

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes *Cycle 2.1*
Iiyiyiu Aschii

liyyiu Aschii



Juin 2008



Conseil Crie de la santé et des services sociaux de la Baie James
 ᑕᑎᑦᑲᑦ ᑲᑦ ᐃᑦᑲᑦ ᐃᑦᑲᑦ ᐃᑦᑲᑦ ᐃᑦᑲᑦ ᐃᑦᑲᑦ
 Cree Board of Health and Social Services of James Bay

**Institut national
de santé publique**

Québec

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1
Iiyiyiu Aschii, 2003

Santé mentale

AUTEURS

Gilles Légaré

Université du Québec à Rimouski &

Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement

Institut national de santé publique du Québec

Ellen Bobet

Recherche et rédaction Confluence, pour le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la
Baie James

ÉDITION ET COORDINATION

Gilles Légaré, Marie-Anne Kimpton et Mélanie Anctil
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

ANALYSES STATISTIQUES

Denis Hamel
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Jill Torrie, Yv Bonnier-Viger, Marcellin Gangbè, Elena Kuzmina et Pierre Lejeune
Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

LECTEUR

Louise Fournier
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Line Mailloux
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

PUBLICATION

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James &
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale
sur le site Web du CCSSBJ au www.creepublichealth.org
et sur le site Web de l'INSPQ au www.inspq.qc.ca*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales
à la condition d'en mentionner la source.*

Photo : Katherine Morrow
Conception graphique : Katya Petrov

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)
Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-52894-4 (PDF)
© Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (2008)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	2
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYYIYIU ASCHII, 2003	2
INTRODUCTION.....	3
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	4
Portée et limites des données.....	4
RÉSULTATS	5
Prévalence de certains troubles mentaux.....	5
Perception de sa santé mentale	5
Consultations liées à un problème de santé mentale.....	6
Indicateurs de bien-être psychologique liés à la santé mentale	6
Capacité d'adaptation aux situations stressantes	7
DISCUSSION ET CONCLUSION	9
POINTS IMPORTANTS	10
RÉFÉRENCES.....	10
ANNEXE.....	13

AVANT-PROPOS

Ce fascicule présente les résultats d'une enquête de santé menée en 2003 auprès des ménages de la région d'Iiyiyiu Aschii¹. Une enquête similaire avait été réalisée par Santé Québec dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Après plus de dix ans, il devenait indispensable pour la Direction de santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) de disposer d'un nouveau portrait de l'état de santé de sa population. L'enquête de 2003 avait donc pour objectif de fournir des renseignements à jour sur les principaux problèmes de santé et leurs déterminants afin de mieux planifier, administrer et évaluer les divers programmes sociaux et sanitaires de la région.

Depuis 2001, la *Loi sur la santé publique* attribue aux directions de santé publique du Québec le mandat de mener des enquêtes périodiques pour évaluer l'état de santé de leur population. Pour remplir ce mandat, les régions sociosanitaires de la province – à l'exception d'Iiyiyiu Aschii et du Nunavik – participent depuis 2000-2001 à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée par Statistique Canada.

En 2003, la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii a décidé de se greffer à cette vaste démarche déjà en cours dans l'ensemble du Canada, et de conduire une enquête de type ESCC sur son territoire (Statistique Canada, 2003). Étant donné qu'elle fait partie du réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la Direction de santé publique du CCSSSBJ a pu bénéficier de l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la coordination de l'analyse des résultats. La rédaction des fascicules a été confiée à différents professionnels du réseau québécois de la santé et de la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii, ainsi qu'à des intervenants du milieu universitaire. Les analyses dévoilées présentent à la fois les résultats de divers aspects de la santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii, mais offrent aussi des comparaisons avec les données de 1991 pour la région, et les données de 2003 pour le reste du Québec (Santé Québec, 1994; Statistique Canada, 2003). Les analyses s'adressent à tous les intervenants (professionnels, administrateurs, planificateurs et chercheurs) intéressés par l'état de santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii.

Dix fascicules ont ainsi été produits dans le cadre de cette enquête :

- Caractéristiques démographiques et sociales de la population habitant Iiyiyiu Aschii

- Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel
- L'usage de la cigarette
- Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent
- Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé
- État de santé, espérance de vie et limitation des activités
- Blessures et sécurité dans les transports
- Santé mentale
- Utilisation et appréciation des services de santé
- Méthodes de l'enquête.

Enfin, un dernier fascicule, les *Faits saillants de l'enquête*, présente brièvement l'ensemble des résultats de cette enquête sanitaire.

La réalisation de cette enquête a été rendue possible grâce à la participation de nombreux collaborateurs tout au long de son déroulement. Mentionnons notamment la contribution de Mme Jill Elaine Torrie, directrice des services spécialisés, et de M. Yv Bonnier-Viger, directeur de la santé publique du Conseil cri, lors des étapes de planification et de réalisation sur le terrain. Nous désirons aussi remercier la population crie dont on doit souligner la participation exceptionnelle.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003

Cette enquête a été effectuée au cours de l'été 2003 auprès d'un échantillon représentatif des résidents de 12 ans et plus des neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii : Chisasibi, Eastmain, Mistissini, Nemiscau, Oujé-Bougoumou, Waskaganish, Waswanipi, Wemindji, Whapmagoostui.

L'échantillon prévu de 1 000 personnes a été choisi au hasard parmi les résidents des ménages privés de la région. L'échantillon final inclut à la fois des résidents autochtones et non autochtones. La majorité des entrevues (85 %) ont été réalisées en face-à-face à l'aide d'un questionnaire assisté par ordinateur. Les personnes absentes lors de la première vague de collecte de données au cours de l'été 2003 ont été interviewées par téléphone à la fin de l'automne 2003.

¹ L'appellation crie *Iiyiyiu Aschii* est utilisée tout au long du texte et désigne la région sociosanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

La participation à cette enquête est élevée : des 646 ménages sélectionnés, 581 ont accepté de participer à l'enquête (90 %). Parmi ces ménages, 920 personnes éligibles sur les 1 074 (86 %) ont accepté de répondre aux questionnaires. Le taux de réponse combiné s'élève ainsi à 78 %. Les résultats de l'enquête ont été ajustés en fonction de la population de 12 ans et plus de la région d'Iiyiyiu Aschii faisant partie d'un ménage privé; ce qui exclut les personnes vivant en institution, telles les résidences pour personnes âgées. Notons que cette recherche exclut aussi les enfants de moins de 12 ans. Toutes les données présentées dans ce document ont été pondérées afin de pouvoir les inférer à l'ensemble de la population.

