



ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

Chapitre 5 Bien-être personnel



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non-intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité aviseur

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 - Highlights*.

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan National, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS Complété	Phase 1 de l'ERS Complétée	Phase 2 de l'ERS Complétée	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS

Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

Période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

Échantillonnage

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
	Moyenne	Lac Simon	174	1403	12,4 %
		Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
	Petite	Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
		Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
	Petite	Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
Total			2691	27209	9,9 %

Pondération

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

Limite de représentativité de la nation Mohawk

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

Zone géographique

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

RÉSUMÉ

Ce chapitre traite du bien-être personnel. Bien que quelques résultats concernant la situation des enfants soient disponibles, ce sujet touche essentiellement les adolescents et les adultes. Concernant la détresse psychologique, la violence et le suicide, les résultats n'indiquent pas d'améliorations notables : la proportion d'adultes affichant un indice de détresse psychologique élevé est légèrement supérieure chez les Premières Nations comparativement à l'ensemble de la population québécoise; les pensées suicidaires demeurent importantes, surtout chez les 25 à 44 ans; et près de 40,0 % des femmes ayant participé à l'enquête ont affirmé avoir déjà été victimes de violence conjugale. Pourtant, à plusieurs égards, les résultats de cette enquête sont encourageants et montrent certains changements positifs, principalement à l'égard du sentiment d'harmonie, de maîtrise sur sa vie et de l'estime de soi. Ainsi, les adolescents sont beaucoup plus nombreux en 2008 à se sentir aimés et à s'aimer tels qu'ils sont et les adultes présentent un indice de contrôle plus élevé que la population canadienne en générale.

FAITS SAILLANTS

Enfants (0 à 11 ans)

- Six pourcent (6,4 %) des enfants des Premières Nations du Québec font du sport quatre fois ou plus par semaine, soit en faisant partie d'un groupe ou en suivant des cours; 30,2 % en font une à trois fois par semaine; 12,0 % en font moins d'une fois par semaine, tandis que 51,4 % ne font jamais ce type d'activité extrascolaire.
- À peine deux pourcent (1,5 %) des enfants font partie d'un groupe ou suivent des cours de chant, de danse ou de tambour traditionnel quatre fois ou plus par semaine; 7,1 % suivent ce genre de cours une à trois fois par semaine; 11,5 % le font moins d'une fois par semaine et une majorité (79,9 %) n'ont jamais fait partie d'un tel groupe ou suivi de tels cours.

Adolescents (12 à 17 ans)

- Plus d'adolescents se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan affectif en 2008 (76,1 %) comparativement à en 2002 (66,0 %).

- Chez les adolescents, l'oreille d'un ami (74,6 %) est plus souvent sollicitée que celle d'un parent (64,5 %) ou d'un autre membre de la famille (64,1 %) lorsqu'il s'agit de parler de son bien-être affectif ou mental.
- Deux pourcent (2,4 %) des adolescents font partie d'un groupe ou suivent des cours de chant, de danse ou de tambour traditionnel quatre fois ou plus par semaine; 3,7 % des adolescents en font entre une et trois fois par semaine; 8,8 % en font moins d'une fois par semaine et 85,1 % n'ont jamais fait partie de tel groupe ou suivi de tel cours.
- Soixante-six pourcent (65,9 %) des adolescents affirment ne pas du tout se sentir seuls, tandis que 31,2 % affirment se sentir un peu, modérément ou assez seuls et 3,0 % se sentent très seuls.
- Quatre-vingt-un pourcent (80,6 %) des adolescents disent avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui les écoute lorsqu'ils ont besoin de parler.
- Quarante-trois pourcent (42,5 %) des adolescents qualifient leur santé mentale d'excellente, 32,3 % la trouvent très bonne et 22,6 % estiment qu'ils ont une bonne santé mentale. Ainsi, une très faible proportion de jeunes estiment que leur état de santé mentale est passable ou mauvais (2,5 %).
- Quatre-vingt-onze pourcent (90,7 %) des adolescents sont tout à fait d'accord ou d'accord pour dire que dans l'ensemble, il y a beaucoup de choses dont ils peuvent être fiers.
- Quatre-vingt-huit pourcent (88,2 %) des adolescents disent ne pas avoir été victimes d'une quelconque forme d'abus ou de maltraitance au cours de leur enfance.
- Les filles (16,1 %) sont deux fois plus nombreuses que les garçons (7,7 %) à avoir vécu une forme d'abus ou de maltraitance. Elles (6,8 %) sont également deux fois plus nombreuses que les garçons (3,4 %) à avoir été victimes de violence conjugale.
- Soixante-deux pourcent (61,6 %) des adolescents affirment ne pas du tout se sentir stressés; 30,2 % se sentent un peu ou modérément stressés et 8,2 % se sentent assez ou beaucoup stressés.
- Quatre-vingt-un pourcent (80,8 %) des adolescents affirment ne jamais avoir eu de pensées suicidaires au cours de leur vie tandis que 19,2 % disent en avoir déjà eu.
- Les filles (25,1 %) sont significativement ($p = 0,0006$) plus nombreuses que les garçons (13,8 %) à avoir déjà pensé au suicide.
- Quatre-vingt-douze pourcent (92,3 %) des adolescents affirment n'avoir jamais fait de tentative de suicide au cours de leur vie et 7,7 % en ont déjà fait une.

Adultes (18 ans et plus)

- Sur le plan affectif, psychologique et spirituel, les 35 ans et plus se sentent davantage en harmonie que les groupes d'âge plus jeunes.
- Les adultes vivant dans une zone géographique isolée (zone 4) (M = 23,0, IC à 95 % = [22,2 - 23,6]) ont un indice de maîtrise de leur vie plus élevé que les adultes vivant à proximité d'un centre urbain (zone 1) (M = 21,0, IC à 95 % = [20,8 - 21,2]).
- Une majorité d'adultes se tournent vers les amis (70,1 %), la famille proche (69,3 %) ou élargie (58,6 %) plutôt que vers un professionnel de la santé lorsqu'il est question de trouver du support.
- Quatre-vingt pourcent (79,7 %) des adultes disent avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui leur témoigne de l'amour et de l'affection et 18,3 % des adultes affirment avoir parfois ou rarement quelqu'un qui leur témoigne de l'amour et de l'affection.
- Vingt-huit pourcent (27,5 %) des adultes ayant participé à l'enquête affirment avoir été victimes d'une quelconque forme de maltraitance ou d'abus au cours de son enfance et près de 30,0 % disent avoir été victimes de violence conjugale.
- Plus du double de femmes (38,5 %) que d'hommes (18,3 %) disent avoir été victimes de violence conjugale ($p < 0,0001$).
- Selon l'échelle de Kessler (K10), 74,7 % des répondants adultes de 18 ans et plus ont un indice de détresse psychologique faible à modéré, tandis que 25,3 % d'entre eux ont un indice de détresse psychologique élevé.
- Vingt pourcent (19,9 %) des hommes ont un indice de détresse psychologique élevé comparativement à 31,1 % des femmes.
- Vingt-six pourcent (26,4 %) des adultes ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie.
- Les 25 à 44 ans sont plus susceptibles que les autres tranches d'âge à avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie.

Aînés (65 ans et plus)

- Quatre-vingt-dix pourcent (90,1 %) des aînés affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan spirituel. Comparativement aux autres groupes d'âge, ils sont les plus nombreux à se sentir en harmonie sur ce plan.
- Parmi tous les groupes d'âge, les aînés présentent la plus faible proportion de répondants à avoir déjà eu des idées suicidaires ou à avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	9
Faits saillants.....	9
Introduction.....	17
1. Sentiment d’harmonie et de maîtrise sur sa vie.....	18
1.1 Sentiment d’harmonie.....	19
1.1.1 Sentiment d’harmonie selon l’âge et le sexe.....	19
1.1.2 Sentiment d’harmonie selon la scolarité et le revenu.....	23
1.1.3 Sentiment d’harmonie selon la nation.....	25
1.2 Sentiment de maîtrise sur sa vie.....	27
1.2.1 Le sentiment de maîtrise sur sa vie selon l’âge et le sexe.....	27
1.2.2 Sentiment de maîtrise sur sa vie selon la scolarité.....	28
1.2.3 Sentiment de maîtrise selon la zone géographique.....	28
2. Soutien et réseau social.....	30
2.1 Soutien affectif et psychologique.....	30
2.1.1 Soutien affectif des adultes et des adolescents selon le sexe.....	30
2.1.2 Soutien affectif des adultes et des adolescents selon la zone géographique.....	34
2.2 Réseau social et soutien personnel.....	36
2.2.1 La pratique d’activités chez les enfants et adolescents.....	36
2.2.2 Sentiment de solitude et soutien personnel des adolescents.....	38
2.2.3 Soutien personnel chez les adultes.....	39
3. Estime de soi et détresse psychologique.....	40
3.1 Estime de soi.....	41
3.1.1 Perceptions des adolescents à l’égard de leur état de santé mentale.....	41
3.1.2 Perception de soi des adolescents.....	42
3.2 Détresse psychologique.....	43
3.2.1 La violence.....	43
3.2.2 L’indice de détresse psychologique.....	44
3.2.3 Le suicide.....	44
Discussion.....	51
Conclusion.....	53
Références bibliographiques.....	55

Liste des tableaux

Tableau 1 : Proportion d'adultes, selon leur scolarité, qui se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	23
Tableau 2 : Proportion d'adultes, selon leur scolarité, qui se sentent parfois ou presque jamais en harmonie.....	23
Tableau 3 : Proportion d'adolescents qui affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps selon leur nation	26
Tableau 4 : Proportion d'adultes, selon leur nation, qui affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	26
Tableau 5 : Proportion d'hommes et de femmes ayant parlé de leur bien-être affectif et mental, par type de ressource ...	32
Tableau 6 : Proportion de garçons et de filles ayant parlé de leur bien-être affectif et mental, par type de ressource.....	34
Tableau 7 : Proportion d'adultes, selon la zone géographique habitée, ayant parlé de leur bien-être affectif ou mental au cours de l'année précédant l'enquête, selon le type de ressource.....	35
Tableau 8 : Proportion d'adolescents, selon la zone géographique habitée, ayant parlé de leur bien-être affectif ou mental au cours de l'année précédant l'enquête, selon le type de ressource.....	36
Tableau 9 : Proportion d'enfants et d'adolescents faisant partie d'une équipe sportive ou qui suit des cours de sport en dehors des heures d'école	37
Tableau 10 : Proportion d'enfants et d'adolescents faisant partie d'un groupe, cours de chant ou de tambour traditionnel en dehors des heures d'école	37
Tableau 11 : Soutien personnel chez les adolescents	39
Tableau 12 : Le soutien personnel chez les adultes.....	40
Tableau 13 : Perception de soi des garçons	42
Tableau 14 : Perception de soi des filles.....	42

Liste des figures

Figure 1 : Proportion d'adolescents et d'adultes se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.	14
Figure 2 : Proportion d'hommes et de femmes adultes se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	14
Figure 3 : Proportion des garçons et des filles adolescents se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	15
Figure 4 : Proportion de chacun des groupes d'âge disant se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	16
Figure 5: Proportion d'adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ et ceux ayant un revenu de plus de 70 000 \$ et qui se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps.....	18
Figure 6 : Proportion d'adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ et ceux ayant un revenu de plus de 70 000 \$ et qui se sentent en harmonie parfois ou presque jamais.....	19
Figure 7 : Indice de maîtrise selon les groupes d'âge.....	21
Figure 8 : Indice de maîtrise chez les adultes selon le niveau de scolarité atteint.....	22
Figure 9 : Indice de maîtrise chez les adultes selon la zone géographique	23




Figure 10 :	Indice de maîtrise chez les adolescents selon la zone géographique.....	29
Figure 11 :	Proportion d'adultes qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont parlé de leur bien-être affectif ou mental, par type de ressource.....	31
Figure 12 :	Proportion d'adolescents qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont parlé de leur bien-être affectif ou mental, par type de ressource.....	33
Figure 13 :	Proportion des répondants, selon les groupes d'âge, à avoir déjà pensé au suicide.....	46
Figure 14 :	Proportion de répondants à avoir déjà eu des pensées suicidaires, comparaison entre les Premières Nations et la population du Québec.....	47
Figure 15 :	Proportion d'adolescents et d'adultes, selon le groupe d'âge, ayant déjà fait une tentative de suicide	48
Figure 16 :	Comparaison entre les Premières Nations et la population du Québec, selon le groupe d'âge, ayant déjà fait une tentative de suicide.....	49

INTRODUCTION


L'ensemble des études, autant scientifiques, gouvernementales qu'académiques, indique que le taux des problématiques de santé mentale chez les Premières Nations est plus élevé que celui de la population canadienne en générale. Il est même question d'épidémie de problèmes mentaux, de suicides et de toxicomanie (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologique, 2006). Différents facteurs de risque sont relevés, tels que la pauvreté matérielle et sociale, la négligence et les mauvais traitements subis à l'enfance, la perte identitaire et culturelle, le surpeuplement des logements, l'expérience des pensionnats indiens, le racisme, la ségrégation, la perte d'autonomie communautaire, le manque d'opportunités d'avenir et le désespoir (CSSSPNQL, 2007).

Dans ce contexte, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a identifié, par le biais du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) des objectifs spécifiques à mesurer. La dépendance à l'alcool et aux drogues, les femmes victimes de violence conjugale, les idées suicidaires, les tentatives de suicide et la détresse psychologique font tous partie des orientations stratégiques relatives aux services sociaux à des fins d'indicateurs de suivi des réalisations et des impacts. À l'égard du suicide, il est plus précisément visé de réduire de 50,0 % l'écart entre le taux chez les Premières Nations et celui de l'ensemble du Canada. Ces différentes composantes sont abordées à travers ce chapitre. En faisant des comparaisons avec des études canadiennes ou québécoises, ainsi qu'avec l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002), il est possible de constater si ces composantes ont connu quelques progrès au cours des dernières années.

Dans ce chapitre, le bien-être personnel des aînés (65 ans et plus), des adultes (18 ans et plus), des adolescents (12 à 17 ans) et celui des enfants (0 à 11 ans) sera traité simultanément et comparé entre groupes d'âge. Cependant, étant donné que les questionnaires de l'enquête n'abordent pas le bien-être personnel de chacun de ces groupes selon les mêmes paramètres, certains thèmes sont abordés pour les adultes et les adolescents, mais pas pour les enfants, tandis que d'autres sont abordés pour les adolescents et les enfants, mais pas pour les adultes.

