

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
GENTIANE PERRAULT SULLIVAN

ÉTUDE QUALITATIVE DE LA VISION ET DES BESOINS DES JEUNES INUIT
DU NUNAVIK EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET APERÇU DE LA
RÉPONSE FOURNIE PAR LES ORGANISMES DU MILIEU

AVRIL 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de la *Revue canadienne de santé mentale communautaire*. Les noms des directeurs de recherche et des chercheurs pourraient donc apparaître comme coauteurs des articles soumis pour publication.

Table de matières

Introduction	1
Problématique	2
Les Inuit d'ici et d'ailleurs	2
Données sociodémographiques	4
L'histoire récente du colonialisme chez les Inuit	5
Impacts intergénérationnels	6
Les déterminants de la santé chez les Autochtones	8
Scolarité et pauvreté	9
Les problèmes psychosociaux au Nunavik	11
La santé mentale des Inuit	13
Questions de recherche	19
Contexte théorique	21
La recherche auprès des populations autochtones	22
La recherche auprès des Inuit	22
OCAP ou <i>Ownership, control, access and possession</i>	25
La recherche participative centrée sur la collectivité	26
<i>Photovoice</i> comme méthodologie de recherche	28
L'aspect éthique de <i>Photovoice</i>	30
Les avantages et limites de <i>Photovoice</i>	31
Le processus à suivre	33

L'analyse des données	34
L'analyse qualitative	34
L'analyse thématique	35
Les étapes d'analyse	38
La pyramide des besoins de Maslow	41
Le modèle écologique du développement de Bronfenbrenner	45
Méthode	49
L'approbation éthique	50
Collecte de données au Nunavik	51
Participants	51
Vision des jeunes Nunavimmiuts	52
Recension des programmes existants en promotion et en prévention de la santé mentale des jeunes	53
Article	55
Problématique	58
Les Inuit du Nunavik, colonialisme et impacts intergénérationnels	58
Méthodologie	61
Résultats	64
Les difficultés identifiées par les jeunes	64
La définition de la santé mentale	69
Les solutions proposées	70
Les ressources disponibles dans le Grand Nord	71
Discussion	73

Limites	76
Conclusion	77
Références	78
Discussion	86
La définition de la santé mentale	88
Les difficultés	91
Les solutions	100
Les programmes existants	105
Les recommandations	106
Les limites de l'étude	108
Conclusion	111
Références	116
Appendice A. Ressources disponibles au Nunavik	128
Appendice B. Règles de présentation de la revue	131

Introduction

Les Inuit¹ du Nunavik, à la suite des changements sociaux considérables auxquels ils font face, vivent des difficultés importantes de santé mentale. Le taux de suicide est endémique et une proportion substantielle de la population rencontre des difficultés psychologiques importantes. Pour arriver à comprendre ce phénomène, la situation actuelle des Inuit du Nunavik sera abordée ainsi que leur histoire et son impact. Par la suite, les déterminants de la santé seront traités tout comme les connaissances que nous avons quant à la santé mentale de cette population. Ces données, permettent de poser l'assise de la recherche dont il est question ici.

Problématique

Les Inuit d'ici et d'ailleurs

Les Inuit vivent sur le territoire du Grand Nord depuis 4 500 ans (Desrosiers et al., 2008). Ils occupent encore aujourd'hui plusieurs territoires : La Russie, l'Alaska, le Groenland et le Canada. Malgré une si vaste étendue territoriale, les similarités — entre autres sur les plans du langage et de la culture — sont frappantes d'une région à l'autre. La population mondiale inuite est de 152 000 habitants (Inuit Tapirrit Kanatami, 2004) dont environ 50 000 au Canada (Tait & Statistiques Canada, 2008). Bien que l'on observe des différences importantes entre les Inuit et les autres populations autochtones

¹ Tout au long de ce mémoire, nous utiliserons, tel que recommandé par l'OLF, le pluriel *Inuit* et non *Inuits*.

du Canada et d'ailleurs, on note de fortes et frappantes similitudes quant à leur histoire et à l'impact de celle-ci sur leur vécu actuel (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000).

Le Nunavik est une région du Québec située au nord du 55° parallèle. Elle couvre un territoire de 500 000 kilomètres carrés (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2011). La population de cette région est majoritairement inuite. Les Inuit du Nunavik font partie d'un des trois groupes décrivant les populations autochtones dans la Constitution canadienne de 1982 (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008). Ils se distinguent de Premières Nations et des Métis par leur langue, leur culture et leur héritage. Ils se retrouvent dans quatre régions au Canada, le Nunatsiavut (Labrador), le Nunavut, la région d'Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest) et le Nunavik au Québec (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007). En 2001, les Inuit représentaient 90 % de la population totale de cette région (Société Makivik, 2007).

Les Inuit du Nunavik vivent dans quatorze communautés réparties sur la côte de la Baie d'Hudson et de l'Ungava (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2011). La population de chacune des communautés varie entre 159 personnes pour Aupaluk et plus de 2000 pour Kuujuaq (Mueller, 2008), chacune d'elles étant isolée des treize autres, car aucune voie terrestre ne les relie. Les habitants doivent utiliser l'avion pour se déplacer d'un village à l'autre (Association touristique du Nunavik, 2010). La population totale de cette région était de 11 860 habitants en 2011, soit 0,15 % de la population totale du Québec (Ministère de la Santé et des Services

sociaux, Institut national de santé publique du Québec, & Institut de la statistique du Québec, 2011).

Données sociodémographiques

Le portrait sociodémographique des Inuit du Nunavik est très différent de celui de l'ensemble de la population du Québec, bien qu'ils vivent dans la même province. Pour cette région, l'âge médian est de 22,8 ans comparativement à 41,5 ans pour le reste de la province (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012). La population du Grand Nord est jeune. En effet, le tiers d'entre eux est âgé de moins de 15 ans et le taux de naissance est très élevé : 3,2 enfants par femme (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012) contrairement au reste du Québec où l'âge moyen de maternité est de 29,5 ans avec un taux de natalité de 1,7 enfant par femme (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011). De plus, la population du Nunavik croît très rapidement (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011). Malgré, ce sont les Inuit qui ont l'espérance de vie la plus faible parmi les Canadiens (Mikkonen & Raphael, 2011). Ils vivent en moyenne 15 ans de moins, et le taux de mortalité infantile est quatre fois plus élevé (Tait & Statistiques Canada, 2008).

L'histoire récente du colonialisme chez les Inuit

Selon Loomba (2005), le colonialisme est défini comme étant la conquête et le contrôle des biens et du territoire appartenant à d'autres personnes. Il peut s'observer sous la forme de l'appropriation des ressources, l'exploitation de la main-d'œuvre et l'interférence dans la structure politique et culturelle au sein d'un territoire ou d'une nation donnée. Les Inuit du Québec sont victimes du colonialisme, et malgré plusieurs efforts du gouvernement du Canada pour améliorer la situation dans les dernières années, ceux-ci s'inscrivent encore dans une philosophie de culture dominante et de peuple colonisateur (Kral & Idlout, 2009; Williams & Mumtaz, 2008).

À cause du colonialisme, les Inuit du Canada ont vécu plusieurs bouleversements au cours du dernier siècle. Ils ont été victimes de l'oppression culturelle et d'une assimilation forcée par les politiques et les institutions eurocanadiennes (Kirmayer, Simpson, & Cargo, 2003; Kral, Idlout, Minore, Dyck, & Kirmayer, 2011). Tout d'abord, au début de 20^e siècle l'implantation de postes de traite de fourrure a entraîné des changements économiques et une perte d'autonomie causée par le contrôle externe des marchands sur les Inuit grâce au crédit et à la collecte de dettes. De plus, l'établissement des missions et de la Gendarmerie royale du Canada a imposé des variations en ce qui a trait aux croyances et à l'organisation sociale (Inuit Tapiriit Kanatami, 2004). Par la suite, de 1949 à 1970 la mise sur pied de pensionnats — dans un objectif clair d'assimilation des Inuit à la culture occidentale (Richmond & Ross, 2008a) — a aussi eu des impacts importants sur les liens familiaux, la culture ainsi que la spiritualité inuite et

l'estime de soi des jeunes qui les ont fréquentés, sans oublier les sévices sexuels et physiques infligés à certains enfants (King, 2006; Kirmayer, Gone, & Moses, 2014). En plus des impacts sur les Inuit qui ont fréquenté les pensionnats, les écoles résidentielles ont aussi eu des répercussions sur les membres de leur famille. Encore en 2001, 38 % des Inuit de plus de 15 ans déclaraient qu'au moins un des membres de leur famille avait été mis au pensionnat (O'Donnell, Tait, & Statistics Canada Housing, 2003).

Tout comme dans le cas des Premières Nations, l'histoire récente de ce peuple est parsemée de maladies, de famine, de colonisation, de migration forcée, de génocide culturel, de racisme et de pauvreté. Ces attaques répétées ont des conséquences graves sur la santé mentale et le bien-être des individus (Campbell & Evans-Campbell, 2011).

Impacts intergénérationnels

En plus d'affecter la santé mentale des Inuit, le trauma collectif, les pertes et les deuils causés par les politiques d'assimilation ont causé des bouleversements sociaux importants (Kirmayer et al., 2000), ainsi que des bouleversements intergénérationnels (Kirmayer et al., 2003).

Pour mieux comprendre l'impact intergénérationnel, les chercheurs ont développé le concept de *trauma historique* (Evans-Campbell, 2008). On définit tout d'abord un événement traumatique comme un épisode qui sort de la normalité et qui constitue, pour l'individu, un stress mental et physique exceptionnel. Cet événement

peut provoquer des réactions dysfonctionnelles, et ce, selon la sévérité et la durée dudit événement traumatique (Evans-Campbell, 2008). S'il est infligé à un groupe de personnes qui partagent une affiliation ou une identité comme l'ethnicité, la nationalité et l'affiliation religieuse, il se définit comme un *trauma historique*. Ces traumas peuvent, de façon temporaire, se limiter à une seule génération, mais habituellement ils se déroulent sur plusieurs. Les personnes qui en sont victimes perçoivent alors les événements distincts associés au trauma comme une même expérience vécue de façon continue (Campbell & Evans-Campbell, 2011). Les traumas génèrent un haut niveau de stress et de deuil chez les populations contemporaines et sont habituellement perpétrés par des gens de l'extérieur des communautés affectées (Evans-Campbell, 2008).

