

Information de la population et de la santé  
Université de Montréal  
3000, boulevard Jean-Jacques, 3100  
Montréal, Québec H3T 1A8  
514 343-7501

**PROFIL DE LA CLIENTELE ET  
DESCRIPTION DES SERVICES  
DE SANTE MENTALE, AU SEIN DE  
LA POPULATION CRIE DE LA BAIE JAMES.**

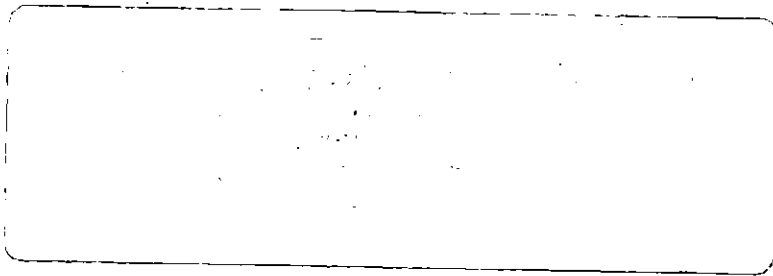
---

**Johanne Laverdure  
Claudette Lavallée**

**Mai 1989**

WM  
105  
L384  
1989





© Tous droits réservés  
Département de santé communautaire  
Hôpital général de Montréal

Dépôt légal : 2e trimestre 1989  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

## RESUME

L'insuffisance de données concernant les clientèles en santé mentale et l'organisation des services dispensés à la population crie de la Baie James nuisait à une prise de décision éclairée quant à l'orientation à donner aux stratégies d'intervention nécessaires dans le milieu. Notre étude visait à documenter l'état de santé mentale de la population utilisatrice des services dans la région 10-B, les caractéristiques socio-démographiques de cette clientèle, les services disponibles et la perception qu'en ont les intervenants.

De caractère exploratoire, l'étude effectuée ici est essentiellement descriptive et rétrospective. La population-cible a été définie comme l'ensemble de la clientèle diagnostiquée pour troubles mentaux avec différents degrés de sévérité. Les données de prévalence et de services ont été puisées aux dossiers des patients alors que les perceptions des intervenants quant aux services offerts ont été recueillies au cours d'entrevues effectuées en personne.

Nous avons observé une prévalence de période de 28 cas pour 1 000 attribuable principalement à la dépression et à l'alcoolisme (16,5% des cas chacun) ainsi qu'à la schizophrénie et à l'anxiété (13,2% chacun). Les utilisateurs des services de santé mentale se recrutent un peu plus parmi les femmes et surtout parmi les adultes de 16 à 30 ans. L'analyse des services offerts à cette clientèle révèle principalement que peu de psychothérapies ont été effectuées alors que plus de la moitié des patients ont été sous médication au cours de la période de référence. Nous avons par ailleurs observé que près de 80% des transferts des patients vers des établissements de santé l'ont été à l'extérieur de la région, dans un environnement étranger où la barrière linguistique et culturelle peut nuire autant à l'établissement du diagnostic qu'à la réadaptation du patient.

Les rencontres effectuées avec les intervenants ont fait ressortir l'importance des problèmes de communication liés à la langue et à la spécificité culturelle de la clientèle ainsi que l'insuffisance des ressources locales. Autochtoniser les ressources, former le personnel en place sur l'approche transculturelle de la santé mentale et organiser des activités préventives d'orientation communautaire sont les voies de solution proposées le plus souvent.

000000 00 000000 0000 000000 000000  
000 00000 000000 000000 000000 000000  
000000 000000 000000 000000  
000000 000000 000000

## **REMERCIEMENTS**

Nous aimerions remercier le Ministère de la Santé et des services sociaux qui a financé cette étude.

La collaboration des administrateurs et de l'archiviste du Conseil Cri de la santé et des services sociaux ainsi que celle du personnel infirmier et médical de l'hôpital de Chisasibi et des cliniques communautaires a été grandement appréciée.

Nous voudrions aussi exprimer notre reconnaissance aux membres des Conseils de bande ainsi qu'à tous ceux qui ont si patiemment répondu à nos questions.

Les entrevues et la collecte des données ont été réalisées en partie par John Big Canoe. La programmation, la codification et la construction des tableaux ont été effectuées avec minutie par Louise Francoeur et Linda Lacoursière alors que le traitement de texte et la présentation du manuscrit ont été sous la responsabilité éclairée de Mireille Paradis.

Nous avons par ailleurs beaucoup apprécié les commentaires d'Elizabeth Robinson, de Jean-François Boivin, de Marie-Claire Laurendeau et de Richard St-Jean qui ont bien voulu relire le document.

**TABLE DES MATIERES**

	Page
<b>RÉSUMÉ</b> .....	i
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	ii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	v
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	vi
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	vii
<b>1 - INTRODUCTION</b> .....	1
1.1 - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	2
<b>2 - PROBLEMATIQUE</b> .....	3
2.1 - DONNEES DEMOGRAPHIQUES .....	3
2.2 - CHANGEMENTS SOCIAUX ET ACCULTURATION .....	4
2.3 - SANTE MENTALE ET CULTURE AMERINDIENNE .....	6
2.4 - REVUE DE LA LITTERATURE .....	9
2.4.1 - Troubles mentaux chez l'adulte .....	9
2.4.2 - Problèmes psychosociaux chez l'adulte .....	11
2.4.3 - Troubles mentaux chez les enfants .....	17
<b>3 - METHODOLOGIE</b> .....	19
3.1 - POPULATION-CIBLE .....	19
3.2 - CUEILLETTE ET QUALITE DES DONNEES .....	20
3.3 - TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES .....	22
3.4 - CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	23
<b>4 - DESCRIPTION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX</b> .....	25
4.1 - SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DE LA REGION 10-B .....	25
4.2 - SERVICES DE SANTE MENTALE .....	27
<b>5 - RESULTATS DE L'ETUDE</b> .....	31
5.1 - DESCRIPTION DE LA CLIENTELE EN SANTE MENTALE .....	31
5.2 - PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX TRAITES .....	34
5.3 - DESCRIPTION DE LA MORBIDITE EN SANTE MENTALE .....	38
5.3.1 - Troubles psychotiques .....	39
5.3.2 - Dépression et anxiété .....	44
5.3.3 - Alcoolisme .....	46
5.3.4 - Problèmes familiaux .....	47
5.3.5 - Problèmes comportementaux et/ou d'apprentissage .....	49
5.3.6 - Tentatives de suicide .....	50
5.3.7 - Un résumé de la morbidité .....	52

	Page
5.4 - NATURE DES INTERVENTIONS .....	53
5.4.1 - Durée d'activité des dossiers .....	53
5.4.2 - Types d'interventions effectuées et professionnel rencontré ..	54
5.4.3 - Médication .....	60
5.4.4 - Transferts et hospitalisations .....	62
5.5 - PERCEPTION DES SERVICES DE SANTE MENTALE PAR LES INTERVENANTS .....	70
5.5.1 - Les médecins .....	70
5.5.2 - Les infirmières .....	72
5.5.3 - Les représentantes en santé communautaire .....	75
5.5.4 - Les psychiatres .....	77
5.5.5 - Résumé des perceptions des intervenants à l'égard des services .....	78
5.5.6 - Les conseils de bande .....	78
 6 - DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS .....	 81
 BIBLIOGRAPHIE .....	 91
 ANNEXE A - TABLEAUX ET GRAPHIQUE SUPPLEMENTAIRES	
 ANNEXE B - INSTRUMENT DE CUEILLETTE DES DONNEES	

**LISTE DES TABLEAUX**

	Page
5.1 - Description de la clientèle en santé mentale, en pourcentage, N=242 . . . . .	33
5.2 - Prévalence des troubles mentaux, taux spécifiques par sexe . . . . .	34
5.3 - Prévalence des troubles mentaux, taux spécifiques par groupe d'âge . . . . .	35
5.4 - Prévalence des troubles mentaux, taux spécifiques par village . . . . .	37
5.5 - Distribution détaillée des diagnostics en santé mentale, en pourcentage . . . . .	38
5.6 - Prévalence des troubles mentaux, par catégorie diagnostique . . . . .	41
5.7 - Distribution des catégories diagnostiques selon certaines variables socio-démographiques, en pourcentage, données non-ajustées N=242 . . . . .	42
5.8 - Durée d'activité des dossiers en santé mentale, en pourcentage . . . . .	54
5.9 - Type d'intervention en santé mentale selon le professionnel consulté, en pourcentage . . . . .	56
5.10 - Type d'intervention effectuée, par catégorie diagnostique, en pourcentage . . . . .	58
5.11 - Type d'intervention effectuée, par communauté, en pourcentage . . . . .	59
5.12 - Nombre de médicaments prescrits au cours des interventions en santé mentale . . . . .	60
5.13 - Type de médicaments prescrits en santé mentale . . . . .	61
5.14 - Type de médicaments prescrits selon le diagnostic . . . . .	63
5.15 - Distribution détaillée des transferts des patients en santé mentale selon l'établissement de destination . . . . .	64
5.16 - Nombre de jours d'hospitalisation pour des raisons reliées à la santé mentale, avril 1986 à mars 1988 . . . . .	68
5.17 - Caractéristiques des patients hospitalisés à Chisasibi, durée de leur séjour et diagnostic, par année, en pourcentage . . . . .	69

**LISTE DES GRAPHIQUES**

	Page
5.1 - Distribution des types d'intervention en santé mentale, en pourcentage N=2 272 .....	55
5.2 - Distribution des transferts selon les communautés de résidence, données non-ajustées, N=135 .....	66
5.3 - Distribution des transferts selon les diagnostics, N=135 .....	67

**LISTE DES SIGLES**

<b>C.C.S.S.S.B.J.</b>	<b>Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James</b>
<b>D.S.C.</b>	<b>Département de santé communautaire</b>
<b>H.G.M.</b>	<b>Hôpital général de Montréal</b>
<b>R.S.C.</b>	<b>Représentant(e) en santé communautaire</b>
<b>C.S.S.</b>	<b>Centre de services sociaux</b>

## 1 - INTRODUCTION

La question de la connaissance des besoins en santé mentale au sein de la population cri de la Baie James a été jugée prioritaire lors d'une concertation entre le Conseil cri de la santé et des services sociaux et le département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal à l'automne 1987. En effet, l'insuffisance de données concernant les clientèles en santé mentale ainsi que la nature et l'organisation des services dispensés à cette population nuit à une prise de décision éclairée quant à l'orientation à donner aux stratégies d'intervention nécessaires dans le milieu, d'où le besoin de procéder à une étude documentée de la situation.

Le caractère descriptif de notre étude devrait entraîner une connaissance plus poussée des problèmes de santé mentale prévalents dans le milieu, tant au niveau des psychopathologies que des manifestations provoquées par des problèmes existentiels, ainsi que des clientèles touchées par ces problèmes. Un tableau sera également brossé de la situation des services présentement disponibles sur le territoire, des ressources locales, des visites de spécialistes, de la médication, du type d'intervention effectué et des évacuations médicales vers des centres hospitaliers de deuxième et troisième ligne. La nature et le bien-fondé de ces interventions ont ensuite fait l'objet de consultations auprès des intervenants impliqués afin de déterminer si elles semblent appropriées et adaptées au milieu socio-économique, géographique et culturel des Cris de l'est de la Baie James.

## 1.1 - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

### **Objectif général**

L'objectif général de la recherche visait à documenter l'état de santé mentale de la population utilisatrice des services dans la région 10-B, les caractéristiques socio-démographiques de cette clientèle, les services disponibles et la perception qu'en ont les intervenants.

### **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués avec différents degrés de sévérité chez les résidents (adultes et enfants) cris ayant consulté les services de santé du territoire 10-B;
- présenter le portrait socio-démographique de la clientèle identifiée;
- décrire les types de services reçus par ces patients;
- explorer les perceptions des professionnels de la santé et de certains informateurs-clés des Conseils de bande quant à l'adéquation des services disponibles auprès de cette clientèle.

## 2 - PROBLEMATIQUE

### 2.1 - DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population crie de la région 10-B s'élevait, au 31 juillet 1987, à 8,590 habitants répartis en huit communautés dont quatre sur la côte est de la Baie James (Chisasibi, Wemindji, Eastmain, Waskaganish), une sur la Baie d'Hudson (Whapmagoostui), une sur le bord du Lac Mistissini (Mistissini), une sur la route entre Chibougamau et Lebel-sur-Quevillon (Waswanipi) et une dernière sur le bord du Lac Champion (Nemaska).

Le nombre d'habitants varie considérablement selon les villages : Chisasibi comptait, à cette date, 2 364 habitants, alors que Nemaska, le plus petit village, en comptait seulement 363. Le lecteur intéressé trouvera plus de détails au tableau A.1 (voir Annexe A).

La comparaison de la pyramide d'âge de la population crie en juillet 1987 avec celle du Québec pour la même année indique une proportion plus élevée de jeunes de moins de vingt-cinq ans chez la première (60% contre 36%) et compte une proportion beaucoup plus restreinte de personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à l'ensemble de la population québécoise (voir le graphique A.1 en annexe). Cependant, cette population vieillit; si l'on compare la présente structure d'âge (1987) à celle de 1984, il ressort que le pourcentage de jeunes cris âgés de moins de vingt-cinq ans diminue et celui des personnes âgées de 65 ans et plus augmente. La population crie se distingue éga-

lement par son taux élevé de natalité (28,7 naissances vivantes pour 1,000 habitants); le taux de mortalité pour tous les groupes d'âge est de 4,7 pour 1,000 habitants; les tumeurs représentent la principale cause de décès avec 19,8%, suivie des accidents avec 17,3%; les suicides quant à eux correspondent à 6,2% du total des décès (Lavallée, 1988).

## 2.2 - CHANGEMENTS SOCIAUX ET ACCULTURATION

Mais plus encore que les caractéristiques démographiques, les changements sociaux vécus par la population crie viennent influencer son état de santé. En 1971, M. Robert Bourassa, Premier Ministre à l'époque, annonce la création du projet hydro-électrique de la Baie James consistant en de vastes barrages dont la construction allait entraîner, entre autres, l'inondation de certains territoires de chasse traditionnels des résidents autochtones de la Baie James. L'opposition des Cris à la réalisation de ce projet entraîne de nombreuses négociations avec le gouvernement du Québec. Finalement, en 1975, la Convention de la Baie James et du Nord Québécois est signée, permettant au Gouvernement provincial de réaliser son projet hydro-électrique tout en procurant au peuple crie des garanties concernant l'étendue du projet, la propriété des terres, les droits de chasse et de piégeage, la protection du milieu, etc... La Convention crée également le Conseil Crie de la Santé et des Services sociaux de la Baie James et les soins médicaux dispensés aux Cris deviennent sous juridiction provinciale.

L'avènement du projet hydro-électrique de la Baie James sur les territoires de chasse des communautés autochtones du nord du Québec occasionne de profondes mutations depuis les quinze dernières années. L'installation des moyens modernes de communication influence grandement les communautés criées. A ce titre, Dumont (1983) observe que la construction de routes, l'amélioration du transport aérien, l'installation du téléphone, la venue de la radio et de la télévision introduisent des thèmes étrangers aux criés et mettent en valeur des modes de comportements encore jusque-là inconnus. L'économie des Criés, traditionnellement de subsistance, se transforme graduellement en une économie nord-américaine, très dépendante de facteurs que ce peuple ne peut contrôler.

Berry (1985) élabore le concept d'acculturation, lequel fait référence aux changements physiques, biologiques, culturels et psychologiques qu'un individu expérimente lorsque sa propre culture entre en contact plus étroit avec une autre culture, habituellement dominante. Les modifications culturelles sont au coeur même de la définition, car toutes les structures en place risquent d'être modifiées ou remplacées par la culture dominante. Nous faisons référence à la politique, l'économie, la langue, la religion, et les institutions sociales.

Les conséquences d'un processus d'acculturation sont nombreuses et peuvent conduire entre autres, au déclin de la santé physique et mentale de la population minoritaire. A ce titre, le mode de vie et la santé physique des adolescents et des adultes criés se sont modifiés en relation avec différents types de facteurs : l'alcool, le tabac, l'inactivité

physique, l'obésité, le diabète sucré, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes, les accidents et la violence (Dumont, 1986).

### 2.3 - SANTE MENTALE ET CULTURE AMERINDIENNE

Mais qu'en est-il de la santé mentale de cette population autochtone? Quels sont les principaux problèmes de santé mentale qui affectent les Cris? Quel est le nombre et quelles sont les caractéristiques des individus qui en souffrent? A quel degré sont-ils affectés? Quels sont les besoins sous-jacents? Les informations disponibles sont largement tributaires de l'ensemble des conceptions de la maladie mentale et de la nature des interventions développées pour y faire face. Précisons ici que le cadre de la présente recherche en santé mentale se limite aux cas de troubles mentaux avec différents degrés de sévérité diagnostiqués par les professionnels de la santé.