Comme les données proviennent d'un échantillon, elles comportent une erreur d'échantillonnage dont on doit tenir compte. Un coefficient de variation (CV) a pour cette raison été utilisé afin de quantifier la précision des estimés et les barèmes de Statistique Canada ont été utilisés pour en qualifier la précision. La présence d'un astérisque «*» accompagnant une estimation signifie que cette dernière a une estimation marginale (CV entre 16,6 % et 33,3 %). Les estimés dont la précision était jugée inacceptable (CV > 33,3 %), ou ceux dont le nombre de répondants était inférieur à 10, ont été supprimés et remplacés par les lettres « NP ».

Les analyses statistiques concernant les comparaisons entre les sexes, groupes d'âge ou sous-régions ont été effectuées au seuil α de 0,05. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec ont, pour leur part, été ajustées afin de prendre en compte les différences entre la structure d'âge de la population d'Iiyiyiu Aschii et celle du reste du Québec; ces comparaisons ont été effectuées au seuil α de 0,01 (Statistique Canada, 2003).

Lorsque les questions posées étaient semblables, les résultats de l'enquête ont pu être comparés avec ceux de l'enquête menée dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Compte tenu des différences entre les méthodes d'échantillonnage des deux enquêtes, ces comparaisons ne concernent cependant que les Cris âgés de 15 ans et plus et incluent un ajustement des proportions qui tient compte de cette modification dans la structure d'âge de la population. Seules les données brutes sont toutefois présentées dans le texte afin d'éviter toute confusion possible avec les proportions ajustées.

Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, veuillez consulter le fascicule intitulé *Méthodes de l'enquête*.

INTRODUCTION

La santé mentale constitue un aspect important de l'état sanitaire d'une population. Cependant, peu d'études se sont penchées sur cet aspect de la santé chez les Cris d'Iiyiyiu Aschii ou chez les autres nations autochtones du Québec et du Canada. La santé mentale est généralement abordée sous divers angles tels les troubles mentaux, le suicide, la toxicomanie ou l'accès aux services dans les communautés (Barss, 1998; CCPS, 2002; CSSSPNLQ, 2003; Laverdure & Lavallée, 1989). Une étude menée dans la région d'Iiyiyiu Aschii à la fin des années 80 s'est penchée plus spécifiquement sur les taux d'hospitalisation associés à la santé mentale et comprenait également des entrevues menées auprès de professionnels de la santé mentale. Cette étude rapportait que les problèmes rencontrés dans la région relevaient moins de pathologies sévères que de problèmes psychosociaux, tels ceux reliés à l'alcool, la violence, la délinquance ou les relations parents-enfants (Laverdure & Lavallée, 1989). Une étude plus récente menée par Minde et Minde auprès de 100 enfants cris référés à un service de santé mentale identifiait pour sa part une association entre le niveau de scolarité des parents et la présence de désordres psychosociaux (Minde & Minde, 1995).

Cependant, il faut distinguer les notions de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux, notions qui sont parfois utilisées indistinctement. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a proposé en 1994 une distinction entre ces deux notions. Le trouble mental est défini comme une maladie caractérisée, telle la dépression majeure, que l'on peut diagnostiquer et qui entraîne, chez les personnes affectées, une détérioration notable des capacités cognitives, affectives ou relationnelles (CSMQ, 1994). Pour leur part, les problèmes de santé mentale réfèrent à un ensemble de difficultés qui résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Dans cette optique, la santé mentale se définit comme un état d'équilibre psychique de la personne à un moment donné, que l'on peut apprécier par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales, la qualité des relations et la capacité d'adaptation de l'individu avec son milieu (CSMQ, 1994).

La santé mentale des individus est influencée par divers facteurs que l'on peut catégoriser en différents niveaux selon une approche systémique : individu, milieu de vie, conditions sociales, normes, valeurs et idéologies dominantes (Bronfrenbrenner, 1979). Ainsi, les caractéristiques comme le sexe, l'âge de l'individu, le statut matrimonial, le niveau d'éducation, le type de communauté de résidence, l'état de santé physique, la

consommation inappropriée d'alcool ou de drogues, le sentiment d'appartenance à sa communauté, la pratique religieuse, le contrôle d'une communauté sur sa destinée et la vitesse des changements subis par celle-ci, peuvent influencer négativement ou positivement la santé mentale (Blanchet et al., 1993; Chandler & Lalonde, 1998; Simard & Proulx, 1995).

Ce fascicule décrit différents aspects de la santé mentale des résidents d'Iiyiyiu Aschii mesurés en 2003 lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1). Les aspects suivants ont été retenus soit : la prévalence des troubles mentaux rapportés (tels les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété), l'autoévaluation par les répondants de leur santé mentale et la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale². Sont également couverts les éléments en relation avec certains indicateurs de bien-être psychologique, tels que la satisfaction face à la vie, le bonheur perçu, la capacité à faire face aux situations imprévues, les sources de stress ainsi que les moyens utilisés pour en diminuer l'effet.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

La prévalence de certains troubles mentaux diagnostiqués par un professionnel de la santé et rapportés par les répondants est tirée du module portant sur les problèmes de santé de longue durée (Problèmes de santé chroniques). Il s'agit des troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie et dysthymie) et des troubles d'anxiété (phobie, trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive, trouble panique). Ces troubles devaient avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé et affecter le répondant sur une période d'au moins six mois.

L'évaluation que font les répondants de leur santé mentale a été mesurée par une question portant sur la perception de sa santé mentale que l'on retrouve au module État de santé générale. Cette question a été développée lors de la National Comorbidity Study menée aux États-Unis (Kessler et al., 1994) et a été utilisée lors d'autres enquêtes de santé mentale populationnelles en Ontario et au Québec (Légaré et al., 2000; Lesage et al., 1994; Offord et al., 1996). L'autoévaluation de son état de santé est un indicateur associé à la morbidité déclarée, à la morbidité diagnostiquée, à l'utilisation des services de santé, à la consommation de médicaments, à

l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités (Levasseur, 1995).