1. SENTIMENT D'HARMONIE ET DE MAÎTRISE SUR SA VIE

Selon l'approche traditionnelle autochtone, la santé mentale ne peut être dissociée des dimensions physiques, émotionnelles et spirituelles. En ce sens, l'approche holistique est la plus souvent évoquée pour référer aux principes et valeurs correspondant à la vision du monde traditionnel autochtone (FAG, 2006). Cette approche : « (...) répond aux besoins physiques, émotionnels, intellectuels et spirituels de la personne (...) » (*ibid.* : 143), mais va aussi au-delà de la satisfaction de ces besoins



pour : « englober également le rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie au sein des familles et des collectivités » (*ibid.* : 143). Il existe différents groupes culturels chez les Premières Nations ainsi que plusieurs structures sociétares et croyances différentes. Cependant, la notion d'équilibre et d'harmonie, le lien étroit et l'interdépendance des êtres avec la terre et l'environnement sont fondamentaux pour tous (*ibid.*). L'interconnexion entretenue avec la famille, la collectivité, la nation et la création est fondamentale au bien-être personnel des Autochtones (McCormick, 2009). À l'inverse, la maladie fait référence à l'absence de bien-être ou au déséquilibre des relations, des liens et de la famille (King et autres, 2009). La guérison, quant à elle, est perçue comme un parcours et le cheminement de toute une vie (FAQ, 2006). Encore une fois, les définitions associées à la guérison traditionnelle varient en fonction des cultures, des communautés et des nations, mais toutes partagent des composantes communes :

« La spiritualité est l'élément fondamental de la guérison traditionnelle. Avoir un modèle de vie sain est perçu sous l'angle de l'équilibre, de l'intégralité (caractérisant l'harmonie des dimensions humaines), l'interdépendance et les interactions, alors qu'on considère le déséquilibre, la fragmentation et l'isolement comme des causes profondes de détresse et de maladie »
(FAQ, 2006 : 163).

À cet égard, les méthodes de guérison traditionnelle visent la restauration de l'équilibre (*ibid.*). On pense par exemple aux diverses cérémonies, telle que la cérémonie de suerie, aux cercles de guérison et de partage, au counseling par les aînés, etc. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des membres des communautés des Premières Nations du Québec qui octroient des explications de nature religieuse ou spirituelle à certains problèmes de santé mentale et préfèrent consulter une personne de la communauté en qui ils ont confiance plutôt qu'un professionnel de la santé. Pour illustrer ce propos, une recherche menée chez les Inuit du Nunavik mentionne que : « dans la baie d'Hudson en particulier, les parents des enfants qui éprouvent des problèmes de santé mentale sont réticents à accepter une explication médicale de ces problèmes et un traitement impliquant des médicaments. (...) et se tournent vers des méthodes d'aide traditionnelle ou vers le représentant de leur culte religieux » (CDPDJ, 2007 : 14). Il est cependant avisé ici de mentionner : « (...) qu'il ne faut pas présumer que l'ensemble des personnes, des familles et des collectivités autochtones accorde la même signification ou la même importance à leur identité autochtone, ou qu'il existe un point de vue autochtone uniforme sur un sujet quel qu'il soit, y compris le bien-être mental » (Van Gaalen et autres, 2009 : 9).

Pour ce qui est du concept de maîtrise, la documentation scientifique fait référence à la perception de contrôle que croit avoir un individu sur sa propre vie (Statistique Canada, 2006). Il s'avère que « bon nombre de facteurs peuvent influencer sur la façon dont une personne réagit à des événements et sur l'évaluation du rôle qu'elle joue dans la société ainsi que sur les dénouements futurs » (*ibid.* : 10). Certaines personnes croient que les succès ainsi que les échecs vécus sont principalement dus aux efforts qu'ils déploient (locus de contrôle interne), tandis que d'autres croient que leurs efforts n'ont que peu d'impact et que les succès et échecs de leur vie sont plutôt dus à la chance ou à d'autres forces hors de leur contrôle (locus de contrôle

externe) (Mearns, 2011). Dans le cadre de la présente enquête, l'indice de maîtrise sur sa vie est calculé selon l'échelle de Pearlin et Schooler (1978). Cette échelle questionne les participants sur sept états pour lesquels ils ont répondu selon les choix de réponses suivants : « tout à fait d'accord »; « d'accord »; « neutre »; « pas d'accord »; ou « pas du tout d'accord ». Une valeur a été accordée à chacun de ces choix de réponses pour arriver à un résultat minimum de 0 et un résultat maximum de 28. La valeur maximale représentant le plus haut niveau de sentiment de maîtrise sur sa vie.

1.1 *Sentiment d'harmonie*

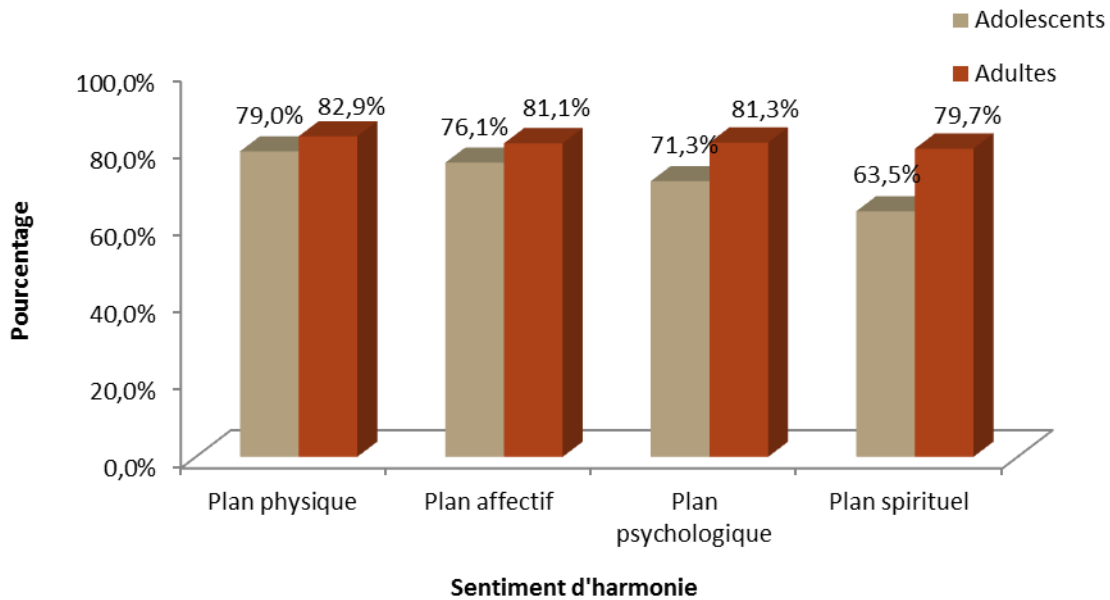
Cette première partie explore le sentiment d'harmonie particulièrement chez les adolescents et les adultes des Premières Nations. Ce profil est présenté selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la nation.

1.1.1 *Sentiment d'harmonie selon l'âge et le sexe*

Concernant les enfants, la seule donnée disponible permet d'observer que 89,9 % des adultes pensent que leur enfant n'a pas eu davantage de problèmes affectifs ou de problèmes de comportement que les autres enfants du même âge au cours des six mois précédant l'enquête. Ainsi, un adulte sur 10 pense que son enfant a connu plus de difficultés sur le plan affectif ou comportemental que les autres enfants du même âge.

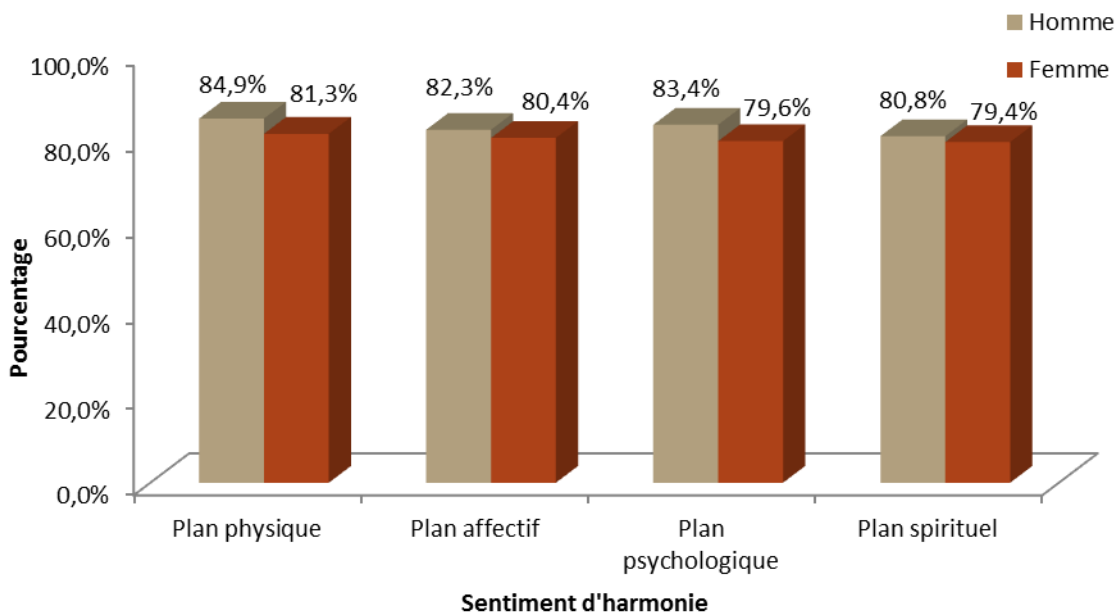
Du côté des adolescents et des adultes, on remarque à la figure 1, que la proportion d'adultes affirmant se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps est plus élevée que chez les adolescents. L'écart est particulièrement observable sur le plan psychologique ($p = 0,0164$) ainsi que sur le plan spirituel ($p = 0,0003$).

Figure 1 : Proportion d'adolescents et d'adultes se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps



Une majorité d'hommes et de femmes se sent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur les quatre plans, avec une proportion un peu plus élevée chez les hommes. À titre d'exemple, sur le plan physique, les hommes (84,9 %) sont plus nombreux que les femmes (81,3 %) à se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps (Figure 2).

Figure 2 : Proportion d'hommes et de femmes adultes se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps

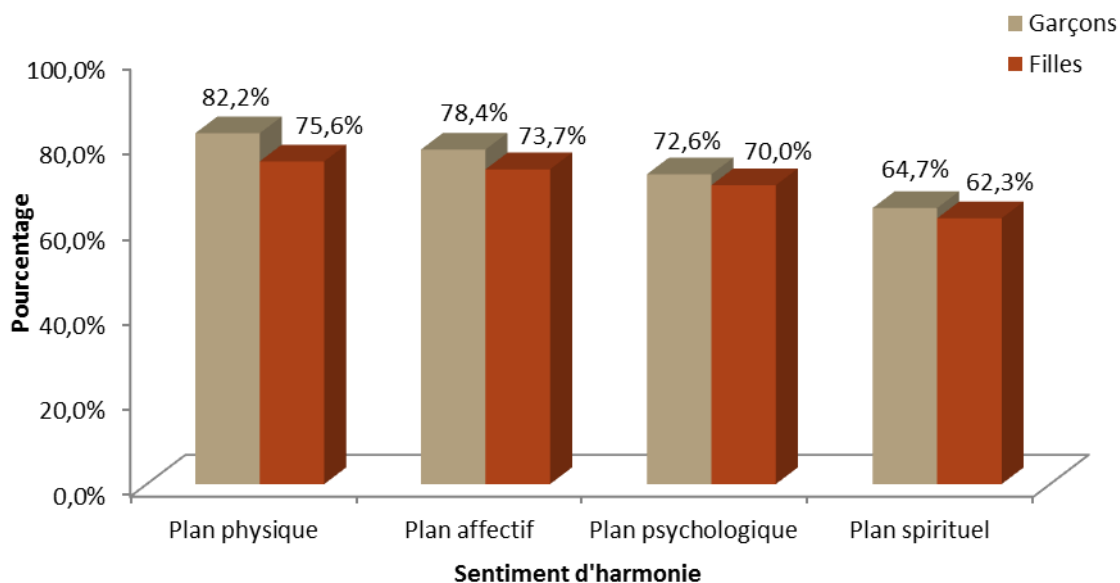


Ainsi, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à se sentir parfois ou presque jamais en harmonie sur les quatre plans : 18,7 % des femmes se sentent parfois ou presque jamais en harmonie sur le plan physique comparativement à 15,1 % des hommes; 19,6 % des femmes se sentent parfois ou presque jamais en harmonie sur le plan affectif comparativement à 17,7 % des hommes; 20,4 % des femmes se sentent parfois ou presque jamais en harmonie sur le plan psychologique comparativement à 16,6 % des hommes et enfin, 20,6 % des femmes se sentent parfois ou presque jamais en harmonie sur le plan spirituel comparativement à 19,2 % des hommes. Bref, la tendance générale montre que les femmes se sentent légèrement moins en harmonie que les hommes, mais cette tendance n'est pas statistiquement significative.

En comparant les résultats portant sur le sentiment d'harmonie avec la dernière enquête de santé, on constate que globalement, les adultes se sentent légèrement plus en harmonie en 2008 qu'en 2002. Le changement le plus marqué porte sur le plan spirituel où les adultes sont désormais près de 80,0 % à se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps, comparativement à 74,0 % en 2002.

Chez les adolescents comme chez les adultes, les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles à dire qu'ils se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps (figure 3), mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Figure 3 : Proportion des garçons et des filles adolescents se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps

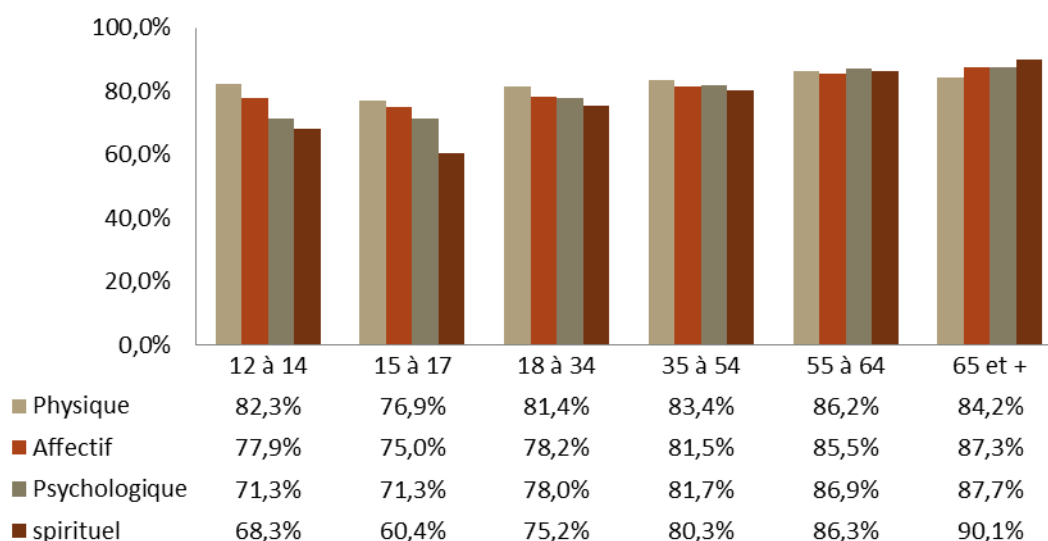


Les filles sont donc plus nombreuses que les garçons à se sentir parfois ou presque jamais en harmonie sur les quatre plans : 24,4 % de filles se sentent parfois ou presque jamais en harmonie sur le plan physique comparativement à 17,8 % de garçons; 26,3 % de filles se sentent en harmonie parfois ou presque jamais sur le plan affectif comparativement à 21,6 % de garçons; 30,0 % de filles se sentent en harmonie parfois ou presque jamais sur le plan psychologique comparativement à 27,4 % de garçons et enfin, 37,7 % de filles se sentent en harmonie parfois ou presque jamais sur le plan spirituel comparativement à 35,3 % de garçons. La tendance générale montre donc que les filles se sentent un peu moins en harmonie que les garçons, mais ceci n'est pas statistiquement significatif.