Par ailleurs, l'étude de la prévalence des troubles mentaux chez les Cris implique au préalable une connaissance et une intégration de certaines caractéristiques propres aux nations amérindiennes traditionnelles susceptibles de modifier le comportement de cette population. Un psychiatre iroquois de l'Ontario, Clare Brant (1984) a identifié les principes amérindiens suivants :

- La non-interférence : Sentiment très marqué pour le respect de l'indépendance de chaque être humain. Des comportements tels que prodiguer des instructions, persuader de faire quelque chose sont indésirables.
- La colère : Les manifestations de colère sont réprimées car elles nuisent à la coopération volontaire essentielle à la survie des communautés. Cependant, le fait d'inhiber tout sentiment d'hostilité nuit au processus de deuil et peut conduire à la dépression.
- Le temps : Le concept du temps est très souple, intuitif et personnel chez l'autochtone. Cette attitude est commune aux êtres vivant en étroite harmonie avec la nature.
- Le partage : Parce que la survie du groupe prime sur la prospérité individuelle, les attentes de la communauté vont dans le sens du partage.
- L'excellence : La société amérindienne gratifie peu puisqu'elle s'attend systématiquement à voir les êtres se comporter d'une manière qui serait jugée altruiste et constructive dans d'autres milieux. Par conséquent, les félicitations sont rares et réservées essentiellement aux exploits les plus exceptionnels.
- Le protocole : Le protocole comprend des notions telles que les manières, le cérémonial et le savoir-faire. Dans un cadre de non-interférence, il va de soi que le protocole n'est pas exprimé comme tel. Les écarts au protocole, s'ils sont le fait de personnes étrangères, peuvent être ignorés si des valeurs plus fondamentales comme le partage et la non-interférence sont respectées.

- Enseignement et apprentissage : L'Amérindien préférera la démonstration à l'explication. Ainsi, la pratique et l'observation remplacent largement les discussions théoriques ou les présentations. Par conséquent, les apprentis observent ceux qui maîtrisent une technique spécifique jusqu'au moment où ils jugent qu'ils sont prêts à effectuer correctement la tâche en question.
- Conservation-retrait : La conservation des ressources tant psychiques que physiques traduit une réaction d'adaptation au stress. Afin de réagir aux situations dangereuses ou potentiellement génératrices d'anxiété, l'Amérindien choisira de se retirer en adoptant un comportement toujours plus lent et plus discret. Il reprendra ses activités lorsqu'il jugera pouvoir affronter la situation stressante.
- Démocratie : Cette notion sous-tend celle de la non-interférence et souligne l'égalité de tous les individus, encourage l'homogénéité économique, la prise de décisions collective, l'autonomie et un niveau élevé d'intimité personnelle.

Ces caractéristiques culturelles propres aux autochtones se doivent d'être une préoccupation pour le chercheur ou de tout autre intervenant désireux de comprendre véritablement et de soutenir adéquatement un Cri vivant un problème de santé mentale.

## 2.4 - REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 2.4.1 - Troubles mentaux chez l'adulte

La lecteur doit être avisé de la difficulté de comparer certains résultats de la littérature portant sur les taux de prévalence des désordres mentaux observés au sein des communautés amérindiennes. Les différents devis utilisés, les définitions prêtées aux concepts de maladie mentale sont, entre autres, des éléments qui doivent être considérés pour bien saisir la portée de certaines données de recherche. De plus, ces variations rendent les comparaisons extrêmement aléatoires.

Différentes études américaines et québécoises semblent converger pour reconnaître que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux dans une population se situe entre 15 et 20% (Projet de politique de santé mentale pour le Québec, 1987). Par ailleurs, on fait l'hypothèse que ces taux pourraient être plus élevés encore au sein des populations autochtones. Un estimé du taux de prévalence à vie des troubles psychiatriques indique que 20 à 25% de la population autochtone américaine (400 000 Indiens) serait affectée par des problèmes de santé mentale allant de la psychose majeure aux désordres de la personnalité (Brant, 1984).

Plus près de nous, Roy et al. (1970) ont conduit une enquête auprès de dix réserves de la Saskatchewan. Une équipe de santé mentale composée d'un psychiatre, de deux

infirmières psychiatriques, d'un praticien social et d'une infirmière en santé communautaire, ont interviewé 1,218 individus sur une période de six mois. Les enfants de moins de quatorze ans constituaient 50% du groupe et un peu plus de 3% était âgé de 65 ans et plus. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 129 souffrent d'une maladie mentale active et les principaux diagnostics se répartissent de la façon suivante : névrose, 30% des 129 cas; alcoolisme : 5%; schizophrénie : 21%; psychose fonctionnelle : 12%, déficience mentale : 24%; épilepsie : 8%.

Les auteurs observent que le taux de prévalence des troubles psychiatriques est moins élevé chez les non-indiens du territoire (15,2 pour 1,000 habitants) que chez les indiens (27,3 cas pour 1,000). Plus particulièrement, ils rapportent que les diagnostics de schizophrénie et de déficience sont significativement plus fréquents parmi les Indiens.

Les données obtenues lors d'une recherche épidémiologique portant sur les manifestations psychiatriques d'une population indienne de la côte nord-ouest du Pacifique (Shore, Kinzie, Hampson, Pattison, 1973) révèlent que les catégories principales identifiées sont l'alcoolisme, les psychonévroses et les réactions psychophysiologiques. Les auteurs attribuent la prévalence de ces désordres à la désorganisation sociale que cette communauté autochtone a dû vivre. Certaines personnes sembleraient plus vulnérables aux facteurs de stress et par conséquent plus susceptibles de développer des maladies psychiatriques.

Par ailleurs, il existe relativement peu d'études sur la dépression chez les autochtones. La validité des méthodes d'investigation est limitée compte tenu des différences culturelles et des barrières linguistiques entre les Indiens et les groupes culturels dominants (Manson, Shore, 1981; Manson, Trimble, 1982). Une compréhension plus approfondie des concepts indigènes reliés à la dépression permettrait d'élaborer des instruments plus adéquats pour discriminer la dépression chez les autochtones. A titre d'illustration, nous citons certains désordres dépressifs propres à la culture autochtone : "la psychose de Windigo", "Huva-Itck", le "syndrome de Wacinko", comportement d'auto-destruction chez les Nez-Percé, "Tawatl Ye Sni", pour n'en nommer que quelques-uns (Shore et Manson, 1981).

#### **2.4.2 - Problèmes psychosociaux chez l'adulte**

Un programme autochtone de santé mentale a été mis en oeuvre dans la zone de Sioux Lookout en 1981 (Timpson, 1984) afin d'aider les communautés isolées aux prises avec les difficultés qu'implique la prestation de services de santé mentale à une population d'une autre culture dispersée sur un vaste territoire. Les responsables du programme cherchent à encourager chez les autochtones la prise en charge de leurs propres services de santé mentale. Pour ce faire, ils enseignent aux bénéficiaires des techniques de diagnostic et de counseling. Une première évaluation du programme, après vingt mois d'activité, identifie les motifs de consultations suivants : difficultés maritales, tristesse, dépression situationnelle, problèmes relationnels, anxiété, troubles de comportement (enfants), abus de

substances, violence, maladie mentale majeure (diagnostiquée par un psychiatre), et autres (counseling conjugal, maladies physiques). Plus de la moitié des motifs de consultation réfère à des réactions associées à des événements spécifiques (dépression situationnelle, deuil, difficultés maritales) alors que les consultations pour maladies psychiatriques majeures représentent 1,4% seulement du total des consultations (n=354) (Timpson, 1984).

Une autre enquête, celle-ci portant sur les stress psychosociaux, est menée auprès de 600 autochtones de l'Ontario et identifie les causes suivantes de stress (Brant 1984) : habitation inadéquate, manque d'emploi, absence d'activités récréatives, accessibilité restreinte à l'éducation et aux ressources de santé, transport absent ou limité, services sociaux non pertinents et absence de services de counseling aux autochtones. Ceux-ci suggèrent les solutions suivantes pour remédier aux stress psychosociaux préalablement identifiés : cours portant sur l'entraînement aux habiletés parentales, promotion des services récréatifs, développement de l'habitation, création d'emplois à l'intérieur comme à l'extérieur des réserves, développement de services de counseling dans la communauté.

Dumont (1983) rapporte que, parmi la population crie du territoire 10-B, les femmes victimes de violence sont de plus en plus nombreuses, l'abus d'alcool entraîne des tensions familiales, des enfants négligés, des accidents. Selon l'auteur, l'alcool, l'abus de substances et le chômage représenteraient des facteurs importants dans la fréquence des problèmes psychosociaux. Par ailleurs, la prévalence de la schizophrénie et des psychoses maniaco-

dépressives diminuerait, alors que les problèmes psychosociaux liés à la violence conjugale et familiale et à l'alcool auraient tendance à augmenter.

Niezen (1988), dans un rapport portant sur la clientèle et les services sociaux de la région 10-B, rapporte les données suivantes : la clientèle des jeunes (0-11 ans) est peu représentée dans les dossiers sociaux; il s'agit dans ces cas de victimes de la négligence parentale alors que les adolescents âgés de 12 à 18 ans occupent plus de 40% des dossiers. Les jeunes adultes (19-34 ans) représentent 24% des dossiers sociaux et consultent surtout pour problèmes conjugaux et/ou familiaux. Les besoins psychosociaux sont plus criants parmi la population des jeunes et des personnes âgées. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les travailleurs communautaires sont : négligence parentale, délinquance, problèmes conjugaux et/ou familiaux et difficultés liées au manque d'autonomie chez les personnes âgées.

### Suicide

Les autochtones sont fortement exposés au suicide en raison du taux élevé de morts violentes dans leur société, qui atteint 36%, soit trois fois le taux national. Fait plus important, les rapports ont montré que le suicide est responsable de 15 à 20% de toutes les morts violentes, et qu'en 1982, le taux de suicides chez les autochtones était plus du double du taux canadien (36,1% contre 14,3%).

Environ 60% des suicidés appartenaient au groupe des 15 à 24 ans et les hommes étaient plus durement touchés que les femmes, dans une proportion de 3 pour 1. On convient généralement que le nombre de suicides chez les autochtones a été considérablement sous-évalué. Le taux élevé de morts violentes associées à l'alcool chez les autochtones complique l'établissement de l'acte de décès ou le constat de suicide. Les recherches montrent qu'un grand nombre de suicides associés à l'alcool ont été classés comme des accidents du fait que le médecin légiste ou le coroner hésite à imputer une intention suicidaire à des individus intoxiqués (Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1986).

Les tentatives de suicide sont une autre manifestation des comportements auto-destructeurs. La littérature rapporte peu d'études portant sur ce type particulier de comportement chez les Amérindiens mis à part celles de Shore (1975) et Conrad et Kahn (1972). Cette manifestation se retrouve également en grande majorité chez les jeunes adultes de moins de 24 ans. Les personnes ayant commis des tentatives de suicide auraient un profil différent de celles qui complètent leur suicide (un suicide pour 13 tentatives de suicide). De façon plus spécifique, les hommes complètent leur suicide alors que les femmes seraient plus enclines à faire des tentatives de suicide. Les données concernant les tentatives de suicide révèlent que l'intention, dans 43% des cas, n'était pas la mort mais plutôt une façon de modifier une relation interpersonnelle quelconque. Il ressort également de cette étude que les profils de personnes ayant commis des tentatives de suicide seraient moins détériorés que celui des femmes ayant complété leur suicide (May, 1987).

Certains facteurs sociaux favoriseraient le comportement suicidaire chez les autochtones. Bon nombre de ces facteurs suicidogènes résultent de l'intégration difficile avec les Blancs. La maîtrise de leur destinée tant individuelle que collective devient de plus en plus précaire, les valeurs traditionnelles se détériorent au profit d'une idéologie nord-américaine répondant peu à leurs aspirations. La façon la plus répandue pour un autochtone de répondre au stress affectif est d'intérioriser ses sentiments. La colère et la douleur profonde non-assimilée s'exprime par le déni, la dépression et la somatisation. Une étude intéressante à ce propos rapporte que certains symptômes physiologiques (perte de conscience, fortes réactions de peur) s'avèrent de bons indicateurs de désordres psychiatriques chez une population esquimaude (Kleinfeld, Bloom, Weed, 1982).

De plus, l'alcool serait souvent associé aux comportements violents des autochtones parce que bon nombre d'entre eux ne donneraient normalement pas libre cours à leurs émotions s'ils n'avaient pas préalablement consommé de l'alcool. Cette violence peut être dirigée contre autrui par des actes de vandalisme, de voies de faits, de viol et d'homicide ou contre soi par des actes d'autodestruction. Des études ont révélé que 62,5% des suicidés autochtones avaient des antécédents d'alcoolisme; 85,7% avaient bu juste avant de s'enlever la vie, alors que 53% étaient sous l'influence de l'alcool au moment de leur suicide (Jarvis et Boldt, 1982). Parmi les autres facteurs suicidogènes, on retrouve la dépression (U.S. National Institute of Mental Health, 1973), l'isolement social (Waird, 1981) et la maladie physique (Termanson et Peters, 1979).

### Alcoolisme et autres toxicomanies

L'alcoolisme est un problème d'ordre à la fois social et médical. Tel que mentionné précédemment, la consommation d'alcool serait à l'origine d'un grand nombre d'accidents de voiture, de suicides et d'épisodes de violence familiale. En 1983, un sondage sur les problèmes liés à la consommation d'alcool est effectué auprès des collectivités crie de la Baie James. Les membres de ces communautés signalent que les conflits familiaux, les femmes victimes de violence conjugale, le manque de discipline parentale, la négligence des enfants, les problèmes scolaires, les manifestations bruyantes troublant la paix, le vandalisme, le cambriolage, les querelles et les homicides se produisent le plus souvent suite à une consommation abusive d'alcool ou autres substances (Robinson, 1985).

Il existe un programme fédéral de prévention primaire "National Native Alcohol and Drug Abuse Program" (N.N.A.D.A.P.) établi depuis 1982 visant la réduction de la consommation d'alcool et autres substances. Il procure également un support financier et administratif pour l'élaboration de programmes et de centres de traitement. Les activités de N.N.A.D.A.P. se regroupent selon quatre volets : prévention, traitement, formation, recherche et développement. Malgré le fait qu'aucune donnée n'est disponible à ce jour sur la consommation d'alcool et d'autres substances chez les Cris, cette problématique nous semble prioritaire car elle génère plusieurs pathologies sociales au sein des communautés.

### 2.4.3 - Troubles mentaux chez les enfants

La littérature portant sur les troubles mentaux chez les enfants des populations autochtones est limitée. Ablon, Matcalf et Miller (1967) identifient quelques raisons pouvant justifier le peu de données disponibles sur les problèmes psychiatriques et le retard mental chez les jeunes d'origine amérindienne. D'après eux, les comportements déviants (en regard de la culture nord-américaine dominante) sont souvent interprétés comme étant "une autre manifestation due à l'alcool"; les autochtones vivant hors des réserves sont statistiquement assimilés à la culture dominante et les tests utilisés sont peu appropriés, discriminant peu ou mal les problèmes de santé mentale. Malgré ces limites transculturelles, les auteurs estiment qu'environ 15 à 20% des enfants indiens nécessiteraient une aide psychiatrique pour des problèmes tels que les psychoses, les désordres de la personnalité, la dépression, l'anxiété, les problèmes de comportement (abus de substances, alcoolisme) comparativement à 12% aux Etats-Unis et au Québec (Québec, 1985). Green, Sack et Pamhum (1981) recensent les problèmes psychologiques chez les jeunes autochtones des Etats-Unis, incluant l'Alaska et identifient l'abus et la négligence, les troubles d'apprentissage et les problèmes scolaires, la délinquance, l'abus de substances et le suicide.

Peu de catégories conventionnelles de désordres psychiatriques infantiles trouvent leur équivalent chez les enfants indiens. A titre d'exemple, la notion d'abus parental semble similaire, alors que d'énormes complications surviennent au moment de définir le

concept de négligence compte tenu des caractéristiques culturelles autochtones telles que le silence, la non-interférence et le respect de l'autonomie d'autrui pouvant être interprété par un observateur non averti comme de la négligence émotionnelle. Les études épidémiologiques sur les désordres de l'enfance se doivent donc d'être sensibles aux facteurs culturels qui déterminent, en partie, le cadre de conceptualisation du désordre et la façon appropriée de le mesurer. L'évaluation multi-dimensionnelle (famille, école, médecin ...) s'avère par ailleurs un moyen utile d'amenuiser le biais culturel (Beiser, 1981). Par ailleurs, la recherche épidémiologique auprès d'une population psychiatrique infantile s'avère toujours une tâche difficile indépendamment du contexte culturel. Les constants changements développementaux, le caractère souvent transitoire des symptômes, la dépendance de l'enfant à l'environnement immédiat rendent très complexe tout processus de classification des désordres psychiatriques de l'enfance.

### 3 - METHODOLOGIE

L'étude exploratoire effectuée ici est essentiellement descriptive et rétrospective; elle n'est pas, à proprement parler, une étude de besoins car elle n'a comporté aucune forme de dépistage et reflète uniquement la consommation des services. L'estimation de la prévalence est donc fondée uniquement sur des données d'utilisation des services, et seuls les besoins de la clientèle utilisatrice ainsi que ceux exprimés par les intervenants qui fournissent ces services seront identifiés ici.

#### 3.1 - POPULATION-CIBLE

La population-cible a été définie comme l'ensemble de la clientèle de la région 10-B diagnostiquée pour troubles mentaux avec différents degrés de sévérité. Les diagnostics utilisés ont été puisés au dossier des patients; ils avaient été établis soit par le psychiatre consultant s'il y a lieu, soit par le médecin omnipraticien ou parfois même par l'infirmière à la suite d'une consultation téléphonique avec un médecin, dans les cas où les services d'un médecin n'étaient pas disponibles sur place. Dans les cas où plus d'un diagnostic ont été établis pour le même patient, nous avons conservé le plus sévère. Les diagnostics utilisés par les professionnels réfèrent aux critères du DSM-III sur lequel nous sommes également basés pour définir les troubles mentaux au cinquième chapitre. Ces diagnostics ont été posés dans un but purement clinique et ne sont, de ce fait, nullement standardisés.

