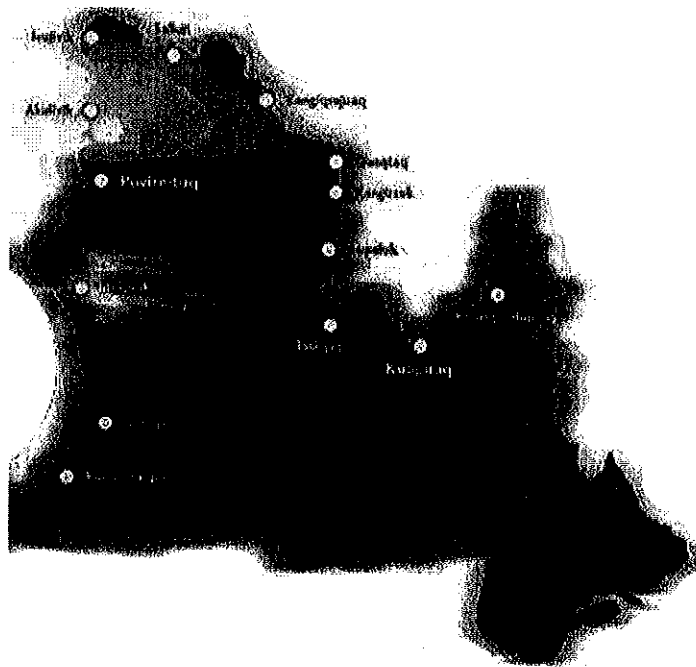


Déposé le 2 février 2010

No. : CSSS-05

Secrétaire Anik Laplante

État de situation
du réseau de santé et services sociaux du
Nunavik



Commission parlementaire
de la santé et des services sociaux

Février 2010

TABLE DES MATIÈRES



I. INTRODUCTION	5
II. PRÉSENTATION DE LA RÉGION	7
A. Le Nunavik	7
B. Les disparités Régionales	9
C. La pauvreté	10
D. Le surpeuplement des logements	11
E. L'alimentation traditionnelle et insécurité alimentaire	13
III. LE RÉSEAU AU NUNAVIK	15
A. Le réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik	15
IV. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL	24
A. Processus de planification stratégique	24
B. Convention de la Baie de James et du Nord québécois et conventions	25
C. Mécanisme de discussions	27
V. LA SANTÉ PUBLIQUE AU NUNAVIK	28
A. Profil démographique du Nunavik	28
B. État de santé générale de la population du Nunavik	29
C. Causes de mortalité	30
D. Causes de morbidité physique	31
E. Enfants 0-5 ans	31

F.	Enfants et adolescents 6-17 ans	32
G.	Adultes 35 ans et plus et aînés	34
VI.	<i>PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES</i>	35
A.	Abus d'alcool et autres toxicomanies	35
B.	Abus sexuels	36
C.	Violence	36
D.	Problèmes de santé mentale et suicide	37
VII.	<i>LES PRIORITÉS POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK</i>	38
A.	Les Services à la population	38
B.	Les Ressources informationnelles	41
VIII.	<i>L'ORGANISATION DES SERVICES AU NUNAVIK</i>	43
A.	Jeunes en difficulté	44
B.	La santé mentale et la prévention du suicide	46
C.	La toxicomanie et la violence familiale	46
D.	Les personnes âgées et en perte d'autonomie	48
E.	Sages-femmes	49
IX.	<i>LES SERVICES MÉDICAUX ET DENTAIRE DU NUNAVIK</i>	51
A.	Les services médicaux	51
B.	Les services dentaires	52
X.	<i>LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET LES SERVICES D'URGENCE</i>	54
XI.	<i>LE PLAN CONTRE UNE PANDÉMIE DE L'INFLUENZA</i>	55

<i>XII. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK</i>	<i>57</i>
<i>A. Situation financière</i>	<i>57</i>
<i>B. Services administratifs</i>	<i>59</i>
<i>XIII. CONCLUSION</i>	<i>61</i>

I. INTRODUCTION

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés, permettez-moi de vous présenter les gens qui m'accompagnent, soit la vice-présidente du conseil d'administration, la directrice générale et les membres de l'équipe de direction de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik:

- Madame Eva Weetaluktuk, vice-présidente du conseil d'administration;
- Madame Jeannie May, directrice générale;
- Monsieur Gilles Boulet, adjoint à la directrice générale;
- Dr. Serge Déry, directeur régional de la santé publique;
- Madame Elena Labranche, adjointe au directeur de la santé publique
- Madame Johane Paquette, directrice de la planification et de la programmation;
- Monsieur Silas Watt, directeur des services administratifs;
- Madame Lisa Mesher, directrice des valeurs et pratiques inuites;
- Monsieur Larry Watt, directeur des services hors-région;
- Monsieur Jean-Pierre Charbonneau, directeur du développement des ressources humaines.

Tout d'abord, je vous remercie sincèrement de nous accueillir à cette commission parlementaire. Cet exercice nous permet de créer un lien avec cette commission et de vous offrir une meilleure compréhension des caractéristiques de notre territoire. Ces réalités, il ne faut pas se le cacher, sont particulières et présentent des contraintes énormes quant à la dispensation des services de santé et des

services sociaux à une population qui a droit à ces services. Le gouvernement du Québec consacre beaucoup d'efforts financiers pour notre région, mais ces efforts devront être amplifiés afin que nous puissions répondre aux besoins croissants de notre population.

Durant cet exercice, nous vous livrerons un portrait de notre région et des services offerts aux Nunavimmiut. Des efforts considérables ont été accomplis et le sont toujours afin de mieux identifier les besoins, les services à consolider et les services à développer pour le bien-être de notre population. Ces efforts de consolidation et de développement de services sont en fonction des ressources humaines, financières et matérielles mises à notre disposition.

Vous nous permettrez quelques clins d'œil sur la situation actuelle car, malgré que l'exercice porte principalement sur les années 2003 à 2009, nous sommes tous davantage interpellés par les préoccupations actuelles en lien avec l'accès, la continuité et la qualité des services. Il nous fera plaisir de répondre au meilleur de notre connaissance à vos questions et préoccupations.

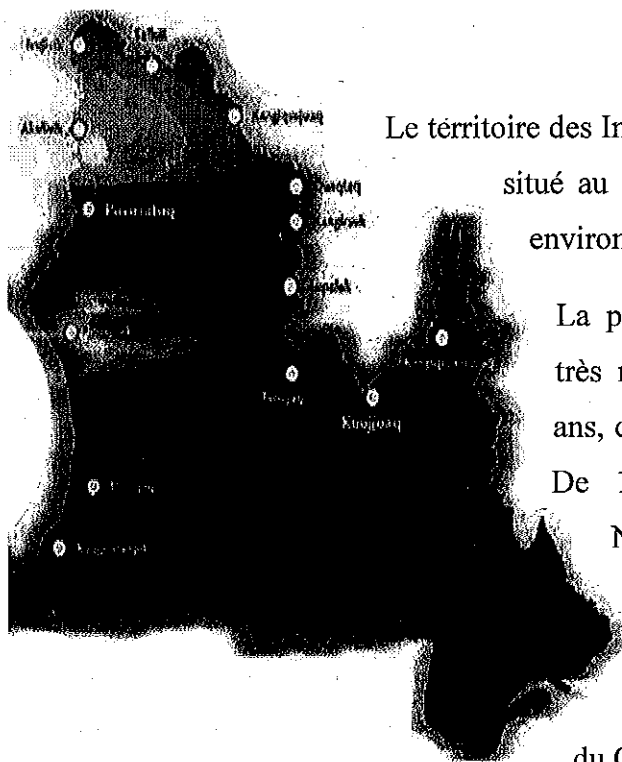
Nous amorcerons notre présentation en abordant les caractéristiques de notre région. et nous poursuivrons par la présentation du réseau de services et nous terminerons sur les éléments d'enjeux et de perspectives et quelques préoccupations d'actualité.

Alasie Arngak, présidente, RRSSSN



II. PRÉSENTATION DE LA RÉGION

A. LE NUNAVIK



Le territoire des Inuits québécois nommé Nunavik, est situé au nord du 55^e parallèle et représente environ le tiers de la superficie du Québec.

La population du Nunavik a augmenté très rapidement dans les derniers vingt ans, de 5,860 en 1986 à 11,520 en 2009. De 1996 à 2006, la population du Nunavik a cru de 26%. On prévoit que le taux de croissance de la population du Nunavik sera environ trois fois supérieur à celui du Québec jusqu'en 2021.

La population est dispersée dans 14 communautés situées le long des côtes de la baie d'Hudson, du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Ces communautés ont toutes «un air de famille» à cause de leurs nombreux points communs. Le pergélisol rend difficile l'aménagement d'un système d'aqueduc. Ce sont donc les camions municipaux qui assurent la collecte quotidienne des eaux usées et l'approvisionnement en eau potable.

Les communautés disposent également de différents autres services et infrastructures: piste d'atterrissage, mairie, point de service de CLSC, centre de la petite enfance, magasin général et bureau de poste, hôtel, centre communautaire, maisons de jeunes, gymnase, lieux de culte, services de police, de voirie et d'enlèvement des ordures ménagères, etc. Hydro-Québec fournit l'énergie électrique

via des génératrices au mazout. Certains services, banque, cinéma et restaurants, ne sont disponibles que dans les plus grosses communautés.

Aucun lien terrestre ne relie le Nunavik au reste du Québec, non plus qu'entre elles les 14 communautés du Nunavik. L'avion est donc le moyen de transport privilégié. De plus, profitant de la courte saison de navigation, des bateaux viennent ravitailler les communautés en produits pétroliers, matériaux de construction, denrées alimentaires non périssables et produits de toutes sortes.

Même dans les plus petites communautés, les automobiles et camionnettes sont de plus en plus présentes. La motoneige est le véhicule privilégié pour les déplacements en hiver. L'été, les embarcations motorisées et les véhicules tout-terrain sont d'usage courant.