Les informations au sujet de la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale sont tirées du module Utilisation des services de santé mentale et concernent les consultations effectuées dans les 12 mois précédant l'enquête auprès d'un médecin omnipraticien, psychiatre, psychologue, infirmière ou travailleur social.

D'un autre côté, deux indicateurs soit, une mesure de la satisfaction face à vie en général et la perception du bonheur ont servi à estimer des facettes d'une santé mentale positive. Bien que la santé mentale positive soit corrélée à la détresse psychologique, elle comprend une dimension distincte. Cette santé mentale positive est considérée par certains auteurs comme une estimation de sa qualité de vie globale ou un jugement sur sa satisfaction face à la vie auquel s'ajoute une estimation du bonheur comme autre élément (Massé et al., 1998). Dans cette enquête, la mesure de la satisfaction face à la vie provient du module État de santé générale. Les réponses ont été dichotomisées en deux catégories soit « très satisfait ou satisfait » et « neutre ou insatisfait ». La perception du bonheur provient pour sa part du module Indice de l'état de santé. Les réponses à cette question ont été dichotomisées entre les personnes se disant « heureuses et intéressées à vivre » ou « plutôt heureuses » et celles se disant « plutôt malheureuses, « malheureuses et peu intéressées à vivre » et « si malheureuses que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ».

La capacité à faire face à des situations imprévues provient du module portant sur le stress qui estime la capacité des individus à faire face à des situations imprévues, inattendues ou difficiles. La principale source de stress quotidienne est également spécifiée et une série de questions estiment les différentes stratégies utilisées pour y faire face.

PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES

La section sur les problèmes de santé de longue durée n'inclut pas tous les troubles mentaux dont pourraient souffrir une personne, mais s'intéresse seulement à ceux spécifiés précédemment, soient les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété. Il est par ailleurs possible que cette section sous-estime le nombre réel de personnes affectées par des troubles de santé mentale, car seuls les cas ayant été diagnostiqués par un professionnel de la santé sont rapportés ici, ce qui élimine tous les sujets qui, pour des raisons personnelles ou à cause de l'accessibilité limitée des services dans la région, n'ont pas consulté un professionnel (Lin et al., 1996). Selon les

² La détresse psychologique, qui avait fait l'objet d'une mesure lors de l'enquête de 1991, n'a pas été retenue ici compte tenu des variations dans le mode d'administration de l'instrument et de la gestion de la non-réponse qui rendaient inopérantes les comparaisons avec les données de l'enquête de 1991 ainsi que celles avec le reste du Québec.

études récentes menées au Canada, moins de la moitié (43 %) des sujets dépressifs auraient parlé de leurs symptômes à un professionnel de la santé et une proportion encore plus faible de personnes (23 %) auraient été traitées (Diverty & Beaudet, 1997; Patten, 2002). Nous ne possédons pas d'indication du sous-diagnostic en ce qui concerne les troubles d'anxiété. Ces troubles sont toutefois sujets au biais de rappel, particulièrement chez les personnes plus âgées pour lesquelles ces troubles auraient été diagnostiqués il y a plusieurs années, mais également pour les sujets qui tendent à taire ces problèmes. Il est également possible que des individus évitent de déclarer de tels troubles par peur d'un jugement défavorable de la part de l'entourage.

Les questions portant sur la perception de sa santé mentale, du bonheur, ou sur la satisfaction face à la vie sont susceptibles d'être influencées par un biais de désirabilité sociale qui estimerait à la hausse les perceptions rapportées.

Enfin, les questions portant sur la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale sont susceptibles d'être sous-estimées compte tenu de l'accessibilité réduite des services de santé mentale dans des communautés isolées comme celles d'Iiyiyiu Aschii et de la confidentialité lors de l'accès aux services dans de petites communautés.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DE CERTAINS TROUBLES MENTAUX

Deux catégories de troubles parmi les plus courants ont été estimées par cette enquête, soit les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété. Ces troubles devaient avoir été formellement diagnostiqués par un professionnel de la santé et durer depuis au moins six mois.

La proportion des troubles de l'humeur rapportés dans la population de 12 ans et plus de la région est de 4,7 %, ce qui représente environ 480 résidents (tableau 1). On n'observe pas de différence selon le sexe ou la sous-région de résidence³, quoique la proportion rapportée dans les communautés continentales tend à être plus élevée (données non présentées). Les troubles d'anxiété ont pour leur part affecté 2,9 %* des individus de 12 ans

et plus, soit environ 300 résidents d'Iiyiyiu Aschii. On n'observe pas de différence selon le sexe ou le lieu de résidence. La région ne se distingue par ailleurs pas du reste du Québec quant aux prévalences des troubles de l'humeur ou des troubles d'anxiété (tableau 1).

Tableau 1

Proportion de troubles mentaux de longue durée selon le type de trouble (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003^a

	Iiyiyiu Aschii	Reste du Québec
Troubles de l'humeur	4,7	3,8
Troubles anxieux	2,9*	3,8

^a Taux bruts.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

PERCEPTION DE SA SANTÉ MENTALE

Au total, 53 % des résidents d'Iiyiyiu Aschii considèrent leur santé mentale comme étant « excellente ou très bonne », 39 % la jugent « bonne », et 8 % la jugent « moyenne ou mauvaise » (figure 1). La perception qu'ont les répondants de leur santé mentale ne varie pas de façon significative entre les sexes, ni selon le statut d'emploi ou la langue d'usage à la maison. Elle semble par contre liée à l'âge : les personnes de 45 ans et plus rapportant une santé mentale meilleure que les autres groupes. La perception de sa santé mentale est également liée à la scolarité⁴ : les gens les plus scolarisés rapportent plus souvent que les autres une santé mentale « excellente ou très bonne » (données non présentées).