Les cas de suicides complétés ont été exclus de l'étude par définition puisque ces sujets, étant décédés, n'ont plus de dossier médical. Ils ont toutefois fait l'objet d'une courte discussion.

### 3.2 - CUEILLETTE ET QUALITE DES DONNEES

Les données nécessaires pour établir les taux de prévalence ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des points de services de chacune des communautés de la région et de l'hôpital de Chisasibi. Des listes de patients ayant consulté les services de santé des huit communautés pour des raisons reliées à la santé mentale, entre avril 1986 et mars 1988, ont été préalablement établies à partir des feuilles d'unités de mesure sur lesquelles le personnel clinique inscrit chacune des consultations effectuées auprès d'un patient ou d'un groupe ainsi que la raison de cette consultation. Le dossier de chacun de ces sujets a ensuite été consulté; seuls ceux où apparaissait un diagnostic de trouble mental ont été retenus. Ainsi, par exemple, les clients ayant fait l'objet de consultations avec les services sociaux seulement ont été exclus de cette étude s'ils n'ont pas consulté le médecin ou l'infirmière. La clientèle des services sociaux a fait l'objet d'une recherche spécifique l'année dernière (Niezen, St-Jean, Clientele and social services in Region 10-B, Mars 1988). Ont également été exclus, par exemple, les patients qui se sont présentés à un point de service pour céphalée de tension ou pour une blessure liée à une consommation occasionnelle d'alcool, si un diagnostic spécifique de santé mentale n'a pas été posé. Les

recherches aux dossiers ont été effectuées entre le 19 juillet et le 14 septembre 1988; elles ont été transcrites sur les instruments déposés à l'Annexe B.

La période de référence établie pour les recherches aux dossiers des patients était de deux ans, allant du 1er avril 1986 au 31 mars 1988. Une personne n'ayant pas utilisé les services de santé au cours de cette période n'a pas pu être rejointe ou identifiée même si elle avait un passé psychiatrique. Les taux de prévalence pour cette période devraient toutefois être assez fidèles car les dossiers des points de service des communautés sont une source assez sûre d'information puisque la population est jusqu'à un certain point captive et les chances que les patients soient traités à cette clinique sont grandes.

Les données de population utilisées comme dénominateur pour les calculs statistiques ont été puisées dans le Registre des autochtones du ministère de la santé et des services sociaux du Québec en date du mois de juillet 1987, soit à peu près au milieu de notre période de référence.

La prévalence de troubles mentaux associés à l'apprentissage ou au comportement chez les enfants peut être sous-estimée du fait que l'identification de la clientèle s'est faite uniquement à partir des dossiers médicaux des cliniques. Les cas des enfants présentant de tels problèmes ne nous sont parvenus que si l'enfant avait consulté les services de santé à ce sujet; ce qui représente un dernier recours car les enseignants confrontés à de tels problèmes consultent en premier lieu les services sociaux sauf pour de rares exceptions.

Les informations nécessaires pour explorer les perceptions des intervenants au sujet des services offerts ont été obtenues à l'aide d'entrevues semi-structurées. D'une durée moyenne de 30 minutes, elles ont été conduites à l'été de 1988 par les deux chercheuses et un étudiant en médecine auprès d'informateurs-clés. Toutes les communautés ont été visitées. Nous avons ainsi rencontré douze membres des Conseils de bande intéressés aux questions de santé (chefs, gérants, officiers de la santé publique, etc.) et une forte représentation de professionnels de la santé (5 médecins, 14 infirmiers(ères) et 5 représentantes en santé communautaire) oeuvrant sur le territoire. Tous ont manifesté beaucoup d'intérêt et donné leur entière collaboration. Des entrevues non directives ont également été menées auprès des deux psychiatres consultants qui visitent régulièrement les communautés.

### 3.3 - TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les informations ont été recueillies à l'aide d'instruments standardisés comportant :

#### Variables socio-démographiques

- . âge
- . sexe
- . statut civil
- . statut familial
- . communauté de résidence
- . occupation
- . source de revenus

#### Variables cliniques

- . durée d'activité du dossier
- . nature des interventions
- . date des interventions
- . diagnostic
- . médicaments prescrits
- . professionnel consulté
- . lieu du transfert s'il y a lieu
- . nombre de jours d'hospitalisation

Les informations ainsi recueillies ont été codifiées par une personne expérimentée et ont été vérifiées avant d'être enregistrées sur disquette permettant leur analyse statistique sur ordinateur IBM-PC. Les réponses obtenues au cours des entrevues semi-dirigées ont, quant à elles, fait l'objet d'une analyse de contenu.

### 3.4 - CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les informations recueillies au dossier médical ont été traitées de façon confidentielle et l'anonymat des patients a été respecté tout au long de la recherche. Un numéro d'identification a été attribué à chacun afin d'éviter d'avoir à utiliser le nom du bénéficiaire. La rigueur de la règle appliquée nous a d'ailleurs enlevé la possibilité de faire le suivi des dossiers des patients cris hospitalisés dans les établissements extérieurs à la région.

Il en est de même pour les informateurs-clés dont le nom a été remplacé par un numéro d'identification afin de préserver leur anonymat et de protéger le caractère confidentiel de leurs propos. L'analyse a été faite de telle sorte qu'il soit impossible d'identifier l'auteur des commentaires que nous avons recueillis.

Le projet d'étude avait été présenté au directeur des services professionnels du Conseil cri de la santé et des services sociaux qui avait donné son consentement permettant l'accès aux dossiers médicaux.

#### **4 - DESCRIPTION DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX**

Ce chapitre porte sur une description plus systématique des services de santé et des services sociaux de la région 10-B au cours de la période de référence; les services propres à la santé mentale seront ensuite décrits.

##### **4.1 - SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX DE LA REGION 10-B**

Les services de santé de la région 10-B sont administrés par le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, lequel a été créé en 1975 par la Convention de la Baie James et du Nord Québécois; il est officiellement opérationnel depuis avril 1978 par un arrêté au Conseil des Ministres. Le C.C.S.S.B.J. exerce ses fonctions et pouvoirs au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971, L.R.Q. 48).

Les établissements de cette région se répartissent ainsi : un conseil régional de la santé et des services sociaux, un centre hospitalier régional, un centre des services sociaux dont le siège social se trouve à Chisasibi et deux C.L.S.C., un pour la côte avec cinq points de service et un pour les villages de l'intérieur avec trois points de service.

Avec la collaboration du C.C.S.S.S.B.J., le Département de santé communautaire de l'hôpital général de Montréal (D.S.C. H.G.M.) par l'intermédiaire du Module du Nord québécois effectue les activités suivantes :

- participer aux tournées des spécialistes;
- participer au recrutement et à la formation du personnel médical et infirmier;
- veiller à l'accueil et à l'hospitalisation des patients dans la région de Montréal;
- planifier, développer et évaluer des programmes de santé communautaire;
- surveiller et évaluer l'état de santé de la population incluant les études épidémiologiques.

A l'été 1988, une équipe de huit médecins assurait les services médicaux; ils sont basés à Chisasibi, Mistissini, Waswanipi et Waskaganish alors que les autres communautés sont visitées par l'un d'eux au moins une fois par mois. Les cliniques communautaires bénéficient d'au moins deux infirmières, d'une représentante en santé communautaire (R.S.C.) quand le poste est comblé, d'une secrétaire et/ou d'une interprète et de deux travailleurs communautaires qui s'occupent des services sociaux; l'un relève du CLSC et l'autre du C.S.S.

Les infirmières des communautés autres que Mistissini, Chisasibi, Waswanipi et Waskaganish doivent assumer de plus grandes responsabilités face à la santé de la population à cause de l'absence de médecin.

Des représentantes en santé communautaire font également partie des équipes de santé de six des huit communautés. Ces femmes crie ont reçu une formation théorique et pratique d'une durée d'un an. Leur rôle en est un principalement de liaison entre les services de santé et la communauté et d'éducateur sanitaire auprès de la population (voir Lavallée, 1987 pour des informations supplémentaires).

Des travailleurs communautaires travaillant pour les services sociaux viennent compléter les effectifs; ils n'ont reçu, pour ce faire, aucune formation spécifique. Leur implication se limite aux problèmes psychosociaux ou sociaux rencontrés par les bénéficiaires. Leurs services viennent souvent compléter ceux des professionnels de la santé surtout en ce qui a trait à la santé mentale. Ce sont eux en effet qui maintes fois, prennent la relève afin de trouver le support communautaire nécessaire pour dénouer les crises vécues par les patients.

#### 4.2 - SERVICES DE SANTE MENTALE

Avant 1978, tous les services de santé étaient dispensés par des médecins et des infirmières. En 1978, une demande fut acheminée au Dr Dongier, psychiatre, pour évaluer les besoins en santé mentale de la population. Cette démarche a révélé que le taux de troubles mentaux était négligeable et par conséquent il ne s'avérait pas nécessaire de recourir à des services plus structurés. Au début des années 1980, une série de rencontres

eurent lieu entre le C.C.S.S.S.B.J., un médecin et des psychiatres et entraînent la création de services tels que :

- tous les mois, un psychiatre de Montréal se rend soit à Chisasibi soit à Mistissini pendant deux jours pour rencontrer individuellement des malades (particulièrement ceux qui doivent être soumis à un traitement médicamenteux) et discuter des problèmes avec les travailleurs communautaires, les médecins et les infirmières.
- dans le cadre du programme de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies (NNADAP), financé par le gouvernement fédéral, des travailleurs sont engagés et formés pour faire face à ces problèmes (Robinson, 1985).

En 1981, Clare Brant, consultant en santé mentale, suggère une restructuration des services de santé mentale compte tenu de la nature de deux besoins identifiés, à savoir la présence de personnes présentant des psychopathologies lourdes et l'absence de ressources qualifiées pour leur venir en aide d'une part et les nouvelles morbidités psychosociales causées par le phénomène de l'acculturation d'autre part. Malgré les recommandations du consultant, les services n'ont pas été modifiés immédiatement.

Les services de santé mentale sont limités en régions éloignées et peut-être de façon plus significative encore chez les populations amérindiennes. Deux psychiatres montréalais effectuent des consultations trimestrielles dans les communautés de Chisasibi et

Mistissini. Leur séjour s'étend alors sur quatre jours et ils recherchent en moyenne une vingtaine de patients à chaque visite; ils fournissent également des consultations téléphoniques sur demande. Les autres services de santé mentale sont dispensés par les médecins omnipraticiens qui peuvent assurer un certain suivi et contrôler la médication des patients présentant des troubles mentaux. Les infirmières, les travailleurs communautaires et les représentantes en santé communautaire travaillent aussi auprès de cette clientèle.

La procédure habituelle d'une consultation auprès des services de santé se déroule de la façon suivante : une personne se rend au point de service pour un problème quelconque. Elle est d'abord vue par une infirmière. Si celle-ci se questionne sur le diagnostic, la médication ou la nécessité d'un transfert (évacuation médicale), elle téléphone au médecin de garde à Chisasibi afin d'avoir son avis ou son approbation pour le transfert. Selon le cas, elle procède ensuite à l'intervention nécessitée par l'état du patient. Cette procédure est particulière aux communautés autres que Chisasibi, Mistissini, Waswanipi et Waskaganish où des médecins sont basés en permanence.

Les évacuations médicales effectuées à partir du territoire cri sont dirigées vers Val d'Or, Malartic, Chibougamau, Roberval ou encore à Montréal (Hôpital Général de Montréal, Royal Victoria (Allen Memorial) et Hôpital Douglas) pour des consultations et/ou des hospitalisations en santé mentale.

## 5 - RESULTATS DE L'ETUDE

### 5.1 - DESCRIPTION DE LA CLIENTELE EN SANTE MENTALE

Les résultats présentés ici consisteront en premier lieu dans une description socio-démographique de la clientèle diagnostiquée pour des troubles mentaux. Les taux de prévalence par sexe, groupe d'âge et communauté seront ensuite présentés; ils seront suivis d'une description de la morbidité en fonction des grandes catégories diagnostiques. La nature des interventions c'est-à-dire la durée d'activité des dossiers, le type d'intervention effectuée, la médication, les transferts et les hospitalisations sera ensuite décrite. Le chapitre sera complété par un aperçu des perceptions que les professionnels de la santé et les membres des conseils de bande ont des services de santé mentale sur le territoire.

Les recherches aux dossiers des patients ayant consulté les services de santé pour des problèmes reliés à la santé mentale et diagnostiqués comme tels nous ont permis d'identifier 242 sujets sur l'ensemble du territoire. Ces patients ont consulté les services de santé au cours de la période couverte par notre enquête, soit du 1er avril 1986 au 31 mars 1988. Ceci inclut des cas initialement diagnostiqués avant le 1er avril 1986 de même que des cas diagnostiqués au cours des deux années de la période de référence. Ces 242 sujets représentent donc une prévalence de période de 28 pour 1 000, incluant une prévalence ponctuelle au 1er avril 1986 et l'incidence des 24 mois suivants.

Le tableau 5.1 offre une description socio-démographique de cette clientèle. Les variables sexe, âge et communauté ont été puisées au dossier des patients alors que les autres ont été documentées à partir d'entrevues avec les travailleurs communautaires ou avec les interprètes des cliniques.

Plus de femmes (56,8%) que d'hommes ont rencontré des professionnels de la santé pour des troubles mentaux avec différents degrés de sévérité, alors que la population générale des Cris se partage également entre les hommes et les femmes.

Plus de la moitié (52,7%) de cette clientèle fait partie des jeunes adultes de 16 à 30 ans, le quart d'entre eux a entre 31 et 45 ans, 11,6% entre 46 et 60 ans et les autres sont très jeunes ou très âgés. Cette répartition indique une nette surreprésentation de troubles mentaux au sein de la population adulte, surtout parmi les 16-45 ans.

Presque tous les patients sont mariés (51,9%) ou célibataires (40,2%); ils vivent le plus souvent avec un conjoint et des enfants (44,4%) ou avec leurs deux parents (30,7%). Plus du quart (26,1%) d'entre eux ont un travail rémunéré, 21,2% sont sans emploi et 20,3% s'occupent de la maison; environ 12% ont un emploi traditionnel et profitent donc du programme de revenu garanti.

**TABLEAU 5.1**  
**DESCRIPTION DE LA CLIENTELE EN SANTE MENTALE,**  
**EN POURCENTAGE N=242**

CARACTÉRISTIQUE	CATEGORIES	SUJETS DE NOTRE ETUDE	POPULATION CRIE*
Sexe du patient	Homme	43,5	49,9
	Femme	56,5	50,1
Groupe d'âge	0 - 15 ans	4,2	36,4
	16 - 30 ans	52,7	32,5
	31 - 45 ans	25,5	16,0
	46 - 60 ans	11,3	7,9
	61 - 75 ans	4,2	5,3
	76 ans et plus	2,1	1,8
Statut civil	Célibataire (incluant les enfants)	40,1	**
	Marié	51,9	-
	Veuf	3,8	-
	Séparé/Divorcé	2,5	-
	Autre	1,7	-
Statut familial	Vivant avec un conjoint	7,1	-
	Seul	2,9	-
	Vivant avec conjoint et enfants	44,4	-
	Vivant avec un parent	5,0	-
	Vivant avec deux parents	30,5	-
	Vivant avec enfants seulement	5,9	-
	Vivant avec un autre membre de sa famille	4,2	-
Occupation	Travailleur	26,4	-
	Emploi traditionnel	13,0	-
	Etudiant	14,2	-
	Sans emploi	18,8	-
	Femme au foyer	19,7	-
	Retraité	4,6	-
	Autre	3,3	-
Source de revenu	Travail	7,2	-
	Revenu garanti pour trappeurs	12,6	-
	Assurance chômage / B.E.S.	18,4	-
	Pension	5,0	-
	Autre	6,7	-
	Ne s'applique pas (enfants, femmes au foyer)	30,1	-
Communauté	Whapmagoostoo	14,6	5,2
	Chisasibi	18,3	27,5
	Wemindji	7,5	9,2
	Eastmain	6,3	4,3
	Waskaganish	11,3	14,1
	Nemaska	4,2	4,2
	Mistissini	30,0	24,0
Waswanipi	7,9	11,3	

\* Source : Registre des autochtones, MSSS, 28 juillet 1987.

\*\* Aucune donnée n'est disponible sur ces variables.

Le plus grand nombre de cas (30,2%) se retrouve à Mistissini, 18,2% à Chisasibi, 14,9% à Whapmagoostui, 11,2% à Waskaganish et moins de 10% dans les autres communautés. Afin de contrôler pour l'importance numérique de chacune de ces communautés, nous avons calculé des taux spécifiques dont nous ferons la description à la section suivante.

### 5.2 - PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX TRAITES

Le taux de prévalence de période des troubles mentaux diagnostiqués ou connus sur l'ensemble du territoire de la Baie James est de 28 pour 1 000 habitants. Le taux spécifique par sexe se situe à 32 pour les femmes et à 24 pour les hommes (tableau 5.2).

**TABLEAU 5.2**

**PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX,  
TAUX SPECIFIQUES PAR SEXE**

	N	Taux/1 000
Hommes	104	24
Femmes	137	32
<b>Total</b>	<b>241*</b>	<b>28</b>

Sources : Données de l'enquête effectuée à l'été 1988.  
Registre des autochtones, juillet 1987.

