



ᓄᓇᐱᓐ ᓄᓇᓕᓕᓲᓐ ᓅᓂᓲᓐᓴᓐ ᐱᓴᓴᓕᓂᓐᓴ ᐱᓴᓴᓐᓴᓐ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

CSSS – 067M
C.P. – Livre blanc
L'autonomie
pour tous
TEXTE FRANÇAIS

Les Nunavimmiut et le Projet d'assurance autonomie



**Mémoire présenté à la Commission parlementaire de la santé et des
services sociaux
par la
Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
en collaboration avec
la Société Makivik
l'Administration régionale Kativik
le Comité des aînés du Nunavik**

Octobre 2013



Comité de travail

Yoan Girard	Directeur de la planification et de la programmation, RRSSSN
Michael O'Leary	Conseiller, Personnes en perte d'autonomie, RRSSSN
Fabien Pernet	Coordonnateur, Prévention de la maltraitance envers les aînés, RRSSSN
Elizabeth Klimczack	Agente de planification et de programmation, Personnes en perte d'autonomie, RRSSSN
Helen Dion	Agente administrative de direction, RRSSSN
Bobby Snowball	Président, Comité des aînés du Nunavik
Adel Yassa	Directeur du Développement régional et local, ARK
Martha Annanack	Conseillère, Dossiers des aînés, ARK
Mylène Larivière	Avocate, Société Makivik





Acronymes

RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
ARK	Administration régionale Kativik
CAN	Comité des aînées du Nunavik
<i>CBJNQ</i>	<i>Convention de la Baie James et du Nord québécois</i>
CSTU	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
CSI	Centre de santé Inuulitsivik
OMHK	Office municipal d'habitation Kativik
CLSC	Centre local de services communautaires
ARH	Agent de relations humaines
PPA	Personnes en perte d'autonomie
SSANA	Services de santé assurés/non assurés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
OEMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
AVQ	Activités de vie quotidienne
AVD	Activités de la vie domestique





Table des matières

COMITÉ DE TRAVAIL	2
ACRONYMES	3
INTRODUCTION	5
<i>Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik</i>	5
<i>Administration régionale Kativik</i>	6
<i>Comité des aînés du Nunavik</i>	7
<i>Société Makivik</i>	8
CONTEXTE	10
<i>Notre population</i>	10
LÉGISLATION	20
<i>Services de santé non assurés (SSNA)</i>	20
<i>Convention de la Baie James et du Nord québécois</i>	21
SERVICES DE SANTÉ AU NUNAVIK	27
<i>Centres locaux de services communautaires (CLSC) et centres de santé (CS)</i>	27
<i>Organismes communautaires</i>	28
<i>Télésanté</i>	28
<i>Services de deuxième ligne</i>	29
<i>Services de troisième ligne</i>	29
<i>Consultations au Nunavik</i>	29
<i>Consultations à Montréal</i>	30
<i>Services aux personnes en perte d'autonomie</i>	31
<i>Description de la clientèle</i>	35
<i>Sources de financement</i>	36
PRÉOCCUPATIONS DU NUNAVIK	38
<i>Objectifs du projet</i>	38
<i>Financement du projet</i>	39
CONCLUSION	40
RECOMMANDATIONS	41





INTRODUCTION

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Les assises du développement des services de santé et des services sociaux dans la région du Nunavik furent établies par la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*. L'organisation de ces services demeure le domaine du gouvernement provincial, mais elle est adaptée aux particularités de la région. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), créée en vertu de l'article 530.25 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Décret 655-94 du 4 mai 1994, G.O., 25 mai 1994, 126^e année, no. 21, page 2669) est responsable de presque tout le territoire québécois situé au nord du 55^e parallèle en ce qui concerne la prestation de services de santé et de services sociaux aux habitants des 14 communautés.

Mission

La RRSSSN est une agence dédiée à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population des 14 communautés de son territoire.

Sa mission globale est d'adapter les programmes de services de santé et de services sociaux aux besoins de la population et aux réalités de la région. Elle assure l'organisation et l'utilisation optimale des ressources octroyées à la région du Nunavik.

Toutefois, la RRSSSN a également adopté une mission spécifique selon laquelle elle exprime ses valeurs, ses particularités, sa raison d'être et sa volonté afin de collaborer avec ses partenaires régionaux à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région.





- Les préoccupations et les actions de la RRSSSN sont centrées sur les citoyens ;
- Elle regroupe ses partenaires afin d'aider les citoyens du Nunavik, individuellement et collectivement, à récupérer, à maintenir et à améliorer leur santé et bien-être ;
- Elle dessert une population dont les réalités géographique, politique, sociale, culturelle et économique se démarquent de celles du reste de la province.

Avec ses ressources et en collaboration avec ses partenaires, elle assure l'organisation et la gestion d'un système robuste de services de santé et de services sociaux qui s'adapte constamment aux caractéristiques uniques à la région.

Administration régionale Kativik

L'Administration régionale Kativik (ARK), un organisme gouvernemental non ethnique, fut créée en 1978 en vertu de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois* afin de fournir des services publics aux *Nunavimmiut*. Plusieurs de ses responsabilités sont définies par la *Loi sur les villages nordiques et l'Administration régionale Kativik* (la *Loi Kativik*). D'autres mandats furent attribués à l'ARK par les municipalités de la région et par le Gouvernement du Québec. Les secteurs dans lesquels l'ARK fournit actuellement des services sont les suivants :

- gestion des aéroports et entretien d'infrastructures marines ;
- développement économique régional et local et développement des entreprises ;
- services policiers et de sécurité civile ;
- services d'aide aux victimes de crime ;
- soutien à la chasse, à la pêche et au piégeage pour les Inuits et conservation de la faune ;





- recherche environnementale et sur le changement climatique ;
- développement et gestion de parcs ;
- emploi, formation et soutien du revenu ;
- services de garde d'enfants ;
- développement d'infrastructures municipales et surveillance de la qualité de l'eau potable ;
- accès à l'Internet ;
- sports et loisirs ;
- soutien au Comité des aînés du Nunavik.

Comité des aînés du Nunavik



Le Comité des aînés du Nunavik fut créé par l'ARK en 2006. Son mandat est de représenter les aînés du Nunavik et de servir de porte-parole de la région relativement aux dossiers des personnes âgées.



Société Makivik

La société Makivik est un leader aux niveaux politique, culturel et économique en ce qui concerne le développement de la région du Nunavik, où, dans la dualité française-anglaise du Canada et du Québec, les Inuits ont établi leur propre territoire et identité.

Le nom Makivik, inuktitut pour « s'élever », est à propos pour un organisme ayant comme responsabilité la protection des droits, des intérêts et des compensations financières découlant de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois* de 1975, le premier règlement général de revendications territoriales au Canada, et de l'*Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Nunavik*, entré en vigueur en 2008.

La Société Makivik assume un éventail de mandats distincts. Notamment, elle est propriétaire et exploite de grandes entreprises rentables qui génèrent des emplois. Elle voit aussi au développement socioéconomique de la région et à l'amélioration des conditions de logement des *Nunavimmiut*. Qui plus est, elle veille à la protection de la langue et de la culture inuites ainsi que de l'environnement naturel.

Les réalisations de la Société Makivik démontrent à quel point des traités modernes ou des règlements de revendications territoriales des peuples autochtones peuvent être profitables autant pour les gouvernements que pour les Inuits.

En 1975, lorsque le tout premier traité a été signé, la société a déclaré que le règlement des revendications territoriales des Inuits doit être considéré dans le contexte d'un nouveau départ, marquant l'établissement et le maintien d'une nouvelle relation et d'une nouvelle façon de faire affaire avec les gouvernements du Québec et du Canada.





Objectifs de la société

- Recevoir, administrer, distribuer et investir l'indemnité pécuniaire destinée aux Inuits, conformément aux dispositions de la *CBJNQ* ;
- Lutter contre la pauvreté et promouvoir le bien-être, le progrès et l'éducation des Inuits ;
- Encourager, promouvoir et protéger le mode de vie, les valeurs et les traditions des Inuits, ainsi que contribuer à leur préservation ;
- Exercer les fonctions qui lui sont dévolues par la loi et la *CBJNQ* ;
- Développer les communautés inuites et améliorer leurs moyens d'action.



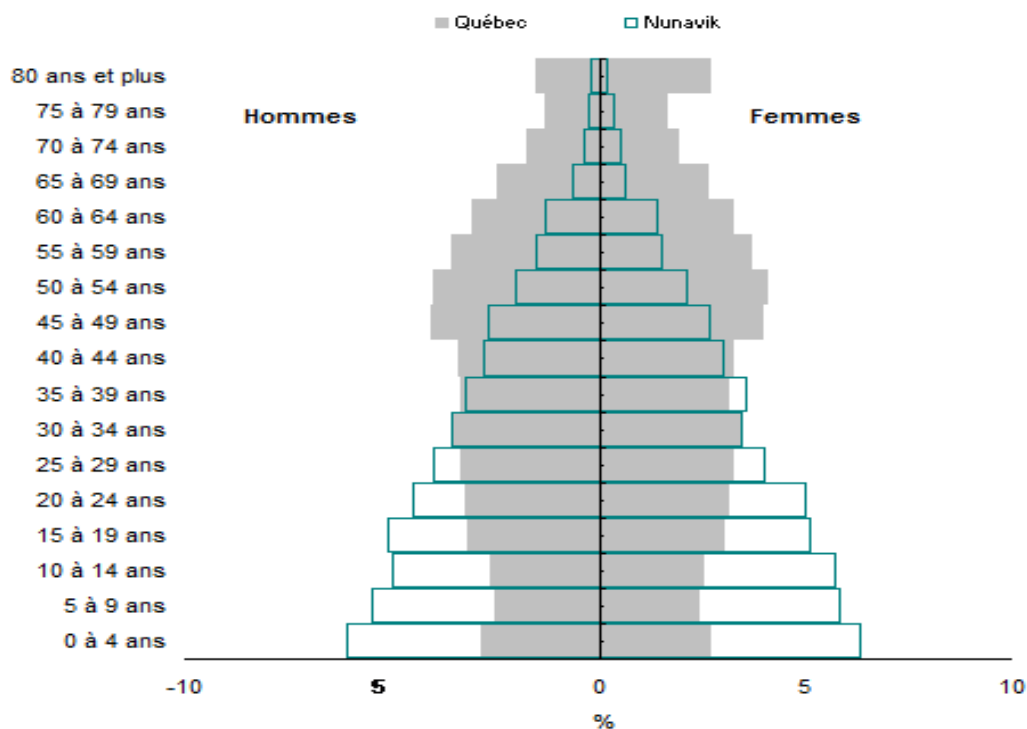


CONTEXTE

Notre population

Les caractéristiques de la population du Nunavik sont très différentes de celles de la population provinciale. Elle est plus jeune de loin : le segment d'enfants en bas de l'âge de 15 ans est deux fois plus grand que le même segment de la population provinciale (34 % de la population du Nunavik est âgée en bas de 15 ans). Cette situation s'explique en partie par le taux de naissance, lequel est également deux fois plus élevé que le taux provincial. L'âge moyen de la population du Nunavik est de 22,9 ans, environ la moitié de celui de la province (41,5 ans).

Tableau 1



Le nombre moyen d'enfants par femme au Nunavik se situe parmi les plus élevés au Québec : 3,2 au Nunavik comparé à 1,6 au Québec pour la période 2004-2008.





Données démographiques

Chez les *Nunavimmiut*, le taux annuel de croissance est environ 3 %, ce qui est trois ou quatre fois plus élevé que le taux québécois.

Tableau 2 Croissance de la population, Nunavik, 2011-2020

Population Nunavik											
Village	Population		Population		Taux annuel de croissance naturelle (%)		Croissance naturelle projetée				
	2006		2011		2006-2011		2016		2020		
Hudson	Salluit	1241	5937	1347	6719	1,71 %	2,65%	1466	7667	1569	8531
	Akulivik	507		615		4,26 %		758		895	
	Umiujaq	390		441		2,62 %		502		556	
	Inukjuak	1425		1597		2,41 %		1799		1979	
	Ivujivik	349		370		1,20 %		393		412	
	Kuujjuaraapik	568		657		3,13 %		767		867	
	Puvirnituq	1457		1692		3,23 %		1983		2252	
Ungava	Kangirsuk	466	4658	549	5368	3,56 %	3,36%	654	6246	752	7056
	Kuujjuaq	2115		2375		2,46 %		2682		2955	
	Kangiqtujuaq	605		696		3,01 %		807		909	
	Quaqtaq	315		376		3,87 %		455		529	
	Aupaluk	174		195		2,41 %		220		242	
	Tasiujaq	248		303		4,44 %		376		448	
	Kangiqtualujuaq	735		874		3,78 %		1052		1221	
Total	10595		12087		3,01 %		13913		15587		





Disparités régionales



La région du Nunavik couvre le territoire situé au nord du 55^e parallèle, une superficie de 500 164 km² ou environ le tiers de la superficie du Québec. Elle a une frontière commune avec la Terre-Neuve et le Labrador à l'est et avec les régions de la Côte-Nord, du Saguenay Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et de l'Abitibi-Témiscamingue au sud ; elle est entourée par la Baie d'Hudson, le Déroit d'Hudson et la Baie d'Ungava.