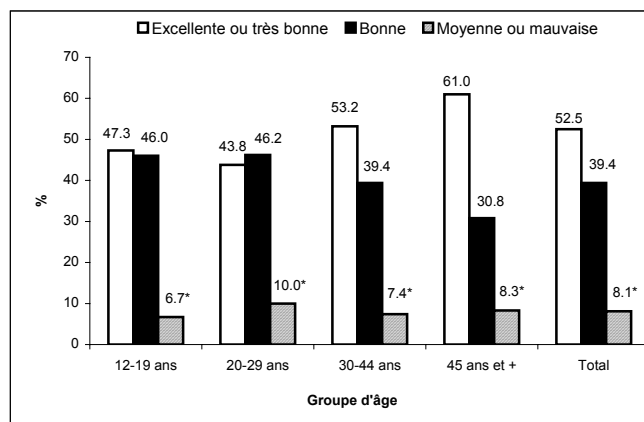
* L'astérisque signifie qu'il s'agit d'une estimation imprécise (c.v. entre 16,6 % et 33,3 %), donnée à interpréter avec circonspection.

³ Les neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii ont été divisées en deux sous-régions pour fins de comparaison. Les communautés côtières incluent Chisasibi, Wemindji, Eastmain, Waskaganish et Whapmagoostui, tandis que les communautés continentales regroupent Nemiscau, Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi.

⁴ Le niveau de scolarité a été défini fonction du nombre d'années d'études. La catégorie « peu scolarisé » équivaut à moins de 7 années d'études (moins que le Secondaire 1). La catégorie « moyennement scolarisé » correspond à entre 7 et 11 années d'études (études secondaires complétées ou partiellement complétées). La catégorie « plus scolarisé » équivaut à 12 années d'études ou plus (soit quelques années d'études collégiales ou postsecondaires complétées).

Figure 1

Perception de sa santé mentale selon le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003.

Comparativement aux autres Québécois, les résidents d'Iiyiyiu Aschii sont beaucoup moins enclins à rapporter une santé mentale « excellente ou très bonne », et plus portés à rapporter une santé mentale « passable ou mauvaise ». Ces écarts relatifs avec le reste de la province s'observent tant chez les hommes que chez les femmes, et chez tous les groupes d'âge.

La perception de sa santé mentale semble par ailleurs varier selon le lieu de résidence. Les résidents des communautés continentales sont significativement plus portés à qualifier leur santé mentale de « passable ou mauvaise » comparativement à ceux des communautés côtières (12 % vs 6 %*). Comme dans les enquêtes menées ailleurs au pays, l'autoévaluation de sa santé mentale est étroitement liée à la perception de sa santé physique. Parmi les répondants qui jugent leur santé physique « excellente ou très bonne », seuls 4 % déclarent avoir une « mauvaise » santé mentale, comparativement à 30 % chez ceux qui jugent leur santé physique comme étant « passable ou mauvaise » (données non présentées).

Finalement, la perception que les répondants entretiennent à propos de leur santé mentale semble liée à certaines habitudes de vie et appartenances religieuses. On observe en effet que les personnes qui rapportent avoir consommé de la marijuana ou de la cocaïne au cours des douze mois précédant l'enquête qualifient plus souvent leur santé mentale de « passable ou mauvaise » (tableau A1, annexe). Il en va de même de la relation avec la fréquence de consommation d'alcool où la perception de la santé mentale est qualifiée plus négativement chez les personnes qui rapportent une

consommation d'alcool plus fréquente. Ces associations traduisent peut-être un effet associé à l'âge puisque ce sont les jeunes qui sont les plus enclins à prendre des drogues et de l'alcool. À l'inverse, l'appartenance religieuse semble bénéfique sur le plan de la santé mentale. Les résidents pour lesquels les valeurs spirituelles jouent un rôle important dans leur vie rapportent moins souvent une santé mentale « passable ou mauvaise ». Le fait d'avoir une religion semble également associé à une meilleure santé mentale, bien que les différences observées ne soient pas significatives au seuil $\alpha = 0,05$ (tableau A1, annexe).

CONSULTATIONS LIÉES À UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Au total, 9 % des résidents de 12 ans et plus affirment avoir consulté un professionnel de la santé pour un problème émotif ou de santé mentale au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau A2, annexe). La plupart d'entre eux disent avoir consulté un psychologue (65 %), alors que les autres ont consulté dans des proportions semblables un médecin de famille (21 %), un travailleur social (20 %) ou un autre professionnel (19 %).

Étant donné le nombre restreint de personnes affirmant avoir consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, on trouve peu de différences significatives entre les groupes (tableau A2, annexe). Cependant, on remarque certaines tendances semblables à celles observées pour l'autoévaluation de sa santé mentale. Les résidents des villages continentaux sont ainsi plus enclins à consulter pour un problème de santé mentale que ceux des villages côtiers. Les gens moins scolarisés, ainsi que ceux qui parlent le cri à la maison, semblent également consulter plus souvent que les autres. Les gens qui jugent leur santé mentale « passable ou mauvaise » consultent des professionnels pour des problèmes de santé mentale en plus forte proportion que ceux qui jugent leur santé mentale « bonne ou excellente » (tableau A2, annexe). La proportion de gens ayant consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale ne diffère pas de celle qu'on observe ailleurs au Québec.

INDICATEURS DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE LIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Deux indicateurs de bien-être psychologique sont généralement associés à une santé mentale positive, il s'agit de la satisfaction face à la vie en général et de la perception du bonheur. La très grande majorité des résidents d'Iiyiyiu Aschii, soit près de neuf personnes sur dix (88 %), se disent « satisfaits ou très satisfaits » de leur vie en général (tableau A3, annexe). Les hommes

s'estiment plus satisfaits que les femmes (92 % c. 85 %), mais on n'observe pas de différence selon les groupes d'âge. La satisfaction face à la vie est généralement plus élevée dans les communautés côtières comparativement aux communautés continentales (92 % c. 83 %). On n'observe pas de différence significative du niveau de satisfaction face à la vie selon la scolarité, le statut matrimonial ou la langue d'usage à la maison. La proportion de personnes de 12 ans et plus se disant satisfaites (ou très satisfaites) de leur vie sociale est significativement moins élevée dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du Québec, quoique cette différence soit modeste (données non présentées). Une analyse plus fine montre cependant que cette différence significative ne se retrouve que parmi les femmes et les jeunes âgés de 20 à 29 ans (données non présentées).