\* Dans un cas, l'information sur le sexe était manquante.

Par ailleurs, comme l'indique le tableau 5.3, les taux spécifiques pour chaque groupe d'âge se révèlent très bas pour les enfants de 15 ans et moins et nous croyons que ce phénomène est lié aux limites de notre méthode d'identification des cas qui consistait à consulter uniquement les intervenants et les dossiers des services de santé. En effet, certains désordres chez l'enfant tels les problèmes de comportement ou d'apprentissage peuvent avoir été référés aux services sociaux. Ces interventions auraient alors été identifiées dans l'étude de Niezen et St-Jean (88).

TABLEAU 5.3

**PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX,  
TAUX SPECIFIQUES PAR GROUPE D'AGE**

	N	Taux/1 000
0 - 15	10	3
16 - 30	127	45
31 - 45	61	44
46 - 60	28	41
61 - 75	10	22
76 et plus	5	33
<b>Total</b>	<b>241*</b>	<b>28</b>

Sources : Données de l'enquête effectuée à l'été 1988.  
Registre des autochtones, juillet 1987.

\* Dans un cas, l'information sur l'âge était manquante.

Les taux de prévalence pour les trois groupes d'âge se situant entre 16 et 60 ans se situent respectivement à 45, 44 et 41 pour 1 000 habitants. Ces taux diminuent radicalement pour les deux groupes d'âge suivants avec 22 et 33 pour 1 000. Ces données confirment les observations de Roy et al. (1970) et de Shore et al. (1973) à l'effet que les sujets âgés de 15 à 55 ans étaient beaucoup plus souvent enclins à souffrir de problèmes mentaux.

Ne disposant pas de données récentes sur le statut occupationnel de la population crie en général, nous n'avons pas pu calculer de taux spécifiques à chacune des catégories d'occupation. Nous savons toutefois qu'environ 35% de cette population a un emploi traditionnel (Office de la sécurité du revenu des chasseurs et piégeurs cris, rapport annuel 1987-1988). Etant donné que seulement 12,6% des 242 cas appartiennent à ce type d'occupation, il apparaît que cette catégorie de bénéficiaires pourrait être plus à l'abri des problèmes de santé mentale.

La prévalence spécifique des troubles mentaux varie considérablement selon les communautés de la région. Le tableau 5.4 révèle qu'elle atteint 81 pour 1 000 à Whapmagoostui alors qu'elle varie autour de 20 à Chisasibi, Waswanipi, Waskaganish et Wemindji et qu'elle atteint 27 à Nemaska, 35 à Mistissini et 41 à Eastmain. On peut se demander pourquoi le petit village de Whapmagoostui se départit ainsi des autres avec un taux spécifique de deux à trois fois plus élevé qu'ailleurs. Sans pouvoir répondre à cette question, nous aimerions quand même préciser que cette communauté est connue des

professionnels de la santé de la région comme étant une grande consommatrice de services. Est-ce le signe d'une plus grande dépendance de la population par rapport aux services de santé, d'une plus grande disponibilité des services ou d'une morbidité excessive?

TABLEAU 5.4

**PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX,  
TAUX SPECIFIQUES PAR VILLAGE**

	N	Taux/1 000
Whapmagoostui	36	81
Chisasibi	44	19
Wemindji	18	23
Eastmain	15	41
Waskaganish	27	22
Nemaska	10	27
Mistissini	73	35
Waswanipi	19	20
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>28</b>

**Sources :** Données de l'enquête effectuée à l'été 1988.  
Registre des autochtones, juillet 1987.

### 5.3 - DESCRIPTION DE LA MORBIDITE EN SANTE MENTALE

Si nous observons la liste détaillée des troubles mentaux identifiés dans les dossiers des patients au tableau 5.5, ceux qui reviennent le plus souvent sont l'alcoolisme et la dépression avec 16,5% chacun. La schizophrénie et l'anxiété viennent ensuite avec 13,2% chacun; ils sont suivis des problèmes familiaux (12,8%), des tentatives de suicide et des autres psychoses avec 9% environ chacun. Les autres diagnostics sont beaucoup moins fréquents.

**TABLEAU 5.5**  
**DISTRIBUTION DETAILLEE DES DIAGNOSTICS EN SANTE MENTALE,**  
**EN POURCENTAGE**

	N	%
Schizophrénie	32	13,2
Psychose maniaco-dépressive	4	1,7
Autre psychose	22	9,1
Dépression	40	16,5
Anxiété	32	13,2
Alcoolisme	40	16,5
Problèmes familiaux	31	12,8
Problèmes de comportement	6	2,5
Tentative de suicide	21	8,7
Problèmes d'apprentissage	4	1,7
Alzheimer	1	0,4
Trouble de la personnalité	2	0,8
Anorexie	2	0,8
Déficiência mentale	2	0,8
Information insuffisante	3	1,2
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

Nous présenterons maintenant la définition de chacun des principaux diagnostics précités ainsi que sa fréquence au sein de notre population, une comparaison avec d'autres études si possible et les caractéristiques des patients qui en sont affectés. Afin de simplifier la présentation de cette section, nous avons regroupé les diagnostics en grandes catégories; ces dernières sont définies à partir d'un ensemble de caractéristiques et de manifestations facilement observables telles que décrites dans le DSM-III.

### **5.3.1 - Troubles psychotiques**

Cette catégorie est constituée de la schizophrénie et des psychoses maniaco-dépressives. La phase active de la schizophrénie se distingue entre autres par la présence, depuis au moins six mois, de symptômes psychotiques affectant la forme et le contenu de la pensée, la perception, le comportement psychomoteur de la personne et ses relations avec le monde extérieur. La phase prodromale de la maladie s'observe par une détérioration globale du malade. Des manifestations telles que le retrait social, la négligence corporelle, une communication restreinte et une diminution, voire même une absence d'intérêts ou d'énergie, sont notables à cette période. Certains symptômes, telles les hallucinations, persistent lors de la phase résiduelle mais leur contenu affectif en est définitivement amoindri.

La fréquence de cette maladie parmi les cas diagnostiqués chez les Cris de la Baie James (13% comme l'indique le tableau 5.5), est beaucoup plus élevée que celle observée par Pelz et al. (1981) à partir des données provenant des services psychiatriques fournis à la population crie et inuit du nord de l'Ontario. Ces auteurs soupçonnaient d'ailleurs que cette maladie était diagnostiquée beaucoup trop souvent parmi les Amérindiens à cause principalement de difficultés de communication et d'erreurs d'interprétation liées à des réactions de retrait fréquentes parmi les autochtones.

La psychose maniaco-dépressive est caractérisée par la présence d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou hypomaniaques habituellement accompagnés d'épisodes de dépression majeure. Un épisode maniaque est une période durant laquelle l'humeur prédominante de la personne est expansive, élevée et/ou irritable. Le dérangement de l'humeur est tel qu'il trouble le fonctionnement quotidien de l'individu. L'hospitalisation d'un patient fortement perturbé peut être requise afin de le protéger contre lui-même. Les symptômes associés aux épisodes maniaques incluent une baisse de l'estime de soi, un besoin amoindri de sommeil, des idées grandioses, des difficultés de concentration, une agitation psychomotrice notable, un intérêt accru pour les activités de plaisir pouvant conduire à des conséquences fâcheuses que la personne n'est plus en mesure de reconnaître. Un épisode hypomaniaque se distingue de l'épisode maniaque par un degré de dérangement moindre des activités quotidiennes de la personne ne nécessitant pas, par conséquent, une hospitalisation. Tous les symptômes associés à cette perturbation émotionnelle sont moins sévères que ceux observés lors d'un épisode maniaque. Les psychoses maniaco-dépressives et autres psycho-

ses représentent 10,8% des cas diagnostiqués pour troubles mentaux. Cette fréquence se rapproche sensiblement des observations de Pelz et al. (7%) recueillies dans le nord de l'Ontario.

Les patients souffrant des types précédents de troubles psychotiques représentent un taux de prévalence de 6,7 (voir Tableau 5.6) pour 1 000 habitants; ils se recrutent presque à part égale parmi les deux sexes (Tableau 5.7). Plus de la moitié d'entre-eux sont des jeunes gens de moins de trente ans, le quart ont entre 31 et 45 ans, 14% entre 46 et 60 ans et 7% plus de soixante ans.

TABLEAU 5.6

**PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX,  
PAR CATEGORIE DIAGNOSTIQUE**

CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE	N	%	Taux/ 1 000
Troubles psychotiques	58	24,0	6,7
Dépression/Anxiété	72	29,8	8,4
Alcoolisme	40	16,5	4,7
Problèmes familiaux	31	12,8	3,6
Problèmes de comportement ou d'apprentissage	10	4,1	1,2
Tentative de suicide	21	8,7	2,4
Autre	10	4,1	1,2
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>	<b>28,2</b>

TABLEAU 5.7

**DISTRIBUTION DES CATEGORIES DIAGNOSTIQUES SELON  
CERTAINES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES,  
EN POURCENTAGE N=242**

	Troubles psycho- tiques N=58	Dépres- sion/ anxiété N=72	Alcoo- lisme N=39	Problèmes fami- liaux N=31	Problèmes de comporte- ment ou d'appren- tissage N=10	Tentati- ves de suicide N=21	Autre N=8
<b>Sexe</b>							
Homme	51,7	31,9	82,1	29,0	70,0	4,8	25,0
Femme	48,3	68,1	17,9	71,0	30,0	95,2	75,0
<b>Groupe d'âge</b>							
0 - 15 ans	-	-	2,6	3,2	80,0	-	-
16 - 30 ans	53,4	40,3	56,4	61,3	20,0	95,2	37,5
31 - 45 ans	25,9	29,2	33,3	22,6	-	4,8	50,0
46 - 60 ans	13,8	18,1	7,7	9,7	-	-	-
61 - 75 ans	3,4	8,3	-	3,2	-	-	12,5
76 ans et plus	3,4	4,2	-	-	-	-	-
<b>Communauté</b>							
Whapmagoostoo	6,9	12,5	20,0	9,7	-	42,9	25,0
Chisasibi	15,5	19,4	20,0	3,2	10,0	38,1	37,5
Wemindji	6,9	8,3	2,5	19,4	10,0	-	-
Eastmain	1,7	9,7	5,0	6,5	10,0	4,8	12,5
Waskaganish	15,5	9,7	12,5	3,2	30,0	4,8	12,5
Nemaska	5,2	4,2	-	-	30,0	4,8	-
Mistissini	36,2	26,4	37,5	51,6	-	4,8	-
Waswanipi	12,1	9,7	2,5	6,5	10,0	-	12,5
<b>Occupation</b>							
Etudiant	3,4	8,5	12,5	6,5	50,0	52,4	37,5
Sans emploi	36,2	11,3	25,0	9,7	-	9,5	12,5
Travailleur	19,0	32,4	40,0	22,6	-	28,6	-
Emploi traditionnel	19,0	12,7	12,5	12,9	10,0	-	12,5
Femme à la maison	13,8	26,8	5,0	45,2	-	9,6	25,0
Retraité	5,2	8,5	2,5	-	-	-	12,5
Autre	3,4	-	2,5	3,2	40,0	-	-

Note : Les variations sont significatives à  $p < ,0001$  selon le test du Chi<sup>2</sup> pour chacune des variables.

Le plus grand nombre de cas identifiés l'ont été à Mistissini (36%) suivis de loin par Chisasibi (16%), Waskaganish (16%) et Waswanipi (12%) puis des autres communautés avec moins de 7% des cas. Afin d'ajuster ces résultats en fonction de la population de chacun des villages, nous avons calculé des taux de prévalence spécifiques pour chacun :

**Prévalence des troubles psychotiques pour 1 000 habitants, par communauté**

Whapmagoostui	9.0	Waskaganish	7.4
Chisasibi	3.8	Nemaska	8.2
Wemindji	5.1	Mistissini	10.1
Eastmain	2.7	Waswanipi	7.2

Ces données confirment la prévalence élevée des troubles psychotiques à Mistissini alors qu'elle est très basse à Chisasibi. Ce phénomène est-il relié au mode de vie différent dans ces communautés ou à une sensibilisation plus grande du personnel médical? Le fait que Mistissini et Chisasibi soient visitées par un psychiatre aux trois mois depuis plusieurs années a-t-il une influence sur ces variations?

Plus du tiers de ces patients sont sans emploi, près de 20% ont un travail rémunéré et un autre 20% ont un emploi traditionnel.

### 5.3.2 - Dépression et anxiété

Les troubles dépressifs se distinguent par un ou plusieurs épisodes de dépression non accompagnés d'épisodes maniaques ou hypomaniaques. Les symptômes associés à ces désordres incluent une modification de l'appétit, l'insomnie ou l'hypersomnie, une perte d'énergie et la fatigue, une difficulté au niveau de la capacité de prendre une décision, un sentiment de découragement généralisé, la présence de pensées morbides, des idéations ou tentatives de suicide. Ces désordres sont les plus fréquemment (17%) diagnostiqués dans la région 10-B (Tableau 5.5). Cette importance relative des troubles dépressifs a été mise en évidence par Pelz et al. (1981) qui lui attribuent 40% des cas de santé mentale au sein des populations nordiques de l'Ontario. Shore et Manson (1981) ont fait les mêmes constatations à propos des Indiens américains et d'Alaska.

Les désordres de l'anxiété sont caractérisés principalement par l'anxiété comme telle et les comportements d'évitement. Le patient est victime d'attaques périodiques d'anxiété accompagnées d'un sentiment d'inconfort et/ou de peur intense. Une respiration accélérée, des palpitations ou une accélération du rythme cardiaque, des tremblements, des nausées, des crampes intestinales, la peur de mourir ou de devenir fou sont des symptômes que la personne peut ressentir alors qu'elle est impliquée dans une situation qui échappe à son contrôle. L'anxiété a été diagnostiquée dans 13% des cas de troubles mentaux identifiés.

Ces névroses représentent environ le tiers des cas diagnostiqués, pour un taux de prévalence de 8,4 pour 1 000. Beaucoup plus de femmes que d'hommes en souffrent (68% vs 32%) et ces patients se retrouvent, toute proportion gardée, dans tous les groupes d'âge au-dessus de 15 ans.

C'est, ici aussi, à Mistissini qu'on retrouve le plus grand nombre de cas diagnostiqués (26%), Chisasibi (19%) et Whapmagoostui (13%) viennent ensuite suivis de Eastmain, Waskaganish et Waswanipi avec 9,7% des cas chacun. Nous avons, de nouveau, calculé les taux de prévalence spécifiques à chacun des villages :

**Prévalence des névroses pour 1 000 habitants, par communauté**

Whapmagoostui	20,2	Waskaganish	5,8
Chisasibi	5,9	Nemaska	8,2
Wemindji	7,6	Mistissini	9,1
Eastmain	19,0	Waswanipi	7,2

Ces taux nous indiquent qu'après avoir standardisé pour l'importance numérique de la population de chacune des communautés, c'est à Whapmagoostui et à Eastmain que la prévalence des névroses est la plus élevée.

### 5.3.3 - Alcoolisme

L'alcoolisme définit ici les désordres liés à l'abus d'alcool. Ils réfèrent à une consommation pathologique d'alcool conduisant à une perturbation du fonctionnement social et/ou occupationnel depuis au moins un mois. Les symptômes associés à la dépendance à l'alcool incluent la tolérance (besoin d'une quantité toujours plus importante pour obtenir l'effet désiré ou un effet de plus en plus diminué pour une même quantité absorbée) et les malaises ressentis lors de la réduction ou de la cessation de la consommation. Les modes pathologiques peuvent se traduire par un besoin quotidien d'alcool, une incapacité de réduire ou de cesser la consommation ou encore par des périodes d'amnésie lors de l'intoxication. Le fonctionnement social et/ou occupationnel est perturbé par le taux d'absentéisme au travail, la violence, la perte de l'emploi, les problèmes légaux causés par des arrestations en état d'ébriété et l'instabilité affective de la personne concernée par un problème d'alcool.

Ce type de problème représente 16,5% des troubles diagnostiqués identifiés au cours de notre enquête par rapport à 10% rapportés par l'étude de Pelz et al. (1981). On peut en conclure que l'alcoolisme est un problème de taille au sein de notre population.

Les cas identifiés sont plus souvent des hommes que des femmes (82% vs 18%) et plus de la moitié des cas (56%) sont des jeunes adultes de 16 à 30 ans; c'est un problème qu'on ne rencontre jamais chez les personnes âgées et rarement (8%) parmi les plus de 45

ans. Il est intéressant de constater ici que 13% des patients diagnostiqués sont des chasseurs et trappeurs alors que 35% de la population en général s'adonne à ce type d'occupation.

Mistissini vient encore en tête des communautés avec 38% des cas diagnostiqués pour alcoolisme. Elle est suivie de Chisasibi et de Whapmagoostui avec 20% chacun. Les taux de prévalence spécifiques pour chacun des villages donneront une idée plus juste de la réalité.

#### Prévalence de l'alcoolisme pour 1 000 habitants, par communauté

Whapmagoostui	18,0	Waskaganish	4,1
Chisasibi	3,4	Nemaska	0,0
Wemindji	1,3	Mistissini	7,2
Eastmain	5,4	Waswanipi	1,0

Ces taux confirment l'importance du problème à Whapmagoostui.