Il n'y a aucun lien terrestre entre les communautés de la région, non plus entre le Nunavik et les régions avoisinantes. La plupart des déplacements se font donc par voie aérienne. La majorité des biens de consommation sont également transportée par avion. Des liens maritimes avec le Sud sont ouverts quatre mois de l'année.

Ces deux modes de transport impliquent des coûts reliés à leur utilisation (entreposage, financement, manutention, produits pétroliers, etc.). D'un côté, ces facteurs contribuent à un coût de vie élevé ; d'un autre, ils limitent grandement la variété et la quantité de biens transportés.

Langue

Au Nunavik, trois langues sont couramment utilisées dans les établissements et administrations : l'inuktitut (dialecte Nunavik), le français et l'anglais. Cependant, l'inuktitut est la langue maternelle de la grande majorité de la population inuite : en 2006, l'inuktitut était la langue la plus parlée dans 86,1% des ménages du Nunavik, tandis que l'anglais et le français sont utilisés à l'école et au travail.





En 2005, 86 % des aînés au Nunavik ne parlaient qu'une langue, l'inuktitut ; 97 % d'eux le parlaient couramment. Ceci fait preuve de la prépondérance de l'inuktitut comme langue parlée ainsi que de son importance dans les communications avec les aînés unilingues.

L'importance croissante de l'anglais comme langue seconde est à noter : en 2005, 11 % des aînés du Nunavik parlaient l'anglais couramment comme langue seconde, mais la moitié de ces personnes étaient âgées de 60 à 64 ans, le groupe d'aînés le plus jeune au moment de l'enquête. La nouvelle génération d'aînés est probablement plus bilingue (inuktitut et anglais). Peu d'entre eux maîtrisent le français.

Culture

Avant le contact avec les Européens dans les 19^e et 20^e siècles, les Inuits étaient entièrement autosuffisants. Ils vivaient en petits groupes autonomes et dépendaient des fruits de la chasse, de la pêche et de la cueillette pour leur survie et besoins physiques. Ils étaient nomades, se déplaçant sur un vaste territoire où chaque lac, montagne, rivière, île et baie portait un nom. Des routes spécifiques furent prises à chaque année, reliant plusieurs différents sites de campement ensemble à travers la région du Nunavik. Chacun de ces sites de campement fut utilisé pour des activités spécifiques selon la saison.

Le droit coutumier régnait, avec sa nature informelle et souple et son fondement dans les pressions sociales afin d'assurer que les gens se comportaient convenablement. Avec une fréquence croissante de contacts avec les étrangers durant le 20^e siècle, la culture inuite a commencé à changer et à s'adapter au monde moderne. Plusieurs Inuits travaillaient comme coureurs des bois avec la Compagnie de la Baie d'Hudson ; d'autres travaillaient sur la base militaire américaine à l'endroit où se trouve Kuujjuaq aujourd'hui ou dans le développement de coopératives locales, comme celle de Kangiqsualujjuaq aussi tôt qu'en 1959.





Cependant, trois événements connexes ont eu des impacts profonds sur les Inuits dans les années cinquante et soixante : l'installation dans les communautés permanentes, l'expérience des pensionnats et l'abattage des chiens.

Durant ces décennies, les pressions du changement ont augmenté de façon importante : les Inuits du Nunavik furent déplacés dans des collectivités permanentes par le gouvernement fédéral. Ces collectivités donnaient accès aux écoles, aux soins de santé et aux attraits matériels du monde moderne. Durant ces années, beaucoup d'enfants inuits furent envoyés aux pensionnats. Plusieurs d'entre eux ont subi des abus lors de ces séjours, et la plupart sont retournés chez eux avec une mauvaise estime de soi et de leur culture.

Ensuite, l'abattage des chiens au Nunavik dans les années cinquante et soixante a privé les Inuits de leur mode de transport et de chasse et a obligé l'installation dans les nouvelles communautés, où ils sont devenus dépendant des épiceries pour une bonne proportion de leur nourriture et vêtements. Entre 1950 et 1970, des policiers ont abattu plus de 1 000 chiens sans prendre en compte le rôle important que jouaient ces animaux dans le mode de vie des Inuits.

Malgré l'impact de ces événements sur le mode de vie inuit, il est néanmoins important de rappeler la résilience des personnes ainsi que la résilience d'un peuple, c'est-à-dire, la résilience de la culture inuite. L'assimilation n'a jamais réussi, et plusieurs nouveaux leaders sont nés de l'expérience des pensionnats. Ils ont lutté aussi tôt que la fin des années soixante et ont contribué à l'évolution d'un mode de vie inuit moderne. Dans ce nouveau mode de vie, les Inuits ont approprié plusieurs institutions ou objets qui sont venus du Sud et ont réussi à les transformer, les « inuitiser », afin de les adapter à leurs valeurs traditionnelles et à leur patrimoine culturel riche.

Quoiqu'il existe des différences d'opinion parmi les Inuits d'aujourd'hui quant au degré de respect des valeurs traditionnelles, tous sont fiers de leur culture et reconnaissent l'importance de la préserver.





Beaucoup d'entre eux maintiennent leurs attachements forts à la terre et considèrent leur relation avec la terre comme essentielle à leur culture et à leur survie comme un peuple distinct.

Revenu (coût de vie)

En 2004, le revenu total moyen des aînés au Nunavik (**19 250 \$**) était inférieur au revenu moyen des personnes âgées au Québec (environ 22 300 \$). Cette différence de 13 % est importante, étant donné que les produits de première nécessité coûtent plus cher au Nunavik. Une proportion de 32 % des aînés touchent à un revenu d'un emploi, d'une entreprise ou du fait d'être travailleurs autonomes ; leur revenu total moyen est de **28 360 \$**. La moitié de ces aînés sont âgés en bas de 65 ans.

Soixante-neuf pourcent des aînés ne reçoivent que des avantages de sécurité gouvernementaux comme revenu et augmentent ce revenu par la vente d'aliments et produits traditionnels. Leur revenu total moyen est de **12 882 \$**.

Les conditions socio-économiques des aînés au Nunavik sont inférieures à celles des aînés de toute la province :

- le revenu des hommes âgés au Nunavik est inférieur à celui d'autres hommes âgés ailleurs au Québec ;
- le revenu des femmes âgées au Nunavik et celui d'autres femmes âgées ailleurs au Québec est pratiquement identique ;
- dans les deux cas, le revenu au Nunavik est relativement bas, étant donné les prix plus élevés dans cette région, notamment pour la nourriture.





Somme toute, en 2005, des avantages de sécurité gouvernementaux représentaient une plus grande proportion du revenu des personnes âgées au Nunavik comparé à celui d'autres personnes âgées ailleurs au Québec ; réciproquement, le revenu d'emploi représentait une plus petite proportion du revenu total au Nunavik comparé à ce que l'on trouve ailleurs dans la province. De plus, peu d'aînés au Nunavik (moins de 8 %) ont reçu un revenu provenant d'un régime de rente offert par l'employeur.

Cette situation découle d'une différence fondamentale entre le Nunavik et le Québec. Au Québec, le système salarial existe depuis longtemps and constitue la source principale de revenu pour la majorité de la population.

En plus, l'économie et le marché du travail sont plus diversifiés, ce qui donne un accès plus facile aux emplois. Par conséquent, les travailleurs au Québec demeurent à l'emploi plus longtemps et donc ont une capacité bénéficiaire plus importante. Également, les entreprises et les établissements ont plus tendance à contribuer aux régimes de rente privés. Ces régimes s'ajoutent aux régimes de rente publics, ce qui fait que les personnes âgées du Québec reçoivent un revenu de retraite plus élevé.

La pratique d'activités traditionnelles, même parfois à un âge assez avancé, ainsi que l'importance de ces activités, marquent fortement le mode de vie des aînés du Nunavik. Certes, 70 % de ces aînés ont pratiqué la chasse ou la pêche en 2004.

Pourtant, malgré le fait que les activités traditionnelles et la participation aux réseaux d'échange les aident à se procurer de la nourriture, il arrive qu'ils n'en reçoivent pas assez : 37 % des aînés du Nunavik ont vécu une pénurie de vivres de façon occasionnelle ou régulière.

Toutefois, 93 % des aînés se sont procuré de la nourriture par le biais du Programme d'aide aux Inuits pour leurs activités de chasse, de pêche et de piégeage. De plus, 89 % des aînés ont partagé une partie des fruits de leurs récoltes avec d'autres personnes ne faisant pas partie de leur ménage.





À plusieurs niveaux, ces activités sont d'une importance capitale pour les aînés. Pour plusieurs entre eux, ces activités constituent leur mode de vie et leur permettent de rester actifs et de préserver leur dignité. La chasse et la pêche leur permettent également de s'approvisionner en denrées nutritionnelles : 40 % des protéines consommées par les habitants du Nunavik proviennent des aliments traditionnels.

Logement

Au Nunavik, les politiques de logement ont leurs assises dans l'histoire de l'installation en communautés permanentes des années soixante. Avant cette décennie, les Inuits avaient un style de vie nomade, se déplaçant et vivant dans différents endroits d'un territoire spécifique. Plusieurs familles s'unissaient sur des sites de campement d'hiver afin de partager les ressources, pour ensuite se disperser au printemps et exploiter les ressources d'autres endroits en été.

Les postes de traite de la Compagnie de la Baie d'Hudson étaient des sites importants dans ce réseau large ; ils ont été transformés par la politique fédérale de logement de 1959 en noyaux autour desquels les communautés permanentes seraient établies. Les Inuits étaient installés dans des logements publics consistant en des unités d'une pièce, jadis appelés *matchbox* [boîtes à allumettes], dans ces communautés. Dès le début, il y avait des problèmes répandus au niveau de la superficie, de la conception, de la qualité, du coût et de la disponibilité des logements dans les communautés du Nord ; ces problèmes sont toujours critiques aujourd'hui.

Au Nunavik, le seul coût moins important qu'au Québec c'est le coût du logement, ce qui aide les *Nunavimmiut* à vivre avec la réalité du prix des biens de consommation dans la région. Le coût du loyer au Nunavik est inférieur, car 80 % des logements dans cette région sont des logements sociaux gérés par l'Office municipal de l'habitation Kativik (OMHK) et 18 % sont subventionnés par l'employeur. Le marché étant saturé, les habitants dépendent de l'OMHK pour leur logement et l'entretien lorsque nécessaire.





En 2005, la majorité des aînés du Nunavik vivaient dans un logement abritant une moyenne de cinq personnes. Dix pourcent des ménages avec au moins une personne âgée occupaient un logement abritant 10 personnes et plus ; par contre, seulement 6 % des aînés du Nunavik vivaient seul.

Il y a beaucoup moins de personnes âgées vivant seul au Nunavik qu'ailleurs au Québec, et les centres de jour pour personnes âgées au Nunavik sont peu fréquentés. Cette situation s'explique par de forts liens familiaux, mais elle peut être attribuée aussi à la rareté de logements consacrés aux personnes âgées ou de lits dans les centres de soins de longue durée au Nunavik.

Il existe aujourd'hui quatre maisons pour aînés au Nunavik :

- Tusaajiapik (Kuujjuaq) ;
- Sailivik (Puvirnituaq) ;
- Qilangnguanaaq (Kangijsujuaq) ;
- M-19 (Kangijsualujjuaq).

Quatre autres sont planifiés à Salluit, Inukjuak, Umiujaq et Kangirsuk.