La presque totalité des répondants (94 %) se disent « heureux ou plutôt heureux » lorsqu'on leur demande de qualifier leur perception du bonheur (tableau A3, annexe). On n'observe pas de différence selon le sexe en ce qui concerne la perception du bonheur, mais il appert que les adolescents (12 à 19 ans) se considèrent moins heureux que leurs aînés. On n'observe pas de différence selon la sous-région de résidence, la scolarité ou le statut matrimonial, mais les personnes qui utilisent une langue autre que le cri à la maison affichent un bonheur perçu légèrement plus élevé (98 % c. 93 %). La perception du bonheur serait légèrement mais significativement moins élevée dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du Québec et ce, pour les deux sexes ainsi que pour les adolescents et les personnes âgées de 30 à 44 ans (données non présentées).

CAPACITÉ D'ADAPTATION AUX SITUATIONS STRESSANTES

Une question permettait d'apprécier la perception globale des répondants relativement à leur capacité à faire face aux situations imprévues, c'est-à-dire aux situations généralement considérées stressantes. Au total, la moitié (49 %) des résidents de 12 ans et plus estiment « excellente ou très bonne » leur capacité à faire face à des situations imprévues et 14 % la décrivent comme « passable ou mauvaise » (tableau A4, annexe). Les hommes s'estiment plus en mesure de faire face aux situations stressantes comparativement aux femmes (53 % c. 44 %). Cette capacité à faire aux situations stressantes s'améliore significativement avec l'âge, passant de 40 % chez les adolescents à 60 % chez les personnes de 45 ans et plus.

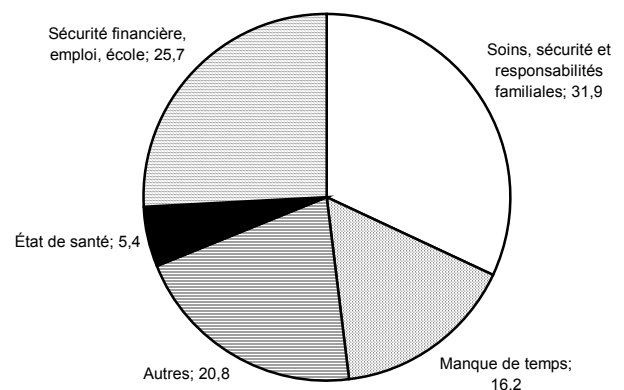
Cette capacité d'adaptation aux situations imprévues est significativement associée au niveau de scolarité, passant de 39 % chez les personnes peu scolarisées à 62 % chez les plus scolarisées. Cette capacité d'adaptation est

également associée au statut matrimonial. Ce sont les célibataires qui affichent la moins bonne capacité d'adaptation aux situations imprévues tandis que les personnes séparées, divorcées ou veuves affichent la meilleure capacité d'adaptation. Cette dernière association traduit peut-être un effet associé à l'âge étant donné que les jeunes forment la majeure partie des célibataires. On observe également une association entre la capacité d'adaptation et la langue parlée à la maison. Les personnes s'exprimant dans une autre langue que le cri affichent une meilleure capacité à faire aux situations imprévues (45 % c. 61 %). Enfin, proportionnellement plus de résidents de la région âgés de moins de 45 ans estiment « excellente ou très bonne » leur capacité à faire face à des situations imprévues comparativement aux Québécois du même groupe d'âge; cette proportion n'est toutefois pas statistiquement différente chez les personnes de 45 ans et plus (données non présentées).

Une série de questions identifiaient les plus importantes sources de stress chez les personnes en ayant rapportées (figure 2). Les principales sources de stress sont, en ordre décroissant d'importance, les soins et responsabilités familiales (32 %), les aspects relatifs au travail, à l'école et à la sécurité financière (26 %), le manque de temps en général (16 %), son propre état de santé (5 %) et d'autres motifs (21 %). Une ventilation de ces données selon le sexe montre que les femmes identifient plus fréquemment les soins, la sécurité et les responsabilités familiales comme principale source de stress, alors que les hommes placent la sécurité financière, l'emploi ou l'école en tête de liste. Les autres sources de stress ne varient pas selon le sexe (données non présentées).

Figure 2

Les plus importantes sources des sentiments de stress (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Diverses stratégies peuvent être mises en œuvre afin de faire face aux situations stressantes. Cette enquête demandait à cet égard aux répondants d'identifier, parmi 14 comportements différents, lesquels ils utilisent pour faire face aux situations de stress (tableau 2). Les trois attitudes les plus fréquemment mentionnées sont : de regarder le bon côté des choses (91 %), d'effectuer quelque chose d'agréable (89 %) ou d'essayer de résoudre le problème (87 %). On n'observe pas de différences significatives entre les sexes, ces trois comportements étant rapportés également par les hommes ou les femmes. Discuter du problème avec son entourage (74 %), attendre que la situation disparaisse (69 %) ou prier (66 %) sont les comportements les plus fréquemment identifiés après ceux énumérés ci-dessus. Dans ce cas-ci, les femmes rapportent ces comportements dans une proportion significativement plus grande que les hommes. Se blâmer à cause de cette situation (57 %), fumer plus qu'à l'habitude (51 %), s'isoler des autres (50 %) sont des comportements respectivement rapportés par plus de la moitié des répondants. Les comportements relatifs à une prise de nourriture plus ou moins élevée qu'à l'habitude (41 %) ou au sommeil prolongé (34 %) regroupaient plus du tiers des répondants, mais les femmes sont plus nombreuses à identifier une consommation plus ou moins abondante de nourriture pour faire face au stress. Enfin, les comportements associés à la consommation de substances, tels que l'alcool (18 %) ou les drogues et médicaments (12 %), arrivent en dernier lieu et sont rapportés plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 2
Stratégies utilisées (souvent ou parfois) pour faire face aux situations de stress (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Total	Hommes	Femmes
Regarder le bon côté des choses	90,8	90,1	91,5
Effectuer quelque chose d'agréable	89,3	88,3	90,4
Essayer de résoudre le problème	86,5	85,9	87,1
Discuter avec son entourage	73,9	69,8 ¹	78,0 ¹
Attendre que la situation disparaisse	68,8	61,1 ¹	76,7 ¹
Prier ou chercher de l'aide spirituelle	66,4	60,9 ¹	72,1 ¹
Se blâmer pour cette situation	57,4	55,0	59,8
Fumer plus qu'à l'habitude	50,8	45,6 ¹	56,8 ¹
S'isoler des autres	49,6	50,1	49,2
Manger plus ou moins qu'à l'habitude	41,3	32,6 ¹	50,3 ¹
Faire de l'exercice physique	39,3	42,6	36,0
Dormir plus qu'à l'habitude	34,1	31,7	36,7
Consommer de l'alcool	18,0	20,7 ¹	15,2 ¹
Consommer des drogues ou des médicaments	11,8	14,2 ¹	9,3 ¹