Depuis 2002, le sentiment d'harmonie sur le plan physique, psychologique et spirituel chez les adolescents est demeuré sensiblement le même. Cependant, une augmentation se fait remarquer sur le plan affectif : les adolescents étaient environ 66,0 % à se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan affectif en 2002 et cette proportion est passée à près de 76,0 % en 2008.

En regardant les résultats selon les groupes d'âge, on constate que le sentiment d'harmonie sur le plan affectif, psychologique et spirituel augmente avec l'âge. En effet, sur ces trois plans, les 35 ans et plus se sentent davantage en harmonie que les générations plus jeunes (Figure 4). Cette différence est statistiquement significative sur le plan affectif ($p = 0,0139$), ainsi que sur les plans psychologique et spirituel ($p < 0,0001$). Par ailleurs, sur le plan physique, 82,3 % des 12 à 14 ans affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps, comparativement à 76,9 % chez les 15 à 17 ans et à 81,4 % chez les 18 à 34 ans. Enfin, on remarque que 90,1 % des aînés affirment se sentir en harmonie sur le plan spirituel. Comparativement aux autres groupes d'âge, ils sont les plus nombreux à se sentir en harmonie sur ce plan (Figure 4).

Figure 4 : Proportion de chacun des groupes d'âge disant se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps



1.1.2 Sentiment d'harmonie selon la scolarité et le revenu

Les résultats montrent qu'une relation existe entre le sentiment d'harmonie chez les adultes et le niveau de scolarité atteint. En regardant le tableau 1, on constate que la plus forte proportion de répondants à se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur les quatre plans appartient aux répondants détenant un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Cette différence est statistiquement significative sur les plans physique ($p = 0,0002$), affectif ($p < 0,0001$), psychologique ($p < 0,0001$) et spirituel ($p = 0,0003$).

Tableau 1 : Proportion d'adultes, selon leur scolarité, qui se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps

Sentiment d'harmonie	Niveau de scolarité atteint			
	Études secondaires non terminées (N = 9 828)	DES* (N = 4 338)	DEC* (N = 2 201)	Université (N = 2154)
Physique	79,4 %	84,9 %	91,9 %	88,5 %
Affectif	76,9 %	82,7 %	90,4 %	90,6 %
Psychologique	77,1 %	83,9 %	91,8 %	89,8 %
Spirituel	76,4 %	82,1 %	90,0 %	85,1 %

* DES : Diplôme d'études secondaires; DEC : Diplôme d'études collégiales.

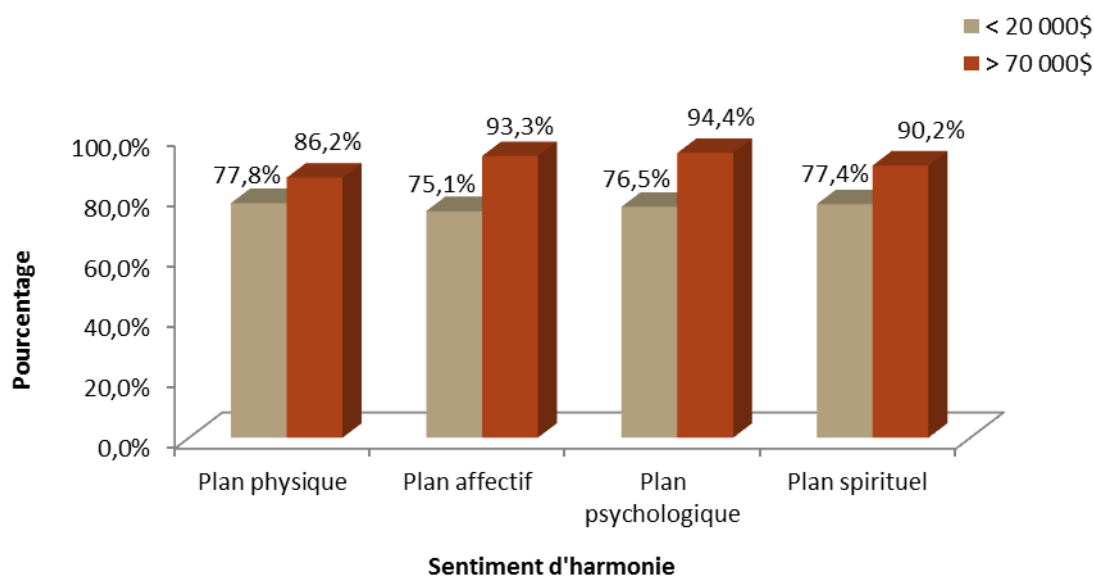
On constate que ce sont les répondants avec un niveau d'études secondaires non terminées qui expriment dans la plus forte proportion se sentir le moins en harmonie. Par exemple, sur le plan affectif et psychologique, la proportion d'adultes disant se sentir parfois ou presque jamais en harmonie et n'ayant pas terminé leur secondaire est plus de deux fois supérieure à la proportion d'adultes faisant cette même affirmation et détenant un diplôme d'études collégiales ou universitaires (Tableau 2).

Tableau 2 : Proportion d'adultes, selon leur scolarité, qui se sentent parfois ou presque jamais en harmonie

Sentiment d'harmonie	Niveau de scolarité atteint			
	Études secondaires non terminées (N = 9 828)	DES* (N = 4 338)	DEC* (N = 2 201)	Université (N = 2 154)
Physique	20,6 %	15,1 %	8,1 %	11,5 %
Affectif	23,1 %	17,3 %	9,6 %	9,4 %
Psychologique	22,9 %	16,1 %	8,2 %	10,2 %
Spirituel	23,6 %	17,9 %	10,0 %	14,9 %

Le croisement avec le revenu est également intéressant et montre que le sentiment d'harmonie est influencé par cette variable. On remarque que plus le revenu est élevé, plus la proportion d'adultes disant se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps augmente. Cet écart est statistiquement significatif sur le plan physique ($p < 0,0001$), affectif ($p < 0,0001$), psychologique ($p < 0,0001$) et spirituel ($p < 0,0007$). La figure 5 compare les résultats entre les répondants ayant un revenu annuel de 20 000 \$ et moins avec ceux ayant un revenu annuel de 70 000 \$ et plus.

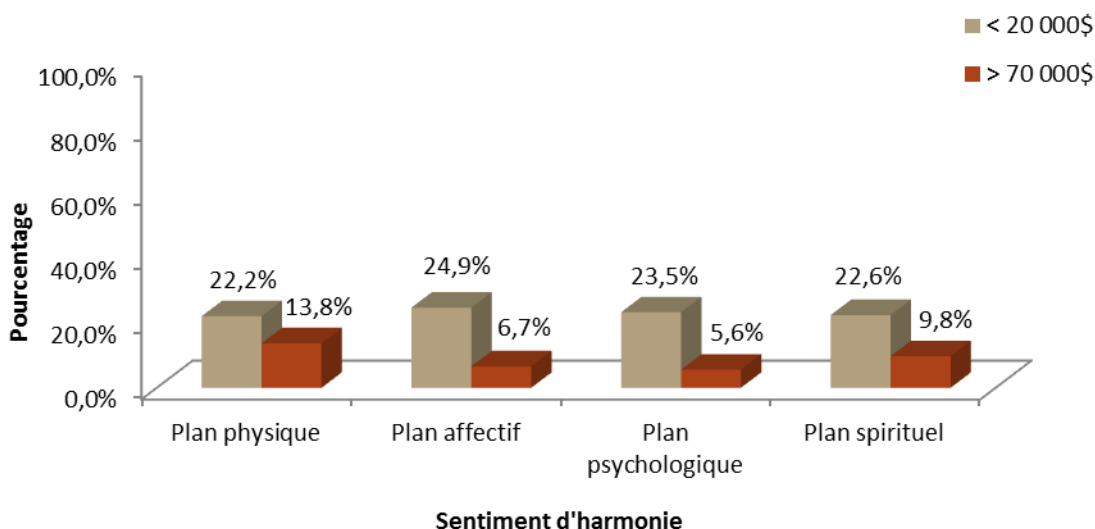
Figure 5 : Proportion d'adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ et ceux ayant un revenu de plus de 70 000 \$ et qui se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps



Le sentiment d'harmonie des adultes ayant un revenu annuel se situant entre 20 000 \$ et 39 999 \$ et ceux ayant un revenu entre 40 000 \$ et 69 999 \$ est sensiblement le même : le premier groupe estime dans une proportion de 89,2 % se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan physique, comparativement à 90,3 % pour le second groupe; 85,8 % des répondants ayant un revenu entre 20 000 \$ et 39 999 \$ se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan affectif, comparativement à 89,0 % pour ceux ayant un revenu entre 40 000 \$ et 69 999 \$; 86,4 % de ceux ayant un revenu entre 20 000 \$ et 39 999 \$ se sentent en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan psychologique alors que cette proportion est de 94,4 % chez ceux ayant un revenu entre 40 000 \$ et 69 999 \$; et enfin, 88,8 % du premier groupe estiment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps, comparativement à 90,2 % pour la seconde tranche de revenu.

En fin de compte, on constate que les adultes ayant un revenu de moins de 20 000 \$ par an, sont ceux se considérant, dans la plus forte proportion, le plus souvent en harmonie de manière partielle ou presque jamais. Cette observation est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Figure 6 : Proportion d'adultes ayant un revenu annuel de moins de 20 000 \$ et ceux ayant un revenu de plus de 70 000 \$ et qui se sentent en harmonie parfois ou presque jamais



1.1.3 Sentiment d'harmonie selon la nation

En croisant les données portant sur le sentiment d'harmonie avec la nation d'appartenance des répondants, on constate que la proportion d'adolescents et d'adultes se sentant en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps est plus élevée chez certaines nations que chez d'autres. Chez les adolescents, pour ce qui est du sentiment d'harmonie sur le plan physique, la proportion de répondants de la nation huronne-wendat est la plus élevée (100,0 %), viennent par la suite les Naskapis (93,6 %) et les Mi'gmaq (93,5 %). Sur le plan affectif, psychologique et spirituel, les adolescents de la nation abénakise arrivent bons premiers avec 100,0 % des répondants qui affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps¹. Les Hurons-Wendat (92,0 %) se classent deuxième sur le plan affectif, suivis des Mi'gmaq (90,4 %). Sur le plan psychologique, les Hurons-Wendat (96,2 %) sont toujours deuxième, mais ce sont les Mohawks qui arrivent en troisième (93,7 %). C'est d'ailleurs sur ce plan que les adolescents de la nation mohawk estiment être le plus en harmonie. Enfin, sur le plan spirituel, après les Abénakis, viennent les Naskapis (93,0 %) et les Hurons-Wendat (88,1 %) (Tableau 3).

¹ Ces résultats doivent être utilisés avec prudence, car la taille de l'échantillon de la nation des Abénakis est faible.

Tableau 3 : Proportion d'adolescents qui affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps selon leur nation

Nation	Plan physique		Plan affectif		Plan psychologique		Plan spirituel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abénakis	19	81,4	23	100,0	23	100,0	23	100,0
Algonquins	551	78,2	562	79,8	530	75,2	519	74,7
Atikamekw	526	64,6	483	58,8	391	48,3	336	41,3
Hurons-Wendat	110	100,0	101	92,0	106	96,2	97	88,1
Innus	1 143	80,8	1 119	79,4	1 023	72,6	840	60,9
Mi'gmaq	300	93,5	290	90,4	289	90,2	262	81,5
Mohawks	117	87,4	91	67,6	126	93,7	98	73,0
Naskapis	107	93,6	100	87,3	99	86,6	106	93,0

On remarque enfin que les Atikamekw ont la plus grande proportion d'adolescents qui estiment le moins se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps et ce, sur les quatre plans.

Selon le tableau 4, chez les adultes, les Abénakis, les Hurons-Wendat et les Mi'gmaq font partie des trois nations qui s'estiment dans la plus forte proportion en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps sur le plan physique, affectif, psychologique et spirituel.

Tableau 4 : Proportion d'adultes, selon leur nation, qui affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps

Nation	Plan physique		Plan affectif		Plan psychologique		Plan spirituel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abénakis	235	95,1	233	94,3	233	94,3	247	100,0
Algonquins	2 983	81,2	2 841	77,4	2 899	78,9	2 921	79,5
Atikamekw	2 217	70,7	2 209	70,5	2 133	68,1	2 164	69,0
Hurons-Wendat	1 016	99,0	1 001	97,5	1 016	99,0	1 011	98,5
Innus	6 627	85,7	6 456	83,5	6 451	83,4	6 333	81,9
Mi'gmaq	1 659	91,7	1 638	90,6	1 620	89,6	1 583	87,5
Mohawks	786	73,9	791	74,4	871	81,9	729	68,6
Naskapis	320	83,1	333	86,5	318	82,7	280	72,8

Soulignons que sur le plan spirituel, 100,0 % des Abénakis et 98,5 % des Hurons-Wendat affirment se sentir en harmonie de façon permanente ou la plupart du temps. Enfin, comme pour les adolescents, on constate que les Atikamekw se sentent proportionnellement moins en harmonie que les autres nations et ce, sur les quatre plans. Viennent par la suite les Mohawks pour ce qui est des plans physique, affectif et spirituel tandis que sur le plan psychologique, les Algonquins sont les seconds à s'estimer le moins souvent en harmonie.

1.2 Sentiment de maîtrise sur sa vie

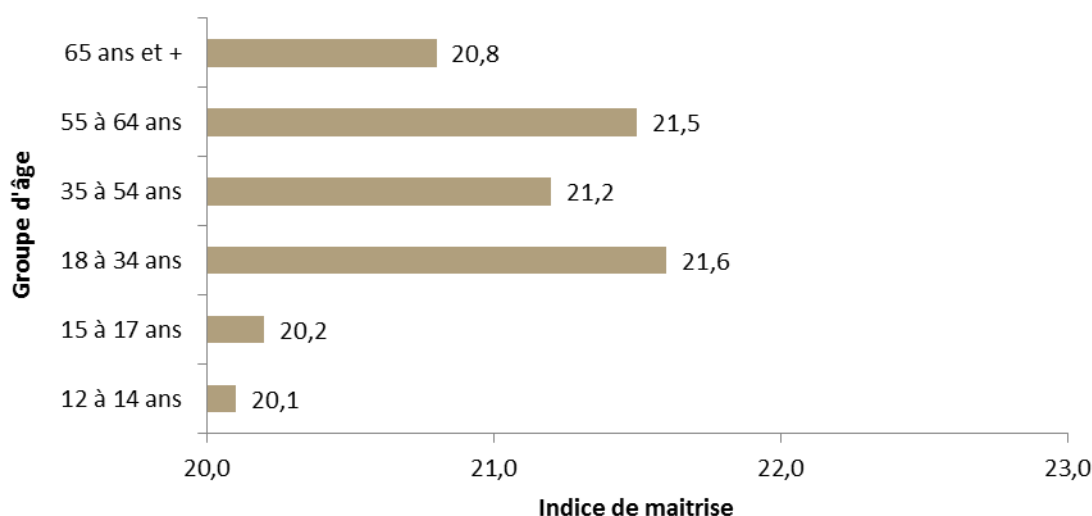
L'indice de sentiment de maîtrise sur sa vie, calculé à partir de l'échelle de Pearlin et Schooler (1978), reflète la perception personnelle qu'une personne a quant au sentiment de maîtrise ou de contrôle sur sa vie. L'indice est présenté ici selon l'âge, le sexe, la scolarité et la zone géographique habitée par les répondants.