#### 5.3.4 - Problèmes familiaux

Beaucoup plus difficiles à définir les troubles familiaux se situent à la frontière des problèmes mentaux et sociaux. Les cas de problèmes familiaux ayant consulté les services sociaux seulement sont exclus ici (se référer à Niezen et St-Jean, 1988). La définition que

nous avons utilisée s'exprimerait en ces termes : tous problèmes causés par une situation familiale perturbée ayant donné lieu à au moins une visite aux services de santé. Ces problèmes pouvaient être reliés autant à la violence qu'à des désordres psychologiques; ils représentent 13% de l'ensemble des cas diagnostiqués pour un taux de prévalence de 3,6 pour 1 000 habitants. Ces types de problèmes n'ont pas été retenus dans l'étude de Pelz et al. (1981) mais pourraient correspondre à une partie des problèmes situationnels définis par Sue (1977) qui représentent 17,6% des cas diagnostiqués en clinique au sein d'une population indienne des Etats-Unis.

Beaucoup plus de femmes que d'hommes (71% vs 29%) ont consulté pour des raisons de cet ordre. Jeunes pour la plus grande part, ces patients ont presque tous (84%) entre 16 et 45 ans et ce sont surtout (45%) des femmes au foyer.

Plus de la moitié des cas (52%) ont été identifiés à Mistissini, près de 20% à Wemindji et aucun à Nemaska. Les taux de prévalence se présentent comme suit :

**Prévalence des problèmes familiaux pour 1 000 habitants, par communauté**

Whapmagoostui	6,8	Waskaganish	0,8
Chisasibi	0,4	Nemaska	0,0
Wemindji	7,6	Mistissini	7,7
Eastmain	5,4	Waswanipi	2,1

Ces variations peuvent être attribuées au fait que les services sociaux peuvent avoir à jouer un rôle plus important auprès de la clientèle de certaines communautés. En effet si, dans certains cas, ils prennent eux-mêmes le bénéficiaire en charge, ils peuvent ainsi prévenir un appel aux services de santé.

### **5.3.5 - Problèmes comportementaux et/ou d'apprentissage**

Les problèmes d'apprentissage et/ou développementaux se caractérisent principalement par une perturbation importante dans l'acquisition des habiletés langagières, motrices et/ou sociales. Ces dérangements peuvent se manifester par un retard global du développement, un retard ou une difficulté dans l'acquisition d'une habileté particulière ou encore une distorsion affectant plusieurs niveaux du développement normal (autisme, par exemple).

Les troubles comportementaux se caractérisent quant à eux par des comportements dérangeants socialement. Ils se manifestent soit par un déficit de l'attention caractérisée par une durée inappropriée de l'attention et une concentration déficitaire; soit par un comportement hyperactif; soit par des désordres de la conduite caractérisés par la violation des normes sociales.

Ce type de problèmes représente seulement 4% des cas identifiés au cours de notre étude. Ils se rencontrent chez les enfants (80%) et quelques jeunes adultes et frappent surtout les garçons (70%). Ils sont trop peu nombreux pour qu'une analyse soit faite en

fonction de la communauté de résidence. Nous aimerions rappeler ici que certains enfants ont pu rencontrer des difficultés d'apprentissage et/ou de comportement sans pour autant avoir été référés aux services de santé; ils nous auraient alors échappé, sous-estimant d'autant le taux de prévalence de ces problèmes.

### 5.3.6 - Tentatives de suicide

On ne peut décrire la santé mentale d'une population sans discuter de la problématique du suicide et des tentatives de suicide. Nous en avons étudié l'importance dans la littérature qui fait ressortir l'acuité du problème parmi les autochtones. Les Cris de la région 10-B ne font malheureusement pas exception puisque 9% de tous les cas diagnostiqués pour troubles mentaux sur le territoire sont reliés à des tentatives de suicide. Nous y avons inclus toutes les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours et pour qui les services de santé sont intervenus. A l'inverse, une personne ayant tenté de se suicider mais n'ayant pas eu recours à l'intervention d'un professionnel de la santé, n'a pas été incluse dans cette étude, du moins pas pour cette raison.

Vingt et une tentatives de suicide ont été recensées pour les besoins de notre étude (N = 21). Le tableau 5.7 nous révèle que plus de 95% des cas identifiés dans cette catégorie sont des femmes; ce qui confirme les observations de May (1987) à l'effet que la plupart des Amérindiens qui se suicident sont des hommes alors que la plupart de ceux qui en font la tentative sont des femmes. Cette proportion est moins marquée pour l'ensemble

du Canada, où le taux chez les femmes était le double de celui des hommes (Le Suicide au Canada, 1986). Les auteurs de ces tentatives ont presque tous (95%) moins de trente ans et plus de la moitié d'entre-eux sont encore aux études. C'est à Whapmagoostui et à Chisasibi que nous avons trouvé le plus grand nombre de cas.

Les cas de suicide complété n'ont pas été intégrés à notre étude par définition puisqu'ils ne font plus partie des dossiers actifs. Nous les avons par contre étudiés ailleurs parmi les décès (Lavallée, 1988). Parce que le suicide peut être attribuable, ou à tout le moins relié, à la maladie mentale, nous en donnerons une courte description ici.

Cinq cas de décès par suicide ont été identifiés au cours de la période étudiée (avril 86 - mars 88), pour un taux annuel de 29,1 pour 100 000 habitants. Ce taux est plus du double du taux annuel pour l'ensemble du Canada qui se situait à 12,9 en 1985 (voir Le Suicide au Canada, 86). Il est tout-à-fait comparable au taux de suicide chez les autochtones canadiens dont nous faisons état plus haut. Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec prudence car ces taux n'ont pas été standardisés pour l'âge.

Parmi les cas répertoriés, quatre sur cinq étaient des hommes, ce phénomène se retrouve également dans la littérature; la Direction générale des services médicaux l'attribuait au fait que les femmes sollicitent plus souvent de l'aide. May (1987) confirme que, chez les Indiens des Etats-Unis, le suicide se rencontre beaucoup plus souvent parmi les hommes, qui d'ailleurs utilisent des méthodes beaucoup plus violentes que les femmes.

Deux des cas de suicide complété identifiés avaient moins de vingt ans, deux autres entre 25 et 35 ans et le dernier entre 45 et 55 ans. Etant donné les petits nombres dont il s'agit ici, nous n'avons pas calculé de taux spécifiques pour chaque groupe d'âge. Ces fréquences confirment toutefois le fait observé par May (1987), que le suicide est un problème sérieux parmi les jeunes Amérindiens.

### 5.3.7 - Un résumé de la morbidité

Pour résumer, nous avons vu que la distribution des catégories diagnostiques en santé mentale selon le sexe (tableau 5.7) révèle des écarts significatifs. Ainsi, les femmes ont beaucoup plus souvent tendance à souffrir de dépression ou d'anxiété que les hommes; elles sont également plus souvent confrontées à des problèmes familiaux et ont représenté la majorité des victimes de suicide ou de tentatives de suicide. Quant aux hommes, ils ont quatre fois plus souvent des problèmes d'alcoolisme que les femmes. Les désordres psychotiques se distribuent presque également entre les deux sexes.

La fréquence des diagnostics varie significativement d'un groupe d'âge à l'autre. Comme nous l'avons vu à la section précédente, les jeunes de 16 à 30 ans représentent plus de la moitié de la clientèle en santé mentale et c'est parmi eux que nous retrouvons le plus grand nombre de troubles psychotiques, de dépression et d'anxiété, d'alcoolisme, de problèmes familiaux et de tentatives de suicides. Nous pouvons cependant expliquer, en

partie, ce phénomène par la répartition démographique de la population (graphique A.1). On remarque par ailleurs, que la fréquence de toutes les catégories diagnostiques diminue après 30 ans.

#### **5.4 - NATURE DES INTERVENTIONS**

Nous essaierons ici, à partir des données recueillies dans les dossiers des patients, de décrire la nature des interventions en santé mentale : la durée d'activité des dossiers, le type d'intervention privilégié et le professionnel rencontré, la médication, la fréquence des transferts à l'extérieur de la communauté de résidence ainsi que les hospitalisations.

##### **5.4.1 - Durée d'activité des dossiers**

Le tableau 5.8 nous révèle que le tiers des 242 dossiers identifiés, étaient actifs depuis au-delà de trois ans; 9% depuis plus de deux ans mais moins de trois ans; 24% depuis plus d'un an et moins de deux ans; 11% depuis entre sept et douze mois; 6% entre quatre et six mois et 16% dataient des derniers trois mois ou moins.

**TABLEAU 5.8**  
**DUREE D'ACTIVITE DES DOSSIERS EN SANTE MENTALE,**  
**EN POURCENTAGE**

	N	%
0 - 3 mois	39	16,1
4 - 6 mois	14	5,8
7 - 12 mois	26	10,7
13 - 24 mois	59	24,4
25 - 36 mois	22	9,1
37 mois et +	82	33,9
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

#### 5.4.2 - Types d'interventions effectuées et professionnel rencontré

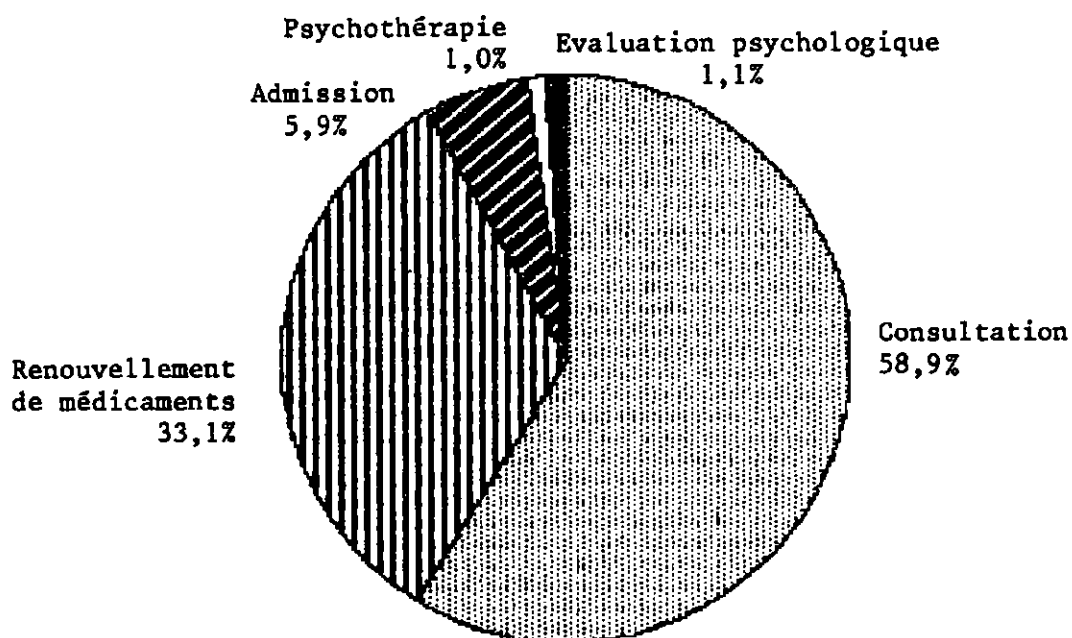
Un total de 2 272 interventions en santé mentale ont été effectuées par des professionnels de la santé et dénombrées pour la période allant d'avril 1986 à mars 1988. Précisons que le même patient a pu rencontrer plus d'un professionnel différent; l'unité d'analyse étant ici chacune des interventions.

Le graphique 5.1 nous révèle que plus de la moitié (59%) des interventions ont été de simples consultations, c'est-à-dire des visites aux points de services pour consulter l'un ou

l'autre des cliniciens. Un tiers des visites avaient pour but un renouvellement des médicaments. Près de 6% étaient reliées au processus d'admission dans un centre hospitalier; 1% étaient des évaluations psychiatriques et les autres se voulaient des psychothérapies ou du support moral.

### GRAPHIQUE 5.1

#### DISTRIBUTION DES TYPES D'INTERVENTION EN SANTE MENTALE, EN POURCENTAGE N=2 272



Comme l'indique le tableau 5.9, les types de professionnels rencontrés au cours de ces interventions ont été, dans près de la moitié des cas (48%) des infirmiers(ères), des médecins pour 38% des visites, un psychiatre pour 14% et moins de 1% un travailleur communautaire. Les visites aux travailleurs communautaires mentionnées ici sont celles reliées à la santé mentale dont le dossier médical faisait mention pour une raison ou pour une autre. Nous savons par ailleurs que plusieurs des patients faisant l'objet de cette étude ont pu être vu ou suivi par ces intervenants mais nous les avons exclus ici si l'intervention n'était pas rapportée au dossier médical.

TABLEAU 5.9

**TYPE D'INTERVENTION EN SANTE MENTALE SELON LE  
PROFESSIONNEL CONSULTE, EN POURCENTAGE**

TYPE D'INTERVENTION	PROFESSIONNEL CONSULTE				TOTAL	
	Infirmière	Médecin	Psychiatre	Travailleur commu- nautaire	%	n
Consultation	29,6	51,8	17,6	1,0	100,0	1 327
Renouvellement de médicaments	89,0	10,9	0,1	-	100,0	752
Admission	15,2	59,8	25,0	-	100,0	132
Evaluation psychologique	-	20,8	79,2	-	100,0	24
Psychothérapie	50,0	27,3	22,7	-	100,0	22
<b>Total</b>	<b>48,4</b>	<b>38,1</b>	<b>12,9</b>	<b>0,5</b>	<b>100,0</b>	<b>2 257</b>
<b>% N</b>	<b>1 092</b>	<b>861</b>	<b>291</b>	<b>13</b>		

Note : Les variations sont significatives à  $p < ,0001$  selon le test du Chi<sup>2</sup>.

Ce même tableau nous révèle que les simples consultations en santé mentale ont été effectuées principalement (52%) par les médecins omnipraticiens, près de 30% par les infirmiers(ères) et 18% par les psychiatres. Quelques-unes des consultations faites par les travailleurs communautaires apparaissent au dossier des patients. Les renouvellements de médicaments ont été effectués la plupart du temps (89%) par les infirmiers(ères); les médecins sont responsables de seulement 11% d'entre-eux. Le processus d'admission en milieu hospitalier a été la responsabilité des médecins dans 60% des cas, celle des psychiatres pour le quart d'entre-eux et celle des infirmiers(ères) dans 15% des cas. Près de 80% des évaluations psychologiques ou psychiatriques ont été effectuées par des psychiatres et le reste par des omnipraticiens. Les quelques psychothérapies et/ou support moral ont été donnés par les médecins (46%), par les psychiatres (39%) et par les infirmiers(ères).

Le tableau suivant (5.10) nous révèle que le type d'intervention favorisé pour chacune des grandes catégories de diagnostic varie significativement. Il apparaît clairement que pour chacune de ces catégories, la simple consultation est le type d'intervention le plus fréquent. Les professionnels de la santé renouvellent assez souvent (41% des cas) les médicaments des patients psychotiques, ceux des bénéficiaires dépressifs ou anxieux (32%) et ceux des patients faisant face à des problèmes familiaux (21,7%). La psychothérapie et le support moral sont utilisés surtout dans les cas de tentatives de suicide. L'évaluation psychologique est utilisée en plus forte proportion pour les cas de tentatives de suicide et

ce sont également, surtout ces cas qui sont préparés pour des admissions en milieu institutionnel.

**TABLEAU 5.10**  
**TYPE D'INTERVENTION EFFECTUEE, PAR CATEGORIE**  
**DIAGNOSTIQUE, EN POURCENTAGE**

	Renouvel- lement de médi- caments	Psycho- thé- rapie	Evalua- tion psycho	Consul- tation	Admis- sion	Total	
Trouble psychotique	41,1	0,7	0,6	51,1	6,5	100	
Dépression, anxiété	31,7	1,6	0,4	63,8	2,6	100	
Alcoolisme	1,9	-	-	90,0	8,1	100	
Problèmes familiaux	21,7	-	1,2	74,7	2,4	100	
Problèmes de comporte- ment et d'apprentissage	-	-	4,2	95,8	-	100	
Tentative de suicide	-	6,1	14,6	56,1	23,2	100	
Autre	54,3	-	-	44,6	1,1	100	
<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>33,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>58,8</b>	<b>5,9</b>	<b>100</b>
	<b>N</b>	<b>752</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>1 332</b>	<b>134</b>	<b>2 264</b>

Note : Les variations sont significatives à  $p < ,0001$  selon le test du Chi<sup>2</sup>.

Le type d'intervention effectuée varie significativement selon la communauté de résidence du patient, comme l'indique le tableau 5.11. A Whapmagoostui, Chisasibi, Eastmain, Nemaska, Mistissini et Waswanipi, les patients font le plus souvent l'objet de consultations (51% et plus), alors qu'à Wemindji et Waskaganish, le type d'intervention le plus fréquent est le renouvellement de médicament. On remarque également que c'est à Nemaska qu'on procède plus souvent à des évaluations psychologiques, à des psychothérapies ou qu'on donne du support moral.

**TABLEAU 5.11**  
**TYPE D'INTERVENTION EFFECTUEE, PAR COMMUNAUTE**

	Renouvel- lement de médi- caments	Psycho- thé- rapie	Evalua- tion psycho	Consul- tation	Admis- sion	Total
Whapmagoostui	27,8	-	-	66,8	5,6	100,1
Chisasibi	24,2	0,7	0,2	68,8	6,1	100,0
Wemindji	65,3	0,7	0,7	28,0	5,3	100,0
Eastmain	48,0	-	-	51,0	1,0	100,0
Waskaganish	52,1	-	0,5	41,3	6,1	100,0
Nemaska	10,7	10,2	11,9	55,4	11,9	100,1
Mistissini	22,1	-	-	73,7	4,2	100,0
Waswanipi	36,6	-	-	54,5	8,9	100,0
<b>Total %</b>	<b>33,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>58,9</b>	<b>5,9</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>752</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>1 339</b>	<b>135</b>	<b>2 272</b>

Note : Les variations sont significatives à  $p < ,0001$  selon le test du  $\text{Chi}^2$ .