¹ Les estimés ayant le même exposant sont significativement différents au seuil $\alpha = 0,05$.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats observés dans cette étude vont dans le même sens que ceux révélés par l'enquête de Laverdure et Lavallée en 1989 : les résidents d'Iiyiyiu Aschii rapportent assez souvent des problèmes de santé mentale, entendue au sens large d'un déséquilibre entre l'individu et son environnement, mais les pathologies mentales semblent peu fréquentes. Les prévalences des troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie) et des troubles d'anxiété sont relativement faibles et comparables à ceux qu'on observe ailleurs au Québec. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que d'autres études ailleurs au Canada ont souligné que les Premières Nations souffraient plus de dépression et de détresse que les autres Canadiens (FNRHS, 2005; Tjepkema, 2002; CSCR, 1998). Les faibles taux observés dans la région d'Iiyiyiu Aschii s'expliquent peut-être en partie par le sous-diagnostic des problèmes de santé mentale dans la région compte tenu du manque de professionnels de la santé. Cependant, on sait que les décès par suicide, qui sont souvent une conséquence des troubles mentaux, sont peu fréquents dans la région et que le taux de décès par suicide est de beaucoup inférieur à celui observé dans d'autres communautés autochtones au pays. L'enquête de 1991 n'observait pas non plus de différences entre Iiyiyiu Aschii et le reste du Québec dans les proportions d'idéations suicidaires ou de tentatives rapportées (Barss, 1998; Boyer, Préville, & Légaré, 1994).

Au total, 53 % des répondants de la région d'Iiyiyiu Aschii qualifient leur santé mentale « d'excellente ou très bonne ». Comme c'est le cas dans d'autres populations, les personnes plus âgées ont plus tendance à rapporter non seulement qu'elles jouissent d'une bonne santé mentale, mais aussi qu'elles ont une bonne capacité à faire face à des difficultés imprévues (Légaré et al., 2000; Stephens et al., 1999; Tousignant, 1998). Une bonne santé mentale semble également plus fréquente chez les gens plus scolarisés, ceux qui accordent un rôle important à la spiritualité et ceux qui déclarent avoir une religion. Ce dernier constat concorde avec des études antérieures indiquant que l'appartenance religieuse pourrait jouer un rôle protecteur contre les idées suicidaires (Boothroyd, 1998). À l'inverse, une perception négative de sa santé mentale semble proportionnellement plus importante chez les individus qui consomment plus fréquemment de l'alcool, ou qui ont consommé de la marijuana ou de la cocaïne au cours de l'année. Cette relation peut être en partie liée à l'âge; elle a aussi été observée lors d'études antérieures (Boothroyd, 1998; Boothroyd et al., 2001).

Les données de cette enquête ne montrent pas d'association entre la perception de sa santé mentale et le statut d'emploi. Pourtant, lors de l'Enquête sociale et de santé, une enquête québécoise menée en 1998, on observait un niveau de santé mentale moindre chez les personnes qui n'occupaient pas d'emploi, étudiaient ou tenaient maison (Légaré et al., 2000). Cette association dans l'enquête québécoise de 1998 pouvait traduire la présence d'un problème de santé qui empêchait la personne d'occuper un emploi. Dans la région, la disponibilité moindre des emplois et la poursuite d'activités traditionnelles qui n'ont peut-être pas été perçues comme un emploi pourraient expliquer cette absence d'association entre l'emploi et la perception de la santé mentale.

Les résidents d'Iiyiyiu Aschii ont moins tendance que les autres Québécois à qualifier leur santé mentale « d'excellente ou bonne ». Cependant, les taux de maladies mentales sérieuses, ainsi que le taux de consultation d'un professionnel pour un problème de santé mentale, sont comparables à la moyenne québécoise. Il se peut que les résidents de la région aient une vision différente de ce que constitue la santé mentale, et/ou qu'ils rapportent différemment au questionnaire leur autoévaluation de leur santé mentale.

Certains problèmes de santé mentale rapportés pourraient être reliés au processus d'acculturation extrêmement rapide qu'a connu la région depuis les années 50 et qui s'est accéléré avec la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois en 1976. Non seulement des communautés entières ont été déplacées à cause des inondations causées par le barrage hydro-électrique, mais les gens sont passés d'un mode de vie basé sur la chasse et la pêche, où l'expérience vécue était valorisée, à un mode de vie basé sur l'emploi rémunéré où la scolarité compte plus que l'expérience. Des communautés auparavant inaccessibles par la route ont été reliées au réseau routier québécois, entraînant un contact plus hâtif et plus fréquent avec la culture non crie; certains résidents ont pour la première fois eu accès à des services comme la télévision et l'internet (Torie et al., 2005).

Le fait que les résidents des communautés continentales rapportent avoir une santé mentale moins bonne et plus de consultations pour des problèmes de santé mentale que les résidents des communautés côtières pourrait s'expliquer par ce processus d'acculturation plus rapide. Simard et Proulx (1995) avancent l'hypothèse que des contacts plus posés et graduels des villages côtiers, auparavant plus isolés, auraient permis à ces derniers « d'accueillir plus sereinement les changements venus du Sud » favorisant ainsi une meilleure intégration et un impact moindre sur les problèmes psychosociaux.

(Simard & Proulx, 1995). Une explication alternative serait que les plus forts taux dans les communautés continentales indiquent une accessibilité différentielle de ces communautés à des professionnels spécialisés de la santé mentale.