1.2.1 Le sentiment de maîtrise sur sa vie selon l'âge et le sexe

Le calcul de l'indice du sentiment de maîtrise montre que globalement, les adultes considèrent avoir un bon contrôle sur leur vie ($M = 21,3$, IC à 95 % = [21,1-21,5]). Le niveau de sentiment de maîtrise est semblable chez les hommes ($M = 21,2$, IC à 95 % = [20,9-21,5]) et chez les femmes ($M = 21,4$, IC à 95 % = [21,2-21,7]). En comparant ces résultats avec ceux d'une étude effectuée à partir de la base de données de l'Enquête nationale de santé de la population (ENSP) de Statistique Canada 1994-1995 (cycle 1), selon cet indice, les hommes et les femmes des Premières Nations du Québec sentent davantage qu'ils maîtrisent leur vie que les hommes ($M = 19,9$) et les femmes ($M = 19,4$) de la population canadienne en général (Denton, Prus et Walters, 2004 : 2592).

Les adolescents présentent également un sentiment de contrôle assez élevé ($M = 20,2$, IC à 95 % = [19,9-20,4]). Il n'y a pas de différence significative entre les garçons ($M = 20,2$ -IC à 95 % = [19,8-20,6]) et les filles ($M = 20,1$, IC à 95 % = [19,7-20,5]). Par contre, en regroupant ces deux populations, on constate qu'il y a une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$) entre les groupes d'âge (Figure 7).

Figure 7 : Indice de maîtrise selon les groupes d'âge

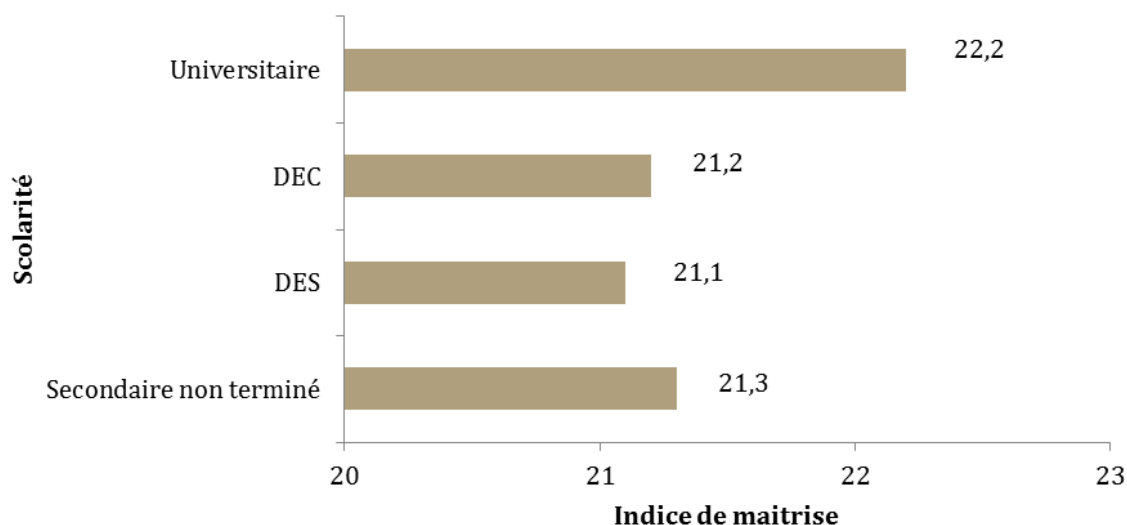


Les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans sont ceux ayant l'indice de maîtrise le plus élevé ($M = 21,6$, IC à 95 % = [21,2-22,0]), suivi de près par les 55 à 64 ans ($M = 21,5$, IC à 95 % = [21,2-21,9]). Quant au groupe des 12 à 14 ans, il est celui présentant l'indice le plus bas de maîtrise sur sa vie ($M = 20,1$, IC à 95 % = [19,6-20,6]).

1.2.2 Sentiment de maîtrise sur sa vie selon la scolarité

En regardant l'indice de maîtrise chez les adultes selon le niveau de scolarité atteint, on remarque que cette variable n'a pas d'influence significative. Les résultats montrent que les répondants détenant un secondaire non terminé ($M = 21,3$, IC à 95 % = [21,0-21,5]) ne se sentent pas moins en contrôle que ceux détenant un Diplôme d'études secondaires (DES) ($M = 21,1$, IC à 95 % = [20,6, 21,5]) ou ayant un Diplôme d'études collégiales (DEC) ($M = 21,2$, IC à 95 % = [20,7-21,8]). Toutefois, les répondants ayant fait des études universitaires ($M = 22,2$, IC à 95 % = [21,7-22,7]) se sentent légèrement plus en contrôle que les autres (Figure 8).

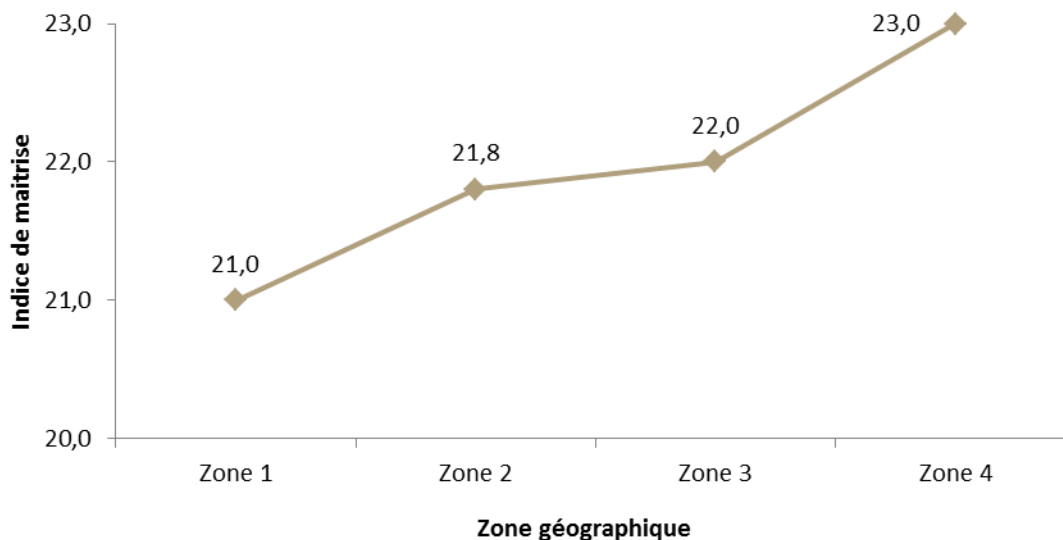
Figure 8 : Indice de maîtrise chez les adultes selon le niveau de scolarité atteint



1.2.3 Sentiment de maîtrise selon la zone géographique

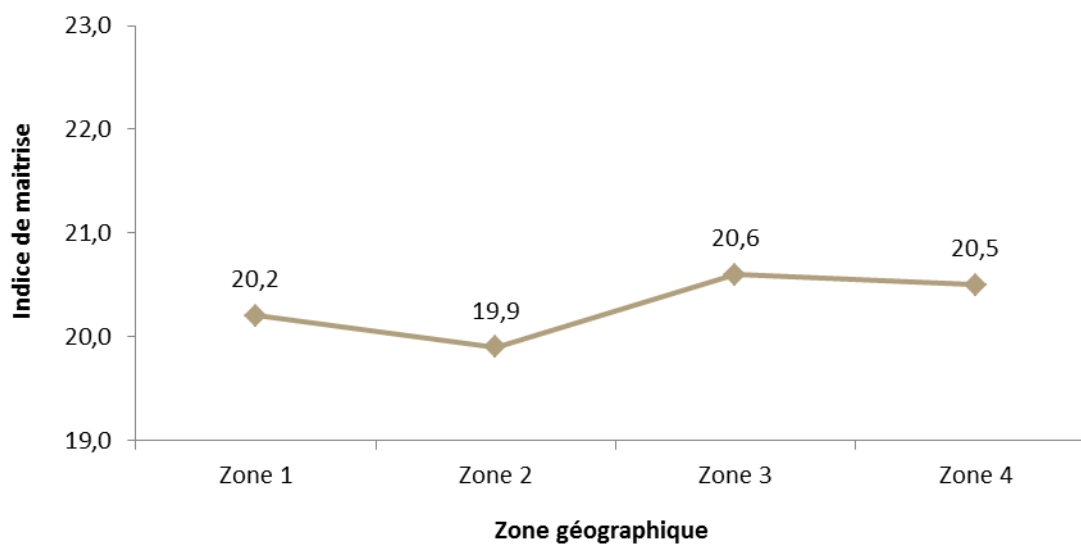
Enfin, il est intéressant de croiser l'indice de maîtrise avec la zone géographique habitée par les participants. Chez les adultes, cette variable est statistiquement significative ($p < 0,0001$). On constate clairement que plus les gens habitent une communauté isolée d'un centre urbain (zone 4), plus ils ont un fort sentiment de contrôle sur leur vie (Figure 9).

Figure 9 : Indice de maîtrise chez les adultes selon la zone géographique



Chez les adolescents, on constate également une différence selon la zone géographique habitée, mais celle-ci n'est pas statistiquement significative ($p = 0,5947$). Les jeunes habitant une communauté située dans une zone géographique 2 présentent l'indice le plus bas ($M = 19,9$, IC à 95 % = $[19,1-20,6]$), tandis que ceux des trois autres zones ont un indice plus ou moins comparable.

Figure 10 : Indice de maîtrise chez les adolescents selon la zone géographique





2. SOUTIEN ET RÉSEAU SOCIAL

Selon la documentation traitant de la santé mentale, les relations interpersonnelles saines et le sentiment d'appartenance individuel et collectif sont des composantes du bien-être personnel. La famille est le premier lieu où se tissent les liens sociaux : « le sentiment d'appartenance part de la maison pour s'étendre au quartier, à l'école, au travail et à la communauté » (Échasseriau, 2010 : 6). L'enfant vit son premier sentiment d'appartenance dans ses relations avec les gens qui habitent avec lui (ses parents, sa fratrie) : « cette conviction de ne pas être seul l'aidera à créer d'autres liens et, ainsi, à développer son estime de soi social » (Duclos, 2010 : 9). À l'adolescence, le besoin d'appartenir à un groupe autre que le groupe familial est impératif : « celui-ci leur permet de se distancer de leurs parents et les aide à trouver leur identité propre. (...) Les adolescents qui éprouvent des difficultés sociales, (...) développent une mauvaise image d'eux-mêmes sur le plan social et se déprécient beaucoup » (*ibid.*). Les notions de solidarité et d'entraide sont également déterminantes pour le bien-être personnel : « Il est normal d'avoir besoin d'aide à certains moments, et il est bon pour chacun de nous de savoir que nous pouvons aller en chercher » (Échasseriau, 2010 : 6).

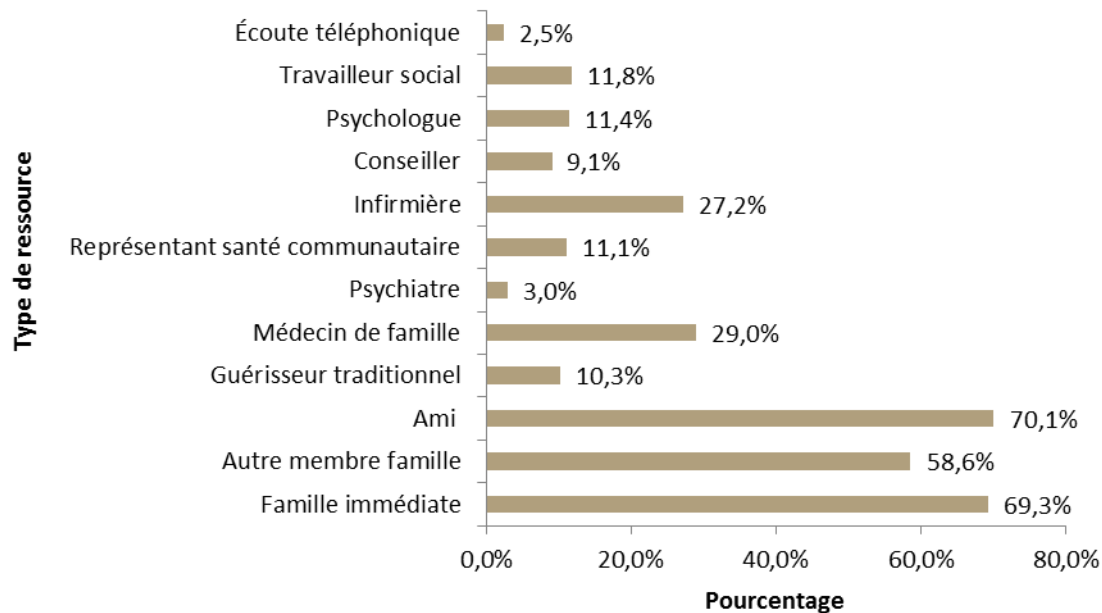
2.1 Soutien affectif et psychologique

Cette section offre de l'information à l'égard des personnes, professionnelles ou non, les plus sollicitées par les répondants au cours des douze mois précédant l'enquête pour parler, en personne ou au téléphone, de leur bien-être affectif ou mental.

2.1.1 Soutien affectif des adultes et des adolescents selon le sexe

Selon les résultats obtenus, une majorité d'adultes se tourne vers les amis (70,1 %), la famille proche (69,3 %) ou élargie (58,6 %) plutôt que vers un professionnel de la santé lorsqu'il est question de trouver du support.

Figure 11 : Proportion d'adultes qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont parlé de leur bien-être affectif ou mental, par type de ressource



On remarque toutefois que la proportion d'adultes à avoir contacté un médecin de famille (29 %) est très élevée comparativement à la population québécoise où, en 2003, 3,1 % des 12 ans et plus avaient consulté un professionnel (médecin de famille ou omnipraticien) au sujet de sa santé mentale (MSSS, 2011).