Des logements intergénérationnels constituent une autre solution à la question du logement pour les aînés, un projet développé par le Comité des aînés du Nunavik et ses partenaires régionaux : l'ARK, la Société Makivik et l'OMHK. Un logement intergénérationnel comprend une chambre à coucher, une salle de bain, et une cuisine et un salon partagés, reliés par une porte donnant à l'espace de vie de deux chambres à coucher d'une unité duplexe. Le projet pilote de 2009 a vu la construction de la première unité de ce type à Kuujjuaraapik. Depuis ce premier logement, cinq autres logements intergénérationnels ont été construits dans quatre autres villages (Umiujaq, Salluit, Inukjuak et Puvirnituq). Cette conception a ses racines dans la culture inuite, car les Inuits avaient la pratique de construire des iglous interconnectés afin d'abriter tous les membres d'une famille grandissante.





LÉGISLATION

Services de santé non assurés (SSNA)

Les provinces et les territoires sont responsables de la prestation des services de santé, selon les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services comprennent les soins hospitaliers assurés et les soins de santé primaires, tels les services des médecins et de d'autres professionnels de la santé. Comme tout autre résident du Canada, les membres des Premières nations et les Inuits ont accès à ces services assurés par le biais des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Toutefois, certains fournitures et services de santé ne sont pas assurés par les provinces ou territoires ou par d'autres régimes d'assurances privés. Afin d'aider les Premières nations et les Inuits à maintenir un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, le Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada couvre une gamme limitée de ces fournitures et services quand ils ne sont pas assurés autrement.

Le programme SSNA de Santé Canada est un programme national de services de santé nécessaires au niveau médical et couvre une gamme spécifique de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, de fournitures et d'équipements médicaux, d'intervention de court terme en situation de crise, de consultation en santé mentale et de transport pour raisons médicales pour les membres admissibles des Premières nations et des Inuits.





Convention de la Baie James et du Nord québécois

Depuis le 11 novembre 1975, la prestation de services de santé et de services sociaux au Nunavik se fait selon la *Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ)*.

Ce traité, protégé sous la constitution et découlant d'un processus judiciaire entre les Inuits du Nunavik, les Cris de la Baie James et le Gouvernement du Québec relativement au projet de développement hydroélectrique dans le Nord de la province, a eu comme effet le transfert, du gouvernement fédéral au gouvernement provincial, de la plupart des responsabilités concernant les services aux communautés inuites, y compris, notamment, les services de santé et les services sociaux.

Au moment des négociations sur la *CBJNQ*, les Inuits du Nunavik voulaient non seulement protéger leur territoire et leur mode de vie traditionnel, ils cherchaient également à améliorer leur qualité de vie en établissant de meilleures infrastructures et services communautaires, des logements, des services d'éducation, de santé, de police et de justice, et des aéroports. Certes, un objectif majeur pour les Inuits du Nunavik était de rehausser le niveau et la qualité des services à rendre à la population, particulièrement dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Ainsi, les Inuits du Nunavik ont consciemment choisi des institutions ouvertes, publiques et non ethniques, telles la RRSSSN, en partie afin de bénéficier des ressources et du financement fournis par le Québec aux autres régions et, ultérieurement, afin de rattraper le reste de la population provinciale¹ au niveau des services de santé et des services sociaux. À cette époque, la différence entre les deux groupes était énorme. Jusqu'en 1975, le

¹ À vrai dire, la comparaison utilisée par les Inuits du Nunavik à l'époque concernait les communautés inuites des Territoires du Nord-Ouest. Le *Rapport Joliceur* de 1980 sur l'état des infrastructures dans les communautés inuites du Québec a confirmé la supériorité des infrastructures et des services disponibles aux Inuits des Territoires du Nord-Ouest.





financement et les services sous l'autorité du Gouvernement du Canada étaient limités et intermittents au mieux et non existants au pire.

Le transfert de responsabilités en vertu de la *CBJNQ* a également eu comme résultat des réaménagements majeurs aux dossiers administratifs et budgétaires entre le Canada et Québec.

Notamment, le chapitre 15 de la *CBJNQ* « Services de santé et services sociaux (Inuit) » établit le cadre selon lequel le Québec octroie le financement des immobilisations et le financement de fonctionnement dans le secteur de la santé. Il stipule aussi la création de la RRSSSN et des établissements de santé, afin de fournir des services aux personnes résidant de façon permanente ou temporaire dans la région administrative 10A du territoire Kativik (article 15.0.10).

Le chapitre 15 de la *CBJNQ* propose essentiellement des détails d'organisation et de structure ainsi que des modalités de transfert pour la prestation de services de santé et de services sociaux post-1975.

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.

L'article 15.0.19 fait référence également aux services de santé non assurés (SSNA) pour lesquels un financement supplémentaire serait rendu disponible aux établissements de santé du Nunavik en sus du financement provincial pour les services destinés à toute la population du Québec.





Le Programme SSNA,² établi par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits³ (DGSPNI) de Santé Canada, couvre certains coûts reliés aux soins dentaires ou médicaux pour les membres admissibles des Premières nations et Inuits et qui sont en sus des services de santé assurés fournis par les provinces à leurs résidents. Les médicaments et les services dentaires et de santé auxiliaire fournis en tant que SSNA aux Premières nations et aux Inuits sont ainsi définis selon des critères établis, développé au besoin par la DGSPNI.⁴

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.*

² Ce programme est basé sur le besoin et a ses origines dans la nouvelle *Politique sur la santé des Indiens* de 1979 ainsi que dans le renouvellement de 1997 de ce mandat. Historiquement, il découle des obligations fiduciaires du gouvernement fédéral, lesquelles furent implantées pour les raisons de santé à partir des années 1900 avec la transmission de la variole, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, encore sous l'autorité du ministère des Affaires indiennes. Une direction générale de la santé fut créée en 1962, et en 1974, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a déposé la *Politique du gouvernement fédéral concernant les services de santé offerts aux Indiens*. Cette politique stipule qu'il n'existe aucune obligation conventionnelle de fournir des services de santé aux Indiens, ce qui contredit ses obligations conventionnelles envers la population autochtone du Canada. Cependant, le gouvernement fédéral a annoncé son objectif d'assurer la disponibilité de services en la fournissant directement là où les services provinciaux normaux n'étaient pas disponibles et en octroyant de l'aide financière aux peuples autochtones afin de couvrir les services nécessaires quand cette aide n'est pas fournie autrement. En 2000, la Direction générale de la santé fut renommée la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

³ À l'exception de quelques régions ou territoires tels le Labrador, le Nunavut ou le territoire de la *CBJNQ*, où l'administration du programme est la responsabilité d'une autre agence, en cette instance la RRSSN pour la région 10A du territoire Kativik.

⁴ Un guide d'utilisateur plus récent fut développé par un groupe de travail technique et spécifique d'ITK pour tous les Inuits du Canada, y compris les Inuits du Nunavik, et contient des informations sur le programme SSNA couvrant tout le Canada.





Le niveau et la nature des services à rendre seront donc définis, au fil du temps, par des enveloppes budgétaires pertinentes transférées à la RRSSSN ou aux établissements de santé à même les enveloppes de financement général du Québec et le programme SSNA.

Néanmoins, les ajustements sont nécessaires quand les services, les programmes et les enveloppes sont développés pour la clientèle du Nunavik, étant donné les adaptations requises par la CBJNQ. Certes, la convention exige l'adaptation d'enveloppes de financement ou de programmes au contexte du Nord, à ses spécificités géographiques et culturelles, à la favorisation d'emplois pour les Inuits, etc.

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

(...)

- 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.*

Annexe 1 (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.

Donc, quoique le texte de la *CBJNQ* ne fasse référence explicitement à l'étendu et au niveau des services à rendre post-1975 aux personnes âgées ou aux personnes handicapées chez les Inuits du Nunavik, tout programme doit inclure, dans son développement :

- toute adaptation nécessaire au contexte du Nord en ce qui concerne la budgétisation, le fonctionnement et le développement de services de santé, de services sociaux et d'installations ;
- toute disposition nécessaire pour assurer l'emploi, l'avancement et la formation des Inuits dans l'implantation de ces programmes et plans.

Spécifiquement au projet d'assurance autonomie, nous sommes d'avis que des ajustements importants soient nécessaires dans le programme comme tel, afin d'éviter des effets néfastes pour la population du Nunavik.

Certes, le projet exige des choix pour la clientèle des personnes âgées quand ils se trouvent en perte d'autonomie : recevoir les services des professionnels de leur choix et selon le traitement de leur choix, à l'établissement de leur choix, à la localité de leur choix, etc.

Nous croyons que ce concept de choix ne s'applique toujours pas à la clientèle du Nunavik, pour laquelle l'accès aux services de base n'est pas chose garantie, accès qui est pris pour acquis ailleurs dans la province (services de santé, dentaires, psychologiques, à domicile, etc.).

Le projet d'assurance autonomie cherche à proposer des choix pour et à protéger un segment vulnérable de la population générale. Par contre, nous sommes d'avis que le projet, implanté comme tel sans adaptation ni plan de rattrapage pour la région du Nunavik, ne produira que d'autres fardeaux financiers pour une population déjà fragilisée, en termes de santé et de ressources, et n'offrira aucun véritable choix quant aux services et établissements, lesquels sont déjà inexistantes ou très limités dans la plupart des 14 communautés inuites.





Si les Inuits du Nunavik ne sont plus un peuple nomade exploitant les ressources de la terre, les 50 dernières années, avec tous les changements majeurs aux niveaux social, économique et culturel, ne leur ont pas permis de répondre à tous leurs besoins.

Malgré les avantages et les améliorations réels pour la région du Nunavik depuis la signature de la *CBJNQ*, la qualité de vie aujourd'hui indique une réalité étonnante et préoccupante. Les Inuits du Nunavik ont droit aux services de la même qualité et de la même nature que ceux offerts dans le reste de la province, que ce soit des services de base ou spécialisés.

Nous croyons que tout effort devrait être consacré d'abord à la consolidation de l'offre de services de santé et de services sociaux de base, avant de favoriser l'intégration des services spécialisés requis par la clientèle en perte d'autonomie. Deuxièmement, le projet d'assurance autonomie doit inclure :

- (1) des adaptations majeures au programme au niveau des services, des budgets, de l'emploi et de la formation pour la région du Nunavik, afin d'éviter des impacts négatifs sur la capacité financière déjà limitée de la population ;
- (2) comme priorité et préalable, le développement et le financement de programmes de rattrapage afin de permettre le développement de véritables choix pour la population du Nunavik en fonction de :
 - (2.1) la variété et l'appropriation de services de base, y compris les services inexistantes sur le territoire, offerts à la clientèle des personnes âgées et en perte d'autonomie ;
 - (2.2) la construction, l'amélioration et l'entretien d'installations desservant la clientèle des personnes âgées et en perte d'autonomie dans les communautés du Nunavik.





SERVICES DE SANTÉ AU NUNAVIK

Centres locaux de services communautaires (CLSC) et centres de santé (CS)

Tous les points de service CLSC et CS offrent les mêmes services de santé, psychosociaux et de protection de la jeunesse. Tous les villages ont un accès continu aux services de santé, fournis par les infirmières, et aux services sociaux, fournis par les agents de relations humaines (ARH). Dans certains villages (Salluit, Inukjuak, Kuujuaq et Puvirnituk), des médecins permanents sont disponibles pour des consultations et rendez-vous. Dans les autres villages, un médecin est présent selon un horaire d'environ une semaine par mois ; quand il n'y a pas de médecin sur place, les usagers peuvent obtenir des informations par téléphone ou par le biais des services de télésanté. Au Nunavik, les infirmières jouent un rôle élargi grâce à des ententes spécifiques.

Les services psychosociaux généraux sont assurés 24 heures par jour, sept jours par semaine, avec ou sans rendez-vous.





Organismes communautaires

Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) finance un total de 11 organismes communautaires offrant des services aux femmes victimes de violence, aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sévères et chroniques, aux personnes âgées, aux toxicomanes et aux hommes dans le besoin. D'autres organismes œuvrant selon une approche communautaire reçoivent du soutien des centres de santé. Notamment, ils offrent des services de prévention relativement au syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool ainsi qu'aux familles et aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

L'organisation socio-économique, les ententes régissant l'ensemble des soins de santé au Nunavik et les facteurs reliés à l'environnement, à la culture, à la langue et à la géographie (distances et isolement des communautés) ne favorisent pas le développement d'entreprises d'économie sociale capable de fournir des services en dehors du réseau de la santé.

Télésanté

Le Nunavik, conjointement avec le RUIS McGill, a implanté des équipements de télésanté dans tous les villages afin de limiter le nombre de transferts de patient à Montréal. Les services spécialisés les plus souvent requis sont dans les domaines de la psychiatrie, de la cardiologie, de l'échographie, de la radiologie et de la pédiatrie.