Les télécommunications connaissent un essor considérable avec l'utilisation des satellites. L'infrastructure actuelle des télécommunications dans le réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik est maintenant inacceptable et inefficace. Par exemple, une connexion de 56 kbps est disponible pour 5 à 15 postes de travail dans chacun des 12 points de service CLSC. Les deux centres de santé ne sont pas plus privilégiés avec une connexion de 640 kbps pour 150 à 200 postes de travail, alors que chaque résidence privée au Nunavik a accès à une connexion rapide de 128 kbps. Les deux centres de santé et les douze autres points de service de CLSC sont munis de téléphones satellites fixes, afin de pallier à toute éventualité d'extrême urgence ou en cas de panne du système téléphonique public. La télévision est très populaire. Le câble et les antennes paraboliques reliées aux satellites sont accessibles. Taqramiut Nipingat Inc. (TNI) produit une heure et demie par jour d'émissions télévisuelles en inuktitut. TNI exploite aussi un poste de radio MF dans chaque communauté et diffuse une quinzaine d'heures hebdomadaires d'émissions régionales et locales, principalement en inuktitut. Le poste de radio communautaire est un lien essentiel de communication entre tous les membres de la collectivité.

Les Inuits constituent plus de 90% de la population du Nunavik et leur mode de vie est fort différent de ce qui existe ailleurs dans la province.

La langue parlée majoritairement au Nunavik est l'inuktitut mais la langue de pratique est essentiellement l'anglais du fait de la prépondérance du gouvernement fédéral dans l'administration jadis. Toutefois, le français y fait des progrès notoires.

Les emplois salariés se retrouvent principalement au niveau des services publics et parapublics, des coopératives (dans l'hôtellerie et l'alimentation) et des organismes issus de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ). Toutefois, les possibilités de trouver un emploi régulier demeurent relativement rares, particulièrement dans les plus petites communautés.

B. LES DISPARITÉS RÉGIONALES

Le coût des disparités régionales ne devrait en aucun cas pénaliser les ressources responsables du bien-être de la population inuite et des services destinés à cette population.

Dans un contexte d'éloignement et d'isolement, le coût de vie est considérablement plus élevé que dans le Sud du Québec

Des données plus récentes laissent entrevoir que le coût de construction des logements au Nunavik est plus près de 2,5 ou 3 fois le coût dans le Sud du Québec.¹

Les coûts de construction des centres locaux de services communautaires (CLSC), des foyers de groupe et des installations semblables sont à peu près **quatre fois plus élevés** au Nunavik qu'au Sud.

Le coût unitaire de construction du CLSC d'Akulivik en 2005-2006 était environ 9 160 \$ le mètre carré, sans compter les équipements spécialisés, et environ 9 400 \$ le mètre carré avec les équipements spécialisés.

Une étude menée en 1997² compare le coût des services dans les régions 10, 17, et 18 au même coût dans le reste du Québec. Cette étude a révélé qu'un montant de 100 \$ dans le Sud du Québec n'achète que pour 57,90 \$ dans le Nord. Autrement dit, les services qui coûtaient 100 \$ dans le Sud du Québec en 1992 coûtaient 172 \$ en

¹ NRBHSS Capital Facilities and Equipment Department.

² Jean-Pierre Duplantie, *L'équité interrégionale et les Régions Nord-du-Québec*, 1997.

moyenne au Nunavik. Ce deuxième chiffre devrait s'ajuster à 192 \$ aujourd'hui. Donc le « facteur nordique » pour le coût des services est présentement de **1,92**.

Cette comparaison n'a pris en compte que l'impact financier des services assurés/non assurés, la disparité régionale liée aux conventions collectives et certains autres coûts liés aux conditions du Nord. Elle n'a pas pris en compte un nombre d'autres facteurs coûts tels :

- les coûts de transport ;
- les effets du climat ;
- le coût de maintenir un inventaire en l'absence des livraisons ponctuelles ;
- les coûts de maintien, de réparation et de renouvellement des équipements et des installations ;
- les coûts liés aux contraintes linguistiques ;
- les coûts liés à la formation de la main-d'œuvre inuite ;
- les coûts liés aux impacts du roulement du personnel ;
- le coût de maintenir les services dans des très petites communautés ;
- le manque de ressources pour les services de première ligne et les services spécialisés.

C. LA PAUVRETÉ

Il est bien accepté maintenant que l'état de santé d'une population est en corrélation plutôt étroite avec les conditions socioéconomiques dans lesquelles cette population évolue. Au Nunavik, plusieurs indicateurs illustrent la précarité des conditions de vie de la population de la région. On retrouve ici une pauvreté relative plus marquée qu'ailleurs au Québec, associée à un coût de la vie nettement plus élevé. Environ 15 % de la population reçoit de l'aide sociale et près de 75 % des individus âgés de 65 ans et plus reçoivent le supplément de revenu garanti.

D. LE SURPEUPLEMENT DES LOGEMENTS

La majorité des habitants du Nunavik demeurent dans des logements sociaux. Malheureusement, la croissance du nombre de logements n'arrive pas à suivre celle de la population. Il en résulte un surpeuplement des logements. Ainsi, la moyenne d'occupants par maisonnée est supérieure à 4, soit presque le double de celui du Québec. La proportion des habitations qui habitent de multiples familles (deux générations ou plus) est de 33 %, soit cinq fois plus élevé qu'au Québec. Selon les autorités de l'office régional d'habitation, la liste d'attente pour les logements sociaux ne fait que s'allonger. De ce fait, la possibilité pour un jeune couple désirant fonder une famille d'obtenir un logement exclusif est pratiquement nulle.

De l'avis de plusieurs, ce surpeuplement et cette promiscuité exagérée sont associés non seulement à des problèmes de santé physique (transmission de maladies contagieuses notamment), mais ils contribuent à amplifier certaines problématiques psychosociales comme la violence et les abus.

Plusieurs organismes internationaux et nationaux ont formulé des recommandations concernant la définition de logement sain. Tous s'entendent que l'accès au logement adéquat constitue un droit universel et que la définition de logement adéquat va au-delà de la simple structure physique. Chaque occupant d'un ménage donné a droit à un minimum acceptable d'intimité.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les éléments fondamentaux d'un milieu résidentiel sain comprennent :

- une unité distincte pour chaque famille, si tel est désiré ;
- un nombre suffisant de chambres ainsi qu'un volume intérieur favorable à la santé et à la sécurité des occupants afin d'éviter le surpeuplement des espaces partagés et des chambres ;
- une séparation adéquate des chambres, c.-à-d., des chambres séparées pour les adolescents et les adultes de sexe opposé (sauf les parents) ;

- un approvisionnement adéquat en eau potable courante.

Selon l'Organisation des Nations Unies, les conditions de logement inadéquates et peu sécuritaires peuvent entraîner l'instabilité sociale et politique et empêcher le développement économique. Il est important d'assurer des logements pouvant accueillir des grandes familles, surtout celles avec des enfants d'âge adulte.

La majorité des habitants du Nunavik vivent dans les logements sociaux. Or, le logement social est offert à la population du territoire depuis les années soixante, et le nombre et la qualité des logements se sont améliorés de façon considérable depuis. Toutefois, la croissance démographique rapide et le sous-développement socio-économique dans la région font augmenter les besoins en termes de logement au Nunavik. Comparé au Québec, la croissance démographique dans la région est beaucoup plus élevée (Tableau 1). Entre 2001 et 2006, la population du Nunavik a vu une augmentation de 12 % comparé à 4,3 % pour le Québec.

Malgré une diminution au niveau du surpeuplement, plus d'un tiers des Inuits *Nunaat* (venant du Canada) vivent dans des logements surpeuplés (Tableau 2), et c'est les *Nunavimmiut* qui subissent les pires situations de logement parmi tous les Inuits, avec 49 %, comparé à 39 % pour le Nunavut, 19 % pour la région Inuvialuit et 13 % pour le Nunatsiavut. Il est à noter que le Nunavik est la seule région inuite où la situation de surpeuplement s'est empirée durant la période de 1996 au 2006. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA 2006), 40 % des jeunes Inuits âgés de 14 ans et moins vivent dans des logements surpeuplés, un taux six fois plus élevé que celui pour les enfants non autochtones (6 %).

Selon l'opinion informée de plusieurs praticiens, non seulement ce surpeuplement et cette promiscuité exagérée sont associés aux problèmes de santé physique (surtout la transmission de maladies contagieuses telle que la tuberculose), mais ils contribuent aussi à aggraver certains problèmes psychosociaux tels la violence et l'agression, la promiscuité sexuelle et les problèmes de santé mentale.

Il est évalué que 1 000 nouvelles unités de logement doivent être construites et accessibles dans les quatre prochaines années, à un taux de 300 nouvelles résidences par année et ce jusqu'en 2013-2014.

E. L'ALIMENTATION TRADITIONNELLE ET INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Traditionnellement, le régime alimentaire des Inuits se composait des produits de la chasse, de la pêche et de la cueillette. Progressivement, pour plusieurs raisons dont la sédentarisation, la proportion de la diète des Inuits provenant des aliments traditionnels a décliné. Ainsi, l'Enquête de santé Qanuippitaa a démontré que l'alimentation traditionnelle ne fournissait plus que 16 % de l'apport quotidien total en calories, en baisse par rapport à 1992 (21 %). Un phénomène qu'il convient de mentionner est le désintéressement des jeunes vis-à-vis les aliments traditionnels au profit des aliments commerciaux.

Dans ce contexte, le coût élevé des aliments commercialisés, combiné aux manques de ressources financières (revenu total annuel moyen moins élevé, taux de chômage 2 à 3 fois plus élevé que le reste du Québec dans certains villages), entraîne encore aujourd'hui une insécurité alimentaire chez près du quart des ménages du Nunavik (phénomène documenté à plusieurs reprises). Ce phénomène est associé à l'apparition de certaines carences alimentaires (anémie ferriprive, déficiences vitaminiques, etc.).

Un des aspects préoccupants de l'alimentation traditionnelle est la présence de contaminants provenant du sud. Ces contaminants peuvent poser des risques, tant pour le développement du jeune enfant que pour l'apparition de cancers. Heureusement, l'Enquête Qanuippitaa a démontré une baisse significative des niveaux sanguins pour plusieurs contaminants, dont le plomb, le mercure et le cadmium. Cependant, d'autres contaminants sont toujours présents. Il importe donc de continuer la surveillance et la recherche concernant le niveau des contaminants et leurs effets sur la santé.

Grâce à ces résultats sur l'état de santé de la population, il sera permis aux intervenants et aux décideurs d'ajuster les services offerts à la situation actuelle. Par conséquent, les programmes et les interventions destinés à la population inuite seront mis à jour, et avec un peu de chance, contribueront à améliorer son état de santé.



III. LE RÉSEAU AU NUNAVIK

A. LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU NUNAVIK

Le réseau nordique de la santé et des services sociaux est encore en pleine croissance. Pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik est la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik (RRSSSN) gère un budget de près de 110 millions de dollars, destiné à offrir des soins et services à la population des 14 communautés.