La colonisation, la répression culturelle et l'oppression historique des populations indigènes de l'Amérique du Nord, dont les Inuit du Nunavik, créent un construit qui décrit l'impact du trauma historique. Grâce à la reconnaissance de ce trauma — historique qui plus est — il est possible de déstigmatiser les individus dont la guérison est contrecarrée, car ils vivent une culpabilité souvent paralysante. De plus, le concept de *trauma historique* permet de contextualiser l'impact intergénérationnel du colonialisme et de légitimer les souffrances vécues (Kirmayer et al., 2014). Les conséquences des traumas historiques peuvent se cumuler d'une génération à une autre et interagissent avec les stressseurs de proximité qui déterminent le bien-être collectif (Bombay, Matheson, & Anisman, 2014; Campbell & Evans-Campbell, 2011; Evans-Campbell, 2008).

Les données actuellement disponibles suggèrent que les pensionnats continuent de miner la santé et le bien-être des populations (Bombay et al., 2014; Brave Heart Yellow Horse, Chase, Elkins, & Altschul, 2011), et ce, malgré le fait que les derniers pensionnats du Canada aient fermé leurs portes en 1990 (King, 2006). Les effets négatifs associés à la fréquentation des internats continuent de se faire sentir sur plusieurs plans, soit individuels, familiaux et sociétaux. Cependant, sur le plan de la santé, le trauma historique et sa transmission intergénérationnelle n'expliquent qu'en partie les disparités que l'on peut observer chez les populations inuites. Toutefois, et à la lumière de ces données, il importe de reconnaître le vécu historique des communautés pour mieux comprendre les conditions sociales auxquelles celles-ci font face aujourd'hui, de même que les déterminants de la santé qui affectent leur bien-être (Bombay et al., 2014; Kirmayer et al., 2014).

Les déterminants de la santé chez les Autochtones

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2011), douze déterminants peuvent être utilisés pour mesurer le degré de santé d'une population (Agence de la santé publique du Canada, 2011; Richmond & Ross, 2008a). La santé est plus que la simple absence de maladie. Les facteurs ayant une influence sur celle-ci sont liés aux conditions de vie plutôt qu'aux traitements médicaux ou au style de vie (Mikkonen & Raphael, 2011). Les déterminants de la santé comprennent le revenu et le statut social, le réseau de soutien, l'éducation et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux et physiques, les habitudes de santé et la capacité

d'adaptation personnelle, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

Les déterminants sociaux de la santé sont une des principales causes d'inégalités en ce qui a trait à la santé des populations (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Comparativement à la population en général, les Autochtones du Canada sont affectés de façon préjudiciable par plusieurs déterminants sociaux et présentent un état de santé déplorable (Mikkonen & Raphael, 2011). Un survol de certains déterminants illustre de façon significative l'écart entre la santé des Inuit et celle de la population du Canada et des Québécois (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012; Tait & Statistiques Canada, 2008).

Scolarité et pauvreté. Un exemple des déterminants sur lesquels des données sont disponibles pour le Nunavik est le niveau de scolarité et le revenu moyen. La faible performance scolaire et le haut taux de décrochage scolaire sont des situations préoccupantes dans toutes les communautés du Nunavik (Mueller, 2008). Le niveau de scolarisation diffère considérablement entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Seulement 43 % de la population autochtone complète son secondaire (Mikkonen & Raphael, 2011), contrairement à 70 % dans la population canadienne (Mikkonen & Raphael, 2011). Le niveau de décrochage scolaire était de 80,5 % pour la région (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011). Seulement 12 % de la population détenait un diplôme d'études collégiales ou universitaires, comparativement

à plus de 30 % au sein de la population non autochtone (Loppie Reading, Wien, & Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009). Or, l'éducation constitue un déterminant important de la santé, car elle renforce une littératie globale, de meilleures possibilités d'emploi et elle est intimement liée au revenu (Mikkonen & Raphael, 2011).

Le revenu médian des Canadiens est de 22 431 \$ (Loppie Reading et al., 2009), tandis que celui des Inuit du Nunavik est de 20 971 \$. L'écart ne semble pas énorme, mais il importe de garder en tête que le taux de chômage est deux fois plus élevé que dans le reste du Québec et que le coût des produits de base est substantiellement plus important (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012). Un des impacts importants de cette réalité est qu'en 2006, 33 % des enfants du Nunavik âgés de 6 à 14 ans ont vécu de l'insécurité alimentaire (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012; Tait & Statistiques Canada, 2008). De plus, le problème de surpopulation des logements est observé depuis longtemps (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007; O'Donnell et al., 2003; Tait & Statistiques Canada, 2008). Ces faits observables entraînent des problèmes de santé comme un risque plus haut de transmission des maladies infectieuses, la tuberculose, par exemple. De plus, la grande proximité des habitants favorise les problèmes de santé mentale, les tensions familiales et l'abus de substances (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007; Loppie Reading et al., 2009; Tait & Statistiques Canada, 2008).

Les problèmes psychosociaux au Nunavik. Au Nunavik, la consommation abusive d'alcool, de drogues et de solvants est un facteur de risque pour la santé mentale et contribue à l'émergence de plusieurs problèmes sociaux (Lessard, Bergeron, Fournier, & Bruneau, 2008). La proportion de buveurs actuels d'alcool est moins élevée qu'ailleurs au Canada, et ce, en raison de sa disponibilité. La différence majeure réside dans le mode de consommation (Ancil & Rochette, 2008). Chez les jeunes de 11 à 21 ans, ce sont surtout les filles qui satisfont les critères de ce qu'on peut traduire par « boire excessif » (*binge drinking*). Ces excès ont plusieurs conséquences négatives, telles que des conduites sexuelles à risques, des problèmes scolaires et des difficultés familiales. De plus, au Nunavik plus du double des élèves du secondaire présentent des problèmes sérieux de consommation (Chantale Plourde et al., 2007).

De même, l'usage de drogue y est quatre fois plus élevé qu'ailleurs au Canada (Ancil & Rochette, 2008). Chez les jeunes, 60 % des élèves du secondaire rapportent avoir consommé du cannabis lors de la dernière année et 4 % d'entre eux disent faire l'usage de solvants (Chantale Plourde et al., 2007). L'usage de tabac est aussi très répandu au Nunavik : trois personnes sur quatre fument de façon régulière ou occasionnelle, dont 65 % des femmes durant leur grossesse (Ancil & Rochette, 2008). Le fait que 44 % des femmes signalent avoir consommé de l'alcool lors de leur dernière grossesse (Ancil & Rochette, 2008) ajoute aux éléments qui auront des conséquences importantes sur les générations futures (Lessard et al., 2008).

Au Nunavik, la mortalité par suicide est plus de sept fois plus élevée que pour le reste de la province (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012). Chez les jeunes Inuit âgés entre 15 et 19 ans, la proportion de décès par suicide est quarante-six fois plus élevée qu'ailleurs au Québec (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2011). Le suicide et l'automutilation volontaire représentent 22 % des décès chaque année (Société Makivik, 2007). Cela se traduit par un taux de décès par suicide annuel de 99,6 personnes pour 100 000 habitants (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011). Pour cette région, cela représente douze décès par année. Si cette statistique était transposée pour la région de la Capitale nationale, près de 700 personnes devraient s'y enlever la vie chaque année. En réalité, pour cette région, 117 personnes décèdent annuellement. On observe donc une disparité importante entre le taux de suicide chez les Inuit, comparativement à ce qui prévaut dans la population en général (Fraser, Geoffroy, Chachamovich, & Kirmayer, 2014).

Le suicide n'est qu'un des indicateurs du bien-être et de la santé mentale. Cependant, par sa gravité et son irrévocabilité, il s'avère un indicateur important de la souffrance individuelle et collective (Kirmayer et al., 2000). De fait, le suicide demeure le problème le plus significatif sur le plan de la santé mentale des Inuit et trouve sa source en partie dans l'histoire du colonialisme et du paternalisme qui en découle (Tester & McNicoll, 2004).

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs changements ont été observés chez les Inuit dans les dernières années. Ces changements récents ainsi que l'acculturation et l'adaptation qui s'en suivent génèrent un haut taux de suicide, l'abus de substances, des conflits interpersonnels, des agressions et des problèmes variés de santé mentale (Berry, 1990). En matière de santé, ses déterminants mêmes influencent une grande variété de vulnérabilités et de capacités. Quant aux déterminants sociaux, en plus d'avoir un impact sur la santé globale des populations autochtones, ils ont aussi une influence sur la santé mentale de ces dernières (Loppie Reading et al., 2009).

La santé mentale des Inuit

La santé mentale, tout comme la santé physique, fait partie intégrante de la santé globale des individus (Lahtinen, Lehtinen, Rikonen, & Ahonen, 1999). Celle-ci joue un rôle direct sur le bien-être des personnes (Desjardins et al., 2008; Organisation mondiale de la Santé, 2001, 2013) et leur donne l'occasion de développer leurs capacités, de faire face aux stress de la vie, d'accomplir un travail constructif et de participer à la vie de leur communauté respective (World Health Organization, 2005). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2001), la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux. Elle renvoie plutôt au bien-être, à l'équilibre et à la capacité d'une personne à s'adapter aux difficultés de la vie quotidienne. La santé physique et la santé mentale ne peuvent donc exister l'une sans l'autre. Il est possible que la maladie et la santé se côtoient tant et aussi longtemps que l'équilibre qui inclut l'individu, les autres et l'environnement est maintenu (World Health Organization, 2005). Malgré certaines

dissensions qui peuvent l'entourer, le concept central de bien-être qui définit la santé mentale revêt une interprétation similaire dans toutes les cultures à travers le monde (World Health Organization, 2005).