Aussi, plus d'adultes en 2008 (70,1 %) affirment avoir contacté un ami au cours des douze mois précédant l'enquête pour parler de son bien-être affectif et psychologique qu'en 2002 (57,3 %) ($p = 0,0001$). Cette augmentation s'observe aussi chez ceux ayant contacté un membre de la famille immédiate (69,3 % en 2008 et 55,8 % en 2002) ($p < 0,0001$) ou un membre de la famille élargie (58,6 % en 2008 contre 40,2 % en 2002) ($p < 0,0001$). De plus, la proportion d'adultes à avoir contacté un médecin de famille a aussi augmenté comparativement aux résultats de 2002 (26,4 %). Cet écart n'est toutefois pas significatif. Pour ce qui est d'avoir fait appel à un psychiatre, une proportion moins élevée d'adultes l'ont fait en 2008 (3,0 %) qu'en 2002 (5,1 %). Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,0001$).

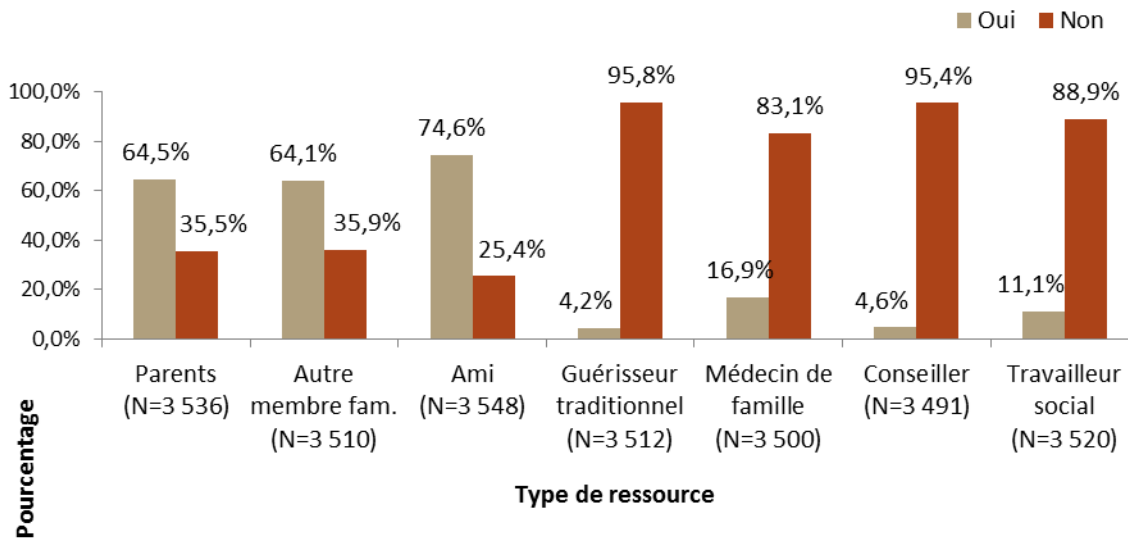
En regardant les résultats selon le sexe des répondants (tableau 5), on constate que les femmes sont plus susceptibles de se confier à un ami que les hommes (75,0 % comparativement à 65,1 %) ($p < 0,0001$). Il en est de même pour ce qui est de se confier à un membre de la famille immédiate (77,1 % comparativement à 61,5 %) ($p < 0,0001$) ou de la famille élargie (62,8 % comparativement à 54,3 %) ($p = 0,0017$). On constate aussi que la proportion de femmes (30,6 %) à avoir parlé de son état de bien-être à un médecin de famille est plus élevée que chez les hommes (27,3 %). Le même scénario se produit pour tous les autres professionnels de la santé, sauf à l'égard du guérisseur traditionnel et du psychiatre où la proportion des hommes et des femmes est comparable. Ainsi, de façon générale, on peut penser qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, les femmes ont été plus disposées à parler de leur état de bien-être affectif et mental à un tiers que les hommes.

Tableau 5 : Proportion d'hommes et de femmes ayant parlé de leur bien-être affectif et mental, par type de ressource

Type de ressource	Homme		Femme	
	N	%	N	%
Membre de la famille immédiate	5 719	61,5	7 241	77,1
Autre membre de la famille	5 055	54,3	5 921	62,8
Ami	6 086	65,1	7 047	75,0
Guérisseur traditionnel	1 009	10,9	911	9,8
Médecin de famille	2 518	27,3	2 876	30,6
Psychiatre	326	3,5	236	2,5
Représentant santé communautaire	925	10,0	1 128	12,2
Infirmière	2 233	24,2	2 814	30,2
Conseiller	758	8,2	936	10,0
Psychologue	689	7,4	1 437	15,3
Travailleur social	763	8,1	1 443	15,5
Ligne d'écoute téléphonique	149	1,7	299	3,3

Les mêmes phénomènes s'observent chez les adolescents. En effet, pour une majorité d'entre eux, l'oreille d'un ami (74,6 %) est plus souvent sollicitée que celle d'un parent (64,5 %) ou d'un autre membre de la famille (64,1 %) lorsqu'il s'agit de parler de son bien-être affectif ou mental. On remarque aussi que les guérisseurs traditionnels ainsi que les professionnels de la santé ont été peu sollicités par les répondants adolescents au cours des douze mois précédant l'enquête (figure 12).

Figure 12 : Proportion d'adolescents qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont parlé de leur bien-être affectif ou mental, par type de ressource



Chez les adolescents, la proportion de répondants affirmant faire appel à un ami ou à un membre de la famille pour parler de son bien-être affectif et psychologique a également augmenté en 2008 comparativement à 2002 ($p < 0,0001$). Par ailleurs, il y avait plus de jeunes en 2002 qui affirmaient avoir fait appel à un guérisseur traditionnel pour trouver du support (8,0 % en 2002 et 4,0 % en 2008) ($p = 0,0032$).

En regardant les résultats selon le sexe (tableau 5), on constate que la proportion d'adolescents à avoir parlé à un parent (69,3 % de filles comparativement à 59,9 % de garçons), à un autre membre de la famille (68,0 % comparativement à 60,5 % de garçons) ou à un ami (83,2 % de filles comparativement à 66,3 % de garçons) est plus élevée chez les filles que chez les garçons. En ce qui concerne les amis, la différence entre garçons et filles est d'ailleurs statistiquement significative ($p < 0,0001$). Cependant, la proportion de garçons (4,9 %) à avoir parlé à un guérisseur traditionnel est légèrement plus élevée que chez les filles (3,5 %). En ce qui a trait au conseiller, la proportion entre les sexes est comparable. Pour le reste, la proportion de filles à avoir parlé de leur bien-être affectif et psychologique à un tiers est plus élevée que chez les garçons.

Tableau 6 : Proportion de garçons et de filles ayant parlé de leur bien-être affectif et mental, par type de ressource

Type de ressource	Garçons		Filles	
	N	%	N	%
Parents	1 095	59,9	1 185	69,3
Autre membre famille	1 093	60,5	1 159	68,0
Ami	1 201	66,3	1 444	83,2
Guérisseur traditionnel	89	4,9	59	3,5
Médecin de famille	245	13,5	345	20,4
Conseiller	82	4,5	78	4,6
Travailleur social	178	9,9	215	12,5

2.1.2 Soutien affectif des adultes et des adolescents selon la zone géographique

Il est intéressant de constater que la proportion d'adultes habitant une communauté située en zone géographique 4, c'est-à-dire difficile d'accès, est plus élevée que les autres pour ce qui est d'avoir parlé de leur bien-être à un membre de leur famille immédiate (85,8 % comparativement à 69,7 % en zone 1; à 66,5 % en zone 3 et à 65,2 % en zone 2), à un autre membre de leur famille (81,2 % comparativement à 58,9 % en zone 3; à 58,2 % en zone 1 et à 57,4 % en zone 2) ($p < 0,0001$) ou à un ami (88,0 % comparativement à 70,5 % en zone 2; à 69,1 % en zone 1 et à 68,7 % en zone 3) ($p = 0,0002$) au cours de l'année précédant l'enquête. Par ailleurs, les adultes vivant dans une communauté située en zone 1 se sont adressés, dans la proportion la plus élevée (33,3 %), à un médecin de famille pour parler de leur bien-être, tandis que les répondants vivant en zone 2 ont affirmé dans la plus forte proportion avoir fait appel à une infirmière (43,2 %).

On remarque également avec le tableau 7 que pratiquement aucun adulte vivant dans une communauté classée difficile d'accès n'a utilisé les services d'un psychiatre (1,8 %), d'un représentant en santé communautaire (8,3 %), d'un conseiller (2,7 %) ou d'une ligne d'écoute téléphonique (0,9 %). Bien que la ligne d'écoute téléphonique soit généralement peu populaire, on constate que ce moyen est davantage utilisé par les adultes vivant en communauté isolée (6,8 %). Enfin, ce sont les adultes vivant dans une communauté située en milieu rural qui affirment dans la plus grande proportion avoir parlé de leur bien-être à un guérisseur traditionnel (14,1 % comparativement à 10,4 % en zone 4; à 10,3 % en zone 1; et à 8,6 % en zone 3). À cet égard, soulignons que les soins traditionnels ne sont pas également accessibles dans chacune des communautés. Les adultes vivant en zone 4 sont, en fait, ceux ayant répondu dans la plus forte proportion (54,1 %) n'avoir aucun problème à rencontrer un guérisseur traditionnel, tandis que les adultes vivant en zone 1 sont ceux ayant dit dans la plus faible proportion (22,9 %) n'avoir aucune difficulté à rencontrer un guérisseur traditionnel.

Tableau 7 : Proportion d'adultes, selon la zone géographique habitée, ayant parlé de leur bien-être affectif ou mental au cours de l'année précédant l'enquête, selon le type de ressource

Type de ressource	Zone 1		Zone 2		Zone 3		Zone 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Famille immédiate	8 322	69,7	2 041	65,2	1 166	66,5	1 474	85,8
Autre membre de la famille	6 988	58,2	1 796	57,4	1 044	58,9	1 370	81,2
Ami	8 272	69,1	2 206	70,5	1 205	68,7	1 512	88,0
Guérisseur traditionnel	1 235	10,3	424	14,1	152	8,6	176	10,4
Médecin de famille	3 971	33,3	917	29,4	219	12,4	490	29,0
Psychiatre	361	3,0	160	5,2	7	0,4	30	1,8
Représentant santé communautaire	1 186	10,0	596	19,4	280	16,0	139	8,3
Infirmière	3 061	25,6	1 339	43,2	319	18,0	632	38,8
Conseiller	1 202	10,0	398	13,2	98	5,5	45	2,7
Psychologue	1 284	10,7	502	16,2	154	8,8	215	12,6
Travailleur social	1 214	10,1	681	22,0	232	13,2	215	12,6
Ligne d'écoute téléphonique	184	1,6	126	4,2	116	6,8	14	0,9

Chez les adolescents, ceux vivant dans une communauté difficile d'accès représentent également la proportion la plus élevée pour ce qui est d'avoir parlé de leur bien-être à un parent (75,6 % comparativement à 70,5 % en zone 3; à 66,1 % en zone 2; et à 63,5 % en zone 1) ou à un ami (84,0 % comparativement à 82,2 % en zone 3; à 81,1 % en zone 2; et à 70,2 % en zone 1). On remarque que plus la zone géographique est accessible et près d'un milieu urbain, moins les jeunes ont parlé de leur bien-être à un parent ou un ami au cours de l'année précédant l'enquête. On remarque aussi que la proportion de jeunes vivant en communauté difficile d'accès est la plus élevée pour ce qui est d'avoir parlé à un professionnel de la santé (médecin de famille, infirmière ou psychologue) (25,4 % comparativement à 22,5 % en zone 2; à 16,7 % en zone 1 et à 16,6 % en zone 3). Toutefois, la proportion de jeunes habitant une communauté en zone 1 est plus élevée pour ce qui est d'avoir parlé à un travailleur social (12,7 % comparativement à 12,3 % en zone 2; à 7,2 % en zone 3; et à 1,5 % en zone 4).

Enfin, les résultats montrent que la proportion d'adolescents habitant une communauté en zone 2, est la plus élevée pour ce qui est d'avoir fait appel à un guérisseur traditionnel (6,1 % comparativement à 5,2 % en zone 3; à 3,8 % en zone 1 et 3,3 % en zone 4) (tableau 8).

Tableau 8 : Proportion d'adolescents, selon la zone géographique habitée, ayant parlé de leur bien-être affectif ou mental au cours de l'année précédant l'enquête, selon le type de ressource

Type de ressource	Zone 1		Zone 2		Zone 3		Zone 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parents	2 020	63,5	773	66,1	405	70,5	354	75,6
Autre membre de la famille	2 008	59,4	773	73,4	384	78,5	360	71,2
Ami	2 013	70,2	761	81,1	415	82,2	360	84,0
Guérisseur traditionnel	1 999	3,8	761	6,1	400	5,2	366	3,3
Professionnel de la santé	2 005	16,7	739	22,5	404	16,6	360	25,4
Conseiller	2 004	4,6	739	4,9	393	1,2	366	4,3
Travailleur social	2 014	12,7	739	12,3	409	7,2	360	1,5

2.2 Réseau social et soutien personnel

Cette partie présente les résultats disponibles quant à la pratique d'activités sportives – en tant que lieu propice au développement d'un réseau social – chez les enfants ainsi que chez les adolescents. On y retrouve également de l'information quant au soutien personnel chez les adolescents et les adultes.

2.2.1 La pratique d'activités chez les enfants et adolescents

Selon les résultats de la présente enquête, 6,4 % des enfants des Premières Nations du Québec font du sport quatre fois ou plus par semaine, soit en faisant partie d'un groupe ou en suivant des cours; 30,2 % en font une à trois fois par semaine; 12,0 % en font moins d'une fois par semaine, tandis que 51,4 % n'en font jamais. En regardant ces résultats selon le sexe, on constate que la proportion de filles (53,7 %) à ne jamais faire du sport est plus élevée que celle des garçons (49,1 %). De plus, 31,0 % des garçons font du sport de une à trois fois par semaine comparativement à 29,4 % de filles. À titre comparatif, rappelons qu'au Québec, en 2004, 26,5 % de garçons et 49,2 % de filles âgés de six à 11 ans faisaient moins de sept heures d'activité physique par semaine (Kino Québec, 2011).

En comparant les résultats entre enfants et adolescents (tableau 9), on constate que la participation à une équipe sportive ou à des cours de sport en dehors des heures d'école gagne en popularité à l'adolescence.

Tableau 9 : Proportion d'enfants et d'adolescents faisant partie d'une équipe sportive ou qui suit des cours de sport en dehors des heures d'école


Participation à une équipe sportive ou à des cours de sport	Enfants		Adolescents	
	N	%	N	%
4 fois ou plus par semaine	363	6,4	434	12,2
1 à 3 fois par semaine	1 702	30,2	1 125	31,6
Moins d'une fois par semaine	676	12,0	701	19,7
Jamais	2 893	51,4	1 295	36,4

Cependant, en comparant les résultats de 2008 et 2002 chez les adolescents, on remarque qu'une proportion significativement moins élevée ($p < 0,0001$) de jeunes font du sport quatre fois ou plus par semaine en 2008 (12,2 %) qu'en 2002 (17,8 %). Il y en a également moins qui le pratique d'une à trois fois par semaine (31,6 % en 2008 comparativement à 38,1 % en 2002); moins d'une fois par semaine (19,7 % en 2008 comparativement à 17,8 % en 2002) et qui n'en font jamais (36,4 % en 2008 comparativement 26,3 % en 2002).