Services de deuxième ligne

Les centres de santé de la région offrent des services de deuxième ligne. Par exemple, les services spécialisés sont fournis par des professionnels de la santé mentale ou par des organismes communautaires dédiés aux soins spécialisés.

Les autres services de deuxième ligne sont offerts de la même manière que ceux offerts par le RUIS McGill. Différents spécialistes visitent les villages plusieurs fois par année.

Services de troisième ligne

Le réseau de santé McGill est responsable du développement de relations entre les établissements partenaires et les régions membres, particulièrement dans le domaine des services cliniques. Des consultations avec des médecins spécialistes pour des services de troisième ligne sont possibles au Nunavik et à Montréal ou par le biais des services de la télésanté.

Consultations au Nunavik

En 2011-2012, environ 20 spécialistes ont visité le Nunavik afin d'offrir des services spécialisés et ultraspecialisés. Les spécialités couvertes directement au Nunavik comprennent, entre autres, la pédiatrie, la gastro-entérologie, l'ORL (otorhinolaryngologie), l'obstétrique-gynécologie, la psychiatrie et la psychiatrie pédiatrique, l'ophtalmologie, la médecine interne, la cardiologie, la rhumatologie, la chirurgie et l'orthopédie.





Consultations à Montréal

Les patients doivent se déplacer au Sud quand leur état de santé exige des services non disponibles au Nunavik. Des services de liaison s'occupent de la logistique et ainsi assure que les activités se déroulent de façon ordonnée et efficace. En 2011-2012, 3,439 patients ont reçu de tels services.⁵

⁵ Rapport annuel 2011-2012, Centre de santé Inuulitsivik.

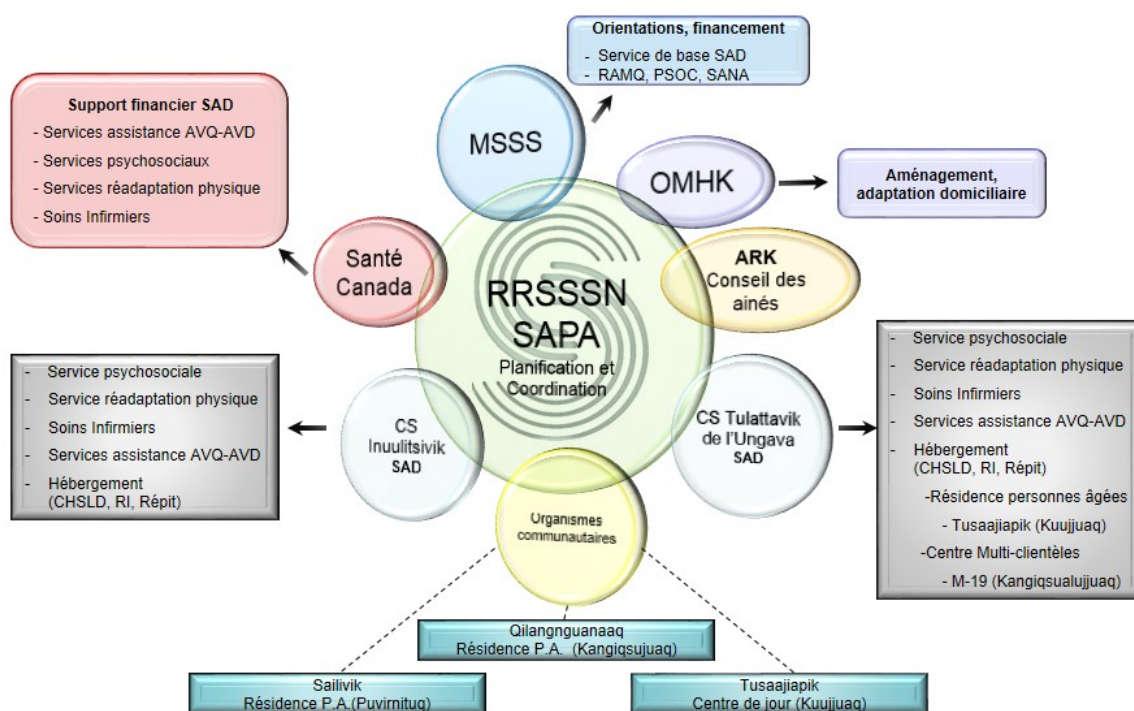




Services aux personnes en perte d'autonomie

Les services pour les personnes en perte d'autonomie (PPA) sont fournis dans les 14 communautés, principalement par le biais du programme des soins à domicile du réseau sociosanitaire. La prestation de services est organisée comme suit :

Architecture des services Programme personnes en perte d'autonomie



Selon son mandat régional, la RRSSSN est responsable de l'organisation des programmes de services de santé et de services sociaux au Nunavik et de l'évaluation de l'efficacité des programmes ; elle s'assure également que les usagers reçoivent des services de qualité et qui répondent à leurs besoins. De plus, la RRSSSN est responsable de la distribution des budgets aux établissements de la région.





Les partenaires principaux de la RRSSSN sont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les autres agences de la santé et des services sociaux de la province, les deux centres de santé de son territoire, l'Administration régionale Kativik, la Commission scolaire Kativik, la Société Makivik, le Comité des aînés du Nunavik et l'OMHK.

Le Centre de santé Inuulitsivik (CSI) à Puvirnituaq a le mandat de fournir des services de santé et des services sociaux aux sept communautés de la côte d'Hudson, par ses CLSC : Puvirnituaq, Inukjuak, Salluit, Kuujjuaraapik, Akulivik, Umiujaq et Ivujivik.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU) à Kuujjuaq fournit des services aux villages de la côte d'Ungava : Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtuaq, Tasiujaq et Aupaluk.

Les services de soins à domicile sont fournis aux usagers de chaque village par les CLSC ainsi que par certains organismes communautaires. Les CLSC offrent des services infirmiers, sociaux, de réadaptation et de bien-être communautaire grâce aux programmes de soins à domicile, de services infirmiers et de services sociaux. Les services d'interprètes et d'aidants proches sont parties intégrales du réseau du Nunavik.

Les services de réadaptation physique consistent en l'ergothérapie, la physiothérapie et l'audiologie. Ces services varient quelque peu selon la côte, et des efforts sont consacrés afin de partager les ressources limitées de la région et de maximiser les bienfaits pour les usagers.





Comme ailleurs dans le réseau québécois, au Nunavik tous les usagers orientés pour des soins à domicile subissent une évaluation de leur statut fonctionnel, et ce avec l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC) et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Chaque centre de santé a un programme de soutien aux familles ayant des enfants vivant avec une incapacité. Des sommes sont disponibles à chaque année pour des services de répit à ces familles.

Il y a plusieurs organismes communautaires dans la région offrant des services essentiels aux personnes en perte d'autonomie. Comme mentionnée plus haut, il y a quatre maisons pour aînés dans la région, chacune organisée selon les besoins de sa communauté.

La maison des aînés Tusaajiapik de Kuujjuaq fonctionne d'une façon semblable à une ressource intermédiaire au Sud. Comme les usagers ont une espérance de vie de plus en plus longue et donc vivent avec une perte d'autonomie de plus en plus sévère, Tusaajiapik sert de plus en plus de centre de soins de longue durée. Cette ressource offre également du répit aux aînés et leur famille venant des autres communautés de l'Ungava ainsi que des activités de centre de jour pour les aînés de Kuujjuaq qui vivent toujours chez eux.

La maison des aînés Sailivik de Puvirnituk est un duplexe avec huit lits pour les aînés de ce village. Occasionnellement, elle offre également du répit aux usagers venant des autres communautés de l'Hudson.

Le Centre de résidence-services Qilangnguanaaq de Kangiqsujuaq lui aussi est un duplexe, mais la moitié est réservée aux aînés et l'autre aux personnes plus jeunes en perte d'autonomie. Cette installation organise occasionnellement des activités de centre de jour pour les aînés de la communauté vivant toujours chez eux.

Finalement, le Centre multifonction M-19 de Kangiqsualujjuaq offre le logement et les services aux aînés autonomes et semi-autonomes et aux personnes plus jeunes en perte d'autonomie ainsi que du répit et du logement d'urgence aux autres dans le besoin de cette communauté.





Comme mentionné plus haut, des projets de développement de maisons des aînés sont en marche au Nunavik.

Voici certaines statistiques sur les services de soins à domicile (ces services sont financés en partie par le Programme (fédéral) de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI), lequel exige la compilation de statistiques sur les usagers et sur les services qui leur sont offerts) :

Type de services	Nombre d'heures
Répit à domicile	1 244
Gestion de cas	2 866
Soins infirmiers	3 953
Soutien aux activités de la vie domestique (AVD)	4 569
Soutien aux activités de la vie quotidienne (AVQ)	7 381
Total de services rendus	20 178
Nombre total de visites à domicile	15 856





Description de la clientèle

Les services de soins à domicile sont disponibles aux personnes de tout âge ayant un besoin diagnostiqué dû à une perte d'autonomie ou à une déficience physique, intellectuelle ou mentale. Durant le dernier exercice, 402 personnes étaient enregistrées au programme de soins à domicile.

Groupe d'âge	Nombre de clients
0-16	36
17-45	74
46-64	67
65 et plus	225
Total	402

Comme on le voit dans le tableau ci-haut, les enfants, les adolescents, les jeunes adultes, les personnes d'âge moyen et les personnes âgées reçoivent des services de soins à domicile. Toutefois, celles âgées de plus de 65 ans ont le plus grand besoin de soutien.

La plupart des clients reçoivent des soins par rapport à une condition musculosquelettique (85 personnes), à la cardiopathie ou à une condition de l'appareil circulatoire (62 personnes), au vieillissement (46 personnes), à une maladie cérébrovasculaire ou à un accident vasculaire cérébral (AVC) (37 personnes) et au diabète (21 personnes).





Les clients sont également regroupés selon le type de soins qu'ils reçoivent :

Type de soins	Nombre de clients
Soins aigus	19
Fin de vie	8
Réadaptation	27
Soutien à long terme	114
Soutien aux AVD-AVQ	251
Total	402

Sources de financement

En 2012-2013, le total investi par les deux centres de santé aux services de soutien à domicile était à l'ordre de 4 000 000 \$. De ce montant, une enveloppe d'environ 2 000 000 \$ provient directement du MSSS pour couvrir tous les services courants, avec certaines exceptions, telles :

- les équipements d'orthopédie, lesquels sont couverts par le programme SANA ;
- les services de soutien aux AVD et AVQ, lesquels sont couverts par Santé Canada.

Comme mentionné plus haut, une portion du financement des services de soins à domicile provient du gouvernement fédéral, à savoir, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) de Santé Canada.





L'allocation totale de l'exercice 2012-2013 était de 2 173 413 \$. Un petit montant est retenu par la RRSSSN afin de couvrir les coûts du logement, de l'embauche d'un coordonnateur régional et de la formation. La plupart du financement est transférée aux deux centres de santé pour la prestation des services. Ce montant couvre les coûts du logement et du salaire de deux coordonnateurs sous-régionaux de soins à domicile ainsi que des infirmières de soins à domicile dans les villages. De plus, une partie de ces fonds couvre le coût d'entretien pour deux entrepôts d'équipements spécialisés, de l'achat d'équipements et de la formation.

Il n'y a pas de chevauchement entre les services rendus dans le cadre du PSDMCPNI et ceux déjà en existence dans les communautés ; plutôt, ce programme coordonne et établit des liens avec des programmes et services existants aux niveaux communautaire, provincial et territorial. Cette collaboration et cette intégration de fonds et de services permettent un continuum de services aux personnes en perte d'autonomie au Nunavik.

D'autres services du programme (services sociaux, services de soutien à domicile, services de réadaptation, programme de bien-être communautaire, activités de prévention et de promotion, services résidentiels, répit et programmes de jour) sont financés à même l'enveloppe régionale.





PRÉOCCUPATIONS DU NUNAVIK

Étant donné la nature de la prestation et du financement des services de santé et des services sociaux au Nunavik, nous croyons que la création de l'assurance autonomie aura des impacts sur le droit des *Nunavimmiut* de recevoir une gamme complète de services sociosanitaires sans frais.

Le projet de l'assurance autonomie adresse les problèmes reliés au vieillissement de la population québécoise ainsi que les défis, individuels et collectifs, découlant d'une perte d'autonomie.

Objectifs du projet

À cette fin, le projet vise d'abord à permettre aux personnes en perte d'autonomie de demeurer aussi longtemps que possible dans leur milieu de vie. Il met la priorité sur la possibilité de vieillir chez soi et d'y recevoir des services adaptés aux besoins. Il cherche à donner un véritable choix aux personnes en perte d'autonomie quant à leur lieu de résidence et au type de services à recevoir.

Ces objectifs ont été définis comme réponse aux éléments de la réalité du Nunavik :

- logements insuffisants ou surpeuplés, ce qui ne donne aucun choix quant au milieu de vie ;
- services de logement inexistantes ou limités, ce qui ne donne aucun choix à cet égard ;
- services de traitement et de soins aux personnes en perte d'autonomie inexistantes ou limités, ce qui ne donne aucun choix à cet égard.





Les besoins de la population vieillissant ou en perte d'autonomie du Nunavik demeurent importants. Pourtant, la réponse aux besoins de base même de cette population demeure inadéquate à cause du manque de ressources humaines, financières et matérielles (infrastructures). Par exemple, le projet fait mention de places supplémentaires en CHSLD, tandis que le Nunavik n'a même pas de place pour commencer.

Dans son introduction, le document qui présente le projet d'assurance autonomie explique les objectifs du projet : trouver un équilibre entre la volonté de permettre aux personnes de recevoir les services dont ils ont besoin dans leur milieu de vie et la capacité individuelle ou collective de financer cette possibilité. La nature renouvelable des ressources collectives est donc essentielle au projet, lequel tente de définir qui serait responsable de la clientèle en perte d'autonomie : le public ou le privé, l'individu ou la famille.

Il importe de préciser que dans le cas du Nunavik, ces responsabilités sont entièrement assumées par le secteur public, car il n'y a aucune ressource privée sur le territoire. De plus, au Nunavik ces responsabilités sont partagées de façon égale entre les familles et la communauté. Le résultat de cette situation est un fardeau lourd pour les fournisseurs de service peu nombreux, que ce soit la RRSSSN ou les centres de santé, la famille ou la communauté ; les objectifs du projet deviennent donc non réalisables.

Financement du projet

Ce projet propose la création d'un outil de financement (caisse d'économie) pour soutenir l'assurance autonomie.

Ici nous anticipons de majeures difficultés : le gouvernement cherchera des fonds pour des services inadéquats, inexistantes ou non adaptés à notre région étant donné la structure de nos services.





Le résultat sera une injustice financière pour une catégorie de résidents du Québec, c.-à-d., les bénéficiaires de la *CBJNQ*. Dans le court terme, le projet semble faire baisser la qualité de vie déjà insuffisante des *Nunavimmiut*, sans pour autant améliorer l'offre de services.

Certes, ces contributions financières sont établies selon trois principes majeurs, dicit le *Livre Blanc* : 1) le principe de l'équité, selon lequel chaque personne a droit au traitement selon ses besoins ; 2) le principe de la neutralité entre les différents services offerts et selon le choix de la personne ; 3) le principe de la protection pour les groupes les plus vulnérables de la population. Malheureusement, force est de constater que, vu l'absence au Nunavik de choix au niveau du traitement, de milieu pour le traitement et des services, la clientèle va souffrir. Les trois principes majeurs du projet ne seront donc pas respectés dans le contexte du Nunavik.

CONCLUSION

Nous reconnaissons que l'organisation des services et le partage des responsabilités sont des incontournables pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Toutefois, pour la région du Nunavik, la première préoccupation est la nature inadéquate des services de base offerts ainsi que leur financement.

Les besoins de la clientèle en perte d'autonomie sont faciles à délimiter, comme le fait le *Livre Blanc*. Mais trouver des solutions durables pour la population du Nunavik sera plus difficile. Or, et contrairement à ce que l'on observe ailleurs dans la province, la tendance démographique au Nunavik est l'inverse, ce qui implique que l'âge d'or actuel au Québec arrivera plus tard au Nunavik.

Pourtant, le *Livre Blanc* est centré sur les besoins actuels d'une population générale vieillissante, ce qui aura des impacts sur la population inuite déjà fragilisée au niveau économique.





Il n'adresse pas les besoins des personnes âgées inuites d'aujourd'hui et de demain. Par exemple, la contribution financière cherchée pour le placement à long terme de personnes âgées, là où c'est permis, s'avère problématique étant donné leurs ressources financières déjà très limitées. D'où l'appel présent d'adaptations culturelles au projet dans le respect des réalités du Nunavik.

Les objectifs du projet demeurent critiques pour le Nunavik, tandis que les services du seul fournisseur—le réseau public—sont au minimum. Cette situation met en lumière la portée des défis à venir pour le secteur sociosanitaire du Nunavik, défis déjà rendus énormes par les caractéristiques uniques de cette région : sa démographie, sa géographie, son coût de vie élevé, sa main d'œuvre, etc. Tout oblige des compromis au niveau des programmes et initiatives proposés pour le Nunavik (article 15.0.21 et chapitre 15, annexe 1 de la CBJNQ).

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons donc que l'implantation du projet d'assurance autonomie soit reportée au Nunavik jusqu'au futur développement (conjointement par le Gouvernement du Québec et la RRSSSN) de programmes de rattrapage concernant les services offerts à la clientèle en perte d'autonomie, et ce afin de donner à cette clientèle de vrais choix quant à ces services.

Avec le soutien des ministères intéressés, nous recommandons des discussions entre la RRSSSN et Santé Canada afin d'améliorer l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie dans le cadre du programme SSNA. Comme priorité, la question de la contribution financière pour le placement à long terme devrait être examinée et résolue à la satisfaction de tout intéressé et au bénéfice de cette clientèle fragilisée.





Working committee:

Yoan Girard	Director of Planning and Programming, NRBHSS
Michael O’Leary	Advisor, Persons Lacking Autonomy, NRBHSS
Fabien Pernet	Coordinator, Prevention of Elder Abuse, NRBHSS
Elizabeth Klimczack	Planning and Programming Officer, Persons Lacking Autonomy, NRBHSS
Helen Dion	Executive Administrative Agent, NRBHSS
Bobby Snowball	President, Nunavik Elders’ Committee
Adel Yassa	Director of Regional and Local Development, KRG
Martha Annanack	Advisor, Elders Portfolio, KRG
Mylène Larivière	Attorney, Makivik Corporation





Acronyms

NRHBSS	Nunavik Regional Health Board and Social Services
KRG	Kativik Regional Government
NEC	Nunavik Elder's Committee
JBNQA	James Bay and Northern Québec Agreement
UTHC	Ungava Tulattavik Health Centre
IHC	Inuulitsivik Health Centre
KMHB	Kativik Municipal Housing Bureau
CLSC	Local Community Services Centre
HRO	Human relation officer
PLA	Persons with lack of autonomy
INIHB	Insured/Non-Insured health benefits
PSOC	Community organization support program
OEMC	Multi-clientele evaluation tool
SMAF	Functional autonomy measurement system
AVQ	Daily life activities
AVD	Daily domestics activities





Table of Contents

WORKING COMMITTEE:	2
ACRONYMS	3
INTRODUCTION	5
<i>Nunavik Regional Board of Health and Social Services</i>	5
<i>Kativik Regional Government</i>	6
<i>Nunavik Elders' Committee</i>	7
<i>Makivik Corporation</i>	8
CONTEXT	10
<i>Presentation of our Population</i>	10
Demographics	11
Regional Disparities.....	12
Language.....	12
Culture	13
Income (cost of living).....	15
Housing.....	16
LEGISLATION	19
<i>Non-Insured Health Benefits (NIHB)</i>	19
<i>The James Bay and Northern Québec Agreement</i>	20
NUNAVIK HEALTH SERVICES	26
<i>Local Community Service Centre (CLSC) and Health Centres (HC)</i>	26
<i>Community Organizations</i>	27
<i>Telehealth</i>	27
<i>Second-line Services</i>	28
<i>Third-line Services</i>	28
<i>Consultations in Nunavik</i>	28
<i>Consultations in Montréal</i>	29
<i>PLA Services</i>	30
<i>Description of Clientele</i>	34
<i>Source of Funding</i>	35
NUNAVIK CONCERNS	37
<i>Project's Objectives</i>	37
<i>Project's Financing</i>	38
CONCLUSION	39
RECOMMENDATIONS	40





INTRODUCTION

Nunavik Regional Board of Health and Social Services

The basis of the development of health and social services in the Nunavik region was established by the James Bay and Northern Québec Agreement. The organization of health and social services remains under the auspices of the provincial system, but it is adapted to the region's characteristics. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) created under Section 530.25 of the Act (Order in Council 655-94 of May 4, 1994, G.O., May 25, 1994, 126th year, No. 21, page 2669) is responsible for nearly the entire Québec territory located north of the 55th parallel in terms of the provision of health and social services for the habitants of the 14 communities.

Mission

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services is an organization dedicated to improving the health and well-being of the populations of the 14 communities in its territory.

Its overall mission is to adapt the health and social service programs to the population's needs and to the region's realities. It ensures the organization and efficient use of resources granted to the Nunavik region.

However, the NRBHSS has also adopted a specific mission that it resumes its values, particularities, rationale and desire to collaborate with its regional partners in improving the health and well-being of the region's population.





-
- The regional board's preoccupations and actions are centered on the citizens;
 - It unites its partners to help Nunavik citizens, individually and collectively, to recover, maintain and improve their health and well-being;
 - It serves a population whose geographic, political, social, cultural and economic reality is distinct from that of the rest of the province.

With its resources and in collaboration with its partners, it ensures the organization and management of a sound health and social service system that adapts constantly to the region's unique characteristics.

Kativik Regional Government

The Kativik Regional Government (KRG) was created in 1978 pursuant to the *James Bay and Northern Québec Agreement* to deliver public services to Nunavimmiut. Many of the KRG's responsibilities are stipulated in the *Act respecting Northern Villages and the Kativik Regional Government* (Kativik Act). Other mandates have been delegated to the KRG by the region's municipalities and the Québec government. The sectors in which the KRG currently delivers services include:

- Airport management and marine infrastructure maintenance;
- Regional and local economic development, as well as business development;
- Policing and civil security;
- Crime victims assistance;
- Inuit hunting, fishing and trapping support, as well as wildlife conservation;
- Environment and climate change research;





- Park development and management;
- Employment, training and income support;
- Childcare services;
- Municipal infrastructure development and drinking water monitoring;
- Internet access;
- Sports and recreation;
- Support the Nunavik Elders' Committee.

Nunavik Elders' Committee

The Nunavik Elders' Committee was created by the Kativik Regional Government in 2006. The mandate of the committee is to represent Nunavik elders and act as Nunavik's interlocutor on Elder's issues.



The Kativik Regional Government, created in 1978 pursuant to the James Bay and Northern Québec Agreement, is a non-ethnic government organization responsible for the delivery of public services to Nunavimmiut, such as public infrastructures, public transit and public security.





Makivik Corporation

Politically, culturally and economically, Makivik has been a leader in building and developing a vibrant region called Nunavik, where, between the dualistic nations of Canada and Québec, Inuit have established their own distinct place and identity.

Makivik, which in Inuktitut means “To Rise Up,” is a fitting name for an organization mandated to protect the rights, interests and financial compensation provided by the 1975 *James Bay and Northern Québec Agreement*, the first comprehensive Inuit land claim in Canada, and the more recent offshore *Nunavik Inuit Land Claim Agreement* that came into effect in 2008.

The Corporation’s distinct mandates range from owning and operating large profitable business enterprises and generating jobs; to social economic development, improved housing conditions, to protection of the Inuit language and culture and the natural environment.

Makivik’s work demonstrates the extent that modern aboriginal treaties or land claim settlements could benefit governments and Inuit.

In 1975 when the first Agreement was signed, it took the position that “settling Inuit land claims” must be viewed in the context of a “new beginning” in terms of developing and implementing a new relationship and way of doing business with the governments of Québec and Canada.

Corporate Objectives

- To receive, administer, distribute and invest the compensation money payable to Nunavik Inuit, as provided for in the *JBNQA*;
- to relieve poverty, to promote the welfare, advancement, and education of the Inuit;





- to foster, promote, protect and assist in preserving the Inuit way of life, values and traditions;
- to exercise the functions vested in it by other Acts or the Agreement; and
- to develop and improve the Inuit communities and to improve their means of actions.