1. La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik

Le Nunavik est la seule région du Québec qui compte encore une Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Située à Kuujuaq et créée en 1995, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik (RRSSSN) est la continuation légale de l'ancien Conseil de la santé et des Services Sociaux Kativik.

Elle emploie au total quelque 55 personnes inuites et non inuites et comprend les départements suivants : une direction générale, une direction de la santé publique, une direction de la planification et de la programmation, une direction des services administratifs, une direction des valeurs et pratiques inuites (créée en 2008), et dans les derniers mois, deux directions se sont ajoutées, soit la direction des services hors-région et la direction du développement des ressources humaines (créées à l'automne 2009).

Un conseil d'administration composé de 20 membres gouverne la Régie :

- 14 personnes représentant respectivement chaque communauté du Nunavik;

- Les directeurs généraux de chacun des centres de santé (Tulattavik et Inuulitsivik) (2 membres);
- Un membre nommé par le conseil d'administration de chaque centre de santé à même les représentants élus par les villages (2 membres);
- Un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik ;
- La directrice générale de la RRSSSN.

Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la Régie tient annuellement.

Ces dernières années ont vu un processus de négociation pour la fusion de trois organismes, soit l'administration régionale Kativik (ARK), la Commission scolaire Kativik (CSK) et la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux afin de créer le gouvernement régional du Nunavik. La fusion de l'ARK, de la CSK et de la RRSSSN sera réalisée au moment déterminé par une loi du Québec, pour donner suite à une ou des conventions complémentaires à la CBJNQ.

Le gouvernement régional du Nunavik sera le successeur de l'ARK, de la CSK et de la RRSSSN et reprendra exclusivement sur le territoire, l'ensemble des pouvoirs, responsabilités, rôles, fonctions, actifs, passifs, obligations et ressources de ces trois organismes. Ce dénouement prendra forme dans un proche avenir.

Au niveau régional, la RRSSSN est impliquée dans différents comités dont le *Regional Partnership Committee* (Comité régional de partenariat).

La RRSSSN a revu le mandat du comité DPJ-CLSC et mis en place un comité régional sur la violence, l'agressivité et l'abus sexuel. En 2010, nous espérons arriver à une entente avec la Commission scolaire Kativik sur la complémentarité de services.

- CPEJ (centre de protection de l'enfance et de la jeunesse); deux départements de la protection de la jeunesse (Puvirnituk et Kuujuaq) avec des délégués dans chacune des communautés; et
- CRJDA (centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation). Un centre de réadaptation régional (Salluit) et deux foyers de groupe (Puvirnituk et Kuujuaq).

De plus, d'autres services sont offerts.

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Les services de santé et les services sociaux courants sont disponibles dans toutes les communautés et sont offerts par des intervenants et des professionnels locaux. Les professionnels itinérants (médecins, dentistes, hygiénistes dentaires, intervenants sociaux, etc.) viennent compléter ces services.

Les interprètes au rôle élargi sont impliqués dans la prestation des soins de santé en facilitant les communications avec des personnes qui ne parlent que l'inuktitut.

Sur la côte de l'Hudson, trois communautés avec des médecins installés en permanence offrent des services de sages-femmes inuites, tels le suivi périnatal l'accouchement et le suivi post-natal.

Pour les problèmes complexes ou graves, avec le continuum de services, le client est orienté au service approprié dans la région ou au Sud.

LES SERVICES DE DEUXIÈME ET TROISIÈME LIGNES

Les services de santé de deuxième ligne au Nunavik sont limités. Certains sont offerts par les deux centres de santé (qui ont chacun 25 lits de courte et de longue durée), notamment par des spécialistes itinérants tels les ORL, gastro-

entérologues, gynécologues, les psychiatres, les orthopédistes, etc. Dans l'impossibilité d'offrir les services spécialisés ou ultra spécialisés adéquats, le client est orienté aux services selon l'entente avec le RUIS McGill ou selon d'autres ententes avec des établissements au Sud. Nous travaillons en étroite collaboration avec le RUIS McGill et nous avons été en mesure de signer avec eux plus de dix ententes de services spécialisés tels que l'oncologie et hématologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la chirurgie plastique et autres.

Le Module du Nord québécois assure un service de logement aux patients recevant des soins à Montréal. Les services aux patients à Montréal servent de liaison et de soutien dans ces cas de transfert, ainsi assurant l'accueil, le transport, le logement, les services d'interprétariat et la liaison avec les établissements du Nord.

Les services de deuxième ligne en santé mentale sont offerts par le centre de crise intensive régional. Il y a également possibilité de transférer les clients au CHUM Notre-Dame (deux lits).

Les deux directions de la protection de la jeunesse offrent des services d'intervention directe ainsi que le placement en famille d'accueil, en centre de réadaptation (Sapummivik) et en foyer de groupe (Kuujuaq et Puvirnituk). Elles fournissent aussi des services en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

En 2010, nous prévoyons ouvrir, sur une base temporaire, deux unités de placement au Sud pour les garçons et filles de 12 à 18 ans présentant des problématiques diverses (santé mentale, toxicomanie, troubles psychiatriques).

Dans la région, les objectifs majeurs consistent en la consolidation des services de santé de base et le développement davantage de soins spécialisés. L'acquisition d'équipements spécialisés, l'aménagement d'espaces pour ces équipements, et l'ajout de spécialistes au plan régional d'effectifs médicaux se trouvent parmi les moyens à cette fin.

3. Les organismes communautaires

Les organismes communautaires subventionnés qui offrent des services au Nunavik le sont par le programme “Soutien aux organismes communautaires” du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ils sont regroupés selon ces secteurs d’activités, soit :

- Services de support aux personnes âgées;
- Appartements supervisés (santé mentale);
- Services de violence familiale;
- Services à la jeunesse;
- Services de traitement de la toxicomanie.

En détail:

- Trois résidences pour personnes âgées situées respectivement à Kuujjuaq, Puvirnituk et Kangiqsujaq;
- Deux unités d’appartements supervisés (Santé mentale) situés respectivement à Kuujjuaq et Puvirnituk;
- Trois centres d’hébergement pour femmes situés respectivement à Kuujjuaq, Salluit et Kuujjuaraapik. Un quatrième centre verra le jour en 2010 à Inukjuak;
- L’association des femmes inuites Sutturviit;
- 14 maisons de jeunes;
- L’Association des maisons de jeunes du Nunavik; et
- Un centre de traitement pour la toxicomanie.

Grâce à un partenariat avec l’Office municipal d’habitation Kativik en 2006-2007, nous avons pu élaborer des projets de construction pour un refuge pour femmes et des appartements supervisés.

4. Les programmes communautaires subventionnés par Santé Canada

La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik gère plusieurs programmes fédéraux pour la région, notamment:

- Grandir ensemble;
- Programme de mieux-être communautaire (gestion de crise en santé mentale);
- Programme canadien de nutrition prénatale;
- Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale;
- Aide et soins à domicile et en milieu communautaire;
- Stratégie de lutte contre le tabagisme;
- Initiative sur le diabète chez les autochtones;
- Contaminants nordiques;
- Programmes Écoles en santé et en toxicomanie (FTSA)
- Plan d'intégration – Santé mentale (FTSA);
- Fondation pour la guérison des Autochtones
- Stratégie nationale sur la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations et autochtones; et
- Résolution des pensionnats indiens.

Ces programmes ont permis de créer dans les villages plusieurs projets pour améliorer le bien-être de la population et incluant des thèmes tels que la prévention en santé mentale et la nutrition pour les femmes enceintes.

5. Initiatives fédérales de Santé Canada

Dans l'année financière 2005-2006, deux initiatives fédérales de Santé Canada ont vu le jour au Nunavik et elles doivent prendre fin en 2009-2010. Ces deux initiatives sont sous la direction des valeurs et pratiques inuites.

La première est l'initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé (IRHAS) qui poursuit trois objectifs spécifiques :

- augmenter le nombre d'intervenants autochtones en matière de santé dans les communautés autochtones à travers le Canada;
- mieux assurer la rétention d'intervenants de la santé dans ces communautés;
- ajouter à la main-d'œuvre sanitaire des éléments de soutien telle la recherche et l'évaluation de services.

Au sein de la RRSSSN, un coordonnateur d'engagements régional est responsable d'étudier les propositions transmises par les différents organismes du Nunavik et d'offrir de l'aide, au besoin, dans la formulation de propositions.

La deuxième initiative est le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) composée des trois volets suivants :

- L'enveloppe d'adaptation pour soutenir une meilleure adaptation des programmes de santé provinciaux et territoriaux existants aux besoins particuliers des Autochtones, y compris celles vivant en milieu urbain et les communautés Métis ;
- L'enveloppe d'intégration pour soutenir une meilleure coordination et l'intégration des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et des systèmes de santé fédéraux au sein des communautés inuites et des Premières Nations (financés par le gouvernement fédéral) ;

- L'enveloppe pancanadienne pour soutenir des approches multisectorielles à l'intégration et à l'adaptation applicables chez les Inuits, les Premières Nations et les Métis ainsi que pour l'adaptation de programmes de santé généraux du Gouvernement du Canada.



IV. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL

A. *PPROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE*

La réseau des Services de santé et des services sociaux du Nunavik (« **Réseau du Nunavik** ») comporte la Régie régionale des services de santé et des services sociaux du Nunavik (« **Régie régionale** » ou « **RRSSSN** »), le Centre de santé d'Inuulitsivik de la Baie d'Hudson (« **Inuulitsivik** ») et le Centre de santé de Tulattavik de la Baie d'Ungava (« **Tulattavik** »).³

Le processus de planification stratégique pour le Réseau du Nunavik a été précédé par des années de croissance démographique, d'augmentation de demande de services et d'accumulation des déficits. Le processus lui-même a été lancé en septembre 2003 conformément à un accord entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSSQ** »), la Régie régionale, Inuulitsivik et Tulattavik. Les deux Établissements ont accepté de participer activement au processus sous le leadership de la Régie régionale. Le MSSSQ a accepté de financer les coûts du processus. L'objet du processus est de développer un plan stratégique régional pour le Réseau du Nunavik pour les sept exercices de 2008-2009 à 2014-2015 (« **Plan stratégique régional** »).

La Régie régionale, Tulattavik et Inuulitsivik considèrent que les besoins de la population régionale en matière de services de santé et de services sociaux constituent le point de départ pour développer le Plan stratégique régional. Ces besoins reflètent la condition de la population quant à la santé physique et le bien-être social.