Curieusement, il semble y avoir peu de relation entre la santé mentale (ou le fait de consulter un professionnel pour des problèmes de santé mentale) et deux indicateurs de bien-être psychologique qu'on aurait cru liés, à savoir la satisfaction face à la vie et la perception du bonheur. Ces indicateurs semblent être des concepts tout à fait distincts comme le mentionnaient Massé et collaborateurs (Massé et al., 1998). On peut aussi s'interroger sur la capacité des questions sur le bonheur et la satisfaction face à la vie à détecter les différences dans les niveaux de bien-être puisque la très grande majorité des répondants (près de 90 %) se sont dits heureux et satisfaits de la vie.

Même si les résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii rapportent une santé mentale moins bonne que la moyenne, ils rapportent une bonne capacité à faire face à des difficultés imprévues ou stressantes. Chez les jeunes adultes, cette capacité semble même supérieure à celle de leurs pairs ailleurs au Québec. La capacité à faire face à des imprévus est associée à la scolarité et croît avec l'âge.

Les responsabilités familiales représentent la principale source de stress dans la région, surtout pour les femmes. Les principales stratégies adoptées par les résidents d'Iiyiyiu Aschii pour faire face au stress sont, chez les deux sexes, de regarder le bon côté des choses, de faire quelque chose d'agréable ou d'essayer de résoudre le problème. Quelques différences sont néanmoins observées entre les hommes et les femmes pour faire face au stress. Ainsi, les hommes ont plus souvent recours à l'alcool ou aux drogues, alors que les femmes ont plus tendance que les hommes à manger plus ou moins qu'à l'habitude, à parler avec d'autres, à chercher de l'aide spirituelle ou simplement à attendre que le problème disparaisse.

POINTS IMPORTANTS

- La prévalence de troubles mentaux rapportés dans la région d'Iiyiyiu Aschii est de 4,7 % pour les troubles de l'humeur et de 2,9 %* pour les troubles d'anxiété. Ces taux sont semblables à ceux observés ailleurs au Québec.

- Une faible majorité des résidents (53 %) qualifient leur santé mentale « d'excellente ou très bonne », tandis que 39 % disent qu'elle est « bonne », et 8 % « passable ou mauvaise ». Le fait d'avoir une perception positive de sa santé mentale apparaît relié à l'âge, à la scolarité, à la santé physique et au fait d'avoir des croyances spirituelles.
- Les résidents des communautés continentales sont plus nombreux que ceux des communautés côtières à affirmer qu'ils ont une « mauvaise » santé mentale, et/ou qu'ils ont consulté un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale. On ignore toutefois si ceci reflète une différence véritable dans l'état de santé mentale de la population des deux sous-régions, ou simplement une différence dans la façon de percevoir sa santé mentale ou dans l'accès à des professionnels de la santé mentale.
- La grande majorité des répondants se disent heureux et satisfaits de la vie. Cependant, il semble y avoir peu de relation entre ces variables et la perception de sa propre santé mentale.
- Une personne sur deux estime « excellente ou très bonne » sa capacité à faire face à des difficultés imprévues.
- Chez les femmes, les responsabilités familiales représentent la principale source de stress. Pour les hommes, il s'agit plutôt de facteurs liés à l'emploi, à l'école ou à la sécurité du revenu.
- Les hommes et les femmes emploient généralement les mêmes stratégies pour faire face au stress, c'est-à-dire regarder le bon côté des choses (91 %), effectuer quelque chose d'agréable (89 %) ou essayer de résoudre le problème (87 %).

RÉFÉRENCES

Barss, P. (1998). Suicide and Parasuicide among the Cree of Eastern James Bay. Canada : *Circumstances and prevention*.

Blanchet, L., Laurendeau, M. C., Paul, D., & Saucier, J. F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Québec: Gaëtan Morin.

Boothroyd, L. (1998). *Suicidal Behaviour among the Cree of James Bay: Information from the 1991 Santé Québec Health Survey and Prevention Strategies*. Unpublished draft, August 18, 1998.

- Boothroyd, L., Kirmayer, L., Spreng S., Malus, M., Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: a case-control study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(6): 749-755.
- Boyer, R., Prévaille, M., & Légaré, G. (1994). Santé mentale. In Santé Québec. Daveluy, C., Lavallée, C., Clarkson, M., & Robinson, E. (dir.) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991* (pp. 169-184). Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development Experiment by Nature and Design*. Cambridge: Mass.
- Comité consultatif sur la prévention du suicide (CCPS). (2002). *La prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations*.
- Centre for Studies of Children at Risk (CSCR). (1998). *Ontario First Nations Regional Health Survey Final Report*. Hamilton Health Sciences Corporation, in collaboration with the Technical Advisory Committee, Chiefs of Ontario.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35, 191-219.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ). (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2003). *Agir pour la vie. Proposition d'un plan d'action. Une démarche stratégique face à la problématique du suicide pour les communautés des Premières Nations du Québec*. Québec: Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Diverty, B., & Beaudet, M. P. (1997). La dépression : un trouble partiellement traité? *Rapports sur la santé*, 8(4), 9-19.
- First Nations Regional Health Survey (2005). Chapter 14: Mental Health, Mental Wellness and Personal Support. In *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03*: pp. 138-144. Accessed May 2006 at www.naho.ca.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., & Hughes, M. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States : Results From the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Laverdure, J., & Lavallée, C. (1989). *Profil de la clientèle et description des services de santé mentale, au sein de la population crie de la Baie James*. Montréal: Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.
- Légaré, G., Prévaille, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D., & Boyer, R. (2000). Santé mentale. In C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche & C. Lapointe (Eds.), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 331-353). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Lesage, A., Fournier, L., Cyr, M., Toupin, J., Brewin, C., & Bebbington, P. (1994). *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale. Une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*. Montréal: Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Levasseur, M. (1995). Perception de l'état de santé. In MSSS (Ed.). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, Vol.1, pp. 199-209.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D. R., Campbell, D., & Boyle, M. H. (1996). The Use of Mental Health Services in Ontario : Epidemiologic Finding. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 572-577.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., & Bélair, S. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'EMMBEP. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(5), 352-357.
- Minde, R., & Minde, K. (1995). Socio-Cultural Determinants of Psychiatric Symptomatology in James Bay Cree Children and Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(6), 304-312.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., & Lin, E. (1996). One-Year Prevalence of Psychiatric Disorder in Ontarians 15 to 64 Years of Age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 559-563.
- Patten, S. B. (2002). Progress Against Major Depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(8), 775-780.

