



Données
manquantes

DANS LA MIRE >

La santé mentale au NUNAVUT

Population : 44 920

En milieu rural : 54,9 %

Très éloigné et peu peuplé, le Nunavut abrite les plus grandes communautés inuites du pays. Il affiche les taux de suicide et de blessures auto-infligées les plus élevés du pays, ainsi qu'un taux très élevé d'hospitalisations attribuables à l'alcool. Ces maux vécus par la population sont liés aux inégalités sociales et de santé qui découlent du colonialisme. Le taux de pauvreté chez les enfants est alarmant, la sécurité alimentaire est une préoccupation majeure et le taux de personnes ayant des besoins en matière de logement parmi la population générale est trois fois plus élevé qu'à l'échelle nationale. Les données relatives à l'accès aux services sont peu nombreuses, mais nous savons que le Nunavut compte trois fois moins de prestataires de soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS), comparativement à la moyenne nationale.

Par ailleurs, cet effectif réduit est principalement composé de personnes non autochtones et souvent de passage, ce qui nuit à la confiance de la population, à la continuité des soins et à l'accès à des services adaptés sur le plan culturel et linguistique. Des changements se profilent toutefois à l'horizon grâce à des initiatives novatrices, par exemple : la formation de personnel auxiliaire inuit pour la prestation de services de soutien en santé mentale; l'essai d'un programme mobile de traitement des dépendances axé sur le territoire; et l'ouverture, à Iqaluit, d'un nouveau centre de traitement des dépendances et des traumatismes conçus par des membres de la communauté inuite. Le Nunavut a également modernisé sa Loi sur la santé mentale en 2021; elle reflète maintenant mieux les valeurs culturelles des Nunavummiut, notamment en permettant une plus grande participation de la famille d'une personne malade.



DANS LA MIRE : NUNAVUT

Indicateur	Catégorie d'indicateur	NU	CAN
1.1a Investissements en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS)	Politiques	10 %	6,3 %
1.1b Dépenses en matière de SMDUS prévues dans les accords bilatéraux	Politiques	17,8 %	31 %
1.2 Stratégie en matière de SMDUS	Politiques	Désuète	En désuétude
1.3 Décriminalisation	Politiques	–	Soutien faible
1.4 Politiques de réduction des méfaits	Politiques	Ins.	Soutien élevé
1.5 Lois sur la santé mentale	Politiques	Préoccupation faible/nulle	–
2.1 Santé mentale perçue – mauvaise ou passable	Santé mentale (SM) de la population	23,3 %	26,1 %
2.2a Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur (12 derniers mois)	SM de la population	–	10,6 %
2.2b Prévalence des troubles d'utilisation de substances (au cours de la vie)	SM de la population	–	20,7 %
2.3 Taux de décès par suicide	SM de la population	72,2	10,9
2.4 Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées	SM de la population	360,3	64,9
2.5 Taux de décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes	SM de la population	–	20,8
2.6 Taux d'hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool	SM de la population	757	262
3.1 Pourcentage de la population ayant des besoins insatisfaits ou partiellement satisfaits en santé mentale	Accès aux services	–	7,8 %
3.2 Pourcentage de jeunes ayant des besoins précoces en matière de SMDUS qui ont obtenu des services communautaires de santé mentale	Accès aux services	–	61 %
3.3 Nombre de psychiatres par tranche de 100 000 hab.	Accès aux services	–	13,1
3.4 Nombre de prestataires de soins en matière de SMDUS	Accès aux services	676,8	1 721,4
3.5 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de SMDUS	Accès aux services	12,3 %	13,4 %
4.1 Pourcentage de la population ayant déclaré une santé mentale mauvaise à passable et ayant des besoins impérieux en matière de logement	Déterminants sociaux de la santé (DSS)	–	15,8 %
4.2 Taux de pauvreté	DSS	–	8,1 %
4.3 Taux d'emploi chez les personnes âgées de 25 à 64 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale	DSS	43,1 %	46,1 %
5.1 Pourcentage de personnes ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant vécu de la discrimination et de la victimisation	Stigmatisation et discrimination	–	9,1 %
5.2 Pourcentage de la population ayant une santé mentale mauvaise à passable et ayant déclaré un sentiment d'appartenance plus fort à la communauté	Stigmatisation et discrimination	–	54,4 %
5.3 Taux d'infractions relatives aux drogues déclarées	Stigmatisation et discrimination	155	162

Note : Les valeurs dans le tableau ci-dessus qui n'ont pas de pourcentage indiquent un taux par 100 000 habitants.



POLITIQUE

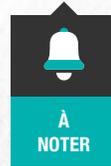
Financement

Le gouvernement du Nunavut a annoncé qu'il dépenserait environ 54 millions de dollars en santé mentale, dépendances et utilisation de substances (SMDUS) pour la période 2024-2025, ce qui représente 10 % de ses dépenses de santé globales. Bien que ce pourcentage soit plus élevé que la moyenne, il convient de noter que le Nunavut consacre une plus petite part de son budget total aux soins de santé, soit seulement 25 % environ, que les autres provinces canadiennes, qui y consacrent de 30 à 40 % de leur budget total. Le nouvel *Accord pour travailler ensemble* (accord bilatéral de 2023) conclu entre le Nunavut et le gouvernement du Canada prévoit un financement de 4,3 millions de dollars en SMDUS pour la période 2023-2026, ce qui représente 17,8 % du financement bilatéral total, une proportion inférieure à la moyenne nationale (31 %). Ce financement sera consacré à de la formation, aux coûts d'investissement des programmes de santé mentale, aux équipes intégrées en santé mentale et aux services virtuels en santé mentale²⁰⁶. Les 781 150 \$ restants de l'accord de 2017 seront affectés à de la formation (pour des services de santé mentale culturellement adaptés), à des symposiums sur les traumatismes et à un centre de services intégrés pour les jeunes en matière de santé mentale.

Stratégie

Les deux stratégies du Nunavut en matière de santé mentale, le *plan d'action INUUSIVUT ANNINAQTUQ 2017-2022* et la *Stratégie de prévention du suicide du Nunavut 2017-2022*, sont maintenant échues²⁰⁷. Nous ne savons donc pas ce que le territoire prévoit faire à long terme pour améliorer la santé et le bien-être de la population, en dehors de ce qui a été présenté dans le nouvel *Accord pour travailler ensemble*.

Tableau de bord pour la santé mentale



INQUIÉTANT

Les stratégies du Nunavut en matière de santé mentale sont obsolètes, et les plans à long terme ne sont pas clairs.

Loi sur la santé mentale

L'une des recommandations de la Stratégie de prévention du suicide du Nunavut était de réviser la *Loi sur la santé mentale* du territoire afin de lutter contre le taux élevé de suicide et de moderniser la législation de manière à mieux refléter les valeurs culturelles des Nunavummiut. Mise à jour en 2021, la *Loi* comporte de nouvelles règles sur les droits linguistiques; la création d'un Conseil de révision en santé mentale; et des dispositions permettant une plus grande participation de la famille d'une personne malade, par exemple, par la désignation d'une ou un *tikkuaqtaujuq* (personne représentante choisie) pour la prise de décisions concernant ses soins. Elle comporte également des dispositions relatives aux ordonnances de traitement en milieu communautaire²⁰⁸.



À NOTER

La législation sur la santé mentale reflète désormais les valeurs culturelles de la population, notamment en permettant une plus grande participation de la famille lorsqu'une personne est malade.



SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Malheureusement, le Nunavut affiche le taux de suicide et le taux de blessures auto-infligées les plus élevés dans tout le Canada. En 2022, ces taux étaient de 72 par 100 000 hab. (36 par 50 000 hab.)²⁰⁹ et de 360,3 par 100 000 hab. respectivement. Selon les estimations, le taux de suicide dans l'Inuit Nunangat est 5 à 25 fois plus élevé que dans le reste du Canada, avec une incidence disproportionnée chez les jeunes. Des groupes de défense font pression pour que le territoire fasse du suicide une urgence de santé publique, ce qui permettrait de demander l'affectation de davantage de ressources à la prévention du suicide dans la région²¹⁰. Les données historiques montrent que les suicides étaient rares au Nunavut avant les années 1970; ils ont augmenté de façon marquée lorsque les communautés ont été forcées par le gouvernement fédéral à s'installer dans des réserves, souvent dans des logements inadéquats, sans installations sanitaires convenables ni eau potable. La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits (*Inuit National Suicide Prevention Strategy*) cible les déterminants sociaux de la santé en tant que domaines d'intervention prioritaires pour prévenir le suicide au Nunavut : le logement, le revenu, la sécurité alimentaire, l'éducation et le développement de la petite enfance, la culture et la langue, ainsi que l'accès à des services de santé, y compris des services de santé mentale, sont autant de facteurs permettant de réduire le risque de suicide²¹¹.



ALERTE ÉLEVÉE

Les taux de suicide et de blessures auto-infligées au Nunavut sont les plus élevés du pays, et les jeunes sont les plus touchés.