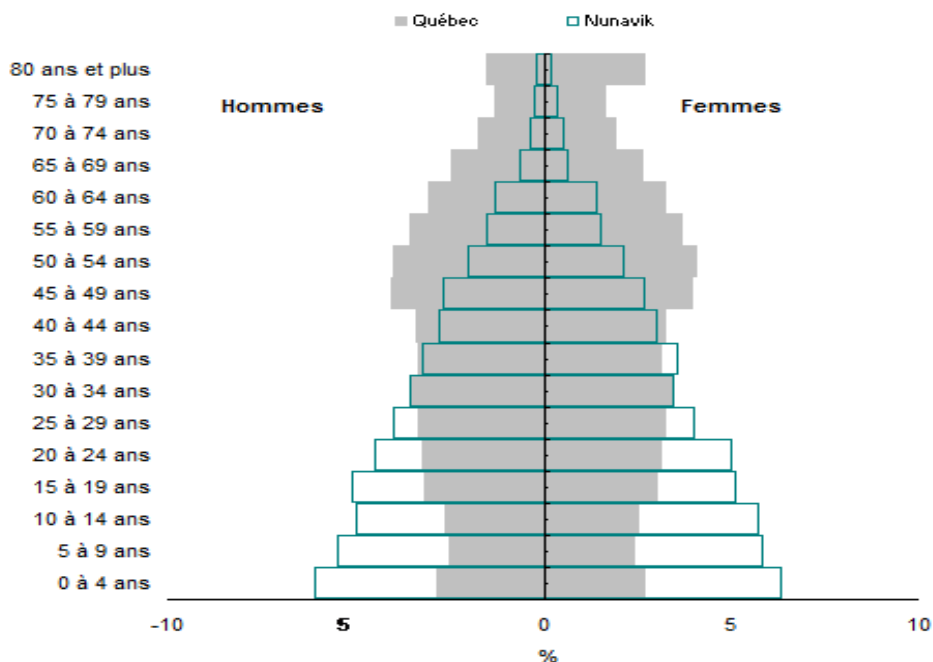
CONTEXT

Presentation of our Population

The Nunavik population's characteristics are very different from those of the provincial population. It is much younger, with the segment consisting of children under the age of 15 years twice as numerous as the same age group for the province (34% of the Nunavik population is aged less than 15 years). That situation may be explained in part by the birth rate, which is also twice as high as the provincial rate. The average age of the Nunavik population is 22.9 years, roughly half that of the provincial population (41.5 years).

Table 1

Population distribution, by age and gender, Nunavik and Québec, 2011



The average number of children per woman in Nunavik is among the highest in Québec: 3.2 in Nunavik compared to 1.6 in Québec for the period 2004-2008.





Demographics

Among *Nunavimmiut*, the annual population growth rate is approximately 3%, three or four times higher than the Québec average.

Table 2 Population growth, Nunavik, 2011-2020

Population Nunavik											
Village		Population		Population		Natural annual growth rate (%)		Projected natural population growth			
		2006		2011		2006-2011		2016		2020	
Hudson	Salluit	1241	5937	1347	6719	1.71%	2.65%	1466	7667	1569	8531
	Akulivik	507		615		4.26%		758		895	
	Umiujaq	390		441		2.62%		502		556	
	Inukjuak	1425		1597		2.41%		1799		1979	
	Ivujivik	349		370		1.20%		393		412	
	Kuujjuaraapik	568		657		3.13%		767		867	
	Puvirnituq	1457		1692		3.23%		1983		2252	
Ungava	Kangirsuk	466	4658	549	5368	3.56%	3.36%	654	6246	752	7056
	Kuujuaq	2115		2375		2.46%		2682		2955	
	Kangiqtuaq	605		696		3.01%		807		909	
	Quaqtaq	315		376		3.87%		455		529	
	Aupaluk	174		195		2.41%		220		242	
	Tasiujaq	248		303		4.44%		376		448	
	Kangiqtualujuaq	735		874		3.78%		1052		1221	
Total		10595		12087		3.01%		13913		15587	





Regional Disparities



The Nunavik region covers the territory located north of the 55th parallel, a surface area of 500 164 km² or roughly one third the area of Québec. It is bordered to the east by Newfoundland-Labrador, surrounded by Hudson Bay, Hudson Strait and Ungava Bay, and bordered to the south by the regions of Côte-Nord, Saguenay Lac-Saint-Jean, Mauricie and Abitibi-Témiscamingue.

There are no terrestrial links between the region's communities or between Nunavik and the neighbouring regions. Thus, most of the population's travel is by air. The majority of consumer goods are also transported by air. Maritime shipping links to and from the South are open four months of the year.

The two transportation modes involve costs relative to their use (storage, financing, handling, petroleum products, etc.). Such factors, on one hand, contribute to an increased cost of living, and on the other, greatly limit the variety and quantity of goods that can be transported.

Language

In Nunavik, three languages are used on a regular basis among the institutions and administrations: Inuktitut (Inuktitut spoken in Nunavik), French, and English. However, Inuktitut is the first language of a great majority of the Inuit population: in 2006, Inuktitut was the language spoken most often in 86,1% of the homes of Nunavik, whereas English and French are spoken at school or at work.





In 2005, 86% of Nunavik elders spoke only one language, that is, Inuktitut. 97% of Nunavik elders spoke Inuktitut fluently. This demonstrates the preponderance of Inuktitut as a spoken language, and its importance to communicate with unilingual elders.

The rising importance of English as a second language must be noted: in 2005, 11% of Nunavik elders spoke English fluently as a second language, but half of them were aged 60 to 64, that is, the youngest elders at the time of the survey. The new generation of elders is probably more bilingual, speaking both Inuktitut and English. Few of them can master French.

Culture

Prior to contact with Europeans, during the 19th and the 20th century, Inuit were entirely self-sufficient. They lived in small and autonomous groups, dependent upon hunting, fishing and gathering for survival and for all their physical needs. They lived a nomadic life in a vast territory where every lake, mountain, river, island or bay has a name. Specific routes were used every year, linking many different campsites throughout the Nunavik region. Each of these campsites were used for specific activities depending of the season.

Customary law was followed, characterized by its informal nature, flexibility, and its reliance upon social pressures to ensure that people acted appropriately. As contact with outsiders increased in the 20th century, Inuit culture began to alter and adapt to the modern world. Many Inuit became important fur trappers working with the Hudson Bay Company; some were instrumental in working in the Kuujuaq area within the US military Base, or in developing local cooperatives, as in Kangiqsualujjuaq as early as 1959.

However, three related events have deeply affected Inuit in the 1950's and 1960's: the settlement in permanent communities, the Residential School experiences, and the dog slaughter.





In these decades, the pressure to change increased dramatically as Inuit of Nunavik were moved into permanent settlements by the federal government. Permanent settlements provided access to schools, health care and material attractions of the modern world. In those years, many Inuit children were also sent to Residential Schools. Many of them were abused within their stay, and most of them came back with a poor esteem of themselves and of their culture.

Then, the dog slaughters that took place in Nunavik in 1950s and 1960s deprived Inuit of their mean of transportation and hunting, achieving settlement in the new communities where they had to rely upon grocery stores for an important part of their food and clothing. Police officers killed more than 1,000 dogs between 1950 and 1970 without taking into consideration the important role they played in the Inuit way of life.

Despite the impact these events had upon the Inuit way of life, it is nonetheless important to keep in mind the resilience of people as well as their resilience *as a people*, that is to say, the resilience of Inuit culture. Assimilation was never achieved, and many new leaders emerged from the Residential Schools. They struggled as soon as the end of the 1960's, and were instrumental in developing a modern Inuit way of life. In this new way of life, Inuit took over many southern-like institutions or objects, and managed to change them, to "*inuitize*" them, in order to make them fit into their traditional values and their own rich cultural heritage.

While differences exist among modern Inuit as to how closely they follow traditional values, all Inuit are proud of their culture and recognize the importance of keeping it alive. Many Inuit continue to have close ties to the land and consider their relationship to the land to be essential to their culture and to their survival as a distinct people.





Income (cost of living)

In 2004, average total income was **\$19,250**. The average income of elders in Nunavik is lower than the average income (roughly \$22,300) of seniors in Québec as a whole. This 13% difference is considerable given that staple consumer goods are more expensive in Nunavik. 32% of elders draw some income from a job, a business or self-employment; they have an average total income of **\$28,360**. Half of these elders are under the age of 65.

69% of elders receive only government security benefits and supplement their income through the sale of traditional food and products. Their average total income is **\$12,882**.

The socio-economic conditions of elders in Nunavik are poorer than the conditions of seniors in Québec as a whole;

- The income of male elders in Nunavik is lower compared with male seniors elsewhere in Québec;
- The income of female elders in Nunavik and female seniors elsewhere in Québec is almost identical;
- In both cases, this income is relatively low, when faced with higher prices in Nunavik, particularly for food items.

Relatively speaking, in 2005, government security benefits made up a greater proportion of the income of elders in Nunavik as compared with seniors elsewhere in Québec; conversely, earned income made up a smaller proportion of income in Nunavik as compared with elsewhere in Québec. Moreover, only a small number of elders in Nunavik (less than 8%) received income through an employer-sponsored private pension plan.

This situation results from a fundamental difference between Nunavik and Québec. In Québec as a whole, a wage-earning system has existed for quite some time and provides the main source of income for the majority of the population.





As well, the economy and the job market are more diversified, allowing easier access to work. Consequently, workers in Québec remain at work longer and are likely to have greater earning power. Moreover, businesses and organizations are more likely to contribute to private pension plans. Because these benefits are in addition to public pension plans, seniors in Québec possess higher retirement income.

The practice of traditional activities, even sometimes very late in their lives, and the importance of these activities, strongly characterize the lifestyle of elders in Nunavik. Indeed, 70% of elders hunted or fished in 2004.

But, even while the practice of traditional activities and participation in exchange networks help them to obtain food, they sometimes do not get enough: 37% of Nunavik elders occasionally or regularly were short of food.

Though, 93% of elders received food through the Inuit Hunting, Fishing and Trapping Support Program. Conversely, 89% of elders shared a portion of their harvest with others, outside of their household.

These activities are crucial for elders in many ways. For many of them, they simply *are* their way of life, and allow them to stay active, and to keep their dignity. Moreover, hunting and fishing activities they practice allow them to gather nutritious food: 40% of the proteins consumed by the inhabitants of Nunavik come from the country food.

Housing

In Nunavik, housing policies are rooted in the history of the 1960's settlement. Before the 1960's, Inuit were a nomadic people, travelling and dwelling on different areas of a specific territory. Many families used to gather in winter camps to share resources, and to disperse in spring for summer, to exploit different areas.





Trading Posts of the Hudson Bay Company were important locations in that wide network, and were transformed by the Federal housing policy of 1959 into a nucleus for the permanent settlements. Inuit were driven into one-room unit public housing, called at the time *matchbox*, in permanent communities. Since the beginning, there were widespread issues with the size, design, quality, cost and availability of houses in northern communities, and these issues remain critical today.

In Nunavik, only the cost of accommodation is less expensive than in Québec, which helps Nunavimmiut live with the reality of the price of consumer goods in the region. The cost of rent in Nunavik is lower, since 80% of accommodation in the region is social housing



managed by the Kativik Municipal Housing Bureau (KMHB) and 18% is subsidized by the employer. Since the market is saturated, inhabitants depend on the KMHB for accommodation and maintenance when necessary.

In 2005, the elders of Nunavik lived for the most part in dwellings with on average 5 individuals. 10% of households that include elders lived in dwellings with 10+ individuals, and, on the contrary, only 6% of elders in Nunavik lived alone.

Nunavik elders live alone much less often than seniors elsewhere in Québec, and the use of day centre for elders remains limited in Nunavik. This situation could be attributed to the strength of family bonds, but it may also be related to the scarcity of accommodations for elders, or beds in long-term health care centres in Nunavik.





There are now 4 Elders Homes in Nunavik:

- Tusaajiapik (Kuujjuaq)
- Sailivik (Puvirnituaq)
- Qilanguanaaq (Kangiqsujaaq)
- M-19 (Kangiqsualujjuaq)

4 others are planned in Salluit, Inukjuak, Umiujaq and Kangirsuk.