Concernant les activités non sportives, mentionnons qu'il y a 1,5 % d'enfants des Premières Nations, comparativement à 2,4 % d'adolescents, qui font partie d'un groupe ou qui suivent des cours de chant, de danse ou de tambour traditionnel quatre fois ou plus par semaine; 7,1 % d'enfants comparativement à 3,7 % d'adolescents suivent ce genre de cours une à trois fois par semaine; 11,5 % d'enfants et 8,8 % d'adolescents le font moins d'une fois semaine et une majorité d'enfants (79,9 %) et d'adolescents (85,1 %) n'ont jamais fait partie de tels groupes ou suivi de tels cours. Il semble que les cours de danse, de chant ou de tambour traditionnel n'aient pas non plus gagné en popularité auprès des adolescents au cours des dernières années puisque la proportion des jeunes qui affirment ne jamais avoir pris de tels cours est demeurée la même en 2008 qu'en 2002.

Tableau 10 : Proportion d'enfants et d'adolescents faisant partie d'un groupe, cours de chant ou de tambour traditionnel en dehors des heures d'école

Participation à un groupe, cours de chant ou de tambour traditionnel	Enfants		Adolescents	
	N	%	N	%
4 fois ou plus par semaine	85	1,5	84	2,4
1 à 3 fois par semaine	400	7,1	131	3,7
Moins d'une fois par semaine	644	11,5	309	8,8
Jamais	4 478	79,9	2 980	85,1



La plupart des enfants (86,1 %) et des adolescents (81,6 %) n'ont jamais fait partie d'un groupe artistique ou musical (autre que traditionnel). En outre, les enfants lisent pour le plaisir quelques fois par semaine dans une proportion de 33,3 %, et 24,1 % le font tous les jours. À l'égard du comportement général des enfants, une majorité des répondants (61,6 %) sont d'avis qu'au cours des six mois précédant l'enquête, l'enfant s'est très bien entendu avec les autres membres de sa famille et qu'il n'y a eu aucun problème, comparativement à moins de un pourcent (0,4 %) qui ont répondu que ces derniers mois n'avaient pas très bien été et qu'il y avait eu beaucoup de problèmes. Quant aux adolescents, une proportion de 6,8 % affirment travailler quatre fois ou plus par semaine; 16,0 % ont un travail de une à trois fois par semaine; 27,8 % ont un travail moins d'une fois par semaine et 49,4 % n'en ont pas. Par ailleurs, plus d'adolescents occupent un emploi de une à trois fois par semaine en 2008 (16,0 %) qu'en 2002 (9,0 %) ($p < 0,0001$). On constate en 2008 que ce sont les filles (24,6 %), plus que les garçons (7,9 %), qui occupent un emploi à raison d'une à trois fois par semaine.

2.2.2 Sentiment de solitude et soutien personnel des adolescents

À l'égard du sentiment de solitude, les adolescents disent majoritairement ne pas du tout se sentir seuls (65,9 %), tandis qu'une proportion de 31,2 % affirme le sentir un peu, modérément ou assez et 3,0 % se sent très seuls. En comparant ces résultats avec ceux de 2002, on constate que les jeunes se sentent de moins en moins seuls. En effet, la proportion d'adolescents qui affirment ne pas du tout se sentir seuls est plus élevée en 2008 qu'en 2002 (55,3 %), tandis que la proportion d'adolescents affirmant se sentir un peu, modérément ou assez seuls (40,7 %), de même que celle des adolescents se sentant beaucoup seuls (4,0 %) étaient plus élevées en 2002 qu'en 2008 ($p = 0,0014$).

Il en est de même pour le sentiment d'être aimé. En 2008, les adolescents sont significativement plus nombreux ($p < 0,0001$) qu'en 2002 à se sentir beaucoup aimés (45,9 % en 2002 et 61,8 % en 2008). Il y a également une plus grande proportion de jeunes en 2002 qui affirmaient se sentir un peu, modérément ou assez aimés (51,2 % en 2002 comparativement à 36,0 % en 2008). La proportion de jeunes qui affirment ne pas se sentir du tout aimés est cependant demeurée pratiquement la même : 2,9 % en 2002 et 2,1 % en 2008.

Pour ce qui est du soutien personnel, en 2008, la plupart des adolescents disent avoir facilement accès à quelqu'un lorsqu'ils en ont besoin. Ainsi, 80,6 % des adolescents disent avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui les écoute lorsqu'ils ont besoin de parler; 82,1 % ont tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un sur qui compter lorsqu'ils en ont besoin; et 83,3 % affirment qu'ils ont tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un pour se confier et parler de leurs problèmes.

Tableau 11 : Soutien personnel chez les adolescents

	Tout le temps ou la plupart du temps	Parfois ou rarement
Quelqu'un qui vous écoute lorsque vous avez besoin de parler (N = 3 606)	80,6 %	19,4 %
Quelqu'un sur qui compter lorsque vous avez besoin d'aide (N = 3 601)	82,1 %	17,9 %
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin en cas de besoin (N = 3 516)	78,2 %	21,8 %
Quelqu'un qui vous témoigne de l'amour et de l'affection (N = 3 552)	81,7 %	18,3 %
Quelqu'un qui peut vous changer les idées du quotidien (N = 3 563)	79,9 %	20,1 %
Quelqu'un avec qui passer un bon moment (N = 3 593)	90,7 %	9,3 %
Quelqu'un à qui vous confier ou à qui parler de vos problèmes (N = 3 480)	83,3 %	16,7 %
Quelqu'un avec qui faire des activités agréables (N = 3 300)	88,6 %	11,4 %

En regardant les résultats selon le sexe, on constate que les filles (83,9 %) disent plus souvent que les garçons (75,5 %) avoir tout le temps ou la plupart du temps accès à quelqu'un qui les écoute lorsqu'elles ont besoin de parler. Selon les résultats, elles disent également dans une proportion un peu plus grande que les garçons, avoir tout le temps ou la plupart du temps accès à quelqu'un de confiance lorsqu'elles ont besoin d'aide (82,8 % pour les filles comparativement à 79,4 % pour les garçons).

2.2.3 Soutien personnel chez les adultes

Les résultats obtenus chez les adultes à l'égard du soutien personnel sont comparables à ceux obtenus chez les adolescents : une majorité affirme avoir aisément accès à du soutien personnel au besoin. En regardant l'ensemble des énoncés, on remarque cependant que plus ou moins deux adultes sur 10 estiment avoir parfois ou rarement accès à du soutien personnel. Selon les résultats obtenus, une proportion de 79,7 % des adultes disent avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui leur témoigne de l'amour et de l'affection. Par contre, il y a aussi une proportion de 20,3 % d'adultes qui affirment avoir parfois ou rarement quelqu'un qui leur témoigne de l'amour et de l'affection. Une majorité d'adultes (76,1 %) affirment également qu'il y a tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui les écoute lorsqu'ils ont besoin de parler, tandis que 23,9 % disent avoir parfois ou rarement quelqu'un à qui parler. À la question « Avez-vous quelqu'un sur qui compter lorsque vous avez besoin d'aide? », encore une fois, près de huit adultes sur 10 (79,5 %) affirment avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un sur qui compter lorsqu'ils ont besoin d'aide, tandis que deux adultes sur 10 (20,5 %) affirment avoir parfois ou rarement quelqu'un. Pour ce qui est de se confier ou de parler de ses problèmes, 75,8 % des adultes disent qu'ils ont tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un et 24,2 % répondent parfois ou rarement.

Tableau 12 : Le soutien personnel chez les adultes

	Tout le temps ou la plupart du temps	Parfois ou rarement
Quelqu'un qui vous écoute lorsque vous avez besoin de parler (N = 1 703)	76,1 %	23,9 %
Quelqu'un sur qui compter lorsque vous avez besoin d'aide (N = 18 698)	79,5 %	20,5 %
Quelqu'un qui peut vous conduire chez le médecin en cas de besoin (N = 18 478)	75,4 %	24,6 %
Quelqu'un qui vous témoigne de l'amour et de l'affection (N = 18 604)	79,7 %	20,3 %
Quelqu'un qui peut vous changer les idées du quotidien (N = 18 604)	73,3 %	26,7 %
Quelqu'un avec qui passer un bon moment (N = 18 692)	81,9 %	18,1 %
Quelqu'un à qui vous confier ou à qui parler de vos problèmes (N = 18 621)	75,8 %	24,2 %
Quelqu'un avec qui faire des activités agréables (N = 18 658)	79,6 %	20,4 %

Une proportion de 78,1 % de femmes et 73,1 % d'hommes affirment avoir tout le temps ou la plupart du temps quelqu'un qui les écoute lorsqu'elles ont besoin de parler. Mais une proportion plus élevée de femmes (81,5 %) que d'hommes (76,8 %) disent avoir tout le temps ou la plupart du temps accès à une personne de confiance lorsqu'elles ont besoin d'aide.

3. ESTIME DE SOI ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

En plus de traiter de l'estime de soi et de la détresse psychologique, cette section aborde la question de la violence et du suicide. Mais pour commencer, voici quelques éléments de définition.

Par définition, l'estime de soi est : « une attitude intérieure qui consiste à se dire qu'on a de la valeur, qu'on est unique et important. C'est se connaître et s'aimer comme on est avec ses qualités et ses limites. C'est s'apprécier et s'accepter comme on est » (ACSM, 1999 :1). Le développement de l'estime de soi augmente le sentiment de valeur, d'utilité et globalement, de mieux-être personnel. Au contraire, la personne qui a peu d'estime d'elle-même, se perçoit comme étant dépourvue de valeur et se fait constamment des reproches intérieurs : « Elle se dit incapable d'accomplir telle tâche et se sent inférieure aux autres, souvent elle se déprécie sans même s'en rendre compte! Elle s'évalue d'après son passé, d'après les critiques des autres » (*ibid.* : 1).

Le concept de détresse psychologique, quant à lui, est largement utilisé dans la littérature scientifique, pourtant, il n'en existe pas de définition satisfaisante. L'analogie suivante est toutefois intéressante : « la détresse psychologique est à l'ensemble de

la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie de la sévérité du problème auquel il se rattache » (Perreault, 1987 cité dans Comité régional en développement social Centre-du-Québec, 2008 : 17). Généralement, le concept de détresse psychologique est utilisé pour : « (...) désigner un état psychologique perturbé, mais dont la sévérité est souvent mineure » (Brown, Craig & Harris, 1985; Dohrenwend, Shrout, Egri & Mendelson, 1980 cités dans *ibid.* : 17). Pour mesurer et dépister la détresse psychologique, l'enquête régionale de la santé des Premières Nations utilise l'échelle de Kessler (K10)².

3.1 Estime de soi

Dans le cadre de cette enquête, la question de l'estime de soi est essentiellement abordée pour la population adolescente. Pour ce qui est des enfants et des adultes, les questions évaluant la perception de soi est absente du questionnaire et ne peuvent donc pas être traitées au même titre que pour les adolescents. Pour débiter, voici un thème plus général, soit la perception qu'ont les adolescents de leur santé mentale et d'eux-mêmes.

3.1.1 Perceptions des adolescents à l'égard de leur état de santé mentale

Les résultats de l'enquête nous indiquent que 42,5 % des adolescents interrogés qualifient leur santé mentale d'excellente, 32,3 % la trouvent très bonne et 22,6 % estiment qu'ils ont une bonne santé mentale. Ainsi, une faible proportion de jeunes estime leur état de sa santé mentale passable ou mauvais (2,5 %). Effectivement, lorsque ces résultats sont comparés avec la population du Québec, on constate qu'à ce chapitre, les jeunes (12 à 17 ans) des Premières Nations sont moins nombreux que les 12 à 24 ans³ (3,4 %) du Québec (2005) à ne pas se percevoir en bonne santé mentale (MSSS, 2011).

Entre les filles et les garçons, il n'y a pas de différence majeure : 43,5 % des garçons et 41,4 % des filles considèrent leur santé mentale excellente, 32,5 % des garçons et 32,2 % des filles la considèrent très bonne et enfin, 20,9 % des garçons et 24,4 % des filles la qualifient de bonne.

² La détresse psychologique mesurée au moyen de l'échelle de Kessler (K10) est fondée sur dix questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie épuisée sans véritable raison, nerveuse (si nerveuse que rien ne pouvait la calmer), désespérée, agitée (si agitée qu'elle ne pouvait pas rester immobile), triste ou déprimée (si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire), bonne à rien ou, finalement, avait l'impression que tout lui demandait un effort. Chacune de ces dix questions se voit accorder un score de 0 à 4, dans le cas de cette enquête, le score final variant de 0 à 40. Plus la cote est élevée, plus la détresse est prononcée. Dans le cadre de cette enquête et afin d'être en mesure de comparer les données avec d'autres études, l'indice est observé en catégories. Par le biais d'une variable dichotomique, un score égal ou supérieur à 11 indique un niveau de détresse psychologique élevé. L'indice ainsi constitué permet de situer les répondants selon deux niveaux de détresse psychologique : faible à modéré et élevé

³ Cette comparaison est offerte à titre indicatif. Les groupes d'âge comparés n'étant pas les mêmes, la comparaison doit être interprétée avec prudence.

3.1.2 Perception de soi des adolescents

En ce qui a trait plus précisément à l'estime ou la perception de soi, de façon générale, les adolescents s'aiment comme ils sont (90,0 % sont tout à fait d'accord ou d'accord) et la grande majorité est tout à fait d'accord ou d'accord pour dire que dans l'ensemble, il y a beaucoup de choses dont ils peuvent être fiers (90,7 %). Pour cette dernière affirmation, les filles sont toutefois plus représentées que les garçons, tandis que les garçons sont plus nombreux que les filles à dire qu'en général, ils s'aiment comme ils sont (tableaux 13 et 14).

Tableau 13 : Perception de soi des garçons

	Tout à fait d'accord ou d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Neutre
En général, je m'aime comme je suis (N = 1 885)	91,7 %	4,1 %	4,2 %
Dans l'ensemble, il y a beaucoup de choses dont je peux être fier (N = 1 885)	88,5 %	3,1 %	8,5 %
J'ai beaucoup de qualités (N = 1 885)	80,3 %	3,5 %	16,2 %
Lorsque je fais quelque chose, je le fais bien (N = 1 881)	81,0 %	3,8 %	15,2 %

Tableau 14 : Perception de soi des filles

	Tout à fait d'accord ou d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Neutre
En général, je m'aime comme je suis (N = 1 763)	88,3 %	3,1 %	8,6 %
Dans l'ensemble, il y a beaucoup de choses dont je peux être fier (N = 1 763)	93,1 %	1,8 %	5,1 %
J'ai beaucoup de qualités (N = 1 763)	84,6 %	0,9 %	14,5 %
Lorsque je fais quelque chose, je le fais bien (N = 1 763)	83,2 %	1,8 %	15,0 %

Concernant la perception de soi, il est intéressant de constater que globalement, les jeunes ont une meilleure perception d'eux-mêmes en 2008 qu'en 2002. En effet, ils sont plus nombreux à dire qu'ils s'aiment comme ils sont (90,0 % en 2008 comparativement à 84,0 % en 2002) et qu'il y a beaucoup de choses dont ils sont fiers (90,7 % en 2008 comparativement à 84,3 % en 2002). Toutefois, la proportion d'adolescents à affirmer que lorsqu'ils font quelque chose ils le font bien, a connu une diminution, passant de 85,5 % en 2002 à 81,7 % en 2008.

