

## Article

---

« Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik »

Laurence J. Kirmayer, Ellen Corin, André Corriveau et Christopher Fletcher  
*Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 1, 1993, p. 53-70.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032247ar>

DOI: 10.7202/032247ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik

---

Laurence J. Kirmayer,\*

Ellen Corin,\*\*

André Corriveau,\*\*\*

Christopher Fletcher,\*\*\*\*

Bien que l'on retrouve dans la population Inuit du Grand Nord du Québec (*Nunavik*) les troubles psychiatriques majeurs décrits dans la nosologie psychiatrique actuelle, la culture influence de manière importante la symptomatologie et l'évolution de ces troubles ainsi que les réactions qu'ils suscitent. Une revue de la littérature, les réflexions que nous inspire une expérience de consultation psychiatrique en milieu Inuit et les premières données d'une recherche ethnographique, indiquent que le développement de services mieux adaptés et sensibles à la réalité de la culture Inuit doit reposer sur l'étude de l'ethnopsychologie Inuit et des attitudes actuelles envers les malades mentaux.

Les Inuit du Québec sont environ 7000, regroupés en 14 villages vivant le long des côtes de la baie d'Ungava, du détroit et de la baie d'Hudson (Blanchet et al., 1992). Chaque communauté compte entre 200 et 1000 habitants, surtout des Inuit, bien que *Kuujuarapik* (Poste de la Baleine), se trouvant à la frontière du territoire cri, soit composé d'habitants des deux peuples.

---

\* Directeur et professeur agrégé, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill et Département de psychiatrie, Hôpital Général Juif — Sir Mortimer B. Davis.

\*\* Directrice, Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, Verdun, Québec et professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill.

\*\*\* Directeur de service professionnel, Centre Hospitalier Inuulitsivik, Povungnituk, Québec, et professeur titulaire, Département de médecine communautaire, Université McGill.

\*\*\*\* Candidat pour la maîtrise en anthropologie, Université de Montréal.

Ce travail a été subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale et le Conseil régional de santé et des services sociaux de Kativik. Nous remercions nos assistants de recherche, Melina Auerbach, Martha Aupaluk, Annie Kenuayuak, Robert Watt, Kate Zimmerman, remercions aussi le professeur Jean-Claude Lasry et Madame. Louise Veilleux pour leur collaboration à ce texte.

Des changements politiques et sociaux rapides ont radicalement transformé le mode de vie des Inuit, surtout depuis l'instauration de la Convention de la Baie James et du Nord Québécois. Ce document a transféré aux Inuit l'autorité auparavant dévolue aux gouvernements fédéral et provincial en ce qui concerne la justice, l'éducation, la protection de l'environnement et la santé. Leur autonomie régionale est sans précédent chez les autochtones du Canada (Irwin, 1989). La majorité des emplois dans la région du *Nunavik* découlent de ces institutions ainsi que des administrations municipales et régionale; un bon nombre proviennent aussi d'autres sources: Air Inuit, les bureaux de poste, les coopératives et le Northern Store (antérieurement la Hudson Bay Company). Une partie de la production artisanale est destinée au marché extérieur. La sculpture est particulièrement importante dans certains villages. Bien que la proportion de la population qui reçoit des prestations de bien-être social et de chômage soit plus élevée qu'au niveau provincial, on estime que ce phénomène concerne moins de la moitié de la population adulte. En dépit des changements récents, la chasse, la pêche et la cueillette demeurent très importantes dans l'économie locale et fournissent au moins 30% de la nourriture (calories) consommée dans les communautés (Northern Quebec Harvesting Research Committee, 1978). La chasse est subventionnée par un programme d'aide. Dans le cadre de ce programme, la viande est achetée et distribuée à ceux qui en ont besoin et ne peuvent s'en procurer eux-mêmes. Au printemps et en été, la chasse en famille est de pratique courante. Elle constitue une source significative de nourriture, mais son importance se situe aussi aux niveaux social et symbolique (Borré, 1991). Il n'y a pas de secteur manufacturier au *Nunavik* et depuis l'embargo de 1983 effectué par la Communauté économique européenne, la trappe ne constitue plus une activité rentable.

Même si son taux de croissance diminue, la population a connu une hausse rapide au cours des dernières décennies (Duffy, 1988; Duval et Therien, 1985). Entre 1983 et 1984, le taux de natalité moyen chez les Inuit s'élevait à 34 pour 1000 habitants, comparativement à un taux de 13 pour 1000 au Québec. La structure d'âge de la population inuit diffère de celle du sud du Canada: la proportion de jeunes y est beaucoup plus élevée et continue à augmenter — en 1986, 56% de la population étaient âgées de moins de vingt ans et seulement 2% des gens avaient plus de 65 ans (Blanchet et al., 1992). Le taux de mortalité dans les communautés inuit de la côte d'Hudson totalisait 8,0% entre 1982-86, par rapport à 6,8% dans le reste du Québec (Proulx, 1987); toutefois, si l'on tient compte de la structure d'âge, la différence atteint presque le double. Les accidents sont la

principale cause de mortalité chez les jeunes, tandis que chez les personnes plus âgées, ce sont les cancers et les maladies circulatoires. Ces dernières années, on a relevé un grand nombre de suicides chez les jeunes de la côte de la Baie Hudson; il est aussi probable qu'une partie de la mortalité psychiatrique se trouve dissimulée dans les statistiques relatives aux accidents. La morbidité quant à elle est d'abord reliée aux maladies respiratoires, ensuite aux accidents — surtout chez les hommes — et enfin, aux maladies contagieuses. Les taux de consultation et d'hospitalisation sont bien plus élevés dans cette région que dans le reste de la province, ce qui permet de penser que les problèmes de santé ne sont pas directement liés au manque de soins médicaux mais à d'autres facteurs comme l'environnement naturel et social.