Pearlin, L. et Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, vol 19: 2-21.

Santé Québec. Daveluy, C., Lavallé, C., Clarkson, M., & Robinson, E. (dir.) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Simard, J. J., & Proulx, S. (1995). L'état de santé des Cris et des Inuits du Québec nordique. Quelques indicateurs statistiques de l'évolution récente. *Recherches amérindiennes au Québec*, 25(1), 3-19.

Statistique Canada, données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes cycle 1.1, tableaux produits par René Dion, Santé Canada, février 2004.

Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1*. Ottawa : Division de la statistique de la santé. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle2_1/index_f.htm.

Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive. *Maladies chroniques au Canada*, 20(3), 131-140.

Tjepkema, M. (2002). The health of the off-reserve Aboriginal population. *Health Reports*, 13: 73-88.

Torrie, J. et al. (2005). *The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A Powerhouse and Rupert Diversion Sectoral Report*. Vol 2. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

Tousignant, M. (1998). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: Presses Universitaires de France.

ANNEXE

Tableau A1

Perception globale de sa santé mentale selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Excellente ou très bonne	Bonne	Passable ou mauvaise
Total	52,5	39,4	8,1
Sous-région			
Côtière	53,8	40,4	5,8 ^{*1}
Continentale	50,6	38,0	11,5 ¹
Consommation de marijuana, cannabis, haschisch au cours des 12 derniers mois			
Oui	38,2 ¹	47,7 ²	14,1 ^{*3}
Non	56,5 ¹	37,4 ²	6,1 ³
Consommation de cocaïne ou crack au cours des 12 derniers mois			
Oui	40,4 ¹	46,1	13,5 [*]
Non	53,8 ¹	39,0	7,3
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois			
1 fois par semaine ou plus	44,9 ¹	46,0 ²	9,1 [*]
1 à 3 fois par mois	50,3	40,1	9,6 [*]
Moins d'une fois par mois	49,7	41,4	8,9 [*]
Aucune	58,4 ¹	34,9 ²	6,6 [*]
Valeurs spirituelles jouent un rôle important			
Oui	57,7 ¹	34,9 ²	7,4
Non	45,3 ¹	46,4 ²	8,3 [*]
Appartenance religieuse			
A une religion	55,5	37,5	7,0
Pas de religion	45,9	43,5	10,6 [*]

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

^{1,2,3} Les estimés ayant le même exposant sont significativement différents au seuil $\alpha = 0,05$.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A2

Consultation de professionnels de la santé mentale au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Consultation
Total	8,8
Groupe d'âge	
12-19 ans	5,5*
20-29 ans	10,0
30-44 ans	9,4*
45 ans et plus	9,4*
Sous-région	
Côtière	7,9*
Continental	10,2
Scolarité	
Peu scolarisé	9,8
Moyennement scolarisé	9,2*
Plus scolarisé	8,1*
Langue d'usage à la maison	
Cri	9,2
Autre	7,1*
Perception de sa santé mentale	
Excellente / très bonne	8,6*
Bonne	7,6*
Passable / mauvaise	14,7*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A3

Indicateurs de bien-être psychologique (satisfaction face à la vie en général, perception du bonheur) selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Satisfaction face à la vie en général (très satisfait, satisfait)	Perception du bonheur (heureux, plutôt heureux)
Total	88,4	94,1
Sexe		
Hommes	91,6 ¹	94,6
Femmes	84,9 ¹	93,5
Groupe d'âge		
12-19 ans	91,0	90,0 ^{1,2}
20-29 ans	84,2	95,4 ¹
30-44 ans	89,4	93,6
45 ans et plus	88,5	96,2 ²
Sous-région		
Côtière	92,1 ¹	94,9
Continental	82,8 ¹	92,8
Scolarité		
Peu scolarisé	86,0	93,5
Moyennement scolarisé	91,0	93,2
Plus scolarisé	90,2	95,8
Statut matrimonial		
Marié, conjoint de fait	86,9	95,0
Célibataire, jamais marié	91,2	93,2
Séparé, divorcé, veuf	83,1	91,6
Langue d'usage à la maison		
Cri	87,9	93,1 ¹
Autre	90,2	97,7 ¹

^{1,2} Les estimés ayant le même exposant sont significativement différents au seuil $\alpha = 0,05$.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A4

Perception de la capacité à faire face à des problèmes imprévus selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Excellente ou très bonne	Bonne	Passable ou mauvaise
Total	48,6	37,3	14,1
Sexe			
Hommes	52,6 ¹	34,0 ¹	13,4
Femmes	44,4 ¹	40,8 ¹	14,8
Groupe d'âge			
12-19 ans	39,8 ^{1,2}	44,9 ^{1,2}	15,3*
20-29 ans	36,5 ^{3,4}	45,5 ^{3,4}	17,9 ¹
30-44 ans	50,5 ^{1,3}	34,8 ^{1,3}	14,7
45 ans et plus	59,1 ^{2,4}	30,6 ^{2,4}	10,4* ¹
Sous-région			
Côtière	51,1	37,3	11,6 ¹
Continentale	45,0	37,3	17,7 ¹
Scolarité			
Peu scolarisé	39,4 ¹	43,2 ¹	17,4
Moyennement scolarisé	51,9 ^{1,2}	35,8	12,4*
Plus scolarisé	61,5 ^{1,2}	29,8 ¹	8,6*
Statut matrimonial			
Marié, conjoint de fait	54,1 ¹	31,8	14,1
Célibataire, jamais marié	38,0 ^{1,2}	47,6 ¹	NP
Séparé, divorcé, veuf	61,6 ²	27,0* ¹	14,3
Langue d'usage à la maison			
Cri	45,4 ¹	39,2 ¹	15,5 ¹
Autre	60,8 ¹	30,4 ¹	8,8* ¹

^{1,2,3,4} Les estimés ayant le même exposant sont significativement différents au seuil $\alpha = 0,05$.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV > 33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.