Les Inuit ont une culture fort différente de celle de la culture dominante, soit la culture occidentale (Bird, 2011). Dans la culture inuite traditionnelle, la maladie — tant physique que psychologique — était un phénomène accidentel. Les causes pouvaient en être la transgression de tabous, la perte de l'âme ou l'intrusion d'esprits malins. Il était possible de traiter ces maladies par des manipulations physiques, l'ingestion de potions et l'intervention de chamans (Kirmayer, Corin, Corriveau, & Fletcher, 1993).

Pendant plusieurs années, la vision scientifique des Occidentaux a été priorisée et les pratiques des Inuit perçues comme des mythes et diabolisées par les missions religieuses (CIHR, 2013; Cotton, 2014; Kirmayer et al., 1993). Dans une des premières études s'intéressant aux problèmes de santé mentale chez les Inuit du Nunavik, Vallée (1966), souligne qu'il n'existe pas de concepts décrivant un trouble mental ou psychiatrique chez les Inuit. Ceux-ci décrivent plutôt les comportements des personnes atteintes en étiquetant leur façon d'agir et non pas leurs traits de personnalité. Vallée (1966), identifie quatre types de troubles émotifs et comportementaux. Il est à noter que les syndromes décrits dans cette étude ont peu de similitudes avec les problèmes observés aujourd'hui (Cotton, 2014; Kirmayer et al., 1993). Par le passé, les gens coupaient le contact ou évitaient la confrontation avec les individus qui présentaient des

comportements considérés déviant ou violents. Quand ces actions devenaient extrêmes et menaçaient la sécurité ou la survie de groupe, les individus étaient ostracisés ou exécutés (Kirmayer, Fletcher, & Boothroyd, 1997). À la suite de l'imposition des lois canadiennes et de la disponibilité des services sociaux dans les villages, les solutions traditionnelles sont devenues moins viables (Kirmayer et al., 1997).

Encore aujourd'hui, au sein des communautés du Grand Nord (Cotton, 2014) les comportements déviant continuent d'être explicités par l'interaction avec des esprits et par des croyances religieuses. Cependant, chez les jeunes, l'explication religieuse tend à diminuer, et ce, depuis la réduction de l'influence de la religion chez cette tranche d'âge. De plus, avec la disqualification des croyances traditionnelles, le mouvement de retour aux traditions reste mitigé (Cotton, 2014).

Pour les Inuit, la santé doit être abordée d'un point de vue holistique, c'est-à-dire que l'on doit tenir compte des dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques ainsi que de leurs interactions (Loppie Reading et al., 2009). Cette vision du monde influence la définition qu'ont les Inuit contemporains d'une bonne santé mentale. Selon eux, celle-ci se définit comme l'estime de soi et la dignité personnelle qui découlent toutes deux de l'harmonie entre le bien-être physique, émotionnel, psychologique, spirituel et l'identité culturelle (Alianait Inuit, 2007). Cette perception de la réalité continue d'influencer leur perception de la santé mentale, avant tout parce que la culture propre à une population influence l'expression, le vécu, la

trajectoire et les répercussions des problèmes relatifs à la santé mentale (Kirmayer, 2012b).

Ces croyances nous amènent au constat suivant : la santé des Inuit est dans un état déplorable (Mikkonen & Raphael, 2011). Le taux de suicide est à un niveau épidémique (Kirmayer, 2012b). L'indice des troubles mentaux n'a cessé d'augmenter chez les populations inuites (Bjerregaard & Curtis, 2002). Les troubles mentaux — sans avoir de données exactes sur leur prévalence — sont en recrudescence au Nunavik (Lessard et al., 2008). On voit clairement que la santé mentale représente une priorité pour cette région (Alianait Inuit, 2007; Lessard et al., 2008).

Les discontinuités culturelles sont fortement liées au haut taux de suicide (Kirmayer et al., 2000) et celui-ci s'avère épidémique chez les jeunes de cette région, et ce, depuis plusieurs années (Kral et al., 2011; O'Neil, 1986). Dans les communautés les plus touchées, comme les villages nordiques, il est nécessaire d'intervenir en promotion et en prévention (Desjardins et al., 2008). En effet, la promotion de la santé mentale agit sur les déterminants de la santé et tend à améliorer le bien-être des individus et des communautés en développant des facteurs de protection et des conditions favorables à une bonne santé mentale (Blanchet, Laurendeau, Paul, & Saucier, 1993).

Dans une société où l'on retrouve plusieurs cultures, la culture dominante s'exprime par le biais des établissements, du système de santé et du choix des

programmes ainsi que de leurs objectifs (Kirmayer, 2012b). Pour répondre adéquatement aux problèmes flagrants auxquels font face les Inuit, il est donc primordial de tenir compte de la culture propre aux populations nordiques (Auclair & Sappa, 2012; Bird, 2011). D'ailleurs, pour intervenir quant aux traumatismes historiques et réduire ainsi les souffrances émotionnelles des populations autochtones, un des objectifs à long terme est d'arriver à développer des interventions culturellement appropriées qui proviennent de la communauté. Ceci aura pour effet d'améliorer leur santé (Brave Heart Yellow Horse et al., 2011).

Pour ce faire, il faut commencer par comprendre ce que les Inuit pensent de leur santé mentale et ensuite, identifier quels besoins les programmes disponibles dans leur communauté peuvent combler en priorité. On devra alors valoriser une approche culturellement appropriée qui respecte la culture et les traditions des populations locales. La conceptualisation qu'ont les Autochtones du bien-être est marginale au sein des programmes financés pour les Autochtones (Williams & Mumtaz, 2008). En effet, force nous est de reconnaître que les programmes de promotion ne sont pas en mesure de les rejoindre (Palibroda, Krieg, Murdock, & Havelock, 2009; Tester & McNicoll, 2004; Williams & Mumtaz, 2008). De plus, à cause des changements sociaux importants, les jeunes se retrouvent entre deux cultures. Ils doivent jongler entre leurs traditions et une vision moderne de leur communauté (Kral et al., 2011). Ils représentent la majeure partie de la population (Anctil & Rochette, 2008), or ils sont largement exclus des prises de décision. De plus, ils sont les bénéficiaires passifs des programmes et services en santé

mentale (Kirmayer et al., 2003). À cela s'ajoute le fait que leur vision diffère de celle du reste de la population (Wexler, Eglinton, & Gubrium, 2012) et qu'ils sont dans une position très vulnérable. Si l'on veut que les interventions en matière de santé mentale soient efficaces, il faut tenir compte de leur vision et de leur opinion pour être en mesure de baser les interventions sur l'épistémologie et la conceptualisation qu'ont ces Autochtones de la santé (Kral & Idlout, 2008; Williams & Mumtaz, 2008).

À notre connaissance, aucune étude ne documente cette réalité. Kral et al. (2011) ont réalisé une étude portant sur la signification du bien-être, du malheur, de la santé et des changements communautaires. Cependant, elle s'est déroulée au Nunavut, auprès d'Inuit de tous âges, et le thème de la santé mentale n'a pas été abordé. Une autre étude de Wolsko, Lardon, Hopkins et Ruppert (2006) s'est déroulée dans le sud-ouest de l'Alaska. L'objectif de cette étude était d'examiner la conception qu'ont les Yup'ik de la santé et du bien-être. Cette fois encore, la notion de santé mentale n'est pas directement abordée, l'échantillon n'est pas entièrement constitué de jeunes et la population diffère de celle du Nunavik, ce qui a un impact sur les perceptions de ses habitants (Kirmayer et al., 2000). Enfin, un dernier article traitant du bien-être chez les jeunes Inuit du Nunavik (De la Sablonnière, Saint-Pierre, Taylor, & Annahatak, 2011) s'attarde au lien entre leur bien-être et l'identité culturelle, plutôt qu'à leur conception du bien-être.

C'est pourquoi, à notre avis, il est nécessaire de documenter la vision qu'ont les jeunes Inuit de la santé mentale, les besoins qui, selon eux, s'y rapportent et comparer

ceux-ci avec les ressources actuellement disponibles au Nunavik. Cette démarche est essentielle si l'on veut fournir des services qui répondent non seulement aux besoins des jeunes en matière de santé mentale, mais aussi à la vision que ceux-ci ont de ce concept. En effet, ce sont les gens d'une communauté qui sont les mieux placés pour définir les difficultés auxquelles ils font face et surtout, pour trouver les solutions qui leur conviennent (Shah, 2012; Wang, Yi, Tao, & Carovano, 1998).

Questions de recherche

Pour répondre aux interrogations mentionnées précédemment, et dans le cadre d'une étude plus vaste (Vrakas, 2010, 2011), nous avons rencontré des jeunes d'un village du Nunavik au cours de l'été 2010. Trois questions leur furent posées. On leur a d'abord demandé quelle était leur conception de la santé mentale. Ensuite, on a voulu savoir quelles étaient les difficultés qu'ils rencontraient en matière de santé mentale. Enfin, on les a invités à trouver des pistes de solution. L'objectif était de bien comprendre ce qu'est la santé mentale pour ces jeunes, et à quels besoins il serait important de répondre pour améliorer la situation actuelle.

Dans l'objectif de bien saisir la situation et d'en avoir une vision d'ensemble, plusieurs autres questions ont été posées à onze intervenants travaillant tous au sein d'organismes agissant d'une façon ou d'une autre en santé mentale. Deux de ces questions seront explorées dans le cadre de ce mémoire. La première : quelles sont les ressources disponibles à Kuujjuaq? La seconde : quels sont les besoins auxquels ces

mêmes ressources répondent actuellement? Les autres questions abordées auprès des intervenants-clés seront analysées lorsque la collecte des données effectuée dans les autres communautés sera terminée.

Essentiellement, ces questions sont soulevées afin d'établir des comparaisons et d'établir des liens entre les besoins identifiés par les jeunes et ceux auxquels répondent les ressources.