Chaque communauté dispose d'une clinique qui, selon la taille du village, compte deux ou trois infirmiers, dont un est toujours en service. Ces infirmiers viennent tous inmanquablement du Sud et passent en moyenne de un à trois ans dans le Grand Nord. Beaucoup d'entre eux s'intéressent à la culture inuit et à l'inuktitut, mais n'ont malheureusement aucune formation qui les prépare à travailler avec des personnes de culture différente; de plus, leur charge de travail leur laisse peu de temps pour étudier la culture inuit ou se familiariser avec elle.

Chaque clinique compte au moins un travailleur communautaire et un interprète inuit. Les premiers se concentrent sur les problèmes sociaux et tentent de fournir appuis et conseils, mais leur formation est limitée et leurs ressources le sont encore plus. Tout comme les interprètes, ils se trouvent souvent placés dans une position ambiguë lorsqu'ils ont à traiter de problèmes sociaux qui affectent les membres de leur propre famille. De plus, les patients sont parfois réticents à parler de leurs problèmes devant d'autres Inuit, un peu par crainte que leurs difficultés ne se trouvent ébruitées.

Deux grands villages, Povungnituk et Kuujuaq, possèdent des hôpitaux ultramodernes avec des lits réservés aux maladies aiguës et chroniques et à l'obstétrique; ils comptent aussi des appareils de radiographie, des moniteurs de contrôle cardiaque et d'autres matériaux de laboratoire. Le personnel se compose de médecins généralistes et spécialisés en médecine communautaire, qui se rendent aussi dans les différentes cliniques pour soigner les malades et superviser les traitements infirmiers. Ces hôpitaux possèdent des départements de services sociaux plus importants, qui assurent la formation et la supervision de tous les travailleurs communautaires.

Jusqu'à tout récemment, les soins psychiatriques étaient assurés par les généralistes; les cas graves étaient transférés dans un hôpital psychiatrique, surtout au centre hospitalier Douglas de Montréal. Récemment, au fur et à mesure que les services hospitaliers se développaient, des spécialistes ont été invités dans le Grand Nord. C'est le docteur Louis Couture, psychiatre infantile au Centre hospitalier de l'Université Laval, (CHUL), qui a commencé à s'y rendre il y a plusieurs années; en 1987, à l'invitation du docteur André Corriveau, directeur des Services professionnels, le docteur Kirmayer a entrepris à son tour de tenir des consultations régulières au Centre de Santé Inuulitsivik à Povungnituk. Ce centre dessert sept communautés qui totalisent près de 4000 personnes.

Dans le but de consolider cette pratique de consultation, d'augmenter son efficacité et de planifier le développement des services de santé mentale dans le Grand Nord, il nous a semblé important de mieux connaître la situation qui y prévaut en matière de santé mentale et de chercher à adapter les programmes et interventions aux caractéristiques culturelles et sociales de la population locale.

Cet article constitue un premier essai pour faire le point sur ces questions. Nous y résumons brièvement certaines observations cliniques et épidémiologiques et examinons ensuite de manière plus détaillée les travaux déjà publiés sur les conceptions inuit en matière de santé mentale. Nous évoquons également les résultats préliminaires de notre propre travail ethnographique. Nos commentaires s'appuient essentiellement sur l'expérience clinique du premier auteur (Laurence Kirmayer) dans la région du Grand Nord et sur les premières données de deux projets de recherche subventionnés par le CQRS et par le Conseil régional de santé et des services sociaux de *Kativik*; ils portent respectivement sur les conceptions inuit dans le domaine de la santé mentale, et sur les facteurs de risque par rapport au suicide chez les jeunes Inuit.

## **Épidémiologie psychiatrique chez les Inuit**

La plupart des études épidémiologiques réalisées chez les Inuit utilisent des indicateurs non spécifiques de détresse émotionnelle, comme le Cornell Medical Index ou le Health Opinion Survey (Murphy et Hughes, 1965; O'Neill, 1989). À quelques exceptions près, les études basées sur des critères spécifiques de diagnostic se sont confinées aux patients vus en consultations et utilisent des critères anciens qui ne sont ni fiables, ni valables selon la nosologie contemporaine.

Les premiers auteurs qui ont travaillé dans ce domaine affirmaient que les troubles mentaux autres que l'hystérie sont rares chez les Inuit. Or, les consultations psychiatriques actuelles indiquent que la plupart des diagnostics inclus dans la nosologie psychiatrique se rencontrent chez les Inuit. Un certain nombre de cas comportent cependant des caractéristiques intéressantes quant à la forme ou au contenu des problèmes, révélant ainsi l'action de processus culturels spécifiques (Bloom, 1972; Hood et al., 1985; Sampath, 1974).