3.2 Détresse psychologique

Cette partie se divise en trois sections, soit la violence, l'indice de détresse psychologique et le suicide. La question de la violence ainsi que celle du suicide sont traitées pour les adolescents et les adultes. Par ailleurs, concernant l'indice de détresse psychologique, le sujet est abordé uniquement dans le questionnaire adulte. Pour les adolescents, le questionnaire traite plutôt de la notion de stress.

3.2.1 La violence

Les résultats montrent que 88,2 % des adolescents affirment ne pas avoir été victime d'une quelconque forme d'abus ou de maltraitance au cours de leur enfance. Par contre, 11,8 % ont répondu « oui ». En regardant les résultats selon l'âge et le sexe, on constate que les filles (16,1 %) sont deux fois plus nombreuses que les garçons (7,7 %) à avoir vécu une forme d'abus ou de maltraitance. De plus, les 15 à 17 ans (13,9 %) ont vécu plus de maltraitance que les 12 à 14 ans (8,3 %). On constate également qu'une certaine proportion de jeunes de 15 à 17 ans (7,1 %) a déjà été victime de violence conjugale. Encore une fois, les filles (6,8 %) sont deux fois plus nombreuses que les garçons (3,4 %) à avoir été victime de cette forme de violence. Toutefois, cette donnée n'est pas statistiquement significative ($p = 0,0609$).

Chez les adultes, le taux de victimisation dû aux abus ou à la maltraitance vécu durant l'enfance ainsi qu'à la violence conjugale est plus élevé. Plus d'un adulte sur quatre (27,5 %) ayant participé à l'enquête affirme avoir été victime d'une quelconque forme de maltraitance ou d'abus au cours de son enfance et près de 30 % disent avoir été victime de violence conjugale. Les résultats révèlent que les femmes (30,0 %) affirment dans une plus grande proportion que les hommes (24,8 %) avoir été victime d'une quelconque forme de violence dans l'enfance.

En ce qui concerne la violence conjugale, plus du double de femmes (38,5 %) que d'hommes (18,3 %) disent en avoir été victime. Cette donnée est statistiquement significative ($p < 0,0001$). On remarque aussi que la proportion de femmes ayant vécu de la violence conjugale est plutôt élevée : près de quatre femmes sur 10 disent en avoir déjà vécu. Selon un rapport publié en 2011 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la violence conjugale : « (...) perpétrée par un homme (adulte ou adolescent) à l'endroit d'une femme qui est sa conjointe, son ex-conjointe, son amie intime ou son ex-amie intime (...) constitue la majorité des cas rapportés aux autorités policières » (INSPQ, 2011 : 3). En effet, « (...) en 2008, 82,0 % des victimes d'une infraction commise dans un contexte conjugal étaient des femmes » (MSP, 2010 cité dans *ibid.* : 3). Ce même rapport mentionne que des nuances pourraient exister sur le plan de la victimisation chez la femme en fonction de certaines caractéristiques, notamment le statut matrimonial ou l'identité autochtone (Brownridge, 2003; 2008 cité dans INSPQ, 2011). Des études montrent effectivement que chez les Autochtones, le taux de victimisation due à la violence équivaut au double de celui retrouvé chez les allochtones (Perreault et Brennan, 2010 cités dans *ibid.*) et que les femmes autochtones sont plus à risque d'être victimes de violence conjugale grave que les femmes non autochtones (Brownridge, 2008 cité dans *ibid.*).

3.2.2 L'indice de détresse psychologique

Concernant les adolescents, mentionnons qu'une majorité d'entre eux (61,6 %) affirment ne pas du tout se sentir stressés; 30,2 % se sentent un peu ou modérément stressés et 8,2 % des adolescents se sentent assez ou beaucoup stressés. La proportion de garçons (63,4 %) à ne pas du tout se sentir stressés est un peu plus élevée que celle des filles (59,7 %); légèrement plus de filles (31,9 %) que de garçons (28,5 %) affirment se sentir un peu ou modérément stressés et environ 8,0 % de garçons et de filles affirment se sentir assez ou beaucoup stressés. En regardant cette donnée selon les groupes d'âge, on constate que les 15 à 17 ans se sentent plus stressés que les 12 à 14 ans : 9,5 % des 15 à 17 ans se sentent assez ou beaucoup stressés comparativement à 6,3 % des 12 à 14 ans; 31,3 % des 15 à 17 ans affirment se sentir un peu ou modérément stressés comparativement à 28,3 % des 12 à 14 ans.

Pour ce qui est des résultats obtenus par le biais de l'échelle d'évaluation de la détresse psychologique de Kessler (K10), on constate que 74,7 % des répondants adultes de 18 ans et plus ont un indice de détresse psychologique faible à modéré, tandis que 25,3 % d'entre eux ont un indice de détresse psychologique élevé. Ce résultat est légèrement plus élevé qu'à l'échelle provinciale, où environ 23,0 % des Québécois de 15 ans et plus se classent dans la catégorie élevée de détresse psychologique de Kessler (Institut de la statistique du Québec, 2008). Malheureusement, la comparaison avec les résultats de l'enquête régionale sur la santé de 2002 n'est pas possible en ce qui concerne l'indice de détresse psychologique.

Selon les résultats de la présente enquête, l'indice de détresse psychologique varie de façon statistiquement significative selon le sexe des adultes : 19,9 % des hommes ont un indice de détresse psychologique élevé comparativement à 31,1 % des femmes ($p < 0,0001$). La variable de la zone géographique est aussi significative ($p = 0,0001$) : 34,2 % des adultes habitant dans une zone 2 ont un indice de détresse psychologique élevé, soit la proportion la plus élevée. Viennent par la suite les répondants situés en zone 3 (33,9 %), ceux vivant en zone 1 (23,1 %) et ce sont les répondants vivant en zone 4, soit les plus isolés qui présentent la proportion la moins élevée pour ce qui est de l'indice de détresse psychologique élevée (14,8 %).

3.2.3 Le suicide

Chez les Premières Nations, les taux de suicide sont deux fois supérieurs à la moyenne nationale (Gouvernement du Canada, 2006 : 166). Selon la littérature portant sur le sujet, dans les communautés autochtones, certaines problématiques spécifiques rendent les adolescents et les jeunes adultes vulnérables au suicide :

« Les jeunes sont impliqués dans une différenciation progressive par rapport à leur famille d'origine et dans le développement d'un réseau de relation avec leurs pairs. (...) Dans de nombreuses communautés autochtones, les jeunes font face à l'incertitude économique, à des emplois et des possibilités d'emplois limités et ils peuvent avoir peu d'espoir quant à leur avenir »

(Kirmayer et al., 1999 : 14).

À ce chapitre, l'étude de Chandler et Lalonde (1998) a largement contribué à comprendre que « les interventions communautaires qui encouragent l'identité collective, le sentiment d'appartenance, et une perspective positive face à l'avenir, avec un rôle clair pour les jeunes, devraient avoir un impact important afin de réduire les risques de suicide » (*Ibid.* : 14). Dans le cadre de la présente enquête, on observe que les pensées suicidaires sont particulièrement présentes chez les jeunes adultes et adultes, tandis que les tentatives de suicide commencent davantage à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte et diminuent à partir d'environ 45 ans.

3.2.3.1 Pensées suicidaires

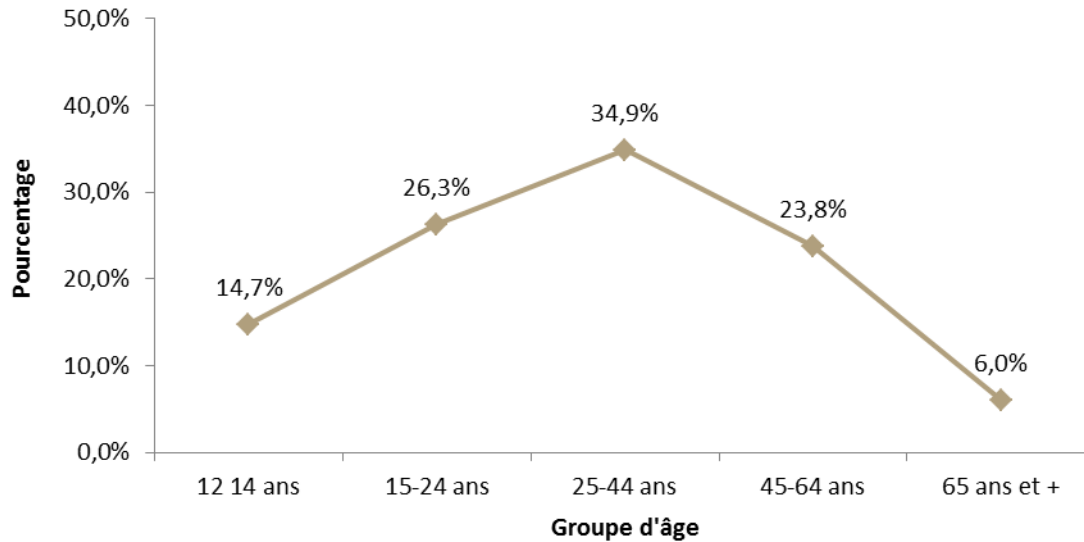
À la question : As-tu déjà pensé au suicide?, 80,8 % des adolescents des Premières Nations ont répondu « non » et 19,2 % « oui ». Parmi ceux ayant déjà pensé au suicide, une majorité (76,1 %) dit avoir eu ces pensées entre l'âge de 12 et 17 ans; 28,7 % ont eu ces pensées au cours de l'année précédant l'enquête; et 9,5 % alors qu'ils étaient âgés de moins de 12 ans. Sur l'ensemble des adolescents répondants, 92,3 % affirment n'avoir jamais fait de tentative de suicide, contre 7,7 % qui en ont déjà fait une. Parmi ceux ayant déjà fait une tentative, 68,8 % ont tenté de se suicider alors qu'ils étaient âgés entre 12 et 17 ans; 30,1 % au cours de l'année précédant l'enquête; et 5,4 % alors qu'ils étaient âgés de moins de 12 ans.

Selon les résultats obtenus, les filles (25,1 %) sont significativement ($p = 0,0006$) plus nombreuses que les garçons (13,8 %) à avoir déjà pensé au suicide. Les jeunes âgés entre 15 et 17 ans (22,2 %) sont beaucoup plus nombreux que les 12 à 14 ans (14,7 %) à avoir déjà pensé au suicide. Cet écart est statistiquement significatif ($p = 0,0277$).

Chez les adultes, 26,4 % des répondants ont déjà pensé au suicide. Parmi ceux-ci, 60,4 % ont eu des pensées suicidaires alors qu'ils étaient âgés de plus de 18 ans; 40,9 % en ont eu alors qu'ils étaient âgés entre 12 et 17 ans; 16,5 % ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédant l'enquête; et 3,1 % d'entre eux affirment avoir eu des pensées suicidaires alors qu'ils étaient âgés de moins de 12 ans.

En observant la figure 13, on remarque que les adultes âgés entre 25 et 44 ans sont plus susceptibles d'avoir déjà pensé au suicide que les toutes les autres tranches d'âge.

Figure 13 : Proportion des répondants, selon les groupes d'âge, à avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie



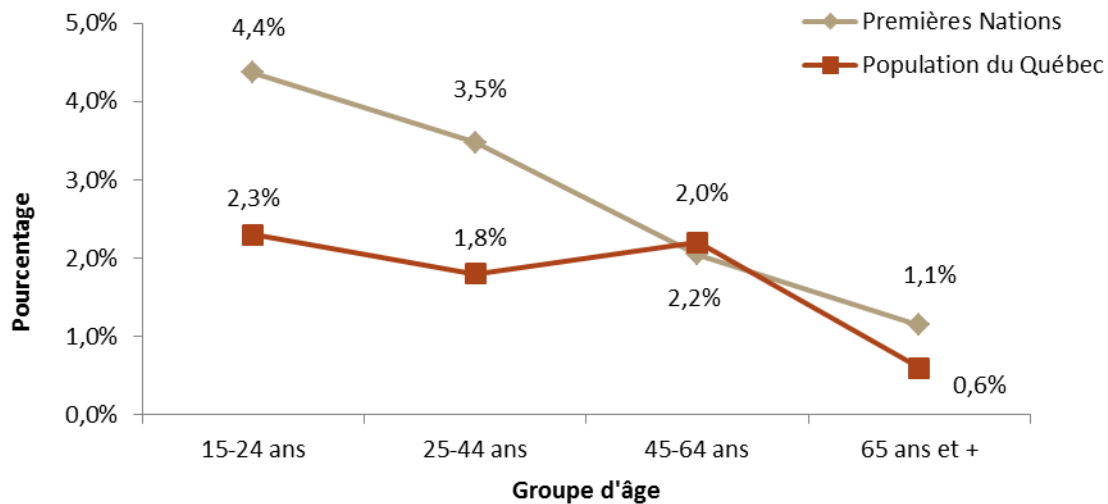
Parmi les adultes ayant affirmé avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, 41,5 % ont un indice de détresse psychologique élevé.

En comparant les résultats avec ceux de la population du Québec⁴ (figure 14), on constate que près du double des 15-24 ans et des 25-44 ans chez les Premières Nations ont déjà pensé au suicide au cours des douze mois précédant l'enquête. Tandis que la proportion entre les deux populations se rejoignent pour ce qui est des 45 à 64 ans. Enfin, il y a plus d'aînés à avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les Premières Nations que chez la population québécoise en général⁵.

4 Proportion de la population de 15 ans et plus ayant songé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2005 (Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 3.1, fichier de partage 2005 dans Institut de la statistique du Québec, 2010a : 3).

5 Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. La méthodologie utilisée peut différer entre les enquêtes.