Contexte théorique

La recherche auprès des Inuit présente plusieurs particularités tout comme l'utilisation de Photovoice comme méthodologie de recherche. Au cours de cette partie, les règles éthiques et les raisons d'être de celles-ci seront expliquées. Par la suite, le processus d'analyse des données qualitatives sera décortiqué et les étapes utilisées déterminées. Enfin, le cadre théorique utilisé sera exposé et justifié.

La recherche auprès des populations autochtones

La recherche auprès des Inuit

L'histoire récente de colonisation et le trauma historique vécus par les Inuit du Nunavik ont encore d'importants impacts sur la population de cette région. On observe une réticence et un manque de confiance légitime envers les institutions occidentales (Caldwell et al., 2005; Castleden & Garvin, 2008; Jacklin & Kinoshameg, 2008). Pour arriver à mener une recherche dans le Grand Nord et apaiser les gens de ces réserves, il est essentiel de tenir compte de la culture et du vécu, et ce, en se distanciant le plus possible d'une approche paternaliste associée à l'histoire de colonisation (Caldwell et al., 2005; Cotton, 2014).

Outre cet aspect, la dignité humaine des Autochtones a été transgressée au moment où la recherche les a stigmatisés. En effet, des chercheurs ont pris possession de biens culturels et de restes humains sans consentement adéquat, et lorsque des groupes

ont été traités comme de simples sources de données (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008). Pour remédier à ces façons de faire inappropriées, un partenariat de recherche doit être mis en place dans le respect de la culture et de la vision du monde qu'ont les Inuit (L. M. Wexler, 2006). De plus, la recherche doit bénéficier à la communauté et recevoir son accord (CIHR, 2013).

L'énoncé des politiques des trois Conseils (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008), si après nommées l'EPTC, qui regroupent les trois organismes subventionnaires fédéraux (l'Institut de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) a décrit certaines pratiques exemplaires à adopter en recherche auprès des Autochtones afin de s'assurer de ne pas reproduire les erreurs du passé. Cependant, l'EPTC s'est abstenue de présenter des lignes directrices.

Ces bonnes pratiques soulignent qu'il est essentiel de respecter la culture, les traditions et les connaissances du groupe autochtone où se déroule la recherche, qu'il est important de conceptualiser et de mener les travaux de recherche en partenariat ainsi que de consulter les membres de ce groupe ayant une expertise appropriée. Il faut privilégier la participation du groupe autochtone à la conception du projet de recherche et savoir de quelle façon celle-ci peut être modelée de manière à répondre à leurs besoins et à entendre leurs inquiétudes. Il faut, de surcroît, s'assurer que l'importance de la recherche et les moyens choisis pour la mener respectent les nombreux points de vue des différents

segments du groupe en question et que celui-ci est renseigné sur certains aspects particuliers (la protection des biens culturels, la remise d'un rapport préliminaire, l'employabilité de certains membres de la communauté, etc.). Enfin, les résultats publiés doivent tenir compte des divers points de vue exprimés par le groupe en question et il faut donner la possibilité à la communauté de réagir et de répondre aux conclusions du projet (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008). Ces pratiques proposées par l'EPTC constituent un bon point de repère pour la recherche auprès des Autochtones. Malgré le fait que les trois organismes fédéraux n'ont pas adopté officiellement le code d'éthique qui régit la recherche, nombreux sont ceux qui se réfèrent à l'EPTC. En effet, on peut lire sur le site du *Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche du gouvernement du Canada* que tous les chercheurs et établissements qui peuvent recevoir ou administrer des fonds des organismes sont tenus de respecter les recommandations fournies par l'EPTC (Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche & Gouvernement du Canada, 2010) en matière de recherche auprès des Autochtones.

En 2005, l'Organisation nationale de la Santé des Autochtones a défini ce qu'est la recherche pour les peuples des Premières Nations et des Inuit et ce qu'une politique de recherche devrait inclure (National Aboriginal Health Organization, 2005). L'EPTC établit des balises pour aider les chercheurs à respecter et à protéger les droits de l'homme, tandis que les codes d'éthique élaborés par les Autochtones sont plus vastes et englobent les intérêts de la communauté (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les

Autochtones, 2008). C'est pour cette raison qu'il est important de tenir compte des recommandations de la National Aboriginal Health Organisation (NAHO) et de celles de l'EPTC.

L'OCAP ou *Ownership, control, access and possession*

L'OCAP a été décrit par les Premières Nations comme étant une façon de répondre politiquement au colonialisme et au rôle de reproduction que peut avoir la production de savoir résultant de la recherche (Schnarch, 2004). Selon la National Aboriginal Health Organization (2005), la recherche devrait entraîner des bénéfices clairs pour la communauté et développer les capacités de celle-ci de façon significative puisque l'autodétermination est au cœur de cette approche.

Cette démarche inclut quatre principes (OCAP) de base. En constante évolution, ils doivent être sans cesse remis en cause et transformés (Schnarch, 2004). Le premier principe est celui de propriété (**O**wnership). Il se reporte à la relation qu'entretiennent les communautés avec leur savoir culturel, les données et les informations qui les concernent. Le deuxième est le principe de contrôle (**C**ontrol). Il souligne l'aspiration et le droit des Premières Nations à maintenir et à retrouver le contrôle sur tous les aspects de leur vie et de leurs institutions, dont la recherche et toutes les étapes que celle-ci implique. Le troisième est le principe d'accès (**A**ccess) à l'information et aux données qui les concernent et le quatrième renvoie à la propriété (**P**ossession). Il inclut aussi la gérance des données (National Aboriginal Health Organization, 2005). Pour les

Premières Nations, ces principes sont une façon de fixer par eux-mêmes leurs choix et leurs actes relativement à la recherche. Ainsi, la recherche devra amener des bénéfices clairs pour la communauté, développer des capacités de façon observable, respecter la souveraineté, la juridiction et les droits des Premières Nations, préserver la culture et encourager l'autodétermination (Schnarch, 2004).

À la lumière de ces éléments, les recherches participatives sont tout à fait appropriées pour mener des études au sein des communautés inuites. Celles-ci permettent d'inclure les valeurs et les façons de faire autochtones (CIHR, 2013; Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008) en plus de respecter les lignes directrices des bonnes pratiques régissant la recherche auprès des communautés des Premières Nations (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008).

La recherche participative centrée sur la collectivité

La recherche participative centrée sur la collectivité, communément appelée *Community-based participatory research* ou CBPR, est un terme utilisé pour décrire une approche participative. Il ne s'agit donc pas d'une méthode, mais bien d'un processus qui vise l'augmentation du savoir et la compréhension d'un phénomène, pour ensuite intégrer ces connaissances aux interventions, aux politiques et aux changements sociaux qui visent l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des membres d'une communauté (Israel, Eng, Schulz, & Parker, 2013). Ce qui différencie la recherche

participative, c'est que les gens qui y sont impliqués proviennent des communautés et qu'ils seront également responsables de l'action. Ce ne sont pas seulement des chercheurs provenant de l'extérieur (Stake, 2010).

En s'appuyant sur une revue importante de la littérature, Israel et al. (2013) ont défini neuf principes directeurs qui s'appliquent à la CBPR. Précisons qu'il est cependant important de contextualiser ces principes lorsque l'application est plus spécifique et qu'elle doit être culturellement appropriée, comme dans le cas des peuples autochtones (Thomas, Donovan, Sigo, & Price, 2011). C'est pourquoi, de leur côté, Jacklin et Kinoshameg (2008) ont développé huit principes qui s'inscrivent dans la recherche auprès des Premières Nations. Ceux-ci comprennent le partenariat, l'autodétermination, le contrôle des communautés, les bénéfices mutuels, l'holisme, l'action, la communication et le respect.

Tous ces principes couvrent les recommandations de l'EPTC (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008) et de la NAHO (National Aboriginal Health Organization, 2005) qui précisent et identifient l'autodétermination comme étant le point central de l'approche. L'autodétermination a d'ailleurs été citée comme étant le déterminant de la santé le plus important chez les peuples autochtones (Loppie Reading et al., 2009). De plus, la vision holistique qu'ont les Inuit de la santé (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007) y occupe une place importante et l'implication de la

communauté favorise l'obtention de résultats positifs qui répondent aux besoins en santé (Hergenrather, Rhodes, Cowan, Bardhoshi, & Pula, 2009).

***Photovoice* comme méthode de recherche**

Photovoice est une méthode de recherche développée par Caroline C. Wang et Mary Ann Burris dans le cadre de recherches effectuées en Chine en 1994, dans la province du Yunnan. Ces deux chercheuses s'intéressaient aux femmes de zones rurales et à leurs besoins en matière de santé (Wang & Burris, 1994). Cette méthode donne l'occasion aux participantes de prendre des photos qui illustrent une ou des préoccupations majeures de leur communauté et de les présenter en groupes afin d'en discuter. Par ces réflexions sur leurs forces personnelles et celles de leur communauté, les participantes deviennent des moteurs de changements (Hergenrather et al., 2009).

Plusieurs objectifs particuliers sont spécifiques à l'utilisation de *Photovoice*. Notamment, donner la possibilité aux gens d'identifier les forces et de nommer les enjeux de leur communauté, ce qui leur permet d'y réfléchir (Wang & Burris, 1997). Qui plus est, cela permet de promouvoir un dialogue critique et une connaissance des problèmes importants qu'ils identifient. De façon optimale, les groupes peuvent compter de sept à dix personnes pour favoriser la discussion qui a comme point de base les photographies prises par les participants (Palibroda et al., 2009). Pour terminer, *Photovoice* permet d'atteindre les gens en position de prise de décision, amenant ainsi des changements au sein des communautés (Wang & Burris, 1997).