Dans l'étude que nous avons effectuée auprès d'un ensemble de 100 cas qui avaient été référés à notre consultation, le principal diagnostic DSM-III posé a été celui de dépression majeure avec mélancolie (Kirmayer, en préparation). Chez les femmes, la perte de relations significatives, le poids des soins à donner aux parents à charge et une violence familiale constante constituent les principaux facteurs de stress associés aux crises dépressives et à leur persistance. Chez les hommes, ce sont plutôt le manque d'un travail valorisant et, surtout chez les jeunes hommes, les ruptures amoureuses et sexuelles. Le fait que le taux clinique de dépression soit inférieur chez les hommes référés à notre consultation peut refléter une différence de prévalence des problèmes dans la communauté. Ainsi, alors que les hommes semblent souffrir beaucoup plus du stress associé au changement de leur culture, par suite de leur incapacité à trouver un travail valorisant, les femmes sont, par contre, beaucoup plus susceptibles de souffrir de relations abusives qui suscitent chez elles des sentiments d'impuissance, de futilité et de vulnérabilité. Cette situation générale peut générer des crises de colère et d'impulsivité chez les hommes, et des problèmes d'anxiété et de dépression chez les femmes. On pourrait aussi penser que la différence entre les taux de dépression associés aux hommes et aux femmes dans la population consultante reflète une demande d'aide différentielle, puisqu'un grand nombre d'hommes déprimés évitent de faire appel à la médecine. Les hommes peuvent en outre cacher leur dépression ou composer avec elle en buvant ou en partant à la chasse. Quand ils deviennent agressifs ou autodestructeurs, il y a de fortes possibilités qu'ils relèvent alors du système judiciaire.

L'abus d'alcool et de drogues, y compris de solvants, colle, essence et, dans certaines communautés, de cocaïne, est plus fréquent que ne l'indiquent les chiffres basés sur les données recueillies dans les postes infirmiers (Brody, 1981). Foulks (1980) estime que les modes d'expression traditionnels hystériques du stress ou de la psychopathologie se sont récemment transformés en comportements

impulsifs et en abus de drogues. Comme preuve indirecte de cette théorie, il note que 49% d'un échantillon aléatoire d'Esquimaux en Alaska disent perdre conscience en buvant. Il émet ainsi l'hypothèse que l'alcool favorise la convivialité communautaire et sert de soupape à des émotions intenses suivies d'actes violents. Autrefois, les Inuit estimaient qu'un homme en colère ou agressif était un «enfant hors contrôle». Lorsqu'il est disponible, c'est à présent l'alcool (ou tout autre produit grisant) qui remplace les pratiques dissociatives et sert d'échappatoire à une douleur psychologique intolérable (Kraus et Buffler, 1979). Pour quelques-uns des jeunes du Nunavik, ce sont des solvants ou des inhalants qui servent d'évasion.

Au cours des deux dernières années, on a observé un nombre considérable de suicides chez les jeunes Inuit de la côte d'Hudson. Il s'agit en général d'actes impulsifs, provoqués par une rupture amoureuse; toutefois, le manque de travail et d'avenir crée un contexte de désespoir qui sous-tend ces gestes désespérés; le fait que des amis ou parents se soient suicidés en rend également la possibilité plus facile à envisager. Plusieurs observateurs ont observé que les Inuit se suicident facilement, pour des raisons qui semblent mineures, comme: «Je m'ennuie.» Cette attitude peut avoir des racines dans la tradition (Balikci, 1961); toutefois, de nos jours, le stress énorme que constitue pour les jeunes la perte de leur culture joue certainement un rôle important dans le taux élevé de suicides (Berry, 1985; Duffy, 1988; O'Neil, 1986; Vallée, 1972). L'attention que les médias ont portée à cette épidémie a probablement aggravé la situation. Avec la participation de la communauté et de nos collègues, nous conduisons actuellement une étude sur cette épidémie de suicides, dans l'espoir de trouver des moyens d'intervention préventifs appropriés.

### **Conceptions traditionnelles de la maladie**

Selon la culture inuit traditionnelle, la maladie était considérée comme un phénomène accidentel causé parfois par les événements physiques, parfois par une transgression des tabous, par une perte de l'âme, par l'action ou l'intrusion d'esprits malins ou encore par un mélange de ces éléments. Les traitements comportaient des manipulations physiques, l'administration de potions et l'intervention de chaman (*angakok*) (Balikci, 1989; Avataq Cultural Institute, 1985). Certaines maladies étaient considérées comme un phénomène causé par l'interaction entre l'âme d'une personne, place ou chose, et l'individu affecté par la maladie (Mercur, 1991). Dans ses travaux sur la cosmologie inuit, Saladin D'Anglure (1988, 1992) a montré que les

Inuit n'ont pas une conception linéaire du temps; ce dernier est plutôt perçu comme étant de nature cyclique (Carpenter, 1956; Christie et Halpern, 1990). Les formes humaines et animales, ainsi que le sexe biologique et social, sont tous modifiables. Le concept de *Sila*, intelligence du monde et de l'univers, est l'élément unificateur de la cosmogonie inuit. *Sila* implique une conscience de tous les éléments de la nature et relie les humains au reste de l'univers. Dans cette cosmogonie, les humains sont considérés comme l'amalgame de trois type d'âme: l'âme-nom, le souffle vital et l'âme-double (Saladin D'Anglure, 1977). Chacun de ces types d'âme fait l'objet de manipulations chamaniques pour guérir la maladie. Les pratiques chamaniques incluaient des voyages de l'âme entre les dimensions spatiale et temporelle de l'âme alors qu'elle allait affronter les âmes ou esprits hostiles afin de les calmer ou de les vaincre avec l'aide des alliés spirituels du chaman (Saladin d'Anglure, 1984). De nombreux Inuit possédaient certaines expériences et pouvoirs chamaniques; quantité d'expériences et de comportements inhabituels étaient tolérés et interprétés comme étant le résultat de ces communications avec les esprits. Ces interactions spirituelles se traduisaient souvent sous forme de communication avec des espèces animales qui se transformaient en humains ou d'humains qui se transformaient en animaux. Ces esprits (*mitilit*) pouvaient rendre de brèves visites aux personnes, ou vivre pour de longues périodes avec elles; tant que leur fonctionnement social n'était pas affecté de manière substantielle, ces personnes n'étaient pas considérées déviantes ou malades. Des âmes incorporelles fonctionnant dans des dimensions habituellement invisibles pour les humains ont une influence sur différents événements de la vie, les succès de chasse et la maladie. De nos jours, plusieurs Inuit, jeunes et vieux, ont vécu des expériences attribuées à ces entités, communément appelées *Tuniit*.