Le profil de la santé et du bien-être de la population du Nunavik a été établi de diverses sources, y compris des données d'études de santé et de conditions sociales,

³ Inuulitsivik et Tulattavik sont désignés ci-après collectivement sous le nom des « **Établissements** ».

des données de recensement, des banques de données statutaires et de l'information recueillis de praticiens sur le terrain. Il fournit une vue d'ensemble concise des principaux problèmes physiques et psychosociaux de santé auxquels font face la population Inuit du Nunavik.

Il est évident que le profil de la santé d'une population est étroitement lié à sa structure démographique. De plus, au Nunavik, certains phénomènes uniques à la région ont un impact certain sur la manifestation de problèmes sociaux. Ces facteurs comprennent l'adoption récente d'un style de vie sédentaire, le profil démographique, le problème des écoles résidentielles, l'isolement géographique des communautés et les conditions socio-économiques défavorables, pour n'en citer que quelques-uns.

B. CONVENTION DE LA BAIE DE JAMES ET DU NORD QUÉBÉCOIS ET CONVENTIONS

Les dispositions suivantes de la *CBJNQ*, entre autres, stipulent certaines obligations du gouvernement du Québec concernant les services de santé et les services sociaux destinés à la population du Nunavik.

15.0.19 Le budget du Québec pour chaque établissement prévoit des fonds pour financer les services de santé qui ne sont pas inclus dans les programmes provinciaux offerts à la population en général, mais qui sont fournis aux autochtones par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ou par d'autres agences.

15.0.20 Les dépenses réelles pour l'exercice financier 1974-75 pour les services de santé et les services sociaux fournis par le Canada et par le Québec, dans la mesure des responsabilités que le Québec a assumées en vertu du présent chapitre et de l'Annexe 1, servent de base pour les affectations budgétaires visées à l'alinéa 15.0.19. Le financement sera modifié en fonction des changements démographiques, du coût des services spécifiques fournis et de

l'évolution des programmes provinciaux offerts à la population en général.

15.0.21 Pour la mise en application de la Convention, le Québec doit tenir compte, dans toute la mesure du possible, des difficultés exceptionnelles de l'exploitation des installations et des services dans le Nord:

- (a) en recrutant et en essayant de garder le personnel en général; les conditions de travail et les avantages doivent être suffisamment attrayants pour encourager des personnes compétentes de l'extérieur de la Région 10A à accepter des postes pour une durée de trois (3) à cinq (5) ans;
- (b) en fournissant de l'emploi et des possibilités d'avancement aux autochtones dans les services de santé et les services sociaux et en leur offrant des programmes de formation spéciaux pour les aider à surmonter les obstacles qui pourraient nuire à leurs possibilités d'emploi ou d'avancement;
- (c) en prévoyant, pour le développement et l'exploitation des services de santé et des services sociaux et de leurs installations, des budgets suffisants pour compenser la disproportion des coûts dans le Nord, notamment ceux des transports, de la construction, des carburants et combustibles.

L'Annexe 1 du Chapitre 15 de la CBJNQ est également pertinente en ce qui concerne la réalisation du Plan Stratégique régional pour le réseau du Nunavik.

- (1) Le présent chapitre préserve et améliore la portée, l'ampleur, les conditions et la disponibilité des services de santé, des services sociaux et des autres services connexes actuels, sans toutefois entraver les changements que les parties souhaiteraient réciproquement apporter aux programmes ou à leur administration;

il encourage progressivement la formation et l'éducation d'un personnel autochtone pour les services de santé et les services sociaux; et il reconnaît également les besoins particuliers des régions septentrionales et les problèmes qu'ils suscitent. [...]

C. MÉCANISME DE DISCUSSIONS

Le présent état de situation doit être considéré dans le contexte du *Plan stratégique régional 2009-2010 à 2015-2016* (Plan stratégique régional) préparé par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik en collaboration avec le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk (Baie d'Hudson), et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujjuaq (Baie d'Ungava). Le *Plan stratégique régional* identifie les services prioritaires, les orientations et objectifs en termes de résultats et de moyens, incluant les besoins en personnel, en immobilisation et financiers.

Le *Plan stratégique régional* fait actuellement l'objet de discussion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Suite à une entente cadre conclue le 6 mars 2009 avec le Ministre Yves Bolduc, les discussions en cours doivent nous mener à une entente pour le 31 mars 2010 en vue d'en arriver à la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population du Nunavik



V. LA SANTÉ PUBLIQUE AU NUNAVIK

La surveillance continue de l'état et des déterminants de santé d'une population et la publication de portraits sociosanitaires constituent des prérequis à la planification efficace de programmes de prévention et de promotion de la santé.

C'est dans ce contexte que la Direction de la santé publique du Nunavik et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ont mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la planification, l'administration et la coordination d'une enquête sociosanitaire auprès de la population inuite du Nunavik qui a eu lieu en 2004 (Qanuippitaa).

A. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DU NUNAVIK

Situé au nord du 55^{ème} parallèle, le Nunavik est le plus vaste (560 000 km²) et le plus septentrional territoire du Québec, couvrant approximativement le tiers de tout le Québec. Plus de 10 000 personnes y vivent (recensement 2006), réparties entre 14 communautés de 150 à 2000 habitants. Ces communautés ne sont reliées entre elles, et avec les régions du sud du Québec, que par avion et bateau (selon la saison). La grande majorité des habitants du territoire sont des Inuits.

La situation démographique du Nunavik est caractérisée par un accroissement naturel important, résultant de la combinaison de deux facteurs : un taux de fécondité élevé et, dans une moindre mesure, la diminution de la mortalité, notamment par maladies infectieuses. En fait, on peut dire que le Nunavik est dans sa période de transition épidémiologique.

La croissance démographique est telle que la population du Nunavik a presque doublé au cours des vingt dernières années et il n'y a aucune évidence d'un quelconque ralentissement. De 1996 à 2001, la population du Nunavik a cru de

14 %, soit à une vitesse dix fois supérieure à celle du reste du Québec (1,4 %). De 2001 à 2006, la population régionale a augmenté d'un autre 12 % (4,3 % pour le Québec). On prévoit que le taux de croissance de la population du Nunavik sera environ trois fois supérieur à celui du Québec jusqu'en 2021.

Le taux de fécondité des femmes en âge de procréer est plus du double de celui du reste du Québec (3,6 versus 1,6). La pyramide de population qui en découle est très différente de celle du Québec. On note une proportion importante de la population qui est âgée de moins de 20 ans (plus de 50 %) et une proportion limitée des personnes âgées (moins de 4 % ont plus de 65 ans). L'âge médian de la population inuite du Nunavik est de 18,4 ans.

Cette structure de population résulte non seulement en une structure sociale différente (taux de dépendance des jeunes élevé), mais a un impact direct sur l'incidence et la prévalence des principaux problèmes de santé de la population de la région, qui sont très différents de ceux du reste du Québec. De plus, une telle croissance démographique exerce une pression sans cesse grandissante sur la demande pour des services sociaux et de santé, qui doit être prise en compte dans le processus de planification stratégique.

B. ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRALE DE LA POPULATION DU NUNAVIK

On peut affirmer sans peur de se tromper que de façon générale, l'état de santé générale de la population du Nunavik, tel que mesuré par les indicateurs généralement utilisés à cette fin, est de beaucoup inférieur à celui du reste du Québec et du Canada. L'espérance de vie à la naissance, bien qu'en progression au milieu des années 90, semble en voie de régression, alors que le niveau atteint est nettement inférieur à celui du Québec (66,7 versus 79,3). Ainsi, les Inuit du Nunavik vivent en moyenne 12 ans de moins que la population du Québec.

Un autre indicateur fréquemment utilisé pour comparer les populations est le taux de mortalité infantile. Encore une fois, le Nunavik est nettement désavantagé, le taux régional étant presque 4 fois plus élevé que celui du Québec. Même si on note

une amélioration du taux régional au cours des années 1990, il est préoccupant de constater que la différence avec le reste du Québec s'est accrue. Pour la période 2002-2006, le taux de mortalité infantile s'est établi à 17,1 pour 1000 naissances vivantes au Nunavik, contre 4,7 pour le Québec pendant la même période.

Bien que souvent négligées au chapitre des comparaisons parce que difficiles à quantifier, les problématiques psychosociales constituent sans aucun doute un frein majeur à l'amélioration de l'état de santé générale de la population du Nunavik. Plusieurs de ces problématiques sont présentes et semblent en augmentation : abus d'alcool et d'autres substances psychoactives, abus sexuels, violence domestique, suicide chez les jeunes, etc.

C. CAUSES DE MORTALITÉ

L'étude des données de mortalité du Nunavik, pour la période s'étendant de 1987 à 2006, montre encore une fois un profil totalement différent du reste du Québec. Les traumatismes constituent la principale cause de mortalité, causant environ 40 % de tous les décès. Il importe de mentionner que le suicide est responsable de près de la moitié de ces décès et qu'il survient plus fréquemment chez les adolescents et les jeunes adultes.

À l'opposé, les causes classiques de mortalité dans les pays développés sont relativement peu fréquentes au Nunavik. La maladie coronarienne, qui constitue la première cause de décès en Amérique du Nord, n'est responsable que de seulement 2 % des décès dans la région. En ce qui a trait au cancer sous ses différentes formes, il contribue pour 16 % des décès. Finalement, plusieurs décès sont dus aux maladies respiratoires (incluant le cancer du poumon) et ce, en lien avec la prévalence élevée du tabagisme dans la région.

Avec l'accroissement de l'accessibilité aux services diagnostiques et de traitement et la modification importante des habitudes de vie de la population, on peut s'attendre à assister au cours des prochaines années à une modification de cette répartition des causes de décès.

D. CAUSES DE MORBIDITÉ PHYSIQUE

L'analyse de la morbidité est basée principalement sur la disponibilité des données (fichier d'hospitalisation, registres statutaires, enquêtes sociosanitaires, etc.). Dans certains cas, l'opinion des intervenants constitue la seule source de données.

E. ENFANTS 0-5 ANS

Ce groupe d'âge regroupe 15 % de la population du Nunavik. On peut affirmer que les enfants du Nunavik naissent en bonne santé, à la suite d'une grossesse et d'un accouchement relativement sans problème. Ainsi, la proportion des naissances de faible poids est presque égale à celle du Québec (6,1 % vs 5,7), la proportion des naissances accusant un retard de croissance intra-utérine est inférieure dans la région (5,3 vs 8,1) alors que la proportion de naissances vivantes prématurées est plus élevée qu'ailleurs (10,7 vs 7,7). Cependant, dès la première année de vie, la situation se détériore. Les principales causes de mortalité infantile sont le syndrome de détresse respiratoire et les malformations congénitales.

Le taux d'hospitalisation des enfants est de 2 à 3 fois supérieur à celui du Québec, en raison principalement de la fréquence élevée des maladies respiratoires. Parmi les autres problèmes de santé importants, mentionnons l'anémie ferriprive, le syndrome d'alcoolisation fœtale, l'otite moyenne chronique et la carie dentaire.

Parmi les facteurs de protection, l'allaitement maternel est pratiqué plus fréquemment qu'ailleurs au Québec et le taux de couverture vaccinale est très élevé. Il faut également mentionner le développement du réseau régional des Centres de la petite enfance, avec au moins un CPE dans chacune des municipalités. Ce réseau offre des possibilités intéressantes pour l'intervention préventive.

F. ENFANTS ET ADOLESCENTS 6-17 ANS

Les individus de ce groupe d'âge sont relativement en bonne santé et fréquentent peu les services de santé. Cependant, on voit déjà apparaître certains comportements pouvant avoir un effet néfaste sur l'état de santé futur.

Au Nunavik, il n'est pas rare de voir un jeune qui commence à fumer dès l'âge de 10 ans. À la fin du secondaire, près de 70 % des étudiants sont des fumeurs réguliers. Une proportion non-négligeable des jeunes consomment de l'alcool ou inhalent des solvants. Le cannabis est la drogue la plus répandue dans la région (60 % de la population en consomme) et sa consommation commence très jeune. Les caries dentaires touchant les dents permanentes affectent une proportion importante des jeunes (moins de 1 % des jeunes de 15-16 ans sont exempts de caries).

Une proportion non-négligeable des grossesses surviennent chez des adolescentes. Le taux de grossesse chez les jeunes filles de 18 ans et moins est presque cinq fois plus élevé que celui du reste du Québec. Le corollaire de cette situation est qu'une proportion importante des naissances survient au sein de familles monoparentales, dont le niveau d'instruction de la mère est faible.

Jeunes adultes 18-35 ans

À l'exception des femmes qui consultent régulièrement les services de santé en lien avec la grossesse et l'accouchement, les individus de ce groupe d'âge sont en relative bonne santé, si ce n'est des traumatismes dont ils sont fréquemment victimes et de la problématique du suicide. En fait, le suicide constitue la principale cause de mortalité dans ce groupe d'âge depuis plusieurs années déjà et il n'y a aucune indication persistante que ce phénomène est en voie de ralentir.

Nombre de suicides au Nunavik, 2000-2009*

2000	16
2001	14
2002	17
2003	15
2004	11
2005	12
2006	12
2007	9
2008	17
2009	7
Total	130

* données provisoires au mois de juillet 2009

Source : Direction de santé publique Nunavik et Kativik Regional Police Force

Également, les habitudes de vie néfastes notées dans le groupe d'âge précédent s'accroissent. Les infections transmissibles par le sexe et par le sang (ITSS) sont très répandues. En fait, le taux d'incidence des ITSS d'origine bactérienne (chlamydia, gonorrhée) est plusieurs fois supérieur à celui du reste du Québec.

G. ADULTES 35 ANS ET PLUS ET ÂÎNÉS

Dans ce groupe d'âge, une proportion importante ressent les effets du tabagisme pratiqué depuis nombre d'années. Les maladies respiratoires sont fréquentes. Ainsi, le taux d'incidence du cancer du poumon est de 22,8 pour 10 000 au Nunavik, alors qu'il est de 8,3 pour l'ensemble du Québec. Les cliniciens voient de plus en plus de cas de maladie coronarienne. En 2006, 30 % des adultes rapportaient souffrir d'au moins une condition chronique dont 6 % de maladies respiratoires et 4 % de diabète.

Avec le processus de sédentarisation et les modifications des habitudes alimentaires, l'obésité devient un problème de santé préoccupant, notamment de par son lien avec l'apparition du diabète de type 2. Les données de l'enquête de santé des Inuits du Nunavik (Qanuippitaa 2004) révèlent que la prévalence du diabète atteignait 5 %, une proportion comparable à ce que l'on retrouve ailleurs au Canada. Cependant, le nombre de cas diagnostiqués ne constitue que la pointe de l'iceberg, lorsque l'on regarde la prévalence élevée d'obésité – 28 % (notamment chez les femmes) et d'hyperinsulinémie. Des mesures de prévention doivent être prises dès maintenant.

Le programme de dépistage du cancer du sein par mammographie parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans a révélé un taux de prévalence du cancer du sein comparable à celui du reste du Québec. Le taux de participation au dépistage est moyen.

Parmi les facteurs de protection, notons la forte proportion des adultes qui pratiquent toujours des activités traditionnelles comme la chasse et la pêche (environ 70 %) et la forte prépondérance de l'inuktitut comme langue maternelle (près de 100 % de la population inuite).



VI. PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES

Contrairement aux problèmes de santé physique, il existe peu de fichiers facilement accessibles contenant des données sur les problématiques psychosociales. Il est souvent plus difficile de quantifier leur fréquence. De ce fait, nous devons souvent nous référer à l'avis des intervenants terrain pour préciser l'ampleur de ces problématiques. Heureusement l'Enquête de santé des Inuits du Nunavik (Qanuippitaa 2004) nous fournit certaines données sur la fréquence de ces problèmes.

De l'avis des intervenants de la région, la fréquence de plusieurs problématiques psychosociales est en nette progression au Nunavik. Elles contribuent de façon importante à augmenter la morbidité, tant psychosociale que physique. En fait, ce groupe de problématiques constitue la priorité d'action numéro un.

A. ABUS D'ALCOOL ET AUTRES TOXICOMANIES

Même si la proportion des buveurs occasionnels ou réguliers au Nunavik est moindre que celle du Québec (77 % vs 85 %), elle est tout de même en hausse de 17 % par rapport à l'année 1992. Cette proportion est d'ailleurs plus élevée chez les moins de 45 ans. Cependant, c'est le mode de consommation qui différencie le plus le Nunavik du reste du Québec. Près du quart des buveurs actuels du Nunavik ont une consommation élevée d'alcool au moins une fois par semaine, proportion trois fois plus élevée que le Québec.

Pour l'usage de drogues, 60 % des Nunavimmiut affirment avoir consommé au moins un type de drogues au cours de la dernière année (le cannabis étant la drogue la plus consommée). Encore plus préoccupante est l'augmentation de la proportion de consommateurs au cours des 15 dernières années (38 % en 1992).

L'abus d'alcool et de drogues entraîne toute une panoplie de conséquences, tant sur le plan de la santé physique, la sécurité personnelle que sur la paix sociale : violence, abus sexuels, délits criminels, traumatismes et accidents, problèmes familiaux, problèmes de santé mentale, syndrome d'alcoolisation fœtale, myocardiopathies, ITSS, etc. Selon bon nombre d'intervenants, ces conséquences sont en hausse dans la région.

Parmi les conséquences de la consommation d'alcool, le syndrome d'alcoolisation fœtale atteint un nombre important de nouveau-nés et d'enfants. Une estimation faite à partir de données de consommation recueillies lors d'une enquête réalisée au Nunavik laisse penser qu'entre 10 et 15 nouveau-nés par année sont atteints du SAF.

B. ABUS SEXUELS

Pour plusieurs, le système des écoles résidentielles est en bonne partie responsable du problème des abus sexuels. À tout le moins, il a servi à l'amplifier. Selon l'Enquête de santé Qanuippitaa, un adulte sur trois affirme avoir été victime d'agression sexuelle au cours de l'enfance ou de l'adolescence. La situation est encore plus préoccupante chez les femmes : la moitié d'entre elles ont été victimes d'agression sexuelle ou de tentatives d'agression sexuelle alors qu'elles étaient mineures.

C. VIOLENCE

Depuis deux générations, on assiste à une croissance des comportements violents dans la population du Nunavik. Les taux d'actes criminels, d'abus et de négligence sont nettement plus élevés au Nunavik que dans le reste du Québec (de l'ordre de 9 pour un). Plus de la moitié des adultes rapportent avoir été soumis à une ou plusieurs formes de violence physique au cours de leur vie.

Le nombre de cas rapportés de violence conjugale est nettement en excès. Les femmes représentent 60 % des victimes d'assaut rapportés à la Cour et la majorité des femmes hospitalisées suite à des actes violents sont victimes de violence conjugale. Le soutien aux victimes demeure insuffisant.

D. PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

La région fait face à une situation endémique de suicide chez les jeunes depuis presque trois décennies. Ainsi, au Nunavik, les taux de décès par suicide sont plusieurs fois plus élevés que dans le reste de la population québécoise, selon le groupe d'âge. Le phénomène du suicide complété touche particulièrement les garçons et les jeunes adultes de moins de 40 ans. Par exemple, pour les 15-19 ans, le taux de suicide du Nunavik est plus de 40 fois supérieur à celui du reste du Québec.

Les suicides complétés ne constituent que la pointe de l'iceberg de la détresse psychologique qui accable les Inuits du Nunavik. L'Enquête Qanuippitaa a révélé que 35 % des Inuits ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie, dont 14 % au cours de la dernière année. Au fait, 21 % des adultes ont fait une tentative suicidaire au cours de leur vie.



VII. LES PRIORITÉS POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK

A. LES SERVICES À LA POPULATION

Ces dernières années, nous avons travaillé sur plusieurs dossiers, dont certains se sont avérés des défis, d'autres, prometteurs.

Depuis 2003, nous avons consacré énormément d'efforts sur l'élaboration d'un plan stratégique régional pour la période 2009-2010 à 2015-2016. Les conseils d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et des centres de santé Tulattavik de l'Ungava et Inuulitsivik croient que les besoins de la population du Nunavik, en termes de services de santé et de services sociaux, constituent le point de départ pour cette planification stratégique dans le secteur sociosanitaire. Ces besoins reflètent l'état de santé de la population.

Le plan stratégique régional énonce la vision, les orientations et les objectifs principaux pour les sept prochaines années. Les trois organismes de santé (la Régie régionale Nunavik et les deux centres de santé) cherchent un partenariat solide avec les organismes principaux du Nunavik (la Commission scolaire Kativik, l'Administration régional Kativik et la Société Makivik) afin d'améliorer la santé et le bien-être social de toute la population de la région.

Le *Plan Stratégique régional* indique qu'afin d'améliorer l'accès à des services de santé et sociaux locaux, le Réseau du Nunavik mettra en œuvre un modèle de prestation intégrée de services de santé et sociaux dans les communautés inuites, tenant compte des besoins particuliers de chacune. Ce modèle intégré de service est fondé sur les principes suivants:

- Accès à des services intégrés à la communauté : Améliorer l'accès à tous les services qu'il est possible de fournir dans chaque communauté de façon intégrée.
- Accès à des services spécialisés : Assurer l'accès à des services spécialisés et ultra-spécialisés au bon endroit et au bon moment :
 - Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Services de réadaptation et de réintégration
 - Services d'hospitalisation régionaux et sous-régionaux
 - Partenariats avec des centres de santé universitaires

Réaliser le plan stratégique régional exigera la bonne volonté, la détermination et le partenariat soutenus qui se sont développés entre le réseau sociosanitaire du Nunavik et les autres organismes inuits. Certaines conditions favorables aideront à obtenir les résultats recherchés :

- d'abord, la prompte résolution du processus de négociation et la signature d'une entente avant le 31 mars 2010 afin d'assurer l'accès rapide aux ressources humaines, financières et matérielles requises dans l'implantation du plan stratégique régional;
- deuxièmement, un horizon budgétaire de sept ans pour l'implantation optimale des différentes mesures du plan ;
- et enfin, un partenariat solide avec les autorités de chaque communauté et leur étroite collaboration.

Depuis la décision prise, lors de l'assemblée générale annuelle 2006, d'adopter une approche globale de guérison, nous avons travaillé assidûment sur un autre projet majeur : *Healing Together Using Our Traditional Values and Our Ceremonies* [Guérir ensemble grâce à nos valeurs et cérémonies traditionnelles] de la Fondation autochtone de guérison.

Cette démarche, qui est près des valeurs des Nunavimmiut, représente et répond à un souhait profond de notre population et elle se rapproche beaucoup des valeurs des Nunavimmiut.

Également, c'est avec beaucoup d'énergie que nous avons entrepris en 2007 une analyse des services de santé et services sociaux actuellement offerts sur notre territoire. Cet exercice nous a permis de faire un bilan de l'offre de service en place. Le constat ne fait que renforcer notre désir de poursuivre nos efforts afin d'assurer un accès aux services au Nunavik.

Notre objectif est de mettre l'emphase sur une approche communautaire et intégrée afin de répondre aux besoins des Inuits du Nunavik en matière de services de santé et sociaux.

L'optimisation de la qualité et de l'organisation des services nécessite encore bien des investissements en termes de ressources humaines et matérielles.

Au Nunavik, les individus âgés de moins de 20 ans constituent environ 50 % de la population. Avec la croissance rapide de la population de moins de 20 ans, la demande des services va continuer à croître. À la régie régionale, le programme Enfance, jeunesse, famille est le point central de l'organisation des services et demeure une de nos priorités.

Actuellement, une bonne proportion des services de santé est consacrée aux très jeunes. Tout en répondant aux besoins grandissants de services de santé parmi cette tranche de la population, le réseau de la santé et des services sociaux doit faire face à d'autres problèmes vécus par ce groupe. Les problèmes psychosociaux ont atteint un niveau alarmant dont la croissance accélérée des décès par suicide

D'autres problématiques, telles les agressions sexuelles, la toxicomanie et la violence sont souvent rapportées, et l'on observe fréquemment des comportements à risque (non-utilisation des condoms, tabagisme, conduite dangereuse de véhicules, etc.).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la jeunesse constitue une grande proportion de la population et elle représente l'avenir du Nunavik. Il est impératif

pour le réseau de la santé et des services sociaux de répondre aux besoins de ce groupe.

En même temps, d'autres joueurs, tels la Commission scolaire Kativik, les municipalités, l'Administration régionale Kativik, les parents ainsi que les jeunes eux-mêmes, doivent s'impliquer dans les actions destinées à assurer un meilleur avenir. Cette approche multisectorielle doit constituer les assises de toutes les actions visant à améliorer la situation de jeunes du Nunavik.

Les nombreux programmes de formation et de perfectionnement professionnel offerts au personnel du réseau témoignent l'importance que nous accordons aux ressources humaines, le but étant d'offrir des services de qualité : le programme national de formation pour les intervenants œuvrant avec la jeunesse ainsi que pour les cadres, le programme de formation pour les cadres inuits, la formation pour les auxiliaires familiales, la formation pré-embauche pour les infirmières, des ateliers sur le développement communautaire pour les travailleurs de bien-être communautaire et leurs partenaires, ainsi que la formation en intervention en situations de crise pour les travailleurs en santé mentale. Un programme de formation continue est également offert aux intervenants en protection de la jeunesse et en prévention du suicide.

En respect de l'article 15.0.21 (b) de la CBJNQ, il faut augmenter le nombre d'employés inuits dans le secteur de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, nous sommes à élaborer une formation adaptée au contexte et culture inuits. En plus, un programme d'encadrement sera développé en 2010 dans le cadre d'un projet approuvé par le MSSS afin d'encadrer et offrir une formation au personnel inuit en protection de la jeunesse.

B. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Nous travaillons assidûment au développement des ressources informationnelles dans notre région tel que le développement du dossier clinique électronique /dossier de santé électronique au Nunavik. Notre collaboration avec le Centre universitaire

de santé McGill (CUSM) nous a permis d'implanter la télésanté dans les deux centres de santé de notre région, soit les centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik de l'Ungava.

En 2010, la télésanté devrait prendre plus d'ampleur dans la région, non seulement dans les deux centres de santé, mais également dans les 12 points de service de CLSC, à condition toutefois que l'infrastructure des télécommunications soit rehaussée. La télésanté aura plusieurs impacts positifs sur l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population dans la région et réduira les coûts reliés aux transferts des usagers au Sud.

De plus, la mise en place d'un plan directeur des ressources informationnelles est un pré-requis pour le secteur clinique et administratif, incluant le développement technique dans la région et l'urgent besoin de rehausser le réseau de télécommunications satellitaire.

Actuellement, l'infrastructure des télécommunications est inadéquate et met en péril les déploiements, en cours, du dossier clinique électronique et des systèmes d'information à l'intention de la clientèle et des systèmes administratifs tels qu'Intégration CLSC, la télésanté, le système d'information des laboratoires, Clinibase et bien d'autres.

La radiologie numérique est une autre priorité que nous souhaitons concrétiser prochainement afin d'améliorer les services offerts à la population et utiliser de façon optimale lorsqu'une infrastructure adéquate des télécommunications sera disponible.

En 2010, nous souhaiterions prioriser la mise en place du système Projet Intégration Jeunesse (PIJ), mais nous pourrons le faire que lorsqu'une infrastructure adéquate des télécommunications sera disponible. Ce système d'information est un outil nécessaire à l'amélioration des services à la jeunesse pour notre région.



VIII. L'ORGANISATION DES SERVICES AU NUNAVIK

Dans le cadre de la planification stratégique, le comité pour l'organisation des services a réalisé un vaste processus de consultation auprès des centres de santé et des partenaires communautaires afin de recueillir des informations sur tous les services offerts à la population du Nunavik. Le document, *Offres de Services au Nunavik*, a été conçu afin d'appuyer le secteur dans le programme de développement de projets cliniques, qui vise la consolidation de tous les services de première ligne, ainsi que de stimuler la discussion sur la mise sur pied de corridors de service afin d'offrir des services spécialisés de deuxième et de troisième lignes qui seront accessibles aux populations des autres régions.

Afin de mieux planifier nos programmes, nous avons entrepris une analyse de l'offre de services au Nunavik ainsi que des ententes de services avec nos partenaires du Sud. Ceci nous permettra de réviser nos procédés, l'organisation des services et nos partenariats afin de mieux élaborer nos prochains plans d'action (projets cliniques). Notre défi est de mieux adapter les services aux besoins de la population, sa spécificité inuite tout en assurant l'accessibilité et la continuité des services.

Cet exercice de révision a été fait dans le cadre des discussions en cours avec le MSSS concernant le *Plan stratégique régional* et l'entente s'y attachant qui doit être conclue avant le 31 mars 2010.

Dans le contexte du modèle de services intégrés du Plan stratégique régional, la direction de la planification et programmation concentrera ses efforts en 2010 dans les programmes suivants : (1) jeunes en difficulté, (2) santé mentale et prévention du suicide, (3) toxicomanie, et (4) personnes en perte. Le troisième programme a été un choix indiqué par les deux centres de santé. En collaboration avec la santé publique et la direction des valeurs et pratiques inuites, nous assurerons la collaboration des communautés dans nos efforts.

En 2007, la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits – Santé Canada – division Québec - a informé la RRSSSN de la possibilité d'obtenir un financement afin d'offrir un soutien aux anciens élèves de pensionnats ainsi qu'à leur famille.

La direction des valeurs et pratiques inuites a donc pris la décision de réaliser, en 2008-2009, une évaluation des besoins des anciens élèves.

Les besoins en termes de counseling, de futures rencontres et de soutien culturel furent maintes fois exprimés durant le processus d'évaluation. Ainsi, la demande de financement sera centrée sur ces besoins afin d'assurer que les anciens élèves qui participent au processus externe d'évaluation reçoivent le soutien émotionnel et culturel nécessaire.

A. JEUNES EN DIFFICULTÉ

La situation en ce qui concerne les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille nous préoccupent grandement. Puisque peu de services étaient disponibles aux jeunes en difficulté dans les CLSC, la majorité d'entre eux étaient référés aux services de la protection de la jeunesse. À la suite de plaintes sur l'accessibilité et la prestation des services par les départements de la protection de la jeunesse, une enquête a été menée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en 2003 et deux rapports nous ont été soumis (2005 et 2006).

Depuis le Forum Katimajit en 2007, le développement de services en première ligne dans le cadre du programme enfance, jeunesse et famille a permis d'offrir plus de services à la population. Nous avons assuré l'ouverture de plusieurs postes ainsi que les logements nécessaires à ce développement.

La RRSSSN et le MSSS ont mis en place un certain nombre de mesures :

- deux consultants, désignés par le MSSS, sont venus prêter main-forte aux deux départements de la protection de la jeunesse;

- la RRSSSN, en collaboration avec les départements de la protection de la jeunesse de l'Ungava et de l'Hudson, travaille à la réorganisation des services;
- le Plan national de formation a été introduit dans la région et la RRSSSN a mis en place différentes mesures afin de soutenir les intervenants inuits participant à ce programme : le matériel de formation et le programme ont été adaptés, la traduction des documents et du contenu en Inuktitut ont été assurés;
- la RRSSN a mis en place un comité régional en collaboration avec les directeurs généraux des centres de santé et les directeurs de la protection de la jeunesse afin de soutenir les deux départements dans l'application de la Loi de la Protection de la jeunesse.

En juin 2009, la CDPDJ a demandé des informations additionnelles et nous avons préparé un rapport sur la situation du moment. Des 21 recommandations indiquées dans le rapport 2006 de la CDPDJ, nous avons pu répondre à 14 de ces recommandations. En ce moment, nos préoccupations portent sur la pénurie de maisons afin de loger le personnel, la pénurie d'espaces de bureau ainsi que sur les difficultés de recrutement. Des développements récents tels que la mise en place d'un programme d'encadrement, une prime de 12% et l'engagement d'un coordonnateur pour le recrutement devraient faciliter la rétention du personnel et l'amélioration des services en protection de la jeunesse.

Afin de répondre aux besoins de la jeunesse et de soutenir les services de la protection de la jeunesse, le développement des services de première ligne en CLSC est primordial ainsi que le développement de ressources d'hébergement non-institutionnelles pour les jeunes filles et les jeunes âgés de 6 à 12 ans dans une approche communautaire.

B. LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Les services de santé mentale sont toujours en développement dans la région, le but étant d'offrir un continuum de services. Les services de première ligne comprennent les services psychosociaux, les services de psychologues et les services du centre régional de réinsertion sociale. Un centre de crise régional a récemment ouvert ses portes à Puvirnituq. Ces services sont complétés par des psychiatres itinérants et par la télésanté.

L'une de nos préoccupations majeures demeure la problématique du suicide au Nunavik. En conformité avec la *Stratégie nationale de prévention du suicide*, la RRSSSN est actuellement en train d'élaborer une approche communautaire à la prévention du suicide en mettant sur pied une formation spécifique aux Inuits, d'abord aux 14 maisons de jeune, pour sensibiliser les gens.

En 2007-2008, 71 personnes ont complété le programme de formation, dont 42 venant du réseau des maisons de jeune et 29, des communautés. En 2008-2009, s'ajoute à ce nombre 112 personnes venant des communautés. Depuis le début du programme, un total de 183 personnes a été formé au Nunavik.

C. LA TOXICOMANIE ET LA VIOLENCE FAMILIALE

Les intervenants du Nunavik s'accordent pour dire que la toxicomanie est un des facteurs ayant le plus d'impacts psychosociaux sur la vie des Nunavimmiut. Noter également que les centres de traitement de la toxicomanie et de réadaptation dans notre région ne reçoivent que des budgets de fonctionnement minimes du programme provincial de soutien aux organismes communautaires; ces budgets sont nettement insuffisants.

La RRSSSN a mandaté le groupe de recherche RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) à réaliser un projet de recherche de deux

phases. La première était une revue de la littérature et des statistiques, tandis que la deuxième consistait en une enquête sur la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes de quatre écoles. Les résultats de cette étude sont maintenant connus.

Le Centre de traitement Isuarsivik, un organisme communautaire situé à Kuujuaq, a mis sur pied un programme de traitement qui répond aux besoins spécifiques des Inuits adultes. Le personnel du centre est inuit, et a reçu une formation spécifique.

La violence familiale est très présente et visible au Nunavik. Elle touche les hommes, les femmes et les enfants et elle est souvent reliée à la toxicomanie.

Suite à la recherche faite par le groupe RISQ, nous travaillons à élaborer en 2010 deux postes dans le cadre du programme de toxicomanie. Nous sommes également en pourparlers avec le Centre Dollard Cormier afin de mettre en place un programme de formation à l'intention des intervenants sociaux au Nunavik afin d'apporter un support nécessaire au programme. En ce qui concerne un programme de réhabilitation au Nunavik, nous devons établir une entente de partenariat.

Les trois refuges pour femmes du Nunavik ont conjugué leurs efforts pour élaborer une association. Leur objectif était d'améliorer les services offerts aux clientes selon les objectifs suivants:

- 1) Une évaluation des ressources, des approches, des besoins et des défis à relever a été réalisée dans chacun des refuges.
- 2) Des plans d'action régionale et locale ont été élaborés, afin de définir les objectifs à atteindre et les étapes pour y parvenir. Les plans d'action locaux comprenaient un plan de formation annuelle du personnel, tandis que le plan d'action régional proposait la création d'une structure régionale pour gérer les interventions dans les cas de violence familiale.
- 3) Un protocole a été élaboré en collaboration avec les partenaires de première ligne. Ce protocole indique comment devraient être coordonnées les interventions des refuges pour femmes, du Corps de police régional Kativik, des CLSC et d'autres organismes concernés.

- 4) Une campagne de sensibilisation et de promotion a été lancée et des outils promotionnels distribués, afin de sensibiliser le public à l'existence de la violence familiale et de promouvoir les services des refuges pour femmes.
- 5) Une formation pour les centres désignés a été complétée et deux infirmières, une dans chaque région, assure les services en collaboration avec les CLSC.

La RRSSSN met son énergie au développement et au soutien de projets qui permettront de réduire la violence familiale et l'abus sexuel dans la région. Ceci implique le renforcement de la capacité, la formation, le financement et le développement des ressources et services disponibles. Ceci exige également une action immédiate afin d'augmenter le nombre de logements sociaux pour la population inuite.

D. LES PERSONNES ÂGÉES ET EN PERTE D'AUTONOMIE

Depuis 2002, nous offrons des services de première ligne aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie. Ceci implique l'aide à domicile, les soins à domicile et les services de réadaptation.

Un pas important dans la consolidation des services fut l'ouverture d'un centre d'hébergement de soins et d'un centre de jour. Cette approche innovatrice est un résultat de maillage entre la municipalité de Kuujuaq, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, l'Office municipal d'habitation Kativik (OMHK) et la RRSSSN. De plus, la municipalité de Puvirnituq de l'Hudson a récemment complété la construction d'une résidence pour personnes âgées.

Suite à ces initiatives, d'autres municipalités ont entrepris la planification de tels projets pour leurs communautés respectives.

En 2005, le projet M-17 a vu le jour en collaboration avec l'OMHK, la SHQ, la RRSSSN ainsi que le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava afin de transformer un édifice de Kangiqsualujjuaq en un édifice multifonctionnel et lui donner ainsi une

nouvelle mission. Le 6 mars 2009, le MSSS et le Ministère des Affaires municipales ont fait l'annonce d'un budget de 3.8M \$ pour la réalisation de ce projet. L'édifice comprendra 19 unités en logement social, dont :

- 10 unités pour personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie;
- 7 unités adaptées pour personnes handicapées;
- 2 unités qui serviront de transit.

Le projet devrait être complété en janvier 2011.

Pour la RRSSSN, de telles initiatives sont les bienvenue afin d'assurer aux personnes handicapées et personnes âgées l'accès aux services au Nunavik.

E. SAGES-FEMMES

La direction des valeurs et pratiques a pris en mains le programme de sages-femmes en 2008. Leur vision est :

- D'assurer l'accès aux soins périnataux fournis par des sages-femmes dans toutes les communautés ;
- De fournir des services de bonne qualité ;
- De développer et de fournir des services de prévention ;
- D'assurer l'accès à la formation pour les Inuits qui s'intéressent à la profession de sage-femme ;
- D'assurer des conditions de travail équitables et attrayantes.

Le point saillant de 2008-2009 a été la formation de deux sages-femmes inuites dans le cadre du programme d'éducation d'Inuulitsivik; ainsi, elles sont reconnues par l'Ordre des sages-femmes du Québec et ont maintenant le droit d'exercer la profession dans notre région. Nous nous attendons à un plus grand nombre de sages-femmes inuites dans l'avenir.



IX. LES SERVICES MÉDICAUX ET DENTAIRES DU NUNAVIK

A. LES SERVICES MÉDICAUX

Le plan d'effectif médical de la région Nunavik comprend actuellement 15 omnipraticiens : dans l'Ungava, les sept (7) médecins sont installés à Kuujjuaq et desservent les autres villages de la côte; dans l'Hudson, il y a cinq (5) médecins à Puvirnituq, un (1) à Salluit, et deux (2) à Inukjuak. Dans la communauté de Kuujjuaraapik, le médecin fait partie du plan d'effectifs des Territoires Cris et dessert également la population inuite. Ces ratios se sont établis à travers les années suivant le consensus des médecins en place et selon l'organisation du travail. Ils ne répondaient pas vraiment à une planification scientifique ou par exemple à un rapport de population. Ils constituent toutefois des minimums, comme c'est le cas pour toutes les catégories de travailleurs, pour assurer les services. Il n'y a pas de plan d'effectif médical au Nunavik pour les médecins spécialistes. Le nombre d'omnipraticiens est sujet à être revu et corrigé dans le cadre du Plan stratégique régional.

Depuis cinq ans, le recrutement s'est avéré fort difficile en dépit des mesures incitatives mises en place, et le recours systématique aux remplacements est devenu la seule façon de continuer à offrir les services. L'agrandissement et l'amélioration des installations des centres de santé sont nécessaires afin de répondre aux besoins en santé de la population tout en facilitant le recrutement et la rétention des médecins.

Depuis la création des RUIS, c'est au RUIS de l'Université McGill que revient la tâche de supporter la région dans la dispensation des services médicaux spécialisés sur le territoire du Nunavik. Actuellement, seulement la moitié des services spécialisés requis est offert. Nous devons poursuivre nos pourparlers avec le MSSS et les agences intéressées à le faire afin d'assurer que nous atteignons la pleine capacité des services spécialisés à offrir.

Dans le cas de la psychiatrie adulte, les services sont prodigués par des psychiatres du RUIS de l'Université de Montréal, à la suite d'une entente conclue avant la mise en place des RUIS entre le Nunavik, l'agence de Montréal et le CHUM.

Afin de permettre aux médecins spécialistes visiteurs d'accomplir leur travail et de pratiquer certaines chirurgies, notamment en ORL, orthopédie et chirurgie générale, certaines modifications ont dû être apportées aux établissements et des équipements biomédicaux spécialisés ont été achetés. De plus, les procédures de contrôle des infections ont dû être révisées.

Tel que mentionné précédemment, les cas plus sévères qui ne peuvent être traités au Nunavik sont référés aux hôpitaux de l'Université McGill. À cet effet, le Nunavik a mis en place à Montréal une structure de liaison, d'accueil et d'hébergement pour faciliter le transit de sa clientèle.