Le Nunavut connaît également un nombre beaucoup plus élevé de méfaits causés par l'alcool. Le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool, qui s'élève à 757 par 100 000 hab., est bien au-dessus de la moyenne nationale de 262 par 100 000 hab.

ACCÈS AUX SERVICES

Nous disposons malheureusement de peu de données sur les indicateurs relatifs à l'accès aux services au Nunavut. Toutefois, les deux indicateurs pour lesquels il existe des données suggèrent d'importantes difficultés à obtenir des services. Le Nunavut compte très peu de prestataires de soins en matière de santé mentale, de dépendances et d'utilisation de substances (SMDUS) : 676,8 par 100 000 hab. (338,4 par 50 000 hab.), comparativement à la moyenne nationale de 1 721,4. Comme de nombreuses collectivités du Nunavut sont très éloignées et ne sont accessibles que par avion ou par des chemins peu praticables, il est difficile d'assurer et de retenir des effectifs en SMDUS. La main-d'œuvre spécialisée dans le domaine n'est souvent que de passage : les prestataires ne restent généralement que pour une courte période ou viennent pour des visites planifiées depuis des centres urbains du Sud. Cette instabilité peut nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec la population et à la continuité des soins. Étant donné le nombre insuffisant de prestataires de soins et de services, de nombreuses personnes au Nunavut doivent être transportées par avion vers les communautés du Sud pour recevoir un traitement²¹². De plus, les services offerts aux communautés ne sont pas forcément adaptés à la culture ou à la langue, car bon nombre de prestataires ne sont pas autochtones ou viennent d'ailleurs. Ces enjeux sont souvent mentionnés en tant qu'obstacles à l'accès aux services, y compris le manque de services en inuktitut et en français au Nunavut²¹³.



TRAVAIL EN COURS

La main-d'œuvre dans le domaine de la santé mentale, des dépendances et de l'utilisation de substances (SMDUS) est transitoire et principalement non autochtone, mais les innovations, telles que le personnel paraprofessionnel inuit, sont prometteuses.

Même si la pénurie de main-d'œuvre et le manque de soins culturellement adaptés sont d'importants obstacles à l'accès aux services, une nouvelle pratique prometteuse se développe : former du personnel auxiliaire inuit à la prestation de services de soutien en santé mentale tenant compte de la culture et des traumatismes, et ce, au sein même des communautés afin d'éviter les déplacements²¹⁴. D'autres solutions novatrices sont à l'essai, comme le programme mobile de traitement des dépendances axé sur le territoire offert près de Cambridge Bay. Par ailleurs, le Nunavut a annoncé l'année dernière un investissement record de 83,7 millions de dollars pour la construction d'Aqquariaq, un centre de traitement des dépendances et des traumatismes conçu par des membres de la communauté inuite, afin de répondre au besoin important de services locaux de traitement liés à l'utilisation de substances²¹⁵.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le manque de données importantes sur les déterminants sociaux de la santé au Nunavut est problématique, surtout compte tenu des inégalités sociales considérables subies par les communautés inuites qui y vivent. La mesure du panier de consommation (MPC) n'existe actuellement pas pour le Nunavut²¹⁶, mais les données de 2021 sur la pauvreté des enfants dans le territoire indiquent que 35,8 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans la pauvreté et que ce pourcentage passe à 43,2 % chez les enfants de moins de six ans²¹⁷. Nous ne disposons pas de données relatives à l'indicateur 4.1 *Pourcentage des personnes ayant déclaré avoir une santé mentale mauvaise à passable qui ont également des besoins impérieux en matière de logement*, mais les données relatives à la population générale révèlent que 32,9 % de la population du Nunavut a des besoins impérieux en matière de logement, soit trois fois plus qu'à l'échelle canadienne²¹⁸. De plus, le gouvernement du Nunavut indique que 35 % des logements du territoire sont considérés comme surpeuplés²¹⁹.

La sécurité alimentaire représente également un enjeu majeur dans la région circumpolaire nord. Au Nunavut, le taux d'insécurité alimentaire modérée à grave est de 49,4 %, comparativement à 8,8 % pour l'ensemble du Canada²²⁰.

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Nous ne disposons pas de données relatives aux indicateurs 5.1 et 5.2 pour le Nunavut. Contrairement aux autres territoires, le taux d'infractions relatives aux drogues au Nunavut est légèrement inférieur à la moyenne nationale, soit 155 cas par 100 000 hab. contre 162.