La vision du monde inuit continue à influencer la perception de la maladie. Des travaux ethnographiques récents ont montré que certaines formes de comportements anormaux et de maladies mentales sont attribuées à des interactions des âmes et des esprits avec des humains. De manière plus particulière, des hommes et des femmes qui ont vécu des hallucinations auditives ou visuelles occasionnelles et temporaires sont respectivement dénommés *nuliatsalik* et *uitsalik*. Ces termes spécifiques selon le sexe désignent le ou la fiancée et forment un concept selon lequel l'individu affecté mène une vie parallèle dans une dimension invisible, avec un partenaire. Les comportements inhabituels des individus résultent de leur communication avec



ce/cette partenaire. Malgré les modifications récentes dans la culture traditionnelle, la santé et la guérison, des explications semblables en regard de comportements anormaux ont encore cours dans les communautés du nord du Québec et les méthodes de soulagement des symptômes des individus demeurent en vigueur (Fletcher, 1993).

Depuis le tournant du siècle, les Inuit du nord du Québec ont été initiés à différentes formes de christianisme par les missionnaires anglicans, catholiques et, plus récemment, pentecôtistes. La plupart des Inuit sont associés à l'un de ces trois mouvements et sont ainsi influencés depuis plusieurs générations. Ceci a transformé, dans une certaine mesure, le système de croyances par rapport à la santé. Il est possible que la popularité croissante du Pentecôtisme dans les communautés inuit résulte de l'accent placé sur l'expérience extatique dans cette pratique religieuse et des similitudes qu'elle présente avec les anciennes activités chamaniques. Influencés par les médias, des individus et des groupes ont conduit des "exorcismes" chrétiens dans plusieurs communautés avec des gens qui vivaient des difficultés émotionnelles et comportementales. Ces rituels et les explications autochtones pour certains types de comportements anormaux, décrites plus haut, laissent croire que des concepts pré-chrétiens de la maladie mentale ont été inclus dans le système de croyances pentecôtiste dans le nord.

### **Conceptions actuelles de la santé et de la maladie mentales**

Les anciens comptes rendus ethnographiques concernant la santé mentale des Inuit parlent de *pibloktoq* (hystérie arctique ou angoisse du kayak), un syndrome culturel qui pousse l'individu à se lancer dans des courses folles, au risque d'y perdre la vie (Gussow, 1960; Landy, 1985; Wallace et Ackerman, 1960). Si Foulks (1980) considérait que ce que l'on observe aujourd'hui présente une certaine continuité avec le *pibloktoq*, au sens où les phénomènes dissociatifs du *pibloktoq* et de la possession par des esprits se seraient transformés en pertes de conscience et de contrôle reliées à l'abus d'alcool, des drogues ou de solvants, il n'en demeure pas moins que les syndromes culturels décrits dans les études classiques ont peu de similitude avec les problèmes psychiatriques actuels que présentent les Inuit. En fait, dans l'étude qu'il a faite dans les années 60 sur les croyances traditionnelles inuit concernant la maladie mentale, Vallée (1966) n'a trouvé aucun indice prouvant que les aînés du Grand Nord québécois connaissaient l'existence du *pibloktoq*. Il suggère plutôt que l'on trouve chez les Inuit, autant chez ceux qui ont eu des contacts avec la société euro-

canadienne que chez les autres, diverses formes de maladie mentale et ce, depuis au moins trois générations. Les entrevues et les études de cas qu'il a dirigées en 1963 à Povungnituk, à Inukjuak et à Kuujjuaraapik lui ont permis de décrire quatre types de troubles mentaux couramment identifiés. Ses résultats sont probablement indicateurs des connaissances traditionnelles inuit durant la première moitié du siècle, puisqu'au moment de son étude, à peine 10% des Inuit savaient lire et écrire l'anglais; par contre, tous pouvaient écrire l'*inuktitut*. Cette étude, qui demeure unique parmi les études anthropologiques réalisées chez les Inuit, mérite d'être décrite de manière quelque peu détaillée.

N'ayant identifié aucun concept indigène désignant un trouble mental ou psychiatrique, Vallée (1966, 57) a finalement établi son propre critère de base, c'est-à-dire «l'incapacité pour un individu d'exécuter certains de (ou tous) ses rôles normaux, jumelée à des comportements bizarres identifiés par les informateurs, lorsque cette incapacité et ces bizarreries proviennent plus de la tête que d'un organe.» L'auteur a incité ses informateurs à parler des «situations dans lesquelles des personnes s'étaient avérées incapables de remplir leurs tâches quotidiennes, dans les cas où cette incapacité n'avait aucune cause physique évidente et où les personnes se comportaient de manière bizarre bien que pas nécessairement inhabituelle.»

Utilisant une méthode d'entrevue ethnographique ouverte, Vallée réussit à identifier quatre types de troubles émotifs ou de comportement; selon l'auteur, ils correspondaient plus ou moins à l'épilepsie, à «l'hystérie simple» (des épisodes isolés de névrose de conversion ou de névrose dissociative), au retrait avec mélancolie aiguë et à la «manie avec paranoïa». Les termes utilisés qualifient cependant des états et non pas des catégories de personnes. Une fois la crise terminée, l'individu change de comportement et n'est plus considéré comme malade. Par contre, l'idée de chronicité peut être indiquée par un terme signifiant «habituellement».

I. Épilepsie — *qirsutuq*<sup>1</sup>: «il a une attaque d'épilepsie»; *qirsusuq*: «il a généralement des crises d'épilepsie». L'épilepsie est considéré comme une «maladie de la tête». Elle peut être liée à des pouvoirs inhabituels de divination et de communication avec les esprits. L'individu est possédé seulement lorsqu'il est inconscient, contrairement à des formes de possession plus impressionnantes qui se produisent quand la personne est consciente. La maladie n'a pas besoin d'être traitée et n'est pas contagieuse. Vallée a retracé au moins un patient qui, dans le Sud, avait été diagnostiqué comme étant épilep-

tique et psychotique, et qui n'était pas considéré comme *qirsutuq*, mais comme *qaujimailijuq*. Les autres avaient peur de lui et, après sa guérison, n'ont pas voulu qu'il revienne au camp. Selon Vallée, ce rejet constitue un équivalent fonctionnel des mesures traditionnelles qui étaient utilisées autrefois: le meurtre ou le bannissement; il risque d'empirer la maladie et de conduire au suicide (p. 63).

II. Hystérie simple (de conversion; il n'existe pas de terme correspondant en inuktitut). Dans son échantillon de 31 cas, Vallée a identifié cinq jeunes filles, de 13 à 16 ans, souffrant de paralysies passagères ou d'expériences dissociatives, accompagnées de visions ou d'hallucinations. Ces troubles n'étaient pas jugés comme étant graves, comparés aux deux catégories suivantes de problèmes.

III. *Kavartuq*, (*kavarpuq*), *qitsutuq*: «il est extrêmement triste, troublé et tranquille». Il s'agit d'individus manifestant des épisodes de passivité, de désintérêt et de dépression, parfois entrecoupés de sursauts d'activité maniaque, mais caractérisés le plus souvent par des périodes de silence et d'immobilité. Ces épisodes sont souvent associés à des sentiments négatifs: la personne se juge mauvaise, sans aucune valeur; elle se sent coupable des malheurs de la communauté, est autodestructrice et tente de se blesser. Certains tentent de se suicider, mais sans y réussir (ce que Vallée attribue à la protection que les autres assurent). Pour soigner l'individu, parents et amis prient pour sa guérison et lui offrent leur soutien dans un environnement familial. Sur ses 31 cas, Vallée a décelé neuf femmes et cinq hommes souffrant de ce trouble, ce qui indique un taux plus élevé chez les femmes. Selon la croyance, chacun est vulnérable à ce type de problème et ne connaît généralement qu'une seule crise. Les aînés se souvenaient d'avoir vu de tels cas, il y a 50 ans ou plus. Les hommes ayant eu des visions pendant leur maladie et qui guérissaient pouvaient ensuite aspirer à des postes religieux tandis que les femmes, elles, reprenaient le plus souvent leurs activités domestiques.

IV. *Qaujimailijuq* —: «il fait des choses folles et ne sait pas ce qu'il fait» (terme aussi utilisé pour désigner les chiens enragés en phase violente). Les personnes souffrant de cet état sont hyperactives ou agitées, elles présentent un discours incohérent ou décousu, des associations d'idées lâches, expriment des soupçons paranoïdes et développent des rituels compulsifs. Elles évitent de dormir, sont agressives, blasphèment et peuvent se faire mal ou blesser les autres. Elles peuvent transmettre des messages du diable ou d'un autre être surnaturel l'incitant à se méfier des autres qui lui veulent du mal. *Qaujimailijuq* est considéré comme une infection ou une possession

par le diable. Les gens qui sont forts, dans leur tête et dans leur cœur, sont moins susceptibles d'être atteints. Le mal est contagieux, sauf pour les étrangers. Les habitants du Sud sont jugés trop permissifs avec les personnes affectées, puisque c'est en réalité le diable qui agit et non la personne elle-même. Cette idée justifie qu'on attache la personne pour la retenir, et qu'on lui donne des coups si elle blasphème trop ou devient violente. Dans l'étude de Vallée, les cinq hommes et la femme identifiés sous ce terme avaient généralement une crise à la fin de l'hiver, souvent après une maladie physique (la grippe ou la rougeole par exemple). Tous les hommes étaient socialement mésadaptés et avaient du mal à trouver une femme.

Les résultats de notre recherche ethnographique préliminaire s'accordent avec les catégories de Vallée mais font également ressortir une autre série de termes qui sont couramment utilisés et reflètent la manière dont les Inuit conçoivent la maladie mentale. Une large gamme de problèmes, qui vont d'une anxiété légère ou de la préoccupation à la psychose paranoïde, sont décrits comme *isumaaluktuq'* — «quelqu'un qui est excessivement préoccupé». Ce terme recouvre aussi la catégorie «dépression» de Vallée. Quelqu'un qui se montre violent de manière irrationnelle, désorganisée ou handicapé mentalement, peut être considéré comme *isumaqangngituq* — «quelqu'un qui n'a pas d'esprit ou de raison». Ces concepts ethnopsychologiques coexistent en fait avec la notion religieuse d'une possession par le démon (*anirnilunik illumittuq*), qui se trouve également impliquée dans le terme *qaujimailijq*. Plusieurs de ces termes sont souvent utilisés par un seul informateur comme des interprétations alternatives du comportement d'un même individu atteint. On explique couramment la déviance psychiatrique par une possession par le démon et on considère alors l'exorcisme religieux comme un traitement approprié. Ces interprétations ont des implications importantes quant à la manière dont la société réagit aux troubles psychiatriques.