B. LES SERVICES DENTAIRES

Le plan d'effectifs en médecine dentaire comprend actuellement sept (7) dentistes répartis comme suit : soit trois (3) pour la côte de l'Ungava, et quatre (4) pour la côte de l'Hudson. Dans l'Ungava, les dentistes sont installés à Kuujuaq d'où ils desservent les villages de la côte. Dans l'Hudson, il y a un (1) dentiste installé à Salluit, Puvirnituk, Inukjuak et Kuujuaaraapik. Ce dernier y dessert également la population crie.

Le nombre d'omnipraticiens a peu évolué depuis le milieu des années 80, et ce, malgré l'augmentation importante de la population. Le nombre peu élevé d'hygiénistes dentaires (une par côte) et la difficulté de recruter localement des assistantes n'aident pas à créer l'impact réel nécessaire pour faire une différence.

La santé dentaire des jeunes inuits continue donc à se détériorer et demande maintenant un effort concerté si l'on veut redresser la situation et éviter les répercussions fâcheuses prévisibles sur les différents aspects de leur développement.

Le nombre de professionnels en santé dentaire est sujet à être revu et corrigé dans le cadre du Plan stratégique régional. En ce moment, la direction de la planification et programmation a déposé une demande temporaire afin d'ajouter quatre hygiénistes dentaires, deux dentistes et deux assistants-dentaires tout en considérant les besoins en logement.

Depuis novembre 2009, le Centre de santé Inuulitsivik bénéficie des services d'un orthodontiste. Depuis son arrivée, le nombre de déplacements au sud a diminué et ainsi contribué à la réduction des coûts dans le cadre du budget des services non-assurés (avion, hébergement, escorte).



X. LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET LES SERVICES D'URGENCE

Afin de consolider les équipes de services préhospitaliers d'urgence et les services d'urgence des communautés, des activités de formation à l'intention des nouveaux premiers répondants ont eu lieu, de même que la réattestation des premiers répondants déjà en fonction. Il est à noter que les premiers répondants ont un rôle de premier plan à jouer dans toutes les mesures d'urgence qui peuvent survenir.

Le Plan régional de mesures d'urgence a été présenté et approuvé par les membres du Conseil d'administration de la RRSSSN.

Nous assurons le service de garde d'urgence 24 heures sur 24, sept jours sur sept pour tout le réseau régional de la santé et des services sociaux.



XI. LE PLAN CONTRE UNE PANDÉMIE DE L'INFLUENZA

Depuis la sortie du plan régional québécois contre une pandémie d'influenza (mission santé) du Ministère de la Santé et des Services sociaux en mars 2006, notre région a travaillé assidûment sur son propre plan régional et les plans locaux.

De plus, nous avons travaillé également sur un plan de lutte nordique suprarégional. Ce plan de lutte intégré représente une première au niveau du réseau de la santé : notre vision relativement commune de lutte à une pandémie a amené quatre régions sociosanitaires du Québec à se regrouper afin de fournir une réponse unifiée devant la menace de pandémie d'influenza, soit l'Abitibi-Témiscamingue (08), la Baie James (10), le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (18) et le Nunavik (17). Ce plan de lutte nordique suprarégional devient un précédent face à une collaboration et à une solidarité qui, nous l'espérons, se répétera en d'autres domaines.

Pour notre région, le climat très rude, la poussière dans l'environnement, le grand nombre d'enfants dans chaque communauté, le mode de vie collectif, le manque de logement ainsi que le surpeuplement et le tabagisme sont des facteurs qui contribuent à augmenter les risques d'infections respiratoires dans les communautés Inuit⁴. Il est difficile d'estimer le rôle exact du virus de l'influenza ou d'une pandémie d'influenza dans l'étiologie des infections respiratoires dans la population inuite.

Pour les années financières 2006-2007 et 2007-2008, le taux ajusté d'hospitalisation pour la grippe et les maladies respiratoires a été de 20/100 au Nunavik comparé à 2.1/100 pour le reste du Québec.

Les données de surveillance des laboratoires, pour le Nunavik, montrent un taux annuel moyen d'infection invasive à pneumocoque de 54 pour 100 000 durant la

⁴ MacMillan et coll. 1996; Hodgins 1997

période 1997-2001, une fréquence trois fois plus élevée que pour l'ensemble du Québec⁵. La surveillance des infections par le virus de l'influenza par les laboratoires a vraiment débuté en 2004-2005 dans la région et des infections ont été confirmées par des tests de laboratoire comme dans les autres régions du Québec⁶.

D'après ces informations, nous avons estimé que de 35% des Nunavimmiut pourraient être infectés par un éventuel virus d'influenza pandémique.

(MADO)	2005		2006		2007		2008		2009	
	n	Ti	n	Ti	n	Ti	n	Ti	n	Ti
<i>Haemophilus influenzae</i> infections de type b	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,32	0	0,00
<i>Haemophilus influenzae</i> autres que Infections de type b	2	19,28	2	19,05	0	0,00	1	9,32	0	0,00
Infections <i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	28,92	3	28,58	4	37,68	6	55,91	6	55,32

Source : registre MADO, 14 janvier, 2010 ; 10 juin 2009 (2005 à 2008); Bureau de surveillance et de vigilance sanitaire, MSSS

n = fréquence

Ti= taux d'incidence

Dernièrement, le réseau de santé du Nunavik a complété la mise en place les priorités et programmes du MSSS dans le cadre de la pandémie H1N1.



⁵ Jetté et coll. 2001

⁶ Michel Couillard, LSPQ, communication personnelle

XII. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK

A. SITUATION FINANCIÈRE

Notre région vit des difficultés financières majeures, surtout avec le taux de déficit élevé, dû principalement aux coûts onéreux de fonctionnement au Nunavik.

Résultats financiers- Région 17

De 2003-2004 à 2008-2009

Centre de santé Nunavut de l'Inuvik						
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
PRODUITS						
	25,225,712	32,894,458	35,442,657	39,052,846	39,297,316	42,847,995
CHARGES						
	31,749,305	34,904,401	37,053,147	41,513,946	41,293,731	48,967,004
PAIEMENT DU DÉFICIT	3,306,685	-	-	-	-	-
(services non assurés)						
DÉFICIT (ajustés)	(3,216,908)	(2,009,943)	(1,610,490)	(2,461,100)	(1,996,415)	(6,119,009)

Centre de santé Inuitsivik						
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
PRODUITS						
	31,403,153	43,481,056	46,878,720	54,440,451	52,617,916	60,098,730
CHARGES						
	49,515,094	54,504,098	56,840,962	61,006,657	63,204,811	75,513,926
PAIEMENT DU DÉFICIT	5,531,540	-	-	-	-	-
(services non assurés)						
DÉFICIT (ajustés)	(12,580,401)	(11,023,042)	(9,962,242)	(6,566,206)	(10,586,895)	(15,415,196)
Région régionale de la Santé et des Services sociaux						
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
PRODUITS						
	4,317,566	4,312,726	4,716,507	5,194,357	5,286,571	5,355,192
CHARGES						
	5,715,957	5,521,480	4,842,030	5,345,848	5,751,488	6,621,297
DÉFICIT	(1,398,391)	(1,208,754)	(125,523)	(151,491)	(464,917)	(1,266,105)

La masse salariale est très élevée à cause des coûts additionnels associés aux conditions de travail telles que stipulées dans les conventions collectives.

Pour les années financières de 2000-2001 à 2008-2009, le déficit accumulé de la régie régionale et des deux centres de santé est de 108M \$. Lorsque les déficits autorisés sont considérés, le déficit accumulé réel est de 82M \$.

Le déficit global accumulé contribue également à la hausse du déficit annuel grâce au coût des intérêts annuels qui est absorbé par les centres de santé.

Déficit accumulé - Région 17

État de situation

Du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2009

	Global	MSSS Autorisation	Déficit accumulé net
Centre de santé Tulattavik	(21 049 649)	11 521 593	(9 528 056)
Centre de santé Inuulitsivik	(82 511 353)	14 486 519	(68 024 834)
RRSSN	(4 505 814)	-	(4 505 814)
TOTAL	(108 066 816)	26 008 112	(82 058 704)

B. SERVICES ADMINISTRATIFS

Depuis 2008-2009, la direction des services administratifs a mis beaucoup d'efforts dans la mise en place du *Projet bureau régional de gestion* qui coordonne les processus de gestion concernant les ressources biomédicales, informationnelles, matérielles et ainsi, que tout récemment, financières pour le réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik. L'objectif était d'améliorer le suivi et la certification de projets ce qui s'avérait difficile dans le passé.

Le *Projet bureau régional de gestion* (PBRG) coordonne tous les projets inscrits dans Actifs+Réseau, permettant ainsi un meilleur suivi des budgets alloués par le MSSS.

En 2008-2009, en étroite collaboration avec les deux centres de santé, le PBG a été en mesure de mettre en place les plans triennaux dans les secteurs suivants : immobilisations, équipement biomédical et systèmes d'information.



XIII. CONCLUSION

Le réseau du Nunavik envisage un avenir positif pour la région, avec une population en pleine croissance et en bonne santé physique, mentale et sociale. Pour atteindre cet état, plusieurs mesures importantes seront nécessaires afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Avec le soutien continu du gouvernement pour le développement du réseau sociosanitaire du Nunavik, le réseau du Nunavik est prêt à poursuivre les efforts à améliorer la qualité de vie de la population du territoire et à développer les services destinés à cette population.

Concrétiser le plan stratégique implique l'accès rapide à des ressources humaines et financières nécessaires afin :

- de consolider les services existants de première ligne ;
- de combler les besoins actuels de la population en termes de prestation de services ;
- de procéder au développement de services spécifiques, basé sur l'évolution des besoins de la population, tels les services pour personnes en perte d'autonomie ; et
- d'assurer des investissements de capitaux dans les installations nécessaires à la prestation de la gamme de services de qualité recherchée.

Il est d'une importance capitale de construire de nouveaux logements afin de combler le besoin de loger les ressources humaines planifiées et des ressources institutionnelles afin de répondre aux besoins des services actuels et le développement de nouveaux services pour les établissements du réseau au Nunavik.

Pour développer les services, nous avons besoin de nouveau personnel, mais nous ne pouvons pas en embaucher sans avoir de nouveaux logements. Pour le moment, il sera difficile d'embaucher plus de personnes sans que nous puissions fournir des logements et des espaces à bureau. Il est d'une importance capitale de construire ces ressources le plus tôt possible afin de mettre en place le *Plan stratégique régional* sans délai, et sur quoi dépendent la santé et le bien-être de la population du Nunavik.