Intergenerational homes are another kind of solution to accommodate elders; a project that was developed by the Nunavik Elders' Committee and its regional partners: KRG, Makivik Corporation., and KMHB. An intergenerational home consists of a bedroom, bathroom and joint kitchen and living room, linked by a door to the larger two-bedroom living space of a duplex unit. The 2009 pilot project allowed to build the first home of this kind in Kuujuaraapik. Since then, 5 intergenerational homes have been built in 4 other villages (Umiujaq, Salluit, Inukjuak, and Puvirnituaq). This design is deeply rooted in Inuit culture, as Inuit were used to build interconnected igloos, to accommodate all the members of a growing family.





LEGISLATION

Non-Insured Health Benefits (NIHB)

Provinces and territories are responsible for delivering health care services, guided by the provisions of the Canada Health Act. Health care services include insured hospital care and primary health care, such as physicians and other health professional services. Like any other resident, First Nations people and Inuit access these insured services through provincial and territorial governments.

However, there are a number of health-related goods and services that are not insured by provinces and territories or other private insurance plans. To support First Nations people and Inuit in reaching an overall health status that is comparable with other Canadians, Health Canada's **Non-Insured Health Benefits (NIHB)** Program provides coverage for a limited range of these goods and services when they are not insured elsewhere.

The Non-Insured Health Benefits Program is Health Canada's national, medically necessary health benefit program that provides coverage for benefit claims for a specified range of drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention, mental health counselling and medical transportation for eligible First Nations people and Inuit.





The James Bay and Northern Québec Agreement

The delivery of health and social services in Nunavik is, since November 11, 1975, governed by the James Bay and Northern Québec Agreement (JBNQA).

This constitutionally protected treaty, initiated out of a judicial process between the Nunavik Inuit, the James Bay Cree and the Québec Government over the hydroelectric development of the northern part of the Québec province, had an effect to transfer most of the responsibilities for servicing the Inuit communities from the federal to the provincial government. That being the case with respect to the Health and Social Services provided for to the Nunavik Inuit population.

At the time of the negotiation of the JBNQA, the Nunavik Inuit wished not only to secure their land-base and traditional way of life, but also to improve their quality of life through better community infrastructure and services, housing, educational and health services, police and justice services, and airstrips. Indeed, one major goal for the Nunavik Inuit was to bring up the level and quality of the services to its population, notably in the field of health and social services.

As such, Nunavik Inuit purposefully opted for open, public and non-ethnic institutions, like the NRBHSS, in part so to benefit from resources and funding Québec was making available to other southern regions, and to ultimately be at par with the rest of the Québec population¹ on health and social services. The gap in between the groups was at the time tremendous. Up until 1975, funding and services under the responsibility of the Government of Canada were limited and sporadic at best and non-existent at worst.

¹ To be more precise, the comparison utilized by the Nunavik Inuit at the time was with the Inuit communities of the Northwest Territories. The 1980 Joliceur Report on infrastructures conditions in Québec Inuit communities confirmed the superiority of infrastructures and services experienced by Inuit of the Northwest Territories.





The transfer of responsibilities at the JBNQA also resulted in major reorganizations of administrative and budgetary portfolios in between Canada and Québec.

Notably, the JBNQA Section 15 “Health and Social Services (Inuit)” established the framework upon which Québec would now provide capital and operational funding in the health sector. It also called for the creation of the NRBHSS and health establishments, for servicing all persons normally resident or temporarily resident in the administrative Region 10A or the Kativik territory (section 15.0.10).

The JBNQA Section 15 essentially proposed details regarding structural, organization charts and transfer procedures for the delivery of health and social services post 1975.

15.0.19 The budget from the Province of Québec to each establishment shall include funding for the support of health services which are not included in provincial programs for the general population but which are provided to the Native people by the Department of National Health and Welfare or other agencies.

Section 15.0.19 also made reference to the Non-Insured Health Benefits (NIHB or SANA in French) for which additional funding was to be made available to the Nunavik health establishments in addition to the provincial funding for servicing the Québec general population.

This NIHB Program², developed by Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch

² This program is need-oriented, and originates from the new Indian Health Policy developed in 1979, and the 1997 renewal for such mandate. Historically, it comes from the fiduciary obligations of the federal government, which were implemented for health purposes from the 1900s with the spreading of smallpox, tuberculosis and other communicable diseases, yet under the Department of Indian Affairs. A specific medical services branch was formed in 1962, and in 1974, the Minister of National Health and Welfare tabled the *Policy of the Federal Government concerning Indian Health Services*. The policy stated that “no statutory or treaty obligations exist to provide health services to Indians”, which contradicts its constitutional obligations towards the Aboriginal population of Canada. However, the federal government exposed thereto its objective for ensuring “the availability of services by providing it directly where normal provincial services (were) not available, and giving financial assistance to indigent Indians to pay for necessary services when the assistance (was) not otherwise provided”. In 2000, the Medical Services Branch was renamed the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB).





(FNIHB)³, covers some of the costs associated with dental or medically required benefits for eligible First Nations and Inuit, which are in addition to the regular insured health benefits provided for by provinces to their residents. Drug, dental and ancillary health services provided for as NIHB to First Nations and Inuit are thus defined along set criteria, developed from time to time by said governmental agency⁴.

15.0.20 The basis for determining the amounts of the budget supporting paragraph 15.0.19 shall be the actual expenditures for health and social services for the fiscal year 1974-75 provided by Canada and Québec to the extent of the responsibilities assumed by Québec under this Section and Schedule I hereof. Funding will be modified on the basis of the changes in the population, the cost of the specific services included, and the evolution of the provincial programs for the general population.

The scope and nature of the services to be provided for are then to be over time defined by appropriate budgetary envelopes thus made available to the NRBHSS or Health establishments under the Québec general funding envelopes and the additional NIHB Program.

Nevertheless, accommodations are necessary whenever services, programs and envelopes are designed for the Nunavik clientele, considering the adaptations mandatorily required per the JBNQA. Indeed, the Agreement triggers the need to adapt funding envelopes or programs to the northern context, its geographical and cultural specificities, the fostering of Inuit employment, etc.

³ With the exception of few regions or territories, such as Labrador, Nunavut or the JBNQA Territory, where the administration of the regime is devolved to outside organizations, being the NRBHSS in the case of Nunavik in region 10A of the Kativik territory;

⁴ A more recent user guide was developed by ITK under its technical and specific working group for all Canadian Inuit, Nunavik Inuit included, providing information on the NIHB pan-Canadian program.





15.0.21 *In implementing the agreement, Québec should recognize and allow to maximum extent possible for the unique difficulties of operating facilities and services in the North: (...)*

- b) in providing employment and advancement opportunities for Native people in the fields of health and social services, and in providing special educational programs to overcome barriers to such employment and advancement;*
- c) in budgeting for the development and operating of health and social services and facilities so as to compensate for the disproportionate impact of northern costs, including transportation, construction and fuel costs.*

Schedule 1 (1) This Section shall preserve and improve the scope, extent, conditions and availability of existing health and social services, but in no way that does not inhibit mutually desirable changes in programs or in their administration; foster progressively the training and education of health and social services personnel from among the Native people; and recognize the unique needs and the problems associated with meeting such needs in northern areas.

Thus, although the text of the JBNQA does not make explicit reference to the scope and extent of services that shall be provided post 1975 to the Nunavik Inuit elderly or invalid clientele, any program shall include at its development scheme:

- All necessary adaptations to the northern context in terms of budgeting, operation and development of health and social services and facilities;
- All necessary provisions for the employment, advancement and training of Inuit in the implementation of those programs and scheme.

Specifically for the Autonomy Insurance project, we are of the opinion that significant adjustments should be made to the program as presented for avoiding adverse effects on the Nunavik population.





Indeed, the project calls for “choices” for the elderly clientele when facing invalidity: to be serviced with the professionals or treatments of their choice, at the establishment of their choice, in the locality of their choice, etc.

We argue that this concept of “choice” is not yet applicable to the Nunavik clientele, who is struggling to receive core basic services taken for granted in the rest of the province of Québec (health, dental, psychological, homecare services, etc.).

The spirit of the Autonomy Insurance project positively seeks to propose choices and protection to a more vulnerable portion of the general population. But we think that, being implemented as is and with no adaptation nor catch up programs for the Nunavik region, it shall simply add financial burdens to an already vulnerable population, health and financially wise, and without providing real choice towards services or institutions, being nil or very limited in most of the fourteen (14) Inuit communities.

Although the Nunavik Inuit are no longer simple traditional harvesters of wildlife pursuing a nomadic existence, the last 50 years with its tremendous social, economic and cultural changes have not seen met the basic needs of the population.

Despite tangible benefits and improvements for the Nunavik region and Nunavik Inuit since the signature of the JBNQA, the quality of life in the region’s communities today presents both a shocking and disturbing reality. The Nunavik Inuit deserve the right to access the same quality and nature of services as offered in the rest of Québec, being basic or specialized services.

We are of the opinion that all efforts should first be put on consolidating the basic health and social services offer, before fostering the integration of specialized services as those required by the clientele in loss of autonomy. Secondly, the Insurance Project should present:

- (1) Major adaptations to the program in terms of services, budgets, employment and training for the Nunavik region, so as not to have adversary impact on the already limited financial capacity of its inhabitants;





- (2) And, in priority and as a pre-condition, the development and funding of catch up programs for permitting the development of real choices for the Nunavik population in terms of:
- (2.1) Variety and adequacy of basic and complete services offered to the elderly/invalid clientele;
 - (2.2) Construction, improvement to and maintenance of servicing facilities for the elderly/invalid clientele in the Nunavik communities;





NUNAVIK HEALTH SERVICES

Local Community Service Centre (CLSC) and Health Centres (HC)

All of the CLSC and HC points of service offer the same healthcare, psychosocial and youth protection services. All villages enjoy ongoing access to healthcare services, which are delivered by nurses, and social services, which are provided by Human Relations Officers (HRO). Certain villages (Salluit, Inukjuak, Kuujjuaq and Puvirnituk) have physicians present on a permanent basis who are available for consultations/appointments. In the other villages, a physician is present around one week each month, and the rest of the time (when there is no physician), users can obtain information via telephone or turn to telehealth services if necessary. In Nunavik, nurses play an enhanced role due to various collective orders.



General psychosocial services are thus ensured 24 hours a day, 7 days a week, with or without an appointment.





Community Organizations

The community organization support program (PSOC) funds a total of 11 community organizations providing services to abused women, persons with severe and chronic mental health problems, the elderly, persons suffering from an addiction, and men. Other agencies with a community approach are assisted by the health centres. They notably offer preventive treatment to patients at risk of fetal alcohol syndrome and to families or individuals suffering from mental health problems.

The social-economic organization, agreements governing all of Nunavik health care and the factors related to the environment, culture, language and geography (distance and isolation of the communities) does not promote the development of social economy businesses to provide services outside of the health network.

Telehealth

Nunavik, in conjunction with RUIS McGill, has set up telehealth equipment in all of the villages as a means of limiting the number of patients transferred to Montréal. The most widely requested specialized services are in the areas of psychiatry, cardiology, ultrasonography, radiology and pediatrics.





Second-line Services

The region's health centres offer certain second-line services. Specialized services, for example, are extended by mental health practitioners or community organizations dedicated to offering specialized care.

The other second-line services are offered in the same manner as those services made available by RUIS McGill. Various specialists travel to the different villages several times each year.

Third-line Services

The McGill Health Network Office is responsible for the development of relationships between institutional partners and the associated regions, particularly in the area of clinical services. Consultations with medical specialists regarding third-line services can be carried out in Nunavik, in Montréal or via telehealth services.

Consultations in Nunavik

In 2011-2012, around twenty specialists travelled to Nunavik to offer specialized and highly specialized services. Areas of specialization addressed directly in Nunavik include, among others, pediatrics, gastroenterology, ORL (ears-nose-throat), obstetrics-gynecology, psychiatry and pediatrics-psychiatry, ophthalmology, internal medicine, cardiology, rheumatology, surgery and orthopedics.





Consultations in Montréal

Patients must travel to the South whenever they need healthcare services that are not available in Nunavik. Liaison teams oversee all of the logistics, thereby ensuring that these activities are smooth and efficient. 3,439 patients benefited from these services in 2011-2012⁵.