### 5.4.3 - Médication

Nous venons de voir que le tiers des interventions portaient sur le renouvellement des médicaments aux patients. Le tableau 5.12 nous révèle d'autre part que 69% du total des interventions a comporté au moins une prescription de médicament. Parmi ces 1 564 prescriptions, 69% comportait un seul médicament, 28% en incluait deux, 7,5% en prescrivait trois et 2% quatre différents. Présenté sous un angle différent, 138 des 242 patients ayant des troubles mentaux (57%) ont été sous médication à un moment ou l'autre de la période de référence.

**TABLEAU 5.12**

**NOMBRE DE MEDICAMENTS PRESCRITS AU COURS  
DES INTERVENTIONS EN SANTE MENTALE**

	N	%	N	%
Nombre de fois où des médicaments ont été prescrits	1 564	69,3		
1er médicament			1 564*	62,4
2e médicament			706	28,1
3e médicament			188	7,5
4e médicament			50	2,0
Aucun médicament prescrit	693	30,7		
<b>Totaux</b>	<b>2 257</b>	<b>100,0</b>	<b>1 564</b>	<b>100,0</b>

\* Ce N inclut les suivants.

Cette médication était le plus souvent (39%) un antipsychotique, comme nous l'indique le tableau 5.13; près du quart étaient des antiparkinsoniens prescrits sans doute pour combattre les effets secondaires de certains antipsychotiques; 15% étaient des anxiolitiques, 9% des antidépresseurs, 6% des hypnotiques, 4% des anticonvulsivants et un autre 4% des anti-alcooliques; les autres médicaments ont été prescrits dans moins de 1% des cas.

TABLEAU 5.13

## TYPE DE MEDICAMENTS PRESCRITS EN SANTE MENTALE

	N	%
Antipsychotique	972	38,7
Antiparkinsonien	564	22,5
Anxiolitique	386	15,4
Antidépresseur	229	9,1
Hypnotique	157	6,2
Anticonvulsivant	99	3,9
Antialcoolique	95	3,8
Autres	13	0,5
<b>Total</b>	<b>2 508</b>	<b>100,1</b>

**Note :** Cette typologie des médicaments a été puisée dans le Compendium des Produits et Spécialités pharmaceutiques, 1988.

Le tableau 5.14 révèle que les antipsychotiques et les antiparkinsoniens ont été prescrits presque uniquement aux patients souffrant de troubles psychotiques; les anxiolitiques et les antidépresseurs ont été prescrits plus souvent aux patients dépressifs ou anxieux, dans 77% et 55% des cas respectivement. Ce sont également les patients psychotiques qui se sont vus prescrire le plus souvent des hypnotiques et des anticonvulsivants, quoique les cas de dépression et d'anxiété en ait également été l'objet (dans 19% et 27% des cas). Comme il fallait s'y attendre, les antialcooliques ont été prescrits aux patients ayant des problèmes d'alcool.

#### **5.4.4 - Transferts et hospitalisations**

Un transfert consiste dans une évacuation médicale effectuée à partir de la communauté de résidence du patient vers un centre hospitalier ou un autre établissement régional ou situé à l'extérieur de la région. Cent trente-cinq interventions ont été des transferts; ces derniers ont pu être effectués plus d'une fois pour le même patient.

Près du quart de ces transferts ont eu lieu vers le centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or (tableau 5.15) et presque autant ont été évacués vers l'hôpital de Chisasibi. Le centre psychiatrique de Roberval et le Centre de Santé Isle-Dieu de Matagami ont reçu environ 12% des transferts, alors que 8% ont été dirigés vers le Allen Memorial, centre psychiatrique de l'hôpital Royal-Victoria de Montréal. Les autres établissements mentionnés ont reçu

moins de sept patients sur deux ans; la rubrique "autre" couvre les établissements où un patient seulement a été envoyé au cours de notre période de référence.

TABLEAU 5.14

## TYPE DE MEDICAMENTS PRESCRITS SELON LE DIAGNOSTIC

	Anti- psy- choti- que	Anti- par- kinso- nien	An- xioli- ti- que	Anti- dé- pres- seur	Hyp- noti- que	Anti- al- cooli- que	Anti- con- vulsi- vant	Autres	Total %	N
Troubles psychotiques	94,1	99,1	30,2	21,6	66,0	1,1	74,7	76,9	72,4	1 816
Dépression, anxiété	1,4	0,4	55,5	76,7	26,7	-	19,3	15,4	18,9	473
Alcoolisme	0,2	0,4	3,5	-	3,3	98,9	-	-	4,7	117
Problèmes familiaux	-	-	6,0	0,4	4,0	-	-	-	1,2	31
Problèmes de comportement et d'apprentissage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tentatives de suicide	-	-	0,8	-	-	-	6,0	-	0,3	8
Autre	4,2	0,2	4,0	1,3	-	-	-	7,7	2,5	62
<b>Total</b>	<b>99,9</b>	<b>100,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
	<b>N</b>	<b>972</b>	<b>564</b>	<b>398</b>	<b>232</b>	<b>150</b>	<b>83</b>	<b>95</b>	<b>13</b>	<b>2 507</b>

Note : Les variations sont significatives à  $p < 0,0001$  selon le test du  $\chi^2$ .

TABLEAU 5.15

**DISTRIBUTION DETAILLEE DES TRANSFERTS DES PATIENTS  
EN SANTE MENTALE SELON L'ETABLISSEMENT DE DESTINATION**

	N	%
Centre hospitalier St-Sauveur (Val d'Or)	31	23,0
Centre hospitalier de Chisasibi	28	20,7
Centre psychiatrique de Roberval	17	12,6
Centre de santé Isle-Dieu (Matagami)	16	11,9
Allan Memorial Institute (Hôpital Royal Victoria, Montréal)	11	8,1
Centre hospitalier de Malartic	6	4,4
Pavillon Foster (anciennement Beaver House, centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes)	5	3,7
Centre hospitalier de Chibougamau	5	3,7
Manoir Oka (Centre d'hébergement pour alcooliques)	3	2,2
Centre de réadaptation (Rouyn Noranda)	3	2,2
Douglas Memorial Hospital	3	2,2
Autre	7	5,2
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>99,9</b>

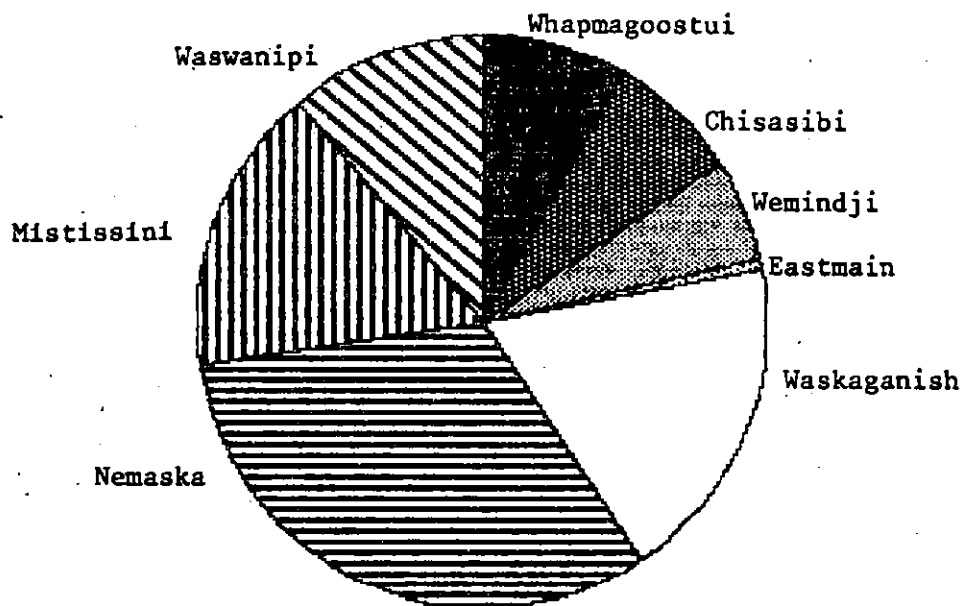
La plus grande partie de ces transferts (32%) ont été effectués à partir de Nemaska, comme en fait foi le graphique 5.2. Cette communauté est pourtant parmi les plus petites de la région, nous l'avons vu au deuxième chapitre. Nous pourrions penser que ce phénomène est dû à l'absence de ressources locales, mais la même chose s'appliquerait alors à Eastmain, la communauté où il y a eu le moins de transferts. L'explication repose peut-être davantage sur la sévérité des cas rencontrés à Nemaska. Waskaganish, Mistissini et Waswanipi ont également effectué un assez grand nombre de transferts variant de 19% à 11% du total. (Le lecteur trouvera un supplément d'information au Tableau A.2 en annexe.)

Les diagnostics ayant donné lieu le plus souvent à des transferts sont de loin les troubles psychotiques avec 74% d'entre-eux. Le graphique 5.3 illustre cette importance et le Tableau A.3 en annexe apporte plus de détails.

Une étude portant sur la morbidité hospitalière de la région 10-B de 1981 à 1985 (Pelchat, 1986) nous apprenait que les hospitalisations pour troubles mentaux représentent 3% des hospitalisations de courte durée de l'ensemble de la région et 6,4% du total des journées d'hospitalisation, pour une durée moyenne de 17 jours. Plus de la moitié (56,6%) de ces hospitalisations ont eu lieu à l'hôpital de Chisasibi où elles représentaient la deuxième cause en importance pour la durée moyenne des séjours; les autres ont eu lieu à Montréal ou Québec dans 16,6% des cas, à Chibougamau pour 11% d'entre eux, en Abitibi pour 7,6% et 8,3% ont été hospitalisés ailleurs.

**GRAPHIQUE 5.2**

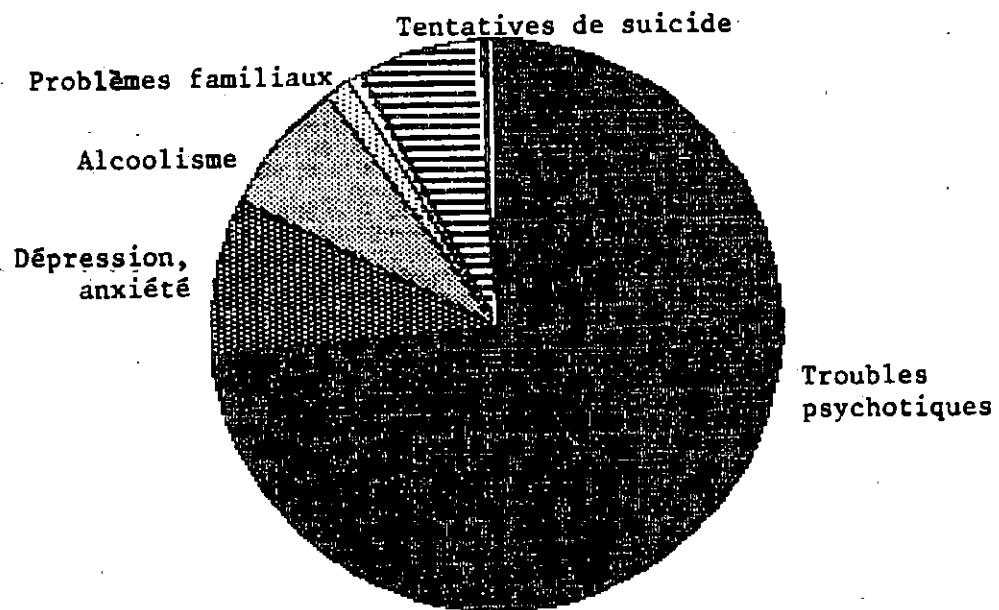
**DISTRIBUTION DES TRANSFERTS SELON LES COMMUNAUTES DE RESIDENCE, DONNEES NON-AJUSTEES, N=135**



**Note :** Consulter le tableau A.2 en annexe pour des données plus précises.

**GRAPHIQUE 5.3**

**DISTRIBUTION DES TRANSFERTS SELON LES DIAGNOSTICS, N=135**



**Note :** Consulter le tableau A.3 en annexe pour des données plus précises.

Notre étude nous révèle par ailleurs qu'un total de 81 patients ont fait l'objet d'au moins une hospitalisation parmi lesquelles 78% ont duré moins de 30 jours, 10% entre 30 et 60 jours, 7% entre deux mois et un an et 5% plus d'un an (tableau 5.16). Nous n'avons pu obtenir d'information supplémentaire sur les hospitalisations effectuées hors du territoire, pour des raisons d'éthique.

TABLEAU 5.16

**NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION POUR DES RAISONS  
RELIEES A LA SANTE MENTALE, AVRIL 1986 A MARS 1988**

	N	Taux/1 000
1 - 30 jours	63	77,8
31 - 60 jours	8	9,9
Plus de 2 mois à moins d'un an	6	7,4
Plus d'un an	4	4,9
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Nous avons toutefois obtenu les données se rapportant aux cas de santé mentale hospitalisés à Chisasibi pour chacune des deux années étudiées. Le tableau 5.17 indique que 56% de ces patients étaient des femmes pour l'année 1986 - 1987 alors qu'elles représentaient presque les trois quarts des cas pour l'année 1987 - 1988; la majorité d'entre-eux (42% et 50% pour les deux années étudiées respectivement) étaient âgés de 16 à 30 ans alors que près du tiers avaient plus de 61 ans la première année.

TABLEAU 5.17

**CARACTERISTIQUES DES PATIENTS HOSPITALISES A CHISASIBI,  
DUREE DE LEUR SEJOUR ET DIAGNOSTIC, PAR ANNEE, EN POURCENTAGE**

CARACTÉ- RISTIQUE	CATEGORIES	1986-1987 N=41		1987-1988 N=30	
Sexe du patient	Homme	43,9		26,7	
	Femme	56,1	100,0	73,3	100,0
Groupe d'âge	0 - 15 ans	2,4		10,0	
	16 - 30 ans	41,5		50,0	
	31 - 45 ans	19,5		16,7	
	46 - 60 ans	4,9		10,0	
	61 ans et plus	31,7	100,0	13,0	100,0
Durée du/des séjours	Moins de 30 jours	82,9		86,7	
	30 à 60 jours	14,6		10,0	
	Entre 2 mois et 1 an	2,4	99,9	3,3	100,0
Diagnostic	Troubles psychotiques	22,0		36,7	
	Troubles de la personnalité	-		10,0	
	Dépression, anxiété	12,2		13,3	
	Alcoolisme, abus de drogue	17,1		10,0	
	Problèmes de comportement et d'apprentissage	4,9		-	
	Comportement suicidaire	2,4		13,3	
	Démence sénile	24,4		6,7	
	Retard mental	9,8		-	
	Autres	7,3	100,1	10,0	100,0

Le même tableau nous montre également que plus de 80% de ces séjours à l'hôpital de Chisasibi ont duré moins de 30 jours. La plus grande partie de ces patients ont été diagnostiqués pour des troubles psychotiques; ils représentaient 22% et 37% de tous les patients hospitalisés pour troubles mentaux pour les deux années à l'étude. Plusieurs cas de démence sénile ont également été hospitalisés particulièrement au cours de l'année 1986-87 (24%). Dix-sept et 10% des patients respectivement souffraient de problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de drogue et un peu plus de 10% de dépression ou d'anxiété. Les autres diagnostics ont été moins nombreux et le lecteur peut se référer au tableau pour plus d'information.

#### **5.5 - PERCEPTION DES SERVICES DE SANTE MENTALE PAR LES INTERVENANTS**

Notre tournée de consultation effectuée auprès des professionnels de la santé a permis d'identifier certains problèmes inhérents à ces services et de recueillir les suggestions des intervenants. Les propos de chaque type de professionnels sont rapportés séparément.

##### **5.5.1 - Les médecins**

Les cinq médecins rencontrés sont tous omnipraticiens sauf un ayant une spécialité en neuropathologie; ils travaillent dans la région de la Baie James depuis en moyenne vingt-cinq mois. Pour trois médecins sur cinq, il s'agit de leur premier emploi. Ils ont tous à travailler auprès de patients souffrant de problèmes de santé mentale.

Les interventions disponibles sont, selon eux, la médication, le support, la référence au psychiatre et le transfert vers les grands centres. Plus de la moitié d'entre eux (3/5) se sentent démunis face à certains cas de santé mentale principalement à cause de la barrière linguistique et culturelle et de la carence de ressources professionnelles. Pour pallier à ces problèmes, quatre sur cinq expriment le besoin de formation supplémentaire et ce, malgré leur participation aux études de cas effectuées par les psychiatres. Le dépistage de troubles mentaux, la prévention du suicide, l'abus de substances, la formation à la relation d'aide, la pharmacologie en santé mentale ainsi qu'une approche transculturelle de la maladie mentale sont les thèmes suggérés.

Quelques suggestions ont été apportées par les médecins pour améliorer la qualité des services de santé mentale au Nord. Ce sont par ordre de priorité :

- nommer une infirmière psychiatrique basée en permanence dans la région semble, d'après les répondants, être une piste intéressante pour améliorer les services de santé mentale. Elle pourrait effectuer des suivis et supporter cliniquement les infirmières dans les communautés;
- briser la barrière linguistique par la formation d'autochtones pouvant travailler avec une clientèle affectée de troubles de santé mentale;
- créer un centre de sports et loisirs permettant de contrer l'inactivité des adolescents;
- augmenter les ressources professionnelles affectées aux services sociaux.