Trois principes forment l'assise théorique de *Photovoice*. La théorie féministe, la photo documentaire et la théorie émancipatoire de Freire (Wang & Burris, 1994). En premier lieu, la théorie féministe critique les approches qui assurent que les femmes sont des objets subissant les actions des autres, plutôt que des actrices à part entière, agissant dans leur monde. Cette théorie vise à s'assurer que les recherches faites auprès des femmes les concernent elles, dans leur réalité. Elles ne doivent donc pas être prises comme objets de recherche, mais agir en partenariat dans ces mêmes recherches (Wang & Burris, 1994). Cette préoccupation est similaire en ce qui a trait aux recherches réalisées chez les Premières Nations. Pour que les résultats soient les plus utiles possible, on ne doit plus faire de la recherche « sur », mais bien « avec » les gens des communautés visées (Thomas et al., 2011).

En deuxième lieu, on utilise la photographie documentaire. Ce type de photographie sert de médium pour répertorier la pauvreté, la violence, l'isolation et la marginalité. Cependant, tant et aussi longtemps que l'appareil photo reste dans les mains d'un photographe, les images recueillies peuvent causer plus de tort que de bien et maintenir l'inégalité sociale que celles-ci tentent de dénoncer (Wang & Burris, 1994). Donner l'occasion aux participants de prendre eux-mêmes leurs photos leur permet de contribuer à diminuer ces inégalités (Wang et al., 1998). Tout comme dans la recherche auprès des Premières Nations, l'objectif est de favoriser l'autodétermination (Schnarch, 2004).

Finalement, la théorie de l'éducation émancipatoire (*empowerment education*) de Paulo Freire constitue une assise théorique de *Photovoice*. Freire était un enseignant brésilien. Né en 1921, il a écrit plusieurs livres dont *Pedagogy of the Oppressed* (Freire, 1970). Pour Freire, l'importance de donner une voix aux gens est centrale. En leur offrant la possibilité de s'exprimer et d'avoir un regard critique sur les problèmes de leur communauté, Freire disait redonner du pouvoir aux gens des communautés. Il croyait en la responsabilisation des pauvres et des moins lettrés. Par un médium visuel, il comptait sur l'importance de discuter directement avec les gens des forces sociales et politiques qui influencent leur vie de tous les jours (Freire, 1970; Wang & Burris, 1994; Wang & Redwood-Jones, 2001).

L'aspect éthique de *Photovoice*. La confidentialité et le respect des règles éthiques qui régissent la prise de photographies sont deux aspects dont il faut tenir compte lors du déroulement de *Photovoice* (Wang & Redwood-Jones, 2001). Les villages nordiques étant de petites communautés avec des réseaux de relations complexes, il peut être difficile pour quelqu'un de divulguer certaines informations (Caldwell et al., 2005; Chachamovich et al., 2013), et la vigilance quant à la prise des photos doit être accrue.

Afin de s'assurer que les photos servent la discussion et le propos de la recherche et qu'elles aient le moins d'impacts négatifs possible, quatre aspects de base à respecter ont été définis (Wang & Redwood-Jones, 2001). Le respect de la vie privée est l'élément

central qui sous-tend ces points. Ceux-ci ont comme objectifs de protéger les participants, tout comme les sujets des photographies, contre quatre types d'intrusion. L'intrusion dans l'espace privé d'un individu, le fait de divulguer des faits embarrassants qui ne concernent pas le public, de mettre un individu dans un mauvais contexte ou de s'appropriier l'image de quelqu'un pour faire du profit.

La mise en place de trois types de formulaires de consentement prévient ces dérapages. Le premier formulaire est signé par le participant et encadre ses droits et responsabilités. Celui-ci inclut les objectifs de *Photovoice*, le déroulement, l'utilisation potentielle des photos, les conditions dans lesquelles celles-ci doivent être prises et la nature volontaire de la participation à la recherche. Le deuxième formulaire s'adresse au sujet. Toute personne prise en photo doit donc consentir avant la prise de photo. Le troisième formulaire est destiné aux participants et ils y donnent l'autorisation d'exposer leurs photographies, et ce, à la fin du processus, quand toutes les photos ont été prises, développées et discutées (Wang & Redwood-Jones, 2001). De plus, une discussion détaillée sur l'éthique et la façon de prendre des photos et les responsabilités qui entourent cet acte doit avoir lieu lors du deuxième atelier *Photovoice* pour s'assurer que ces éléments sont bien compris (Palibroda et al., 2009).

Les avantages et les limites de *Photovoice*. Comme dans toute méthodologie de recherche, certaines limites sont à considérer. Il en est ainsi de la possible difficulté pour des participants de présenter une idée complexe à l'aide d'une photographie et de

l'implication temporelle importante que le processus exige (Palibroda et al., 2009). L'utilisation du document SHOWeD (*what do you See? what's really Happening here? how does this relate to Our lives? Why does this problem or this strength? what can we Do about this?*) peut venir pallier cette première difficulté (Catalani & Minkler, 2010; Wang, et al., 1998). Ce document accompagne le participant dans son questionnement lors de la prise de photos et l'outil lors des discussions faites en groupe autour des photos que les participants présentent. De plus, lors de la planification le choix du moment et du format des groupes permet de gérer la longueur du processus (Palibroda et al., 2009).

Outre ces aspects, *Photovoice* est une méthode de recherche qui revêt plusieurs avantages. L'utilisation des photos par les participants permet d'avoir accès à des lieux auxquels le chercheur n'aurait pas eu accès habituellement. Elle documente des problèmes non anticipés, peut toucher des problèmes sans avoir à en discuter en profondeur, permet un processus évolutif du bas vers le haut, aide à diminuer l'écart entre les organisations locales et les résidents et elle donne une voix aux populations vulnérables (Lorenz & Kolb, 2009).

De surcroît, l'utilisation d'un moyen visuel permet d'atteindre des gens qui ne savent pas nécessairement lire ni écrire ou qui ne maîtrisent pas parfaitement la langue dans laquelle la recherche se déroule. Elle permet aussi de faire le pont entre les différences culturelles (Hergenrather et al., 2009). Ajoutons que cette méthodologie

s'inscrit dans la tradition orale des Inuit (Castleden & Garvin, 2008; Kral et al., 2011). Elle permet d'augmenter l'autodétermination de ceux qui y participent (Catalani & Minkler, 2010), ce qui s'avère un facteur déterminant dans le bien-être des Premières Nations (Loppie Reading et al., 2009).

Le processus à suivre. Quoique le processus de *Photovoice* soit flexible, certaines étapes doivent être respectées. Tout d'abord, le problème à l'étude doit être identifié, et on doit recruter des participants. Par la suite, on forme idéalement deux animateurs à cette méthode. C'est à la suite de ces démarches que les groupes sont constitués. Dans un premier temps, on présente le projet et les formulaires de consentement (il s'agit de formulaires divers où les individus acceptent de participer à la recherche, consentent à se faire prendre en photo et acceptent que les photographies sur lesquelles ils se trouvent soient présentées lors d'une exposition, ou utilisées à la suite de la recherche). Une fois les formulaires de consentement pour participer à la recherche signés, le processus de *Photovoice* peut commencer. Lors des deux premières rencontres, les appareils photo et les instructions sont distribués (Hergenrather et al., 2009). La thématique et les questions de recherche sont aussi présentées et définies en collaboration avec les participants. Une fois cette étape atteinte, les participants prennent des photos qui répondent aux questions de recherche. Ensuite, ils échangent en groupe sur leurs photos. Enfin, les données sont analysées et les résultats divulgués (Hergenrather et al., 2009). L'exposition a lieu à la fin du processus. Elle permet aux participants de faire une préanalyse des photos. Elle favorise également la divulgation de

certaines résultats au sein de la communauté concernée (Palibroda et al., 2009). Lors de la collecte de données qui a eu lieu à l'été 2010, ces étapes ont été suivies. L'exposition des photos a eu lieu à Kuujuaq en février 2011 et la préanalyse a eu lieu en mars 2011.

L'analyse des données

L'analyse qualitative

Les méthodes qualitatives permettent de traiter des données non conventionnelles provenant de sources diverses comme des entrevues (Strauss & Corbin, 2004). De plus, les données qualitatives sont séduisantes, car elles fournissent des descriptions et des explications riches de processus solidement ancrés dans un contexte local (Miles & Huberman, 1994). Les méthodes d'analyse utilisées par la suite permettent une compréhension développée tout en donnant les détails nécessaires à la compréhension des caractéristiques et des limites du problème à l'étude (Bazeley & Jackson, 2007). Cependant, pour que les résultats soient crédibles, il importe d'avoir une méthode d'analyse sérieuse, valide et reproductible (Miles & Huberman, 1994).

Toutes les analyses qualitatives se divisent en cinq étapes de base. Les trois premières étant les étapes de l'analyse proprement dite. Elles comprennent la compilation, le désassemblage et le rassemblement des données. La deuxième partie de l'analyse comprend l'étape d'interprétation et la conclusion (Yin, 2011). Ce processus est itératif et continu (Miles & Huberman, 1994) et certains de ses aspects diffèrent selon le type d'analyse préconisée.

L'analyse thématique

L'analyse thématique a été privilégiée pour procéder à l'analyse des données collectées auprès des jeunes Nunavimmiuts. En effet, si les approches d'analyse qualitative sont très diversifiées, l'approche thématique reste une des approches fondamentales. Outre cet aspect, elle permet une grande flexibilité, elle s'applique bien aux recherches participatives et les résultats qui en découlent sont facilement accessibles au grand public (Braun & Clarke, 2006). Un des points centraux de la recherche participative est l'implication de la communauté (Caldwell et al., 2005). Il était donc primordial que les résultats soient accessibles et compréhensibles par tous. Ce type d'analyse sert à identifier, à analyser et à reporter des thèmes à l'intérieur d'un ensemble de données. C'est une façon de décrire les données récoltées en faisant une recherche à travers ces données pour faire ressortir les unités de sens (Braun & Clarke, 2006).

Dans le cas qui nous concerne, l'analyse thématique a été réalisée en plusieurs étapes en s'inspirant de Braun et Clarke (2006). Toutefois, avant d'aller plus loin dans le détail des étapes appliquées, il est important de définir plusieurs termes essentiels à la compréhension du processus. Tout d'abord, le *corpus* réfère à l'ensemble des données collectées. Ensuite, lorsqu'on parle des *entretiens*, on fait référence à chacune des entrevues. Quant à eux, les *nœuds* ou les *unités de sens* se rapportent à une partie du discours extraite des entretiens (Braun & Clarke, 2006).

Lors de la description des étapes subséquentes de l'analyse, il sera question de codes, de catégories et de sous-catégories. Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification. Ils sont regroupés dans un système de catégorisation. Ces segments, des parties codifiées du texte, sont regroupés relativement aux questions de recherche. Par la suite, il est possible de créer des catégories (Miles & Huberman, 1994). Les catégories se définissent comme étant des concepts qui décrivent des données et qui représentent des phénomènes. Ce sont des idées analytiques importantes qui émergent des données (Strauss & Corbin, 2004). Pour leur part, les sous-catégories précisent les catégories en donnant de l'information spécifique sur l'apparition d'un phénomène. Elles cherchent à répondre aux questions : Où? Qui? Quand? Quoi? et Comment? (Strauss & Corbin, 2004).

Selon Braun et Clarke (2006), avant d'amorcer toute analyse thématique, le chercheur doit se poser trois questions analytiques.

La première question lui permet de décider s'il utilisera une approche théorique ou inductive. Dans le cas qui nous intéresse, puisque nous avons au départ des questions de recherche spécifiques, l'approche théorique est de mise. Ce qui veut dire que, contrairement à la théorisation ancrée, reliée à l'analyse inductive, un cadre théorique de base sera utilisé pour guider le chercheur lors de la codification de ses données. Dans notre cas, les théories d'Abraham Maslow et d'Urie Bronfenbrenner (détaillées plus

loin) ont servi de cadre théorique. De plus, les trois questions de recherche ont servi de base à la codification.

La seconde question concerne le type d'analyse. Il importe de savoir si elle sera faite selon un mode sémantique ou interprétatif. Puisque l'objectif principal de cette recherche est de comprendre le concept de santé mentale — telle que vue par les jeunes Inuit — c'est l'analyse interprétative qui est priorisée. Ainsi, les données ne sont pas analysées au-delà de ce que le participant veut dire. Au contraire, la signification explicite et les mots utilisés par les participants sont conservés. Dans cette optique, il faut adopter et maintenir une perspective à la première personne (au Je), et ce, tout au long de l'analyse afin de maintenir l'objectif de compréhension du sujet *à travers* les yeux des participants (Watts, 2014). Enfin, la troisième question en est une épistémologique. Il faut se demander si un construit constructiviste ou essentialiste guide la recherche. Dans le cas qui nous intéresse, un construit constructiviste a assurément permis de définir les retombées et l'angle d'analyse de l'étude. L'accent est donc mis sur le contexte socioculturel, en tenant compte de la vision des individus impliqués.

Lorsque ces trois questions sont clarifiées, il est possible de commencer l'analyse en suivant un certain nombre d'étapes prédéfinies, ce qui permet de s'assurer de la rigueur et de la validité des résultats (Miles & Huberman, 1994).

Les étapes d'analyse

Trois grandes étapes de l'analyse qualitative constituent la base de l'analyse thématique. Au départ, il faut repérer les unités de sens. Pour ce faire, il faut tout d'abord s'immerger dans les données en lisant tout le corpus à une reprise au moins, pour ensuite en faire une lecture active, et ce, en repérant les unités de sens (Braun & Clarke, 2006). Ces actions font partie de l'étape de compilation des données (Yin, 2011).

Une fois cette étape complétée, le désassemblage (Yin, 2011) débute. La première étape consiste à générer des codes (Braun & Clarke, 2006). Pour y arriver, la technique de codage ouvert avec une approche *ligne par ligne* permet un examen minutieux des données (Strauss & Corbin, 2004). C'est ce procédé qui a été appliqué. Ces actions permettent de souligner l'approche théorique utilisée. Celle-ci a permis de codifier tout ce qui touchait aux trois grands thèmes de la recherche, soit les solutions, les problèmes et les définitions qu'ont les jeunes Nunavimmiuts de la santé mentale. Certaines règles de base de la codification ont aussi été rigoureusement appliquées pour atteindre les meilleurs résultats possibles. Chaque ligne de chaque atelier *Photovoice* a été examinée pour coder le plus de thèmes possible. Chaque unité de sens a été codifiée pour s'assurer de préserver le contexte. De plus, la possibilité de coder un nœud sous plusieurs thèmes demeurait une option, et ce, en s'assurant de ne pas ignorer les incongruences (Braun & Clarke, 2006).

Pour faciliter cette étape et les autres à venir, le programme NVivo 9 a été utilisé. Ce programme est un outil informatique aidant le chercheur dans l'analyse des données. Il ne s'agit pas d'un outil d'analyse, mais bien d'un support permettant d'organiser, de gérer, d'interroger et de visualiser les données comprises dans un corpus (Bazeley & Jackson, 2007).

Une fois tout le corpus codifié, l'étape de rassemblement débute. Cette étape est moins mécanique et utilise le potentiel de discernement du chercheur. C'est à cette étape que l'on voit apparaître les catégories et les sous-catégories. Elle comprend le réaménagement des données et peut être facilitée par l'utilisation de graphiques. Encore une fois, cette phase peut être faite à plusieurs reprises (Yin, 2011).

La première catégorisation a été réalisée à partir des quatre catégories implicites aux questions de recherche, soit les solutions, les difficultés, les ressources et la santé mentale. Par la suite, la création de sous-catégories a été entreprise pour spécifier chaque catégorie. La catégorie des ressources a pris la forme d'une liste de thèmes plutôt que d'une analyse, car celle-ci servira de liste de référence pour comparer ce que les jeunes proposent à ce qui est offert. Il n'était pas nécessaire de pousser plus loin les propos des gens interrogés à cet égard.

Par la suite, la révision des catégories est effectuée. C'est à ce moment qu'elles sont peaufinées, que l'on s'assure qu'elles sont solides et que l'on peut développer les

sous-catégories. Par exemple, c'est à ce moment que l'on peut observer qu'un thème comprend plusieurs idées et qu'il faut le séparer en deux, qu'un autre thème ne comporte pas assez de données pour l'appuyer ou que deux thèmes sont très similaires et qu'ils peuvent être fusionnés. Il faut dès lors retenir deux choses : les données à l'intérieur des catégories doivent être cohérentes entre elles et chaque catégorie doit présenter des distinctions claires (Braun & Clarke, 2006). Cette étape inclut deux niveaux de révision. Le niveau un comprend une révision qui s'effectue sur le plan des catégories. On doit alors relire tous les extraits de chaque catégorie pour s'assurer de la cohérence et les retravailler si nécessaire. Par la suite, pour le second niveau, il faut s'assurer que les différentes catégories sont valides et qu'elles sont représentatives du corpus. Est-ce une représentation précise de tout ce qui a été dit? Pour ce faire, il faut relire tous les entretiens et s'assurer que l'arbre thématique généré s'applique bien et que tous les éléments pertinents ont été codés à l'intérieur des catégories proposées (Braun & Clarke, 2006).

Enfin, la dernière étape de l'analyse thématique consiste à définir et à raffiner l'arbre thématique. Pour ce faire, il faut comprendre l'essence de chaque catégorie en relisant les nœuds compris dans chacune et en faisant ressortir l'idée de base. Il ne faut pas simplement paraphraser ce qui a été dit, mais faire ressortir l'essentiel tout en gardant en tête les questions de recherche (Braun & Clarke, 2006). Cette partie a été effectuée à l'aide du cadre théorique de Maslow et Bronfenbrenner.

La pyramide des besoins de Maslow

La théorie des besoins d'Abraham Maslow est bien connue et a fait ses preuves (Koltko-Rivera, 2006). Dans un article écrit en 1943 et qui s'intitulait : *A Theory of Human Motivation*, Maslow a exposé pour la première fois une hiérarchie des besoins. Cette hiérarchie est souvent illustrée à l'aide d'une pyramide, et ce, malgré le fait que Maslow n'ait jamais utilisé cette image pour l'expliquer. La pyramide des besoins de Maslow comporte cinq degrés hiérarchiques. Le niveau le plus bas et ainsi le plus large comprend les besoins fondamentaux à tous les êtres humains, soit les besoins physiologiques (1). Ceux-ci comprennent, entre autres, les besoins de nourriture, d'eau, d'air et de chaleur. Dans les couches subséquentes se retrouvent les besoins de sécurité (2), d'appartenance (3), d'estime de soi (4) et d'actualisation (5). Les besoins de sécurité comprennent entre autres la sécurité physique et la sécurité financière. Les besoins d'appartenance incluent l'amitié, la famille et l'intimité. Pour ce qui est de l'estime de soi, on réfère au sentiment de compétence, d'indépendance et à la liberté individuelle. Enfin, pour les besoins d'actualisation on réfère, par exemple, au besoin de réalisation du potentiel.

Le modèle théorique des besoins de Maslow a été réinterprété par d'autres chercheurs au cours des années qui ont suivi sa publication. Un modèle à huit niveaux a été développé au cours des années 1990. Depuis, celui-ci comporte trois niveaux de plus, soit les besoins cognitifs, les besoins d'esthétisme et de transcendance (éternité). Il est possible de diviser ces besoins en deux catégories : les besoins de base, qui englobent les

besoins physiologiques, de sécurité, d'estime de soi et d'appartenance, et les besoins de croissance, tels que les besoins cognitifs, d'actualisation, d'esthétisme et de transcendance (McLeod, 2007).

Cette grille d'analyse semble la plus appropriée pour examiner les besoins des jeunes Inuit concernant leur conception de la santé mentale. De plus, elle permet d'étudier quels besoins sont comblés par les organismes actuellement disponibles dans leur milieu.