### **L'importance des attitudes concernant le dépistage et l'évolution des troubles psychiatriques**

Les omnipraticiens qui travaillent avec les Inuit du Québec ont généralement l'impression que les individus anxieux ou toxicomanes ou ceux qui provoquent des conflits familiaux gagnent à participer activement aux activités religieuses. Toutefois, certains patients en pleine crise psychotique, schizophrénique ou maniaco-dépressive, semblent avoir été bouleversés par ces tentatives: d'une part, parce qu'elles impliquent des déclarations insistantes selon lesquelles ils sont possédés du démon et d'autre part, parce que si l'exorcisme

échoue, la personne risque d'être encore davantage rejetée ou ostracisée.

Jadis, les cas de déviance extrême étaient réglés par l'ostracisme ou le meurtre (Hippler, 1984). Les difficultés de survie et la précarité de la vie communautaire ne permettaient probablement pas de surveiller sans cesse un individu incapable de prendre soin de lui-même ou avec lequel il fallait constamment entrer en négociation suite aux nombreuses confrontations qu'il suscitait. Toutefois, si l'on excepte les cas de dépendance totale et d'hostilité perturbatrice, on devait probablement tolérer largement l'excentricité, que l'on pouvait aisément expliquer en termes surnaturels (Briggs, 1970).

De nos jours, l'imposition de la loi du Sud et l'accessibilité des services de santé et des services sociaux ont rendu intenable les anciennes solutions (Duffy, 1988). Cependant, la forme générale de ces réactions persiste: la déviance est tolérée, peut-être plus que dans le Sud, et on tente encore d'ignorer, de minimiser et de justifier les comportements inadéquats et déplacés (Briggs, 1985). La déviance devient intolérable dans deux cas: lorsque les soins et la surveillance exigés imposent un fardeau trop lourd à la famille et à la parenté, ou lorsqu'il existe une menace grave et régulière de violence ou d'agression contre les membres de la communauté. On préfère alors remettre l'individu entre les mains des autorités du Sud et leur demander de s'en occuper (Hippler, 1984).

Le cas suivant permet d'illustrer cette tendance:

Markoosie a 32 ans et vit dans un village éloigné. Il souffre d'hallucinations auditives et somatiques et croit toujours que trois hommes du Sud, qu'il n'a jamais rencontrés, projettent de gagner le Nord pour le tuer. Un jour, il prend pour ses assassins trois amis avec qui il travaille et tire sur eux. Effrayé, il s'enfuit de sa maison, mais la police le rattrape, l'emmène à la clinique et demande qu'on le transporte vers un hôpital psychiatrique du Sud. Quand il revient, on lui trouve du travail pour le village. Même s'il a toujours ses hallucinations et son délire, en dépit de la médication neuroleptique, il n'en parle pas, de sorte que la plupart des membres de la communauté le pensent guéri.

Bien que Markoosie soit malade depuis longtemps et qu'un interviewer formé puisse déceler les signes d'un trouble de la pensée et d'hallucinations qui n'ont jamais entièrement disparu, la plupart des habitants ne le considèrent pas malade tant qu'il ne devient pas dangereux. Certains ont entendu dire qu'il a une sorte de maladie, et ils tiennent pour acquis qu'il s'agit d'une maladie comme une autre. D'autres l'ont vu parler tout seul en marchant et pensent qu'il est préoccupé ou inquiet. D'autres encore le trouvent bizarre et le croient possédé par les démons; eux recommandent l'exorcisme.

Parmi ces diverses opinions, l'idée que Markoosie a une maladie mentale n'est partagée que par quelques travailleurs de la santé inuit qui ont des connaissances en psychiatrie. Les deux interprétations les plus courantes de son comportement bizarre représentent chacune une conception culturellement distincte du trouble. La première soutient qu'il est inquiet, préoccupé ou qu'il pense trop: *isumaluktuk* en inuktitut. Cette conception estompe la distinction entre une inquiétude ordinaire, qui n'est pas, de toute évidence, une maladie, et une inquiétude excessive qui amène quelqu'un à se replier sur lui-même et le rend handicapé. Le concept d'*isumaluktuk* situe ainsi l'affection de Markoosie sur le continuum des soucis et préoccupations de tous les jours; il normalise son comportement bizarre. Comme la tendance inuit à décrire les gens et les problèmes en étiquetant leur façon d'agir et leur condition plutôt que leurs traits de personnalité, le concept de *isumaluktuk* place Markoosie à l'abri d'une partie de la stigmatisation qu'établissent nos propres étiquettes de schizophrénie ou d'autres troubles mentaux. Nos étiquettes à nous sont plus péjoratives, car elles distinguent clairement la maladie des états ordinaires (on parle de «troubles»); en outre, les sociétés occidentales aiment classer les gens selon leur caractère et rendre permanentes les étiquettes de maladie (il peut être en rémission, mais il reste «schizophrène»).

La seconde explication du comportement bizarre et violent de Markoosie invoque une possession par le démon. Cette conception vient de l'Église Pentecôtiste, récemment établie dans le Nord, mais on peut aussi penser que sa popularité tient à la manière dont elle prolonge les idées et pratiques chamaniques traditionnelles (Balicki, 1963). Pour les tenants de cette interprétation, le problème de Markoosie n'est ni mental, ni une maladie, c'est l'âme qui est affligée. Le corps de Markoosie a été envahi par des forces sataniques qui parlent à travers sa bouche, contrôlent ses gestes et lui rendent la vie infernale, à lui et aux autres. Le traitement approprié est spirituel: prières, imposition des mains et exorcisme. Si cela ne réussit pas, c'est que les démons sont trop forts ou que la personne manque de force morale ou de conviction religieuse. Cette conceptualisation a l'avantage d'assurer à Markoosie une réintégration sociale s'il guérit; elle le menace par contre d'ostracisme si la guérison échoue.