### 5.5.2 - Les infirmières

Quatorze infirmières ont été rencontrées afin de recueillir leurs impressions quant aux services de santé mentale dans la région. Elles travaillent dans les communautés depuis en moyenne dix-huit mois; leur ancienneté s'échelonne d'un mois et demi à soixante-douze mois.

Leur formation académique est variée et pour plus de la moitié (9/14), un diplôme universitaire complète leur formation collégiale en techniques infirmières. Cette formation universitaire est pour la majorité d'entre elles en sciences infirmières alors que pour deux répondantes, la psychologie et la thérapie familiale sont un complément à leur formation initiale. Pour l'ensemble des infirmières rencontrées, il ne s'agit pas de leur premier emploi en santé. Leur expérience en milieu hospitalier s'échelonne de six à vingt mois.

Toutes ces répondantes ont à soigner des patients ayant des troubles mentaux de différents degrés de sévérité. Leur intervention prend plutôt la forme de support et d'observation car pour la plupart du temps, le diagnostic est déjà établi par le médecin ou le psychiatre. Les autres interventions disponibles à l'infirmière en région nordique sont par ordre d'importance :

- suivi (5/14);
- références (4/14);

- support et suggestions d'activités aux patients (3/14);
- impression qu'il n'y a rien à faire suite au diagnostic (2/14).

La très grande majorité des infirmières (13/14) consultées mentionnent se sentir démunies devant certains patients de santé mentale. Elles attribuent ce malaise à la pénurie des ressources offertes à cette clientèle particulière. Elles soulignent également que la barrière linguistique (3/14) et culturelle (2/14) nuit à la création d'une alliance thérapeutique. Par ailleurs, le peu d'expertise psychiatrique de la quasi totalité de ces intervenantes ne favorise pas, selon elles, le sentiment de bien maîtriser la situation avec la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

A ce propos, la grande majorité des infirmières identifient la nécessité d'accroître leur formation dans certaines problématiques dont :

- dépistage de troubles mentaux (13/14);
- prévention du suicide (12/14);
- abus de substance (13/14);
- formation à la relation d'aide (13/14);
- pharmacologie en santé mentale (10/14);
- approche transculturelle de la maladie mentale (12/14);
- comment aborder les crises psychologiques (1/14).

Toutes ressentent un besoin de formation accrue. Cependant la nature de leur travail et le peu de disponibilité qu'il leur laisse restreignent le choix qu'elles ont quant au moment et au type de formation requis.

Certains aspects de la maladie mentale pourraient être abordés lors des études de cas faites par les psychiatres si les infirmières y participaient en plus grand nombre. Ceci implique que l'organisation du séjour des psychiatres au Nord soit modifiée de sorte que leur visite favoriserait la rencontre de tous les intervenants visés par le suivi des personnes vivant des troubles mentaux.

Par ailleurs, ces visites semblent plus ou moins efficaces pour les infirmières compte tenu du délai trop long entre chacun des séjours de ces spécialistes. Dans ce contexte, l'ajout d'une infirmière psychiatrique pourrait être utile dans la région. Par ailleurs, si cette ressource était crie et formée en thérapie familiale elle pourrait contrer les lacunes soulevées quant aux barrières culturelles et linguistiques. Finalement, les suggestions apportées pour améliorer la qualité des services de santé mentale dans la région 10-B sont les suivantes, par ordre de priorité :

- nécessité d'un psychologue (4/14);
- nécessité d'une infirmière psychiatrique (3/14);
- création d'un centre de jour (ex-psychiatisés) (2/14);
- meilleure concertation entre les différents partenaires des services de santé (1/14).

### 5.5.3 - Les représentantes en santé communautaire

Les cinq représentantes en santé communautaire exercent leurs fonctions dans les communautés depuis en moyenne 28,9 mois. Deux parmi celles-ci avaient préalablement été interprète dans les cliniques, une possède une formation d'infirmière auxiliaire alors que les deux autres n'avaient aucune expertise antérieure dans le domaine de la santé.

Plus de la moitié travaillent avec une clientèle ayant des troubles de santé mentale. Cependant, comme elles ne posent pas de diagnostic et n'ont aucun droit d'accès aux dossiers des patients, les interventions qui leur sont disponibles consistent principalement à référer des patients auprès des médecins ou des services sociaux (4/5). Elles se sentent limitées devant cette clientèle particulière et reconnaissent le besoin d'être formée dans les domaines suivants :

- prévention du suicide (5/5);
- counseling (5/5);
- dépistage des troubles mentaux (4/5);
- abus de substances (4/5).

L'équipe médicale ne favorise pas beaucoup leur implication et/ou leur formation en santé mentale puisque quatre représentantes en santé communautaire sur un total de cinq n'avaient jamais participé à des études de cas. Il faudrait questionner leur rôle par rapport

à la santé mentale, les besoins de la population face à cette ressource et leur intégration avec les autres intervenants des services de santé.

Il ressort de notre enquête que les représentantes en santé communautaire croient que les services de santé mentale aux Cris devraient être améliorés (2/5), qu'ils sont inadéquats car non autochtones (2/5) et peu orientés vers l'approche familiale (1/5). Face à ces constats, l'ensemble des répondantes croient par ailleurs que la création de groupes d'entraide visant des problématiques préalablement identifiées pourrait être une avenue intéressante dans la prévention de certains problèmes psychosociaux vécus par les Cris de la région 10-B. Par ailleurs, l'apport d'une infirmière psychiatrique basée en permanence dans une communauté pourrait, pour quatre (4) d'entre elles, représenter une solution pour améliorer certains services de santé mentale.

Pour terminer, les représentantes en santé communautaire rapportent que pour améliorer les services de santé mentale, il faudrait, par ordre d'importance :

- une autochtonisation des ressources humaines (2/5);
- une meilleure communication entre la population et les services de santé et les services sociaux (2/5);
- une meilleure formation en santé mentale (1/5).

#### **5.5.4 - Les psychiatres**

Les deux psychiatres consultants ont été rencontrés au début de la recherche pour connaître leur opinion sur l'état de la santé mentale au nord ainsi que des services actuellement disponibles dans cette région.

Selon ces professionnels, les problèmes de santé mentale rencontrés relèvent moins des pathologies lourdes que des problèmes psychosociaux causés principalement par le phénomène de l'acculturation. Ainsi, ces professionnels travaillent de plus en plus avec les problématiques liées à l'alcool, la violence, la délinquance et les relations parents-enfants. Ils soulignent l'importance de se dégager des critères de santé mentale propres au sud.

Selon eux, les services actuellement disponibles au nord sont suffisants mais la création de maisons de jeunes, et/ou de centres de jour pourraient s'avérer des solutions intéressantes pour améliorer la qualité des services rendus.

De plus, intégrer une approche transculturelle de la santé mentale (par conséquent de la maladie mentale) est indispensable pour venir vraiment en aide à cette population à risque de vivre des troubles de santé mentale avec divers degrés de sévérité dont les manifestations risquent d'être différentes de celles rencontrées au Sud.

### **5.5.5 - Résumé des perceptions des intervenants à l'égard des services**

A la lumière de ce qui a été identifié par chacun des intervenants en santé, nous pouvons dégager certaines constantes quant à leur perception des services de santé mentale dans la région 10-B :

- importance d'autochtoniser les services de santé mentale afin de réduire l'écart lié à la langue et à la culture;
- services fort limités d'où un besoin d'augmenter les ressources professionnelles (surtout sociales);
- besoin de formation pour ces intervenants;
- meilleure concertation entre les intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle.

### **5.5.6 - Les conseils de bande**

Différents membres (12) des Conseils de bande ont également été rencontrés afin d'investiguer leurs opinions concernant la santé mentale, leur satisfaction des services disponibles dans leur communauté respective et finalement leurs suggestions quant à l'amélioration de la prestation des services sur leur territoire.

Une question leur demandant de définir ce qu'est, selon eux, la santé mentale, a suscité des réponses fort variées. Les répondants ont eu tendance à définir plutôt le concept de maladie mentale... Il ressort cependant de leurs réponses une notion d'équilibre du corps et de l'esprit comme étant associé avec la notion de santé mentale.

Quant à la satisfaction par rapport aux services de santé mentale à l'intérieur de leur communauté, les membres des Conseils de bande ont exprimé beaucoup d'insatisfaction. Ils qualifient les services d'inadéquats, évoquant principalement l'absence de communication entre les professionnels et les membres de la communauté. Selon les participants questionnés, la barrière culturelle empêche la compréhension des problèmes de santé mentale. Le personnel allochtone est si instable qu'il ne favorise pas le développement de l'alliance thérapeutique nécessaire à l'établissement de la relation de confiance requise pour régler les problèmes de santé mentale. Ils soulignent également une lacune au niveau de programmes locaux qui pourraient éviter le transfert au sud lorsque des complications surviennent.

Leurs suggestions pour améliorer la prestation des services de santé mentale étaient de :

- . Développer des sessions de formation pour les intervenants sur l'approche transculturelle de la santé mentale.
- . Augmenter le nombre de ressources humaines crie affectées à la clientèle ayant des troubles de santé mentale avec différents degrés de sévérité.

- . Recruter un nouveau professionnel permanent dont le rôle serait de supporter le personnel.
- . Augmenter le nombre de spécialistes en santé mentale afin de réduire l'écart temporel entre chacune des visites de psychiatres.
- . Créer des groupes de support.

## 6 - DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette section du rapport portera d'une part sur les résultats quantitatifs de cette étude exploratoire et d'autre part, sur la perception qu'ont les intervenants et les membres des conseils de bande des services de santé mentale.

Le taux de prévalence de période des troubles mentaux diagnostiqués sur l'ensemble du territoire de la Baie James est de 28,2 pour 1000 habitants. Ce taux exclut les cas de problèmes psychosociaux ayant été traités uniquement par les services sociaux. Le protocole de recherche a en effet été conçu ainsi compte tenu de l'existence d'une étude exploratoire portant spécifiquement sur ces problèmes (Niezen, St-Jean, 1988).

Ceci dit, la prévalence des troubles mentaux apparaît plutôt élevée mais elle est difficilement comparable à d'autres études car d'une part, elles sont fort peu nombreuses et d'autre part, les méthodologies utilisées diffèrent considérablement de l'une à l'autre.

La prévalence des problèmes liés à la consommation abusive d'alcool mérite une attention particulière compte tenu de son importance au sein de notre population à l'étude. Plus de la moitié des cas se retrouve chez les 16-30 ans. A ce propos, une communication récente rapporte que 52% des adolescents urbains d'origine amérindienne et 80% de ceux vivant dans des communautés consomment de façon modérée ou abusive de l'alcool

comparativement à 23% de leurs compagnons blancs (U.S. Senate Select Committee on Indian Affairs, 1985 in : Laframboise, T.D., 1988).

En effet, la clientèle des adolescents et des jeunes adultes est un peu laissée pour compte. Il existe peu de structures récréatives pour les adolescents. Cette lacune se retrouve aussi ailleurs puisqu'une revue de la littérature sur l'alcoolisme chez les Amérindiens (Mail, 1980) rapporte le peu d'études concernant les adolescents et l'alcool, plus particulièrement en ce qui concerne leurs attitudes et leurs valeurs par rapport à cette substance. Aucune étude n'a été recensée quant aux programmes de prévention misant sur les activités récréatives chez les adolescents.

La consommation abusive d'alcool chez les amérindiens doit se comprendre comme un mécanisme de réactions aux facteurs de stress dus au phénomène de l'acculturation (Drew, 1988). Ce phénomène inquiétant doit être pris en charge et à notre avis, ceci doit être fait de concert avec les conseils de bande et les services de santé. La population doit d'abord prendre conscience des manifestations fort nuisibles entraînées par la consommation abusive d'alcool (augmentation des traumatismes routiers, des noyades, de la violence conjugale, pour n'en nommer que quelques-uns) alors là et seulement là, des énergies pourront être investies dans le développement de mesures et/ou programmes favorisant la réduction de la consommation d'alcool sur le territoire.

Un autre désordre relié à la santé mentale qui mérite une attention particulière est celui de la schizophrénie dont la fréquence est importante au sein de notre population puisqu'elle représente 13,2% des 242 cas de santé mentale identifiés. Cette proportion est élevée si on la compare aux résultats obtenus par Pelz et al. (1981) mais nous aimerions rappeler ici l'hypothèse de ces auteurs à l'effet que cette maladie est peut-être diagnostiquée beaucoup trop souvent parmi les Amérindiens à cause de difficultés de communication dues à des réactions de retrait chez ces patients.

Les taux de prévalence obtenus au cours de notre étude peuvent refléter l'inexactitude des instruments d'évaluation et de diagnostic de la santé mentale en milieu transculturel. En outre, les écarts dans la capacité de déceler les états affectifs font qu'il est difficile de déterminer de façon précise l'étendue de la dépression parmi les Cris comme chez les autochtones de l'Amérique du Nord (Shore et Manson, 1985).

A titre d'exemple, le sentiment d'être habité par l'esprit d'un disparu, les mauvais sorts et les hallucinations visuelles terrifiantes sont portées de plus en plus à l'attention des professionnels de la santé. Ces types de syndromes ont souvent été qualifiés de troubles dissociatifs ou de dépression. Plus récemment encore, la tendance consistait à cataloguer cet état de dépression réactionnelle, voire de dépression psychotique. Mais tout cela en faisant référence bien sûr, à la psychiatrie occidentale; qu'en serait-il si des critères proprement amérindiens étaient appliqués?

Il faut bien comprendre que plusieurs Amérindiens ont subi la perte d'un être cher à cause des conditions de vie souvent précaires (pauvreté, épidémie, rigueur du climat, conditions d'hygiène limitées). Certaines façons traditionnelles de vivre le deuil se sont perdues et comme les Amérindiens font rarement étalage de leurs émotions en public, le deuil mal assumé est un phénomène assez courant. A ce propos, Clare Brant (1982) affirme que 44% des Amérindiens déprimés souffrent de troubles dus au deuil. La souffrance associée à la perte, à laquelle viennent se greffer les problèmes complexes auxquels se heurte un groupe minoritaire colonisé dans un monde industrialisé entraîne trop souvent un diagnostic de dépression.

Par ailleurs, l'analyse plus détaillée du type d'interventions apportées aux patients ayant des problèmes de santé mentale met en évidence le fait que la psychothérapie n'est appliquée pratiquement que pour les cas de tentatives de suicide. Ce constat suggère de se questionner sur la pertinence de mettre sur pied des activités de prévention en santé mentale disponibles pour la population; des services de psychothérapies pourraient être offerts pour des cas moins extrêmes que les tentatives de suicide.

Sur l'ensemble des 2 272 interventions en santé mentale effectuées par les professionnels de la santé, nous constatons que le tiers porte sur le renouvellement des médicaments aux patients. De plus, 69% des interventions a comporté au moins une prescription de médicaments. Présenté sous un angle différent, nous pouvons affirmer que 57% des patients ayant des troubles mentaux ont été sous médication lors de la période de référence.

Ceci nous apparaît quelque peu élevé, il faudrait repenser la nature de certaines interventions, soit favoriser davantage la prise en charge de la personne et tenter d'explorer la possibilité de réduire la prescription de médicaments. A ce propos, l'étude rapporte que 27% des cas d'anxiété se sont vus prescrire des hypnotiques et des anticonvulsants ... la composition de ces médicaments n'est-elle pas forte pour le type de problème diagnostiqué? L'implantation de programmes de prévention et de groupes d'entraide pourraient pallier à la consommation importante de médicaments.

Par ailleurs, l'analyse des transferts et des hospitalisations pour les patients ayant des troubles mentaux révèle que seulement 20,7% de cette clientèle est reçue à Chisasibi, c'est-à-dire dans une communauté amérindienne crie, les autres patients étant transférés à l'extérieur de la région. Il nous apparaît important de questionner l'ampleur de ce phénomène. La nécessité d'un transfert pour un patient de santé mentale étant un indicateur en soi de la gravité de son état, son retrait de la communauté n'est peut-être pas un facteur facilitant sa réadaptation ou son retour vers un mieux-être psychologique. Lorsqu'un patient arrive dans un environnement étranger, la barrière linguistique empêche bien souvent une bonne communication avec l'intervenant. La présence d'un interprète, quand il y en a un, facilite un peu le processus mais il demeure difficile de parler de problèmes de santé mentale par personne interposée.

La création sur le territoire 10-B, d'un centre de jour pour psychiatisés ou pour jeunes ayant des problèmes de comportements et/ou psychiatriques, permettrait de maintenir la

personne en difficulté dans son milieu, n'empêcherait pas le contact avec les personnes significatives et pourrait assurer une meilleure continuité dans les soins.

De l'ensemble des résultats obtenus par l'analyse qualitative, il est important de mettre en lumière les besoins exprimés par l'ensemble des différentes catégories d'intervenants.

Les problèmes de communication liés à la barrière culturelle et linguistique préoccupent une quantité fort importante d'intervenants sur le territoire. Ces difficultés de communication sont étroitement liées au phénomène de l'acculturation. Les relations, au départ, fort précaires entre ces deux cultures, deviennent encore plus fragiles lorsqu'il s'agit pour un indien d'exprimer un problème de santé mentale et pour un blanc, étranger à cette culture différente de la sienne, de bien saisir la nature et le besoin nommé par l'autre.

A ce propos, le besoin de formation est mentionné par plusieurs intervenants pour pallier à cette communication plutôt difficile... Des connaissances sur l'approche transculturelle de la santé mentale sont requises pour bien comprendre et accepter cette dynamique particulière de la maladie mentale chez les communautés amérindiennes.

La prévalence de certains problèmes de santé mentale serait-elle la même si leur société n'avait pas été approchée par les Blancs? C'est une question importante si on tente de comprendre entre autres, l'importance de la problématique de l'alcool. En effet, 40% de la clientèle ayant des difficultés de contrôle avec l'alcool a un emploi alors qu'il n'y en a que

13% qui vivent de chasse et de trappe. Une fois ajustée pour le nombre de personnes ayant un emploi traditionnel, la proportion de celles-ci ayant des problèmes d'alcool est basse. Peut-on prétendre ou supposer que cette population serait en meilleure santé mentale si certaines valeurs traditionnelles étaient respectées et valorisées par la culture dominante. Ainsi les problèmes liés à l'abus de substances et la violence conjugale pour n'en nommer que quelques-uns doivent être adaptés au contexte culturel qui nous préoccupe actuellement. Notre vision de certains phénomènes doit être teintée pour répondre aux besoins et aux façons d'être de cette population. A titre d'exemple, qualifier de négligence parentale un comportement de non-interférence entre un parent et son fils adolescent peut laisser supposer une compréhension de la situation selon un contexte propre au sud.

La solution suggérée par plusieurs d'autochtoniser les ressources permettrait de contrer cette lacune transculturelle. Sensibiliser les intervenants allochtones à une optique amérindienne de la santé pourrait également s'avérer valable.

Une attention spéciale doit être accordée aux programmes préventifs si l'on veut optimiser la qualité de vie de notre population. On peut penser plus particulièrement à la clientèle des jeunes pour laquelle des mesures communautaires seraient fort pertinentes : loisirs, groupes de support, foyers d'accueil. La clientèle des femmes pourraient également bénéficier de certains groupes d'entraide afin de prévenir la dépression, l'anxiété, les

tentatives de suicide, la violence conjugale. Des rencontres de sensibilisation sur l'alcool et ses effets pourraient être organisées.

On ne pourrait conclure ce rapport sans faire mention de la nécessité d'une volonté politique face à une orientation de promotion de la santé mentale et de prévention de ce type de problème. Une concertation doit s'opérer entre le Conseil cri de la santé et des services sociaux, le D.S.C. et les Conseils de bande pour articuler une intervention adaptée à l'ensemble de la population qui nous préoccupe. La parution de la nouvelle politique de santé mentale du gouvernement québécois abonde tout-à-fait dans ce sens puisque le ministère retient comme prioritaire les thèmes de recherche suivants :

- l'intervention auprès des communautés culturelles,
- le développement d'une expertise eu égard aux communautés autochtones.

Le ministère préconise également que chaque région profite de la gamme complète des services comprenant l'information, la promotion et la prévention, les services de base, le traitement spécialisé, le support aux familles, la réadaptation et la réintégration sociale. Elle favorise de plus que *"toutes les formes d'intervention en santé mentale doivent rechercher des réponses adaptées aux caractéristiques spécifiques de chaque communauté et de ses membres. Elles doivent être élaborées en étroite collaboration avec ce milieu et favoriser le maintien dans le milieu de vie et la réintégration sociale des personnes"*.

A la lumière des résultats présentés dans ce rapport, nous formulons les recommandations suivantes :

- 1 - Il est urgent de former des intervenants médicaux et sociaux autochtones.
- 2 - Une formation en intervention de crise et une approche de réseaux seraient des moyens adéquats pour répondre aux besoins identifiés par les différents intervenants de la santé.
- 3 - Former les représentantes en santé communautaire et les travailleurs communautaires afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs dans leur milieu.
- 4 - Privilégier les activités préventives d'orientation communautaire.
- 5 - Adopter une approche par groupe cible (femmes, jeunes) afin de rejoindre les plus démunis.
- 6 - Prévoir, dans une seconde étape, de procéder à une évaluation plus approfondie des services locaux et régionaux.

**BIBLIOGRAPHIE**

Ablon J, Metcalf A, Miller D. An Overview of Mental Health Problems of Indian Children. Report of the Joint Commission of the Mental Health of Children, 1967.

Beiser M. Mental Health of American Indian and Alaska Native Children: Some Epidemiological Perspectives. White Cloud Journal 1981;2(2):37-47.

Berry JW. Acculturation Among Circumpolar Peoples: Implications for Health Status. Artic Medical Research 1985;40:21-7.

Brant CC. Programming for Native Mental Health. In: Lumsden P. Community Mental Health Action. Ottawa, Canada: Canadian Public Health Association, 1984.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 3rd edition, revised. Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.

Dumont C. Sédentarisation et Santé. Communication présentée au Congrès S.E.R., Pittsburg, 1986.

Dumont C. La Santé Mentale sur le Territoire 10-B. Document photocopié. Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1983.

Green BE; Sack WH, Pambrum A. A Review of Child Psychiatric Epidemiology with Special Reference to American Indian and Alaska Native Children. White Cloud Journal 1981;2(2):22-36.

Jarvis G, Boldt M. Death Styles Among Canada's Indians. Social Science and Medicine 1982;16:1345-52.

Kleinfeld J, Bloom JD, Weed V. Using Physiological Symptoms to Detect Psychological Disturbance in an Eskimo Population. White Cloud Journal 1982;2(4):9-17.

La Framboise TD. American Indian Mental Health Policy. American Psychologist 1988;43(5):388-397.

Laurendeau MC. L'Etablissement des Priorités en Santé Mentale - Modèle théorique et Exercice d'Application. Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1984.

Lavallée C. Evaluation du programme des représentantes en santé communautaire chez les Cris de la Baie James. DSC, Hôpital général de Montréal. Décembre 1987.

Lavallée C. Dossier socio-sanitaire 1987 - 1988, Les Cris de la région 10-B. DSC, Hôpital général de Montréal. Novembre 1988.

Le Suicide au Canada. Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Direction générale des services et de la promotion de la santé. Santé et Bien-Etre Social Canada, 1987.

Mail P, McDonald PR. Tulapai to tokay, a Bibliography of Alcohol Use and Abuse among Native Americans of North America, New Haven, CT : HRAF, 1980.

Manson SM, Trimble JE. American Indian and Alaska Natives Communities. In: Snowden LR. Reaching the underserved Mental Health Needs of Neglected Populations. Sage Publications, 1982, pp. 143-63.

May PA. Suicide and Self-destruction among American Indian Youths. American Indian and Alaska Native Mental Health Research, Vol.1, No.1, June 1987.

Niezen RW, St-Jean R. Clientele and Social Services in Region 10-B (1986-1987), Mars 1988.

Pelz M, Merskey H, Brant C, Patterson PGR, Heseltine GFD. Clinical Data from a Psychiatric Service to a Group of Native People. *Can. Journal Psychiatry*, 1981;26:345-8.

Pineault R, Daveluy C. *La Planification de la Santé*, Montréal, Agence d'Arc Inc., 1986, p. 227.

Pour un Partenariat Elargi. *Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Comité de la politique de santé mentale, Québec, 1987.

Québec (Prov.). *Avis sur la Protection et le Développement de la Santé Mentale des Jeunes. La santé mentale des enfants et des adolescents. Vers une approche plus globale*, 1985, 251 p.

Québec (Prov.). *Politique de santé mentale*. 1989, 62 p.

Robinson E. *La Santé des Cris de la Baie James*, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1985.

Roy C, Chaudhuri A, Ivine D. The Prevalence of Mental Disorders among Saskatchewan Indians, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol.4, No.1, 1970.

Sampath HM. Prevalence of Psychiatric Disorders in a Southern Baffin Island Eskimo Settlement. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1974;19:363-7.

Shore JH, Kinzie JD, Hampson JL, Patteson EM. Psychiatric Epidemiology of an Indian Village. *Psychiatry* 1973;36:70-81.

Shore JH, Manson SM. Cross-cultural Studies of Depression Among American Indians and Alaska Natives. *White Cloud Journal* 1981;2(2):5-12.

Termanson PE, Peters RW. Suicides and Attempted Suicide Among Status Indians in B.C. Mémoire présenté lors de la Conférence de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, Salzburg, Autriche, Juillet 1979.

Timpson J. Un Programme Autochtone de Santé Mentale dans le Nord-Ouest de l'Ontario: Elaboration et Formation. *Santé Mentale au Canada* 1983, Septembre, pp. 2-3.

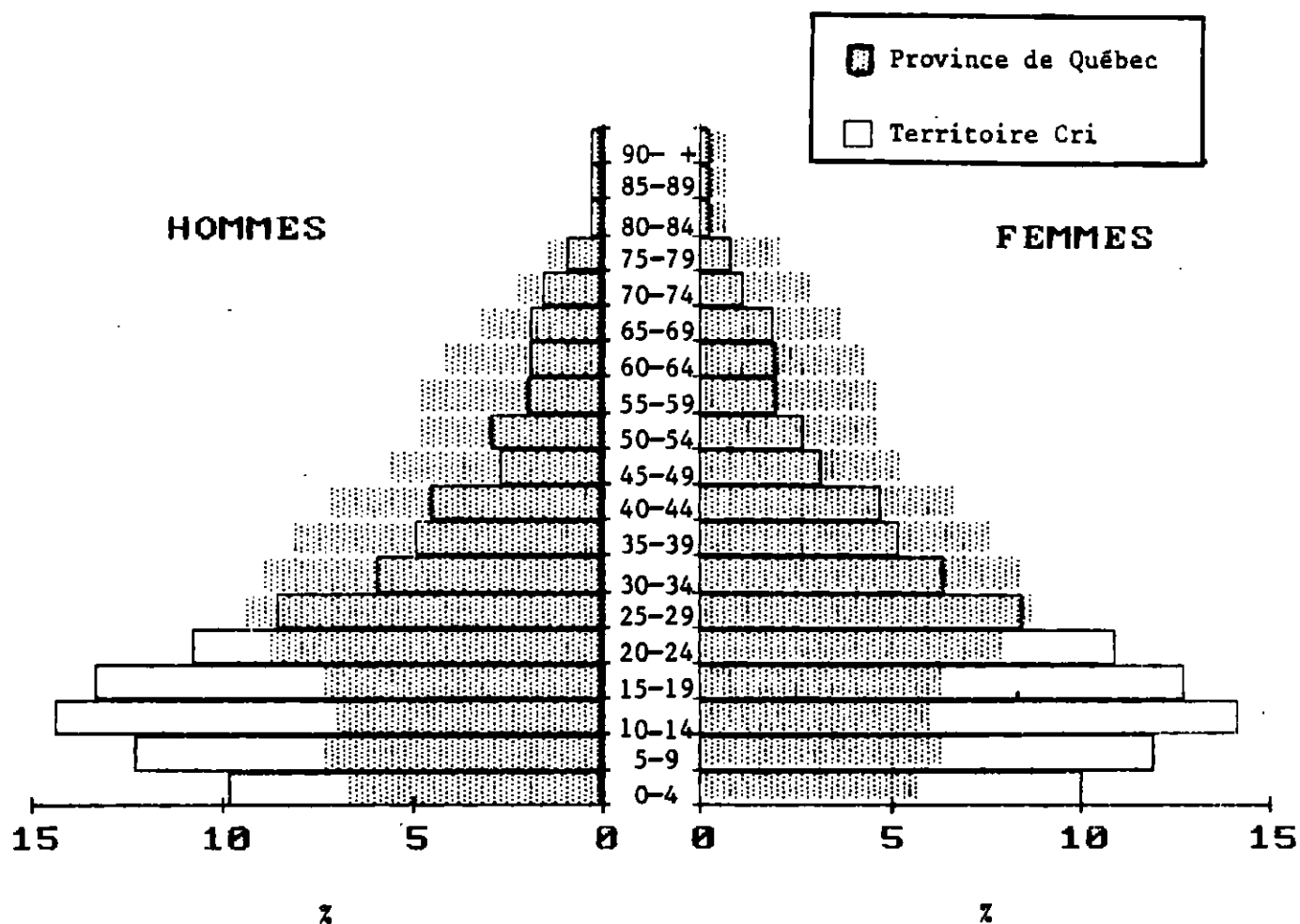
United States National Institute of Mental Health. Suicide, Homicide and Alcoholism Among American Indians. Rockville, Maryland: N.I.M.H., 1973.

Ward JA. Adolescent Suicide. A discussion from a study of suicide among native youth. Presented to Thistle Town continuing education series. December 4, 1981.

**ANNEXE A**  
**TABLEAUX ET GRAPHIQUES SUPPLEMENTAIRES**

## GRAPHIQUE A.1

### COMPARAISON DE LA STRUCTURE D'ÂGE DE LA POPULATION CRIE AVEC CELLE DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE, SELON LE SEXE



**Sources :** Registre des autochtones, M.S.S.S., juillet 1987.  
 Bureau de la statistique du Québec, Perspectives provisoires de la population et des ménages 1986-2011, 1988.

**TABLEAU A.1**

**POPULATION CRIE SELON LE VILLAGE, PAR SEXE, JUILLET 1987**

VILLAGE	SEXE		N	Total	%
	Hommes N	Femmes N			
Whapmagoostui	224	222	446		5,2
Chisasibi	1 161	1 203	2 364		27,5
Wemindji	392	396	788		9,2
Eastmain	186	184	370		4,3
Waskaganish	620	594	1 214		14,1
Nemaska	181	184	365		4,2
Mistissini	1 030	1 046	2 076		24,2
Waswanipi	493	474	967		11,3
<b>TOTAL</b>	<b>4 287</b>	<b>4 303</b>	<b>8 590</b>		<b>100,0</b>

Source : Registre des autochtones, M.S.S.S., juillet 1987.

**TABLEAU A.2****DISTRIBUTION DES TRANSFERTS SELON LES COMMUNAUTES  
DE RESIDENCE, DONNEES NON-AJUSTEES**

COMMUNAUTE	N	%
Whapmagoostui	11	8,2
Chisasibi	10	7,4
Wemindji	8	5,9
Eastmain	1	0,7
Waskaganish	25	18,5
Nemaska	43	31,9
Mistissini	22	16,3
Waswanipi	15	11,1
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

**TABLEAU A.3****DISTRIBUTION DES TRANSFERTS SELON LES DIAGNOSTICS (N=135)**

CATEGORIE DIAGNOSTIQUE	N	%
Troubles psychotiques	98	73,7
Dépression/Anxiété	12	9,0
Alcoolisme	10	7,5
Problèmes familiaux	2	1,5
Problèmes de comportement ou d'apprentissage	1	0,8
Tentative de suicide	9	6,8
Autre	1	0,8
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,1</b>

**ANNEXE B**

**INSTRUMENT DE CUEILLETTE DES DONNEES**

**Profil de la clientèle en santé mentale chez la population Cree, description et perception par les intervenants des services de santé mentale: une étude exploratoire**

Nom du patient: \_\_\_\_\_

**Données des dossiers médicaux**

Questionnaire no. (1) (2) (3)

**1. Sexe:**

- Masculin  (1) 4  
 Féminin  (2)

**2. Age:** \_\_\_\_\_ 5

**3. Statut Civil**

- célibataire  (1)  
 marié  (2) 6  
 veuf  (3)   
 séparé ou divorcé  (4)  
 autres \_\_\_\_\_  (5)

**4. Communauté**

- Poste de la Baleine  (1)  
 Chisasibi  (2)  
 Wemindji  (3) 7  
 Eastmain  (4)   
 Waskaganish  (5)  
 Nemaska  (6)  
 Mistassini  (7)  
 Waswanipi  (8)

**5. Statut familial**

- vivant avec un conjoint  (1)  
 seul  (2)  
 vivant avec un conjoint  (3) 8  
 et des enfants   
 vivant avec 1 parent  (4)  
 vivant avec 2 parents  (5)  
 vivant seul avec  (6)  
 un ou des enfants  
 autres \_\_\_\_\_  (7)

**6. Occupation**

- étudiant  (1)  
 sans emploi  (2) 9  
 travailleur rémunéré  (3)   
 emploi traditionnel  (4)  
 femme à la maison  (5)  
 retraité  (6)  
 autres \_\_\_\_\_  (7)

**7. Source de revenus**

- Assurance-chômage  (1)  
 Bien-Etre Social  (2) 10  
 Revenu garanti  (3)   
 Pension du gouvernement  (4)  
 Travail  (5)  
 Ne s'applique pas  (6)  
 autres \_\_\_\_\_  (7)

**8. Activité du dossier (santé mentale)**

- 0 - 3 mois  (1)  
 4 - 6 mois  (2)  
 7 - 12 mois  (3) 11  
 13 - 24 mois  (4)   
 25 - 36 mois  (5)  
 37 mois et plus  (6)

**9. Nombre de jours d'hospitalisation**

- 0 - 30 jours  (1)  
 31 jours - 60 jours  (2)  
 61 jours - 90 jours  (3) 12  
 91 jours - 150 jours  (4)   
 151 jours - 270 jours  (5)  
 271 jours - 365 jours  (6)  
 366 jours - 730 jours  (7)  
 731 jours et +  (8)  
 Non applicable  (9)



G 5508

E-1766

ex.2

Laverdure, J. et al.

Profil de la clientèle et description des services de santé mentale au sein de la population Gric de la Baie James

G 5508

ex.2