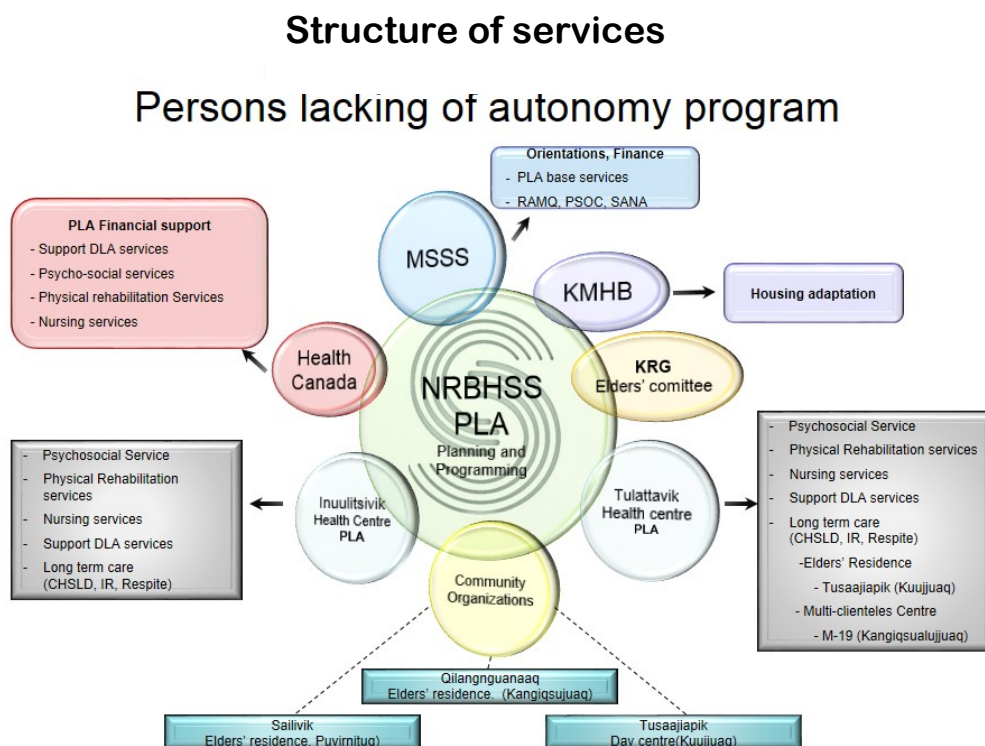
⁵ 2011-2012 annual report, Inuulitsivik Health and Social Services Centre.





PLA Services

Services to persons lacking autonomy (PLA) are delivered to all fourteen Nunavik communities, mainly through the homecare services and through the existing network of health and social services. The service delivery is organized in the following way:



The NRBHSS through its regional mandate is responsible for organizing health and social service programs in Nunavik, evaluating the efficiency of the programs and ensuring users receive good quality services that are appropriate for their needs. In addition, the NRBHSS is responsible for allocating budgets to institutions in the region.





The Board's major partners are the *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, other agencies of health and social services in the province, the regions' two sub-regional health centres, the Kativik Regional Government, Kativik School Board, Makivik Corporation, Nunavik Elders' Committee and KMHB.

Inuulitsivik Health Centre (IHC), located in Puvirnituk, is mandated with delivering health and social services to seven communities of the Hudson Coast through its local community clinics. The following northern villages fall under IHC: Puvirnituk, Inukjuak, Salluit, Kuujjuaraapik, Akulivik, Umiujaq and Ivujivik.

The Ungava Tulattavik Health Centre (UTHC), located in Kuujjuaq, delivers services to the following villages on Ungava Coast: Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtak, Tasiujaq, and Aupaluk.

Home care services are delivered to clients in each village through its CLSC as well as some community organizations. The CLSC offers nursing, social, rehabilitation and community wellness services through its home care, nursing and social services programs. The services of interpreters and family helpers (also known as family social aids) are an integral part of the Nunavik network.

Physical rehabilitation services consist of occupational therapy, physical therapy, and audiology. The rehabilitation services vary slightly depending on the coast and an effort is made to share limited resources in the region to maximize benefits to the clients.





As elsewhere in the Québec's network all Nunavik referred home care clients also undergo an assessment of their functional status. This is done using the multi-clientele Evaluation Tools (OEMC) and the Functional Autonomy Measurement System or SMAF. Each health care centre has a program of support to families who have children with disabilities. Some funds are made available annually to offer respite to those families.

Several community organizations exist in the region and they offer important services to persons with loss of autonomy. As mentioned earlier, there are four elders' homes in the region; each organized differently depending of the wishes of the community.

Tusaajiapik Elders' Home in Kuujjuaq functions similarly to an intermediary resource in the South. As the clientele lives longer and has more significant losses of autonomy Tusaajiapik is becoming more of a long term care facility. It also offers respite for elders and their families from other Ungava Coast communities as well as daily day-centre activities for Kuujjuaq elders still living at home.

Sailivik Elders' home in Puvirnituk is a duplex with 8 beds for the elders of the village. It also offers respite to clients from other communities of the Hudson coast, on occasion.

Qilanguanaaq Assisted Living Centre in Kangiqsujuaq is also a duplex, however one half of it is reserved for the elders and the other half is open to younger persons with loss of autonomy. This facility holds occasional day-centre activities for the elders of the community still living at home.

Finally, M-19 Multifunction Centre in Kangiqsualujjuaq offers lodging and services to some autonomous and semi-autonomous elders, younger persons with loss of autonomy as well as respite/emergency lodging to others in need, all to residents of Kangiqsualujjuaq.

As mentioned earlier in the document, projects of development of more elders' homes in Nunavik are under way.





As home care services are partially funded by the federal program called First Nations and Inuit Home and Community Care Program (FNIHCCP) and part of the program requirement is to collect statistics on clients and services for those clients, here are a few statistics

Type of services	Number of hours
In-Home respite	1244
Case Management	2866
Nursing services	3953
Daily Domestic activities support	4569
Daily Life activities support	7381
Total services provided	20 178
Total number of home visits	15 856





Description of Clientele

Home care services are available to individuals of all ages who have an assessed need due to their losses of autonomy, physical, intellectual or mental. In the past fiscal year 402 individuals were registered under the home care program.

Age group	Number of clients
0 - 16	36
17 - 45	74
46 - 64	67
65 and over	225
Total	402

As the table above illustrates children, teens, young adults, middle aged and elderly receive home care services. However those over the age of 65 are in the biggest need of support.

Most clients receive care due to the musculoskeletal conditions (85 persons), cardiovascular disease/heart or circulatory conditions (62 individuals), being a frail elderly (46), cerebrovascular disease or CVA (37) and diabetes (21).





The clients are also classified by the type of care they received, please refer to the table below.

Type of care	Number of clients
Acute care	19
End of life	8
Rehabilitation	27
Long term supportive	114
Daily life, domestic activities support	251
Total	402

Source of Funding

The total amounts invested by the two health centres in terms of home-support services in 2012-2013 were of the order of \$4 million. Of that amount, an envelope of approximately \$2 million is provided directly by the MSSS to cover all routine services, with certain exclusions, such as:

- orthopedic equipment, which is covered by the INIB program,
- support services related to daily life activities and domestic life activities, which are covered by Health Canada.

As previously mentioned, some of the funding for home care services is provided by the federal government through Health Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care Program (FNIHCCP).





The total allocation for the fiscal year 2012-2013 was \$2,173.413. A small amount is kept at the NRBHSS to cover costs of housing, hiring of a regional coordinator as well as some training. Most of the funding however is transferred to both sub-regional health centres for the service delivery. It covers the cost of housing and salaries of two sub-regional home care coordinators as well as home care nurses in the villages. Moreover, some funds cover the cost of maintaining two warehouses for specialized equipment, purchase of equipment and training.

The FNIHCCP does not duplicate services that already exist in the communities, but coordinates and links with existing programs and services at the community and/or provincial/territorial level. This collaboration and integration of funds and services allows offering continuum of services to persons lacking autonomy in Nunavik.

Other services under home care (social services, home support services, rehabilitation, community wellness program, prevention and promotion activities, residential services, respite, and day programs) are financed from the provincial envelope.





NUNAVIK CONCERNS

Due to the nature of the provision and funding of health and social services in Nunavik, we believe that the creation of autonomy insurance will have impacts on the rights of *Nunavimmiut* to receive a complete range of health services without cost.

The Autonomy Insurance Project (the “Project”) lingers over problems bound to the aging of the Québec population, and challenges, personal and collective, brought on by a loss of autonomy.

Project’s Objectives

To this end, the Project first aims at keeping people in loss of autonomy in their living environment as long as possible. It prioritizes aging at home, and to receive therein adapted services according to all needs. It seeks to provide a “real choice” to the persons in loss of autonomy, as for their place of residence or for the type of services to be received.

These objectives, indeed recognized by us, are fully confronted by the Nunavik reality:

- Insufficient resources or overcrowded housing does not allow the clientele to choose their own living environment;
- Hosting services non-existent or limited preventing any “choice” in this respect;
- Treatment and care service to the persons in loss of autonomy non-existent or limited, once again preventing any “choice” to this regards.

Nevertheless, the needs for the aging population in Nunavik, or in loss of autonomy, remain important. And yet, even their “basic” needs remain inadequately answered due to lack of resources, being human, financial or in infrastructures. For example, the Project calls for





necessary “additional” hosting places in CHSLD, while Nunavik does not need “additional” places; it needs “places”, period.

At its introduction, the Paper explains its objectives, which are to balance the desire for persons to access services they require in their living environment, and the individual or collective capacities to finance those. The sustainable character of the collective resources is thus described as being crucial to the Project. It strives to define who should be responsible for the clientele in loss of autonomy, in between the public or private sectors, individuals or families.

It is important to specify that, in the case of Nunavik, these responsibilities are completely delegated to the public sector, since no private presence is observed in the territory. Furthermore, these responsibilities are in Nunavik equally shared in between the families and their communities. This creates a burden on these too few service providers, whether being the NRBHSS or the health centres, the families or the communities, and unequivocally fails the objectives of the Project.

Project’s Financing

The Project also proposes the creation of a financing tool (*Caisse d’économie*) in support to the Autonomy Insurance.

We can anticipate serious difficulties in this respect, while the government will be collecting funds for services that are insufficient, inexistent or even not suitable in the region due to the structure of our services. This will create a financial injustice for a category of residents of Québec, i.e. the beneficiaries of the JBNQA. In the short term, the Project for the Nunavik participants to the regime will contribute to the reduction of their already precarious quality of life, without any benefit in terms of servicing.





Indeed, these financial contributions are established according to three (3) major principles, dicit the *Livre Blanc*: on “equity”, because everyone is entitled to treatments according to his needs; on “neutrality”, in between the various services offered, and all in respect of the person’s choice; on “protection” of the most deprived. Unfortunately, we are forced is to say that, considering that for Nunavik, there is no choice offered on treatments, locations, services, this clientele will instead suffer injustice, subjectivity and risks. The three (3) main principles of the Project thus shall not be met in the Nunavik context.

CONCLUSION

We acknowledge that organizing the services and differentiating responsibilities are a necessity when it comes to persons in loss of autonomy. However, for the Nunavik region, we are first concerned by the inadequate status of the basic services offered and by their financing.

The needs of the clientele in loss of autonomy can easily be limited, which the *Livre Blanc* does. But the finding of sustainable solutions for the Nunavik population will be more difficult. Indeed, and contrary to the rest of the province, the demographic trend is inverted in Nunavik, which means that the current golden age for the Province of Québec is to be experienced later in Nunavik.

But the *Livre Blanc* focuses on the current needs for an aging general population, with impacts on its Inuit inhabitants already fragile in terms of economic. It fails at addressing the needs of the Inuit elders of today or tomorrow. For example, the financial contribution presently asked for long-term hosting of elders, where permitted, is problematic considering their already very limited financial resources. Thus, this call for cultural adaptations to the Project in respect of the Nunavik realities.





The objectives of the Project still remain critical for Nunavik, while the services of its sole provider, the public network, are already minimal. It denotes the scale of the challenges to come for the Nunavik health and social services sector, already greatly amplified by its unique demography, location, high cost of living, manpower, etc. These call for accommodation to programs and initiatives whenever proposed for Nunavik (Section 15.0.21 and Chapter 15 Schedule I of the JBNQA).

RECOMMENDATIONS

In this respect, we recommend that the implementation of the Project be suspended in Nunavik until such time programs be developed in between the Government of Québec and the NRBHSS for catching up regarding the services, treatments and offers to the clientele in loss of autonomy, allowing to this clientele real choices in these matters.

Concurrently and with the support of the interested provincial departments, we recommend that discussion take place between the NRBHSS and Health Canada to improve the service coverage to the persons in loss of autonomy under the NIHB Program. In priority, the question of the financial contribution for long-term hosting shall be reviewed and solved at the satisfaction of all parties, and for the benefit of an already fragile population.