Les Inuit possèdent bien sûr des termes pour signifier «perdre la tête», «être fou» et autres expressions semblables, mais ces derniers s'appliquent à des manifestations de violence désorganisée et à des comportements de toute évidence extrêmement bizarres; ils constituent en fait davantage des descriptions de comportement que des

théories concernant l'emplacement et la nature du problème (Vallée, 1966). Les Inuit hésitent à les utiliser, même lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de schizophrénie, de troubles de type bipolaire ou d'autres troubles psychiatriques graves. Ils préfèrent parler d'*isumaluktuk*; si on insiste pour avoir un terme général décrivant les troubles mentaux, c'est le même mot qu'ils proposent. Ainsi, dans la pensée Inuit, les troubles mentaux sont largement assimilés aux inquiétudes et aux problèmes de la vie.

Le fait de ne pas identifier le mal peut entraîner une absence de traitement, mais cela peut aussi signifier une absence de stigmatisation qui peut favoriser le pronostic à long terme. Par contre, le fait d'étiqueter ou de diagnostiquer un trouble mental peut augmenter les chances de traitement, mais risque encore davantage de marquer le patient et de l'handicaper. Lorsqu'aucun traitement effectif n'est disponible, les effets négatifs de la stigmatisation peuvent l'emporter sur les avantages du dépistage.

## Conclusion

La caractérisation des différences culturelles inuit en matière d'expression et d'identification des symptômes constitue un préalable nécessaire à toute étude épidémiologique fidèle qui s'intéresse, non seulement aux problèmes correspondant à nos catégories et à la nosologie psychiatrique conventionnelle, mais aussi aux autres formes d'affliction qui constituent des problèmes considérables dans le Nord. Il est tout aussi essentiel de comprendre les modèles explicatifs et les attitudes inuit si l'on veut planifier des programmes cliniques et communautaires de prévention des maladies mentales, de traitement et de réintégration des patients.

Nous comptons nous appuyer sur les résultats de l'analyse des conceptions inuit en matière de santé mentale pour définir les orientations d'une pratique psychiatrique clinique culturellement appropriées. On peut aussi penser à intégrer ces principes dans un programme d'enseignement destiné aux médecins, psychiatres, infirmiers et travailleurs communautaires afin de promouvoir des soins de qualité supérieure et d'assurer une continuité dans un contexte où le roulement continu du personnel risque de mener à des approches inconsistantes.

La recherche aura aussi des implications pour les membres de la communauté qui doivent affronter des problèmes de santé mentale ou qui désirent aider ceux et celles qui en sont affectés ou se sentent écrasés par ces problèmes. Nous pensons en effet que l'on peut

concilier un respect pour les valeurs inuit traditionnelles de non-ingérence et un souci d'assurer le bien-être de la communauté (Minor, 1992), à partir d'une compréhension claire des implications pour la santé mentale des différentes réactions de la communauté. Ainsi, des explications religieuses et morales semblent jouer un rôle important dans les conceptions inuit relatives à la santé mentale. Mettre à jour la manière dont ces attitudes se répercutent sur l'identification de la maladie et sur les réactions qu'elle suscite peut permettre aux communautés et aux soignants de repérer les attitudes à promouvoir, et celles qui entravent l'atteinte de résultats positifs en matière de santé et d'intégration sociale.

Notre recherche possède également une pertinence plus générale par rapport aux théories anthropologiques sur la déviance et l'étiquetage. Elle se penche en effet sur ces processus dans de petites communautés qui d'une part possèdent une tradition de non-ingérence et de tolérance à la déviance (Raybeck, 1988), et d'autre part subissent actuellement un processus de changement social et culturel rapide.

## NOTE

1. Nous utilisons une orthographe des mots actuels et non celle de Vallée. Il y a aussi des variations dialectiques autour de la région du Nunavik.

## RÉFÉRENCES

- Avataq Cultural Institute, 1985, *Traditional Medicine Project*, Avataq Cultural Institute, Montréal.
- BALIKCI, A., 1961, Suicidal behavior among the Netsilik Eskimos, in Blishem Éd., *Canadian Society: Sociological Perspectives* Chicago, Free Press of Glencoe.
- BALIKCI, A., 1963, Shamanistic Behavior Among the Netsilik Eskimos, *Southwestern Journal of Anthropology*, 19, n° 4, 191-209.
- BALIKCI, A., 1989, *The Netsilik Eskimo*, Prospect Heights, Ill, Waveland Press.
- BERRY, J. W., 1985, Acculturation Among Circumpolar Peoples: Implications for Health Status, *Arctic Medical Research*, 40, p. 21-27.
- BLANCHET, C., COUSINEAU, D., FOGGIN, P. M. LAFONTAINE, P., 1992, *Faits saillants de l'enquête de santé réalisée chez les Inuit du nord Québécois, 1983-84*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- BLOOM, J. D., 1972, Psychiatric Problems and Cultural Transitions in Alaska, *Arctic*, 25, n° 3, 203-215.



- BORRÉ, K., 1991, Seal Blood, Inuit Blood, and Diet: A Biocultural Model of Physiology and Cultural Identity, *Medical Anthropology*, 5, n° 1, 48-62.
- BRIGGS, J. L., 1970, *Never in Anger: Portrait of an Eskimo Family*, Cambridge, Harvard University Press.
- BRIGGS, J. L., 1985, Socialization, Family Conflicts and Responses to Culture Change Among Canadian Inuit, *Arctic Medical Research*, 40, 40-52.
- BRODY, H., 1981, Alcohol, Change and the Industrial Frontier, *Études/Inuit/Studies*, 1, n° 2.
- CARPENTER, E. S., 1956, The Timeless Present in the Mythology of the Aivilik Eskimo, *Anthropologica*, 3, 1-4.
- CHRISTIE, L., HALPERN, J. M., 1990, Temporal Constructs and Inuit Mental Health, *Social Science and Medicine*, 30, n° 6, 739-750.
- DUFFY, R. Q., 1988, *The Road to Nunavut: The Progress of the Eastern Arctic Inuit since the Second World War*, McGill-Queen's Press, Kingston.
- DUVAL, B., THERRIEN, F., 1985, Demography, Mortality and Morbidity of the Northern Quebec Inuit, in R. Fortune eds., *Circumpolar Health*, 84, 206-211, University of Washington Press, Seattle.
- FLETCHER, C., 1993, *Uitsalik and uuttulutaq: Two Inuit Mental Health Concepts*, Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Association for Medical Anthropology, York University, Toronto.
- FOULKS, E. F., 1980, Psychological Continuities: From Dissociative States to Alcohol Use and Suicide in Arctic Populations, *Journal of Operational Psychiatry*, 11, n° 2, 156-161.
- GUSSOW, Z., 1960, Pibloktoq (hysteria) among the Polar Eskimo, *The Psychoanalytic Study of Society*, 1, 218-236.
- HIPPLER, A. E., 1984, Eskimo Social Control as a Function of Personality: A study of Change and Persistence, *Psychoanalytic Study of Society*, 10, p. 1-52.
- HOOD, E., MALCOLMSON, S. A., ATCHESON, J. D. et GLENNIE, R., 1985, Patterns of Psychiatric Referral and Consultation in an Eastern Arctic Region, in R. Fortune eds., *Circumpolar Health* 84, 517-518, University of Washington Press, Seattle.
- IRWIN, C., 1989, Lords of Arctic: Wards of the State, *Northern Perspectives*, 17, 2-12.
- KRAUS, R. F., BUFFLER, P. A., 1979, Sociocultural Stress and the American Native in Alaska: An Analysis of Changing Patterns of Psychiatric Illness and Alcohol Abuse Among Alaska Natives *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3, p. 111-151.

- LANDY, D., 1985, Pibloktoq (hysteria) and Inuit Nutrition: Possible Implication of Hypervitaminosis A, *Social Science and Medicine*, 21, n° 2, p. 173-186.
- MERKUR, D., 1991, *Powers Which We Do Not Know: The Gods and Spirits of the Inuit*, Moscow, University of Idaho Press, Idaho.
- MINOR, K., 1992, *Issumatuq: Learning from the Traditional Healing Wisdom of the Canadian Inuit*, Fernwood Publishing, Halifax.
- MURPHY, J. M., HUGHES, C. C., 1965, The Use of Psychophysiological Symptoms as Indicators of Disorder Among the Eskimos, in J. M. Murphy et A. H. Leighton eds., *Approaches to Cross-cultural Psychiatry*, Cornell University Press, Ithaca, 108-160.
- Northern Québec Harvesting Research Committee, 1976, *Research to Establish Present Levels of Harvesting by Native Peoples of Québec. A Report on the Harvests by the Inuit of Northern Québec*, James Bay and Northern Québec Harvesting Research Committee, Québec City.
- O'NEIL, J. D., 1986, Colonial Stress in the Canadian Arctic: An Ethnography of Young Adults Changing, in C. R. Janes et al.Éds., *Anthropology and Epidemiology*, Dordrecht, 249-274.
- O'NEIL, T. D., 1989, Psychiatric Investigations among American Indians and Alaska Natives: A Critical Review, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13, n° 1, 51-87.
- RAYBECK, D., 1988, Anthropology and Labeling Theory: A Constructive Critique, *Ethos*, 16, 371-397.
- SALADIN D'ANGLURE, B., 1977, Iqallijuq ou les réminiscences d'une âme-nom Inuit, *Études Inuit*, 1, 33-63.
- SALADIN D'ANGLURE, B., 1984, Inuit of Québec, in D. Damas eds., *Handbook of North American Indians*, 5., 476-507, Smithsonian Institution, Washington.
- SALADIN D'anglure, B., 1988, Penser le "féminin" chamanique ou le "tiers sexe" des chamanes inuit, *Recherches Amérindiennes au Québec*, 18, n° 2-3, 19-50.
- SALADIN D'anglure, B., 1992, Le troisième sexe, *La Recherche*, 23, 836-844.
- SAMPATH, H. M., 1974, Prevalence of Psychiatric Disorders in a Southern Baffin Island Eskimo Settlement, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 363-367.
- STAIRS, A., 1992, Self-image, World-image: Speculations on Identity from Experiences with Inuit, *Ethos*, vol 20, n° 1, p. 116-126.
- VALLÉE, F. G., 1966, Eskimo Theories of Mental Illness in the Hudson Bay Region, *Anthropologica*, 8, 53-83.

- VALLÉE, F., 1972, Stresses of Change and Mental Health Among the Canadian Eskimos, in M. Nagler eds., *Perspectives on the North American Indians*, McClelland and Stewart, Toronto, 203-213.
- WALLACE, A. F. C., and ACKERMAN, R. E., 1960, An Interdisciplinary Approach to Mental Disorders Among the Polar Eskimos of Northwest Greenland, *Anthropologica*, II, n° 2, 1-12.

## **ABSTRACT**

### **Culture and Mental Health of the Inuit of Nunavik**

While the major psychiatric disorders described in current nosology can be found among the Inuit of Northern Québec (*Nunavik*), there are important cultural influences on the symptomatology, social response and course of these disorders. A literature review, consideration of experiences with psychiatric consultation among the Inuit and the preliminary results of ongoing ethnographic research underscore the importance of the study of Inuit ethnopsychology and current attitudes toward the mentally ill in developing culturally sensitive psychiatric care.