Plusieurs raisons viennent soutenir le choix de cette théorie, justifiant ainsi que celle-ci semble la plus adaptée à cette analyse. Tout d'abord, selon Maslow (1954), les besoins fondamentaux sont naturellement développés par les êtres humains. Ils ne sont imposés ni par la religion ni par la culture. Dans les villages du Nunavik, la culture dominante n'est pas inuite. Déjà, la culture occidentale influence les politiques, les établissements et les orientations prises par les organisations (Williams & Mumtaz, 2008). Pour avoir une vision juste de ce dont la population a besoin, l'analyse des données collectées lors des ateliers *Photovoice* ne doit pas être uniquement influencée par cette même culture, soit la culture dominante. Il est primordial d'agir différemment. D'une certaine façon, la théorie des besoins de Maslow permet de s'extraire de la culture dominante, car tous les êtres humains tendent naturellement à satisfaire leurs besoins fondamentaux.

Cependant, il faut garder à l'esprit une réalité qui, si elle appartient à chaque peuple, est aussi déterminée par son environnement particulier. Les Inuit, nous l'avons dit, et surtout les jeunes, sont influencés par la culture dominante (Kral et al., 2009). Leurs propos, leurs visions et leur conception de la vie se construisent à partir de cet environnement particulier. Nous devons prendre cette réalité en considération pour mieux comprendre ce qui ressort des ateliers.

Leur santé est fortement menacée, qu'elle soit physique (entourage, région nordique, solitude et isolement) ou psychologique. Dans l'ère post-moderne d'industrialisation, le monde s'ouvre de plus en plus au Monde et les Inuit ont perdu leurs points de repère, leur équilibre (Cotton, 2014). On le constate, les déterminants sociaux et les déterminants de santé mentale et physique s'insèrent ici dans une lutte pour la santé globale (World Health Organization, 2005). Voilà pourquoi la théorie de Maslow se prête à cette analyse. Elle permet d'extraire la vision du chercheur de l'analyse et de la priorisation des besoins. Par son universalité, la hiérarchisation des besoins de Maslow permet cette distance.

Selon Maslow (1954), donc, la hiérarchie des besoins se situe dans l'essence même de la nature humaine et elle est constante. Peu importe la provenance et la culture, la priorisation des besoins est similaire. Par exemple, les besoins physiologiques tels que boire, manger et se vêtir sont essentiels pour parvenir aux besoins de sécurité ou d'appartenance. En effet, l'être humain cherche à se nourrir avant de s'assurer d'avoir

une sécurité personnelle et financière satisfaisante, et ce, peu importe ses origines. Il faut tenir compte de ces aspects pour prioriser les interventions au Nunavik, dans l'optique que ce choix ne soit pas influencé par la culture dominante ou par la culture du chercheur. De surcroît, si la réponse des organisations se situe à un niveau hiérarchique trop élevé comparativement aux besoins de la population, il sera impossible d'obtenir des impacts bénéfiques.

En effet, si par son intervention l'organisation tente de créer un réseau de soutien dans la communauté — ce qui comblerait le besoin d'appartenance — mais qu'en réalité les gens n'ont pas d'emploi et sont dans des situations financières précaires, l'intervention restera vaine. Les résultats seront inadéquats, car l'intervention tente de répondre aux besoins de sécurité de la population et ces besoins se trouvent à un niveau supérieur dans la hiérarchie de la pyramide. Il va sans dire que l'utilisation de ce cadre de références permettra de choisir les interventions à mettre en place et d'ainsi mieux répondre aux besoins des adolescents inuit en matière de santé mentale.

Enfin, toujours selon Maslow (1954), les comportements des individus sont guidés par les motivations reliées aux groupes de besoins non satisfaits. La façon d'y arriver est influencée par le contexte dans lequel évolue la personne — d'où un retour à la pensée dominante dont il faut absolument tenir compte — mais la volonté d'y arriver et l'ordre hiérarchique des besoins à combler est similaire pour tous les individus. L'être humain tend sans cesse à combler ces besoins. Chez les Inuit, si les ressources

disponibles dans les communautés arrivent à cibler de façon appropriée ce à quoi il faut répondre, les jeunes tendront moins à assouvir leurs besoins par des moyens inappropriés. Cela dit, peu importe les différences culturelles, les besoins, l'organisation hiérarchique de ceux-ci et le désir de les satisfaire, à la base, demeurent les mêmes. C'est pourquoi cette approche demeure la plus saine pour analyser les données relatives à cette recherche.

Le modèle écologique du développement de Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner est un psychologue américain du développement, né à Moscou et à qui l'on doit le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1994). Selon Bronfenbrenner (1979), le développement d'un enfant se fait à l'intérieur d'un système d'interrelations qui forment son environnement. Sa théorie définit plusieurs niveaux qui influencent tous le développement des êtres humains. Il est avantageux d'appliquer ce modèle aux données provenant de l'étude, car il vient appuyer la vision holistique que les Inuit ont de la santé (Alianait Inuit, 2007).

Pour Bronfenbrenner (1994), afin d'arriver à une compréhension complète du développement humain il est important de tenir compte du système écologique qui l'entoure. Ce système comprend deux propositions. La première spécifie que tout au long de la vie, l'humain se construit à travers des interactions qui impliquent une personne humaine active et en évolution, de même que d'autres individus, objets et symboles, tous compris dans l'environnement immédiat de cet humain. Ces interactions

immédiates sont les processus proximaux et prennent place de manière régulière et sur de larges périodes de temps.

La deuxième proposition stipule que la forme, la puissance, le contenu et le sens du processus proximal affectent directement le développement de la personne selon ses caractéristiques propres et les éléments environnementaux immédiats et éloignés dans lequel le processus prend place. Plusieurs niveaux définissent l'environnement, et il faut en tenir compte puisqu'ils sont imbriqués les uns dans les autres.

Le premier niveau, en partant de l'intérieur de la structure théorique — que l'on décrirait comme cinq cercles concentriques emboîtés les uns dans les autres et étant centré sur l'individu — se nomme le *microsystème*. Cette structure comporte les rôles, les relations interpersonnelles et les schémas d'activités qu'une personne développe dans son environnement immédiat. Celui-ci comprend par exemple la famille, l'école, les pairs, les amis, etc., et il encourage, promeut ou inhibe ces interactions (Bronfenbrenner, 1994). L'individu, au centre du système et qui possède des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités et des déficits innés ou acquis propres à sa personnalité se définit comme l'*ontosystème* (Pauzé & Girouard, 2014).

Le deuxième niveau, le *mésosystème*, comprend les liens et les interactions entre les différents systèmes dans lesquels évolue la personne. Celle-ci est présente, mais n'est pas directement comprise dans l'échange entre les systèmes impliqués. Par exemple,

dans le cas d'un enfant, on pourrait parler des transactions qui ont lieu entre le service de garde et les parents ou les grands-parents et les parents.

Le troisième niveau, se nomme *exosystème* et englobe les liens et les interactions entre deux systèmes ou plus, dont au moins un n'est pas en interaction directe avec l'individu. Le meilleur exemple pour un enfant serait les liens entre son milieu de garde et l'environnement de travail de son parent.

Le quatrième niveau, le *macrosystème*, désigne l'environnement global, culturel et ethnique donc les valeurs, les croyances et les idéologies qui tissent la toile de fond dans laquelle évolue l'individu et qui influence tous les autres niveaux systémiques. Enfin, le cinquième niveau est appelé *chronosystème*. Il touche tous les systèmes et les lie à une troisième dimension : le temps. Ce niveau englobe les changements et la cohérence vécus à travers le temps, non seulement sur le plan des caractéristiques de l'individu, mais aussi sur celui de l'environnement dans lequel il évolue (Bronfenbrenner, 1994). Ce niveau peut donc inclure les changements du statut socioéconomique d'une personne, tout comme le contexte économique de l'endroit où il vit.

Le modèle écologique de Bronfenbrenner permet donc de tenir compte de plusieurs aspects de l'environnement qui influencent le développement de l'individu,

puisque les comportements d'un individu évoluent en fonction des interactions entre celui-ci et son environnement (Bronfenbrenner, 1979).

Cette perspective nous permet de comprendre les propos des jeunes Inuit en tenant compte de ces différentes composantes. Celles-ci influencent leur santé mentale de façon positive ou négative et nous permettent de cibler les interventions de la manière qui semble la plus opportune. Cette démarche se fait dans une approche holistique plutôt qu'individualiste, ce qui doit être préconisé lorsque des recherches sont effectuées auprès d'une population autochtone (Bull, 2010).

Méthode

Pour être en mesure de répondre à la question de recherche plusieurs étapes ont dû être franchies et seront détaillées ici. En premier lieu, l'approbation éthique sera développée et en deuxième lieu de la collecte de données décortiquée.

L'approbation éthique

Une première approbation éthique a été obtenue en mai 2010 auprès du Comité d'éthique à la recherche (CÉR) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. La démarche y a été entreprise, car la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ne possède pas de comité d'éthique. Cette démarche est d'ailleurs entérinée par tous les partenaires (*Kativik school board*, *Saputtit youth association*, le *Youth comittee* de Kujjuaq ainsi que le *Youth center*) impliqués dans cette recherche.

De plus, dans l'objectif de respecter les principes éthiques de la recherche auprès des Autochtones, une entente a été rédigée entre madame Georgia Vrakas et les partenaires de recherche en février 2010. Cette démarche fut possible grâce à une subvention de planification octroyée par L'Institut de recherche en santé du Canada. Le processus de développement des partenaires et des collaborateurs, qui comprend La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le coordonnateur du *Kuujjuaq public awareness prevention activities* s'est déroulé sur un an et demi, soit

entre l'automne 2008 et la signature de l'entente en 2010. Finalement, une approbation éthique a été obtenue auprès du comité éthique de la recherche avec des gens de l'Université du Québec à Trois-Rivières en 2011.

Collecte de données au Nunavik

Participants

Dans le cadre du présent projet, deux groupes de personnes ont été rencontrés. Le premier, composé de cinq jeunes filles, âgées de 18 à 25 ans, toutes de Kuujjuaq. Le deuxième se constitue de onze acteurs-clés œuvrant auprès des jeunes et issus des établissements de la santé et des services sociaux ainsi que des milieux municipaux et scolaires. Cette collecte de données s'inscrit dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure réalisée au Nunavik par mesdames Georgia Vrakas et Louise Fournier (cochercheuse) ayant débuté en 2009. La collecte de données pour la recherche de madame Vrakas est effectuée dans trois communautés du Nunavik. La première a inclus Kuujjuaq en 2010. La deuxième a eu lieu à Kuujjuarapik au printemps 2013. Un troisième village, Umiujaq, sera visité à l'automne 2014 (Vrakas, 2010). La collecte de données auprès des jeunes s'est faite à l'aide des ateliers *Photovoice*, tandis que celle faite auprès des acteurs-clés utilise des entretiens individuels.

Vision des jeunes Nunavimmiuts

Photovoice a été utilisé pour répondre au premier objectif de recherche : bien comprendre ce qu'est la santé mentale pour ces jeunes, et à quels besoins il s'avère important de répondre pour améliorer la situation actuelle.

Cinq jeunes filles y ont participé entre le 6 juillet et le 28 juillet 2010. À la suite de cette première collecte de données en 2010, une exposition des photos des jeunes a eu lieu en février 2011. L'objectif était de partager les résultats avec la communauté et de permettre aux jeunes de faire entendre leur voix.

La décision de compiler seulement les résultats provenant de cette communauté s'appuie sur le fait que tous les villages nordiques ont leurs particularités. En effet, comme dans le reste du Québec, chaque communauté vit une réalité différente. En outre, Kuujuaq tenant lieu de capitale du Nunavik et étant la plus grosse communauté, il est intéressant d'avoir des données pour ce groupe particulier (Kirmayer et al., 2000). De surcroît, l'étude de ce seul échantillon permet de transférer les résultats au fur et à mesure, maintenant ainsi l'intérêt de la population en ce qui a trait à la santé mentale et aux retombées à suivre, ce qui importe lors de la recherche auprès des populations autochtones (Schnarch, 2004).

Le groupe rencontré comprend uniquement des filles, car aucun garçon ne s'est présenté à l'activité, et ce, malgré plusieurs efforts de recrutement. La collecte de

données a eu lieu à raison de deux rencontres par semaine sur une période de quatre semaines durant l'été 2010. Dans le cadre des ateliers *Photovoice*, trois questions leur ont été posées. La première : pour vous, qu'est-ce qu'une bonne santé mentale ou un esprit en santé? La seconde : à quels problèmes affectant la santé mentale, les jeunes de votre communauté, font-ils face? La troisième : quelles sont vos idées et vos solutions pour régler ces problèmes? (*traduction libre*) (Vrakas, 2011).

Recension des programmes existants en promotion et en prévention de la santé mentale des jeunes

Pour répondre au deuxième objectif de recherche, nous avons effectué une analyse de documents qui portent sur les programmes et services offerts en promotion et en prévention de la santé mentale des jeunes. De plus, onze informateurs-clés ont participé à des entrevues individuelles semi-structurées en juillet 2010 à Kuujjuaq. Neuf de ces personnes travaillaient au sein d'organismes municipaux, d'établissements scolaires et du réseau de la santé et des services sociaux. Une révision des données a eu lieu en août 2012 auprès des deux autres informateurs-clés, répondants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. Cette validation a permis d'assurer que les données soient représentatives de la réalité, telle que vécue à ce moment-là. Au Nunavik, le taux de roulement du personnel est important. Aussi observe-t-on beaucoup de changements sur le plan de l'orientation des ressources et des projets mis en place (Lessard et al., 2008). Plusieurs questions ont été posées aux acteurs-clés du milieu, par exemple : à votre connaissance, quels programmes et services existent actuellement quant à la promotion et à la prévention de la santé mentale? Qui ou

quelle organisation les a mis sur pied? Quels types de problématiques sont visés par ces programmes ou services? Quelle population est visée par ces programmes ou ces services? Est-ce que ces programmes ont été évalués, et si oui, quels sont les résultats de ces évaluations? (traduction libre) (Vrakas, 2011). Une préanalyse des données a été faite en mars 2011. Les résultats qui en ont découlé ont été présentés aux participants et aux partenaires dans le cadre d'un atelier de rétroaction pour avoir leurs commentaires, car ils connaissent leur réalité et en sont en quelque sorte les experts. Enfin, une analyse thématique complète, nécessaire à la réalisation de ce mémoire, a été effectuée au printemps 2014.

Article

Étude qualitative de la vision et des besoins des jeunes du Nunavik en matière de santé mentale et aperçu de la réponse fournie par les organismes du milieu.

Qualitative study on Nunavik youths vision of mental health and an overlook of the local organizations responses to their needs.

Par Gentiane Perrault Sullivan et Georgia Vrakas

Résumé

Les Inuit du Nunavik, suite aux changements sociaux considérables auxquels ils font face, vivent des difficultés importantes de santé mentale. L'objectif de cette recherche est d'explorer la vision qu'ont les jeunes Inuits de la santé mentale et de vérifier si les services offerts par les organismes locaux comblent leurs besoins. Pour ce faire, cinq jeunes adultes de 18 à 25 ans ont été recrutés. Par le biais de *Photovoice*, ils ont illustré, leur définition de la santé mentale. Neuf entrevues semi-structurées ont été menées auprès d'intervenants-clés œuvrant au sein d'organismes du milieu. Par une analyse thématique, utilisant les théories de Maslow et de Bronfenbrenner, la vision des jeunes a été explorée ainsi que le rôle de chaque organisme. Une compréhension de leur vision de la santé mentale en ressort et celle-ci est essentielle afin que les ressources mises à leur disposition puissent fournir une réponse culturellement appropriée. Ainsi, il sera possible, en partenariat avec la communauté, de déterminer les actions à prioriser à l'avenir.

Abstract

Following significant cultural and social mutations occurring in their once isolated and secular world, the Inuit of Nunavik are now challenged by relevant mental health issues. This research seeks to evaluate the youth's perspective on mental health issues and to establish the strength and suitability of the responses provided by local organizations and institutions alike. Five Inuit, ranging from 18 to 25 years old were selected. Their understanding and perception of mental health were portrayed through the *Photovoice* method. Nine semi-structured interviews were then conducted with local organizations's key workers. Upon completion of both phases, the youth's vision and each institutions programs were scrutinized and depicted through a thematic analysis based on Maslow and Bronfenbrenner theories. An outline of the Inuit's mental health conception was revealed. For the institutional response to be as culturally appropriate as possible, it must revolve and articulate itself around the understanding and perception of the Inuit on mental health. It will then be possible to establish an authentic partnership with the communities and agree on the appropriate actions to be undertaken for a better future.

Problématique

Les Inuit du Nunavik, le colonialisme et les impacts intergénérationnels

Le Nunavik est une région du Québec de 500 000 kilomètres carrés (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2011) située au nord du 55^e parallèle. La population de cette région est majoritairement Inuite (Société Makivik, 2007). Elle fait partie d'un des trois groupes décrivant les populations autochtones dans la Constitution canadienne de 1982 (Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones, 2008). Les Inuit se distinguent des Premières Nations et des Métis par leur langue, leur culture et leur héritage. Le Nunavik comprend 14 communautés (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2011). La population de chacune d'elles varie entre 159 personnes (Aupaluk) et plus de 2000 (Kuujjuaq) (Mueller, 2008), chacune d'elles étant isolée des 13 autres, pour un total de 11 860 habitants (Ministère de la Santé et des Services sociaux, et al., 2011). La population du Grand Nord est jeune, l'âge médian de la population étant de 22,8 ans (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012) et elle croît très rapidement (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011).

Les Inuit du Québec ont été victimes du colonialisme. Malgré plusieurs efforts du gouvernement du Canada pour améliorer la situation dans les dernières années, ceux-ci évoluent encore dans une philosophie de culture dominante et de peuple colonisé (Kral & Idlout, 2009; Williams & Mumtaz, 2008). Cet esprit colonialiste a eu des répercussions négatives importantes. En effet, les Inuit ont vécu plusieurs bouleversements au cours du dernier siècle et ils ont été victimes de l'oppression culturelle et d'une assimilation forcée de la part des politiques et des institutions eurocanadiennes (Kirmayer et al., 2003; Kral et al., 2011).

Tout comme dans le cas des Premières Nations, l'histoire récente des Inuit est parsemée de maladies, de famine, de colonisation, de migration forcée, de génocide

culturel, de racisme et de pauvreté. Ces attaques répétées ont des impacts en matière de santé mentale et en ce qui a trait au bien-être des individus (Campbell & Evans-Campbell, 2011).

En effet, en plus d'affecter la santé mentale des Inuit, le trauma collectif, les pertes et les deuils causés par les politiques d'assimilation ont des impacts sociaux importants (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000), de même que des impacts intergénérationnels (Kirmayer et al., 2003). Les pensionnats en sont un exemple (Bombay et al., 2014; Brave Heart Yellow Horse et al., 2011). Malgré le fait qu'ils aient fermé leurs portes en 1990 (King, 2006), les conséquences associées à leur fréquentation continuent de se faire sentir sur plusieurs plans, soit individuel, familial et sociétal. Par ailleurs, le trauma historique et la transmission intergénérationnelle de celui-ci n'expliquent qu'en partie les difficultés que l'on peut observer chez les populations inuites en matière de santé. Cependant, à la lumière de ces données il importe de reconnaître le vécu historique des communautés pour mieux comprendre les conditions sociales et les déterminants de la santé auxquels celles-ci font face aujourd'hui (Bombay et al., 2014; Kirmayer et al., 2014).

La santé mentale constitue sans contredit une priorité pour cette région (Alianait Inuit, 2007; Lessard et al., 2008). En effet, la santé des Inuit est dans un état déplorable (Mikkonen & Raphael, 2011), que le taux de suicide est épidémique (Kirmayer, 2012b), que l'indice des troubles mentaux n'a cessé d'augmenter chez les populations inuites (Bjerregaard & Curtis, