutés.</p> <p>- Désigne un psychiatre responsable de la coordination des psychiatres oeuvrant pour le Nunavik, indépendamment de leurs régions d'origine.</p> |

| Objectifs | RRSSS Nunavik | RRSSS Montréal-Centre | CHUM |
|--|--|--|--|
| <p>Assurer l'accès, dans la région de Montréal-Centre, à des services d'hospitalisation psychiatrique aux adultes et, lorsque cliniquement requis, à des services de traitement ambulatoires et de réadaptation suite à l'hospitalisation et avant le retour au Nunavik.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - En appui à la RRSSS Nunavik, augmente de 2 le nombre de lits du CHUM dans le cadre des travaux d'organisation des services de 3^e ligne et des travaux d'équité. - Organise, avec le concours de la RRSSS Nunavik, une ou plusieurs rencontres relatives aux cas déjà traités au Douglas qui pourraient faire l'objet d'un examen commun entre les médecins du Nunavik et les psychiatres concernés du Douglas et du CHUM pour identifier précisément la clientèle qui : <ul style="list-style-type: none"> - nécessitera le retour au Douglas advenant une réhospitalisation; - pourrait être hospitalisée au CHUM; et - devrait faire l'objet d'une attention particulière au moment de la crise quant à la destination pour l'hospitalisation. | <ul style="list-style-type: none"> - S'engage à accepter, avec diligence, les demandes d'hospitalisation qui lui sont formulées et qui apparaissent justifiées en tenant compte du contexte du Nunavik; les critères cliniques et organisationnels pour l'hospitalisation feront l'objet de discussions entre médecins du Sud et du Nord. - Offre les services d'hospitalisation aux adultes (équivalent 2 lits/an) en français et en anglais. - Attribue, à ce médecin, la responsabilité de coordonner les transferts des usagers du Nunavik avec l'omnipraticien concerné ou avec le psychiatre itinérant qui les a évalués. - Fournit les services ambulatoires, lorsque cliniquement requis, avant le retour de l'utilisateur au Nunavik. |
| <p>Faciliter la continuité des services à la clientèle et le retour dans la région du Nunavik par la collaboration entre les professionnels des hôpitaux montréalais et les gens du Module Nord travaillant à Montréal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - S'assure, via le module Nord, du développement et du fonctionnement des services d'accueil, de liaison et de suivi, dans la région de Montréal-Centre, des usagers y séjournant aux fins de traitements; nomme une personne de référence. - Assume les frais de transport. - Organise, via le module du Nord, les services d'hébergement temporaire à Montréal, lorsque requis. - S'assure que les intervenants du Nunavik reprennent promptement les patients pour un retour au Nunavik ou en hébergement dans une ressource locale du Sud coordonnée par le module du Nord, lorsque l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par le médecin du CHUM. | | <ul style="list-style-type: none"> - Maintient la disponibilité des médecins pour des consultations subséquentes relatives à ces usagers. - Établit des ententes de collaboration de services avec les partenaires du Sud et du Nord dans les cas de comorbidité (par ex, déficience intellectuelle, toxicomanie, etc.) |

ANNEXE II – GRILLE D'ENTREVUE

Après presque un an de fonctionnement :

Psychiatres

1. Est-ce que le temps des services des psychiatres au Nunavik a effectivement atteint 125 jours (2 psychiatres; 155 jours pour 3 psychiatres)? (nom du psychiatre coordonnateur et des deux autres psychiatres – tous les trois sont-ils itinérants?)
2. Si trois psychiatres, est-ce que les jeunes sont aussi desservis (priorité aux adultes) et quels services reçoivent-ils?
3. Quelles démarches ont été faites pour les aménagements avec le MSSS, la RAMQ en vue des aménagements requis pour la rémunération des médecins, ainsi que leur nomination hors contingentement?

Hospitalisation

4. Est-ce que les demandes d'hospitalisation ont été acceptées avec diligence? (équivalent 2 lits/an)
5. Est-ce que les critères cliniques et organisationnels pour l'hospitalisation ont été discutés entre les médecins du Nord et du Sud?
6. Est-ce que les services sont offerts tant en anglais qu'en français?
7. Quelles ententes de collaboration de services dans les cas de co-morbidité (déficience intellectuelle, toxicomanie, etc.)?
8. Comment s'est discuté le partage avec Douglas (cas qui y sont déjà traités ou qui devront y revenir, qui peuvent être hospitalisés au CHUM ou dont la destination n'est pas fixée)?

Retour

9. Avant le retour du patient au Nunavik, est-ce que des services ambulatoires sont disponibles, si requis?
10. Est-ce que des services d'accueil (incl. hébergement temporaire dans la région de Montréal), de liaison et de suivi ont été développés avec le Module du Nord à Montréal?
11. Comment se coordonne le retour des patients?
12. Est-ce que les psychiatres sont disponibles pour des consultations après une hospitalisation?

Rôle du psychiatre coordonnateur

13. Quel rôle joue le psychiatre coordonnateur?

Coûts

14. Augmenter de deux le nombre de lits du CHUM dans le cadre des travaux d'organisation des services de 3^e ligne et des travaux d'équité – partage financier?

15. Frais de transport

Organisation au Nunavik

16. Depuis 1 an, qu'est-ce qui a été concrètement mis en place ou fait en vue de développer des services en santé mentale au Nunavik – par la RRSSSN?

17. Pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants, est-ce que des services de réadaptation et de réinsertion (incl. hébergement) ont été organisés?

18. Est-ce que des ressources d'accueil pour les personnes revenant de Montréal ont été développées?

19. Êtes-vous rendus à vouloir développer un département de psychiatrie régional ou ouvrir 1-2 lits de psychiatrie dans un des deux centres de santé?

Support

20. Pour organiser ou favoriser l'établissement de tous ces services, avez-vous fait appel au psychiatre coordonnateur ou à d'autres professionnels du CHUM?

21. Quel apport de la RRSSSMC (organisation et évaluation des services)?

22. Est-ce que le CHUM a sensibilisé et formé des résidents et autres professionnels du Sud pour des services au Nunavik?

23. Est-ce que des services d'interprètes ont été mis à disposition par la RRSSSN?

ANNEXE III - CONCEPT DE SERVICE¹⁰

| Relation avec l'utilisateur | Prestation de service sous l'angle professionnel | Organisation du service |
|---|--|---|
| Humanisation Personnalisation du service <u>Dimensions</u> Dignité Intimité Empathie | Façon de livrer l'expertise recherchée <u>Dimensions</u> Fiabilité Apaisement Responsabilisation Solidarisation | Environnement du service <u>Dimensions</u> Facilité Continuité Accessibilité Rapidité Confort |

Définitions :

Le secteur relationnel

| | |
|----------|--|
| Dignité | Respect et considération que mérite une personne. Implique une acceptation de la différence. |
| Intimité | Assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Requiert un environnement physique confortable et des comportements empreints d'attention et de discrétion. |
| Empathie | Exprime notre compréhension de ce que l'autre ressent. Implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne. |

Le secteur professionnel

| | |
|--------------------|--|
| Fiabilité | Assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables (temps, environnement) tel que promis de façon implicite ou explicite. Implique compétence, cohérence et rigueur. |
| Apaisement | Capacité à calmer, rassurer une personne, lui apporter la sérénité. |
| Responsabilisation | Tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assurer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne. |
| Solidarisation | Tout ce qui peut favoriser le recours à l'entourage du client (sa famille, sa communauté) afin de l'impliquer de près ou de loin dans la résolution d'un problème. |

¹⁰ RRSSS, 1994 et 1995

Le secteur organisationnel

| | |
|---------------|--|
| Facilité | Simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. La simplicité concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention), que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser. |
| Continuité | Assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information. |
| Accessibilité | Possibilité d'accès sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture. |
| Rapidité | Temps de réaction à une demande plus ou moins longue selon les attentes et les besoins du client. |
| Confort | Sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre et ordonné et d'équipement parfaitement adaptés aux différentes situations. |

ANNEXE IV – POPULATION AU NUNAVIK

Selon le recensement de 2001. Source : site internet de Statistiques Canada

| | Habitants | Autochtones | Non Autochtones | Âge médian | %Ungava | %Nunavik |
|-----------------------------|-------------|-------------|--------------------|------------|---------|----------|
| <i>Baie d'Ungava</i> | | | | | | |
| Kuujuuaq | 1932 | 1560 | 360 | 23,8 | 44,87% | 20,06% |
| Tasiujaq | 228 | 215 | 15 | 18,0 | 5,29% | 2,37% |
| Aupaluk | 159 | 150 | 10 | 17,5 | 3,69% | 1,65% |
| Kangirsuk | 436 | 415 | 20 | 21,1 | 10,13% | 4,53% |
| Quaqtaq | 305 | 280 | 25 | 16,9 | 7,08% | 3,17% |
| Kangiqaq | 536 | 505 | 30 | 19,8 | 12,45% | 5,56% |
| Kangiqaq | 710 | 675 | 40 | 18,2 | 16,49% | 7,37% |
| Sous-total | 4306 | 3800 | 500 11,63% | | | 44,71% |
| <i>Baie d'Hudson</i> | | | | | | |
| Kuujuarapik | 555 | 500 | 55 | 24,7 | 10,42% | 5,76% |
| Umiujaq | 348 | 330 | 15 | 18,8 | 6,53% | 3,61% |
| Inukjuak | 1294 | 1210 | 85 | 21,0 | 24,30% | 13,43% |
| Puvirnituk | 1287 | 1185 | 95 | 20,9 | 24,16% | 13,36% |
| Akulivik | 472 | 450 | 20 | 18,9 | 8,86% | 4,90% |
| Ivujivik | 298 | 285 | 15 | 20,0 | 5,60% | 3,09% |
| Salluit | 1072 | 1005 | 65 | 19,7 | 20,13% | 11,13% |
| Sous-total | 5326 | 4965 | 350 6,59% | | | 55,29% |
| Total | 9632 | 8765 | 850 8,84% | | | |

**ANNEXE V - PERSONNES SUIVIES PAR LE CENTRE DE RÉINTÉGRATION
D'INUKJUAQ (2002)**

| Village | Gr âge | | | Total | %N |
|----------------------|-----------|-------------|------------|-------|-------|
| | 18-24 ans | 25-39 ans | 40-64 ans | | |
| Aupaluk | | 1 | | 1 | |
| Kangiqualujjuaq | | 1 | | 1 | |
| Kangijsujuaq | 1 | 1 | | 2 | |
| Kangirsuk | 1 | | | 1 | |
| Kuujjuaq | | 1 | 1 | 2 | |
| Total Hudson | 2 | 4 | 1 | 7 | 17,5% |
| Akulivik | 2 | 2 | 2 | 6 | |
| Inukjuak | 3 | 10 | 3 | 16 | 40% |
| Kuujjuarapik | | 1 | | 1 | |
| Puvirnituq | 4 | 1 | | 5 | |
| Salluit | 1 | 3 | 1 | 5 | |
| Total Ungava | 10 | 17 | 6 | 33 | 82,5% |
| Total Nunavik | 12 30% | 21 52,5% | 7 17,5% | 40 | |

| Type de service | Côte | | | %services |
|--------------------------|--------|--------|-------|-----------|
| | Hudson | Ungava | Total | |
| médication/supervision | 7 | | 7 | |
| programme jour | 6 | | 6 | |
| Total activités | 13 | | 13 | 32,5% |
| intervention crise | 2 | | 2 | |
| répit | 1 | 3 | 4 | |
| répit/programme jour | 1 | | 1 | |
| répit/rotation | 11 | 3 | 14 | 35% |
| résidentiel | 5 | 1 | 6 | |
| Total hébergement | 20 | 7 | 27 | 67,5% |
| Total service | 33 | 7 | 40 | |

**ANNEXE VI - HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES DANS
LES CENTRES DE SANTÉ**

| CS | | Nbre | % / CS | % / Nunavik | âge moy | Durée moy séjour |
|--------------|-----------|------|--------|-------------|---------|------------------|
| Inuulitsivik | Grav 1 | 33 | 86,84% | 60,00% | 26 | 6,5 |
| | Grav 2 | 5 | 13,16% | 9,09% | 36 | 5,2 |
| | Total | 38 | | 69,09% | 28 | 6,3 |
| Tulattavik | Grav 1 | 13 | 76,47% | 23,64% | 24 | 6,5 |
| | Grav 2 | 4 | 23,53% | 7,27% | 46 | 5,2 |
| | Total | 17 | | 30,91% | 29 | 6,3 |
| Nunavik | Grav 1 | 46 | | 83,64% | 25 | 6,5 |
| | Grav 2 | 9 | | 16,36% | 40 | 5,2 |
| | Grd total | 55 | | 100,00% | 28 | 6,3 |

Source : APR-DRG; psychiatrie