Figure 14 : Proportion de répondants à avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, comparaison entre les Premières Nations et la population du Québec⁶



3.2.3.2 Tentatives de suicide

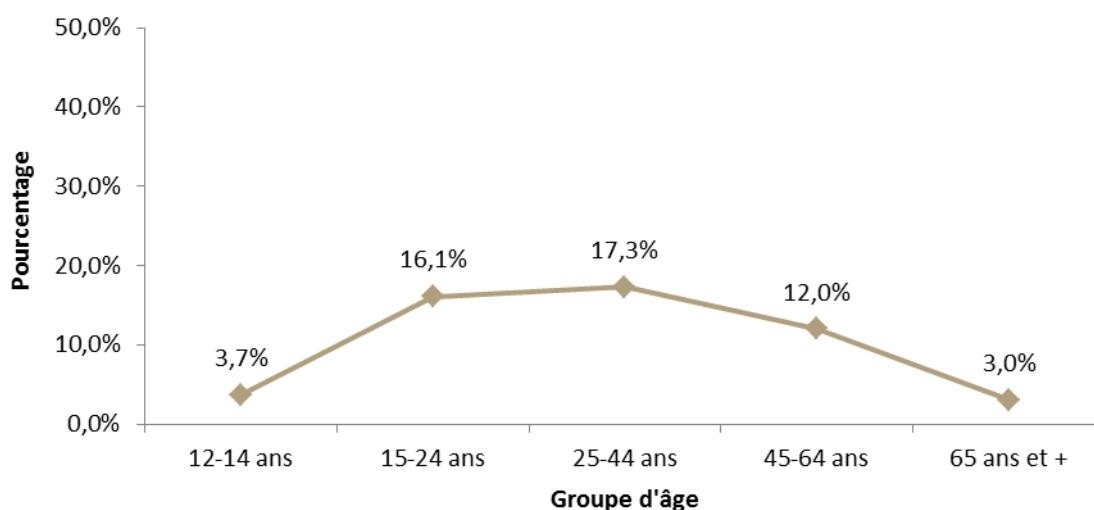
En ce qui concerne les tentatives de suicide, 7,7 % des adolescents affirment en avoir déjà fait une. Les filles sont plus nombreuses (10,0 %) que les garçons (5,6 %) à avoir déjà tenté de se suicider ($p < 0,05$). Mentionnons que les résultats sur le plan provincial montrent aussi que « (...) les filles présenteraient un taux deux fois supérieur aux garçons pour ce qui concerne les tentatives de suicide » (Langlois et Morrison, 2002). Ce sont les décès par suicide qui, au Québec, sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles (Gagné et St-Laurent, 2009). Les jeunes âgés entre 15 et 17 ans (10,3 %) sont beaucoup plus nombreux que les 12 à 14 ans (3,7 %) à avoir déjà fait une tentative de suicide. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,0035$).

Parmi les adolescents affirmant avoir déjà fait une tentative de suicide, 30,1 % l'auraient fait au cours de l'année précédant l'enquête, 68,8 % auraient déjà fait une tentative de suicide alors qu'ils étaient âgés entre 12 et 17 ans et 5,4 % alors qu'ils étaient âgés de moins de 12 ans. Au cours de l'année précédant l'enquête, une proportion plus élevée de filles (32,9 %) que de garçons (25,4 %) aurait fait une tentative de suicide. Il y a également plus de filles (73,8 %) que de garçons (60,1 %) qui auraient fait une tentative de suicide alors qu'elles étaient âgées entre 12 et 17 ans. Cependant, 14,5 % des garçons affirment avoir déjà fait une tentative de suicide alors qu'ils avaient moins de 12 ans, tandis qu'aucune fille ne fait cette même affirmation. Enfin, mentionnons que parmi les adolescents ayant participé à l'enquête, 15,0 % affirment qu'un membre de leur famille ou un ami proche a tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 12,0 % d'adultes qui font cette même affirmation.

⁶ La population de référence, autant Premières Nations que québécoise, exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête.

Une proportion de 14,6 % d'adultes affirme avoir déjà fait une tentative de suicide. De ce nombre, 12,3 % des adultes ont fait une tentative de suicide au cours de l'année précédant l'enquête, 59,2 % alors qu'ils étaient âgés de plus de 18 ans, 41,8 % alors qu'ils avaient entre 12 et 17 ans et enfin, 3,1 % alors qu'ils avaient moins de 12 ans. Selon la figure suivante, ce sont les 25 à 44 ans, suivi de près par les 15 à 24 ans qui ont répondu dans la plus forte proportion avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours.

Figure 15 : Proportion d'adolescents et d'adultes, selon le groupe d'âge, ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie



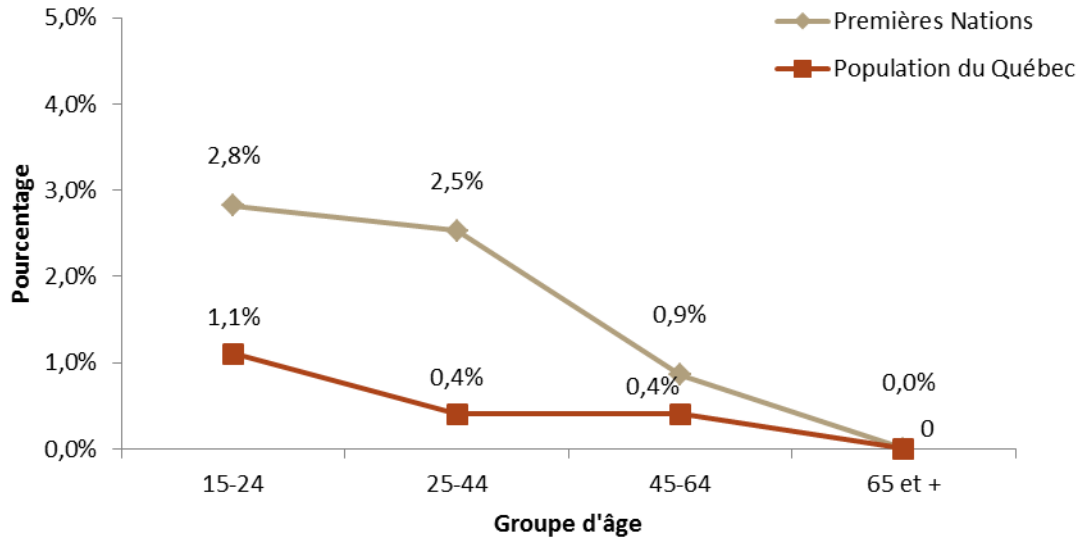
Selon les résultats de la présente enquête, parmi les adultes ayant déjà tenté de se suicider, 49,3 % d'entre eux ont un indice de détresse psychologique élevé.

Enfin, pour ce qui est de la proportion de répondants à avoir tenté de mettre fin à leurs jours au cours des douze mois précédant l'enquête, on remarque que l'écart entre la population du Québec en général⁷ et celle des Premières Nations est particulièrement observable chez les 15 à 24 ans et les 25 à 44 ans⁸.

7 Proportion de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2005 (Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, cycle 3.1, fichier de partage 2005 dans Institut de la statistique du Québec, 2010a : 7). Notes : La taille d'échantillon du groupe des 65 ans et plus de la population du Québec est trop petite. Les données présentes de haut taux de variation et doivent être interprétées avec prudence.

8 Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. La méthodologie utilisée peut différer entre les enquêtes.

Figure 16 : Proportion de répondants à avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, comparaison entre les Premières Nations et la population du Québec



DISCUSSION

Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que les adolescents et les adultes des Premières Nations du Québec se sentent plutôt en harmonie sur les plans physique, affectif, psychologique et spirituel, avec une forte proportion chez les aînés pour ce dernier plan. La majorité d'entre eux affirment avoir la plupart du temps quelqu'un qui leur témoigne de l'amour ou de l'affection et avoir quelqu'un qui les écoute et les soutient lorsqu'ils en ont besoin. Les adolescents affirment majoritairement ne pas du tout se sentir seuls. Une très forte majorité d'adolescents estiment qu'ils ont un excellent, un très bon ou un bon état de santé mentale et globalement, les jeunes ont une très bonne perception d'eux-mêmes. Il s'avère que la plupart de ces aspects présentent même une amélioration comparativement aux résultats de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002). Alors, comment se fait-il que sur le plan de la détresse psychologique, de la violence et du suicide, peu de progrès soient observables à ce jour?

Ce paradoxe dans les résultats peut-il être associé à la conception singulière que plusieurs Premières Nations ont du bien-être? Selon Van Gaalen et autres (2009), pour les Autochtones, le « bien-être est considéré non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme une expression positive de bien-être et de force apparente chez les personnes, les familles et les collectivités et dans leurs relations entre elles » (Van Gaalen et autres, 2009). Assurément, les paramètres traditionnellement utilisés dans le milieu scientifique afin de mesurer le bien-être ne cadrent pas entièrement avec ceux des Premières Nations, ce qui peut possiblement occasionner ce genre de contradiction. Par exemple, il est reconnu qu'en matière de dépression, certains individus ont des moyens culturellement différents d'exprimer ou de vivre leur état dépressif (Kirmayer et Javis, 2005 cités dans Kirmayer, Tait et Simpson, 2009).

Il demeure donc incontournable pour les organisations de santé et de services sociaux des Premières Nations, telle que la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), de poursuivre leurs efforts vers l'amélioration des conditions de vie des Premières Nations afin que les générations futures puissent jouir d'un bien-être personnel selon des valeurs culturelles qui leurs sont propres.


CONCLUSION

En guise de conclusion, rappelons que toutes études portant sur le bien-être personnel des Premières Nations doivent nécessairement inclure les dimensions culturelles et historiques de ces peuples. Par exemple, la théorie du traumatisme historique soutient : « (...) qu'une personne n'a pas à subir directement dans sa vie des préjudices pour en souffrir – des événements traumatisants marquant la vie d'une génération se répercutent dans la génération suivante » (FAG, 2006 : 137). Il est ainsi considéré que les pertes (langue, culture, traditions, système de croyances, autonomie politique, terres, ressources, etc.) encourues ces dernières décennies par les Autochtones ne sont pas étrangères à la détresse psychologique relevée au sein de plusieurs communautés contemporaines.

Ces dernières années, plusieurs recommandations gouvernementales (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) et Premières Nations (Comité consultatif sur le mieux-être (CCMM) des Premières Nations et des Inuits, 2005) ont conduit à différentes stratégies en matière de santé mentale et de prévention du suicide. Celles-ci tentent principalement de développer des services plus intégrés et selon un continuum entre ces divers services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Aussi, plusieurs programmes s'implantent désormais selon des approches communautaires et visent à mobiliser l'ensemble de la communauté ciblée dans le développement d'un avenir meilleur. Les résultats présentés ici offrent donc certaines informations qui permettront, c'est à souhaiter, d'orienter d'autres actions en respect avec les cultures des Premières Nations.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne pour la santé mentale – ACSM (1999). *L'estime de soi*, Semaine nationale de la santé mentale, du 3 au 9 mai, Le coffre à outils du bonheur, [En ligne], adresse URL : <http://www.acsm-ca.qc.ca/coffres-a-outils/1999/estime-de-soi.pdf>
- Comité consultatif sur le mieux-être mental (CCMM) des Premières Nations et des Inuits (2005). *Plan d'action stratégique pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits*, [En ligne], adresse URL : <http://www.cssspnql.com/fr/s-sociaux/documents/RapportvalidationFrancais.pdf>
- Comité régional en développement social Centre-du-Québec (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidences? Repères théoriques et état de la situation régionale*, Document de travail, pp. 17-21, [En ligne], adresse URL : <http://www.crdp.centre-du-quebec.qc.ca/client/uploads/36/185509170154622.pdf>
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006). *De l'ombre à la lumière*, Résumé et recommandations, Rapport final, pp. 56-69.
- Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être*, Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, pp. 17-23.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse – CDPDJ (2007). *Nunavik, Rapport, conclusions d'enquête et recommandations*, Enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson, 82 pages.
- Denton, Margaret, Steven Prus et Vivienne Walters (2004). *Gender differences in health : a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health*, dans *Social Science & Medicine* (58), 2585-2600
- Duclos, Germain (2010). *Fertiliser le sentiment d'appartenance chez les jeunes*, Le Réseau québécois de l'association canadienne pour la santé mentale, Êtes-vous bien entouré? Un réseau, ça se construit, p.9-10
- Échasseriau, Anne (2010). *Es-tu bien entouré?*, Le Réseau québécois de l'association canadienne pour la santé mentale, Êtes-vous bien entouré? Un réseau, ça se construit, p.6
- Fondation autochtone de guérison – FAG (2006). *Un cheminement de guérison : Le rétablissement vers un mieux-être*, Volume 1, pp. 133-182, [En ligne], adresse URL : <http://www.fadg.ca/downloads/volume-i-rapport-final.pdf>
- Gagné, M. et St-Laurent, D. (2009). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes 1981-2007*. Institut national de santé publique du Québec. [En ligne], adresse URL : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/890_BulSuicide09.pdf
- Gouvernement du Canada, Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006, 188 pages.
- Institut de la statistique du Québec (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, Zoom santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, par Hélène Camirand et Virginie Nanhou, 4 pages.

- 
- Institut de la statistique du Québec (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), 104 pages.
- Institut de la statistique du Québec (2010 a). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social*, Zoom santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Virginie Nanhou, Claire Fournier et Nathalie Audet, 8 pages.
- Institut nationale de santé publique du Québec –INSPQ (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème 1981 à 2006*, document préparé par Danielle St-Laurent et Mathieu Gagné, 20 pages.
- Institut nationale de santé publique du Québec –INSPQ (2009). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007*, auteurs Mathieu Gagné, Danielle St-Laurent, 19 pages.
- Institut nationale de santé publique du Québec –INSPQ (2011). *Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord, Ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention*, 68 pages.
- Kino Québec (2011). *L'activité physique, le sport et les jeunes*, Savoir et Agir, Avis du Comité scientifique de Kino Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 112 pages, [En ligne], adresse URL : http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/SLS/Sport_activite_physique/ActivitePhysique_LeSportEtLesJeunes_AvisCSKQ.pdf
- Kirmayer, Tait et Simpson (2009). *The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada: Transformations of Identity and Community*, dans *Healing Traditions, The mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, Edited by Laurence J. Kirmayer and Gail Guthrie Valaskakis, pp. 3-35.
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). *Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap*, *Lancet* vol. 374, pp. 76-85.
- Langlois et Morrison (2002). *Suicides et tentatives de suicide*, *Rapports sur la santé*, 13(2), 9-25. N° 82-003-XPB au catalogue, Statistique Canada, [En ligne], adresse URL : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2002002/article/6349-fra.pdf>
- Lalonde, Christopher E. (2009). *Peut-on dire d'une collectivité qu'elle est « en bonne santé mentale »? Peut-être, mais seulement si la réalité entière est plus grande que la somme des parties*, dans *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue des autochtones*, Institution canadienne d'information sur la santé, pp.37-42.
- McCormick, Rod M. (2009). *Toutes mes relations*, *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé-ICIS, pp3-7.
- Mearns, Jack (2011). *The Social Learning Theory of Julian B. Rotter*, [En ligne], adresse URL : <http://psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm>
- Milan, Anne (2006). *Assumer son destin : perceptions de la maîtrise de sa destinée*, Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes, No 11-008, pp. 10-14.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux - MSSS du Québec (2011). *Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Les statistiques, Pour guider l'action, pp.204-210.
- Pearlin L. I. & Schooler, C. (1978). *The structure of coping*, *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.

Bien-être personnel

Santé Canada (2007). *Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones*, Santé mentale et bien-être, [En ligne], adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>

Trocme, Nico (2005). *Maltraitance envers les enfants et impacts sur l'épidémiologie du développement psychosocial*, Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, [En ligne], adresse URL : <http://www.enfant.encyclopedie.com/documents/TrocmeFRxp.pdf>

Van Gaalen, R. P., Wiebe, P. K., Langlois, K., Costen, E. (2009). *Réflexions sur le bien-être mental des collectivités des Premières Nations et des Inuits*, dans *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones*, Initiatives sur la santé de la population canadienne, Institution canadienne d'information sur la santé, pp.9-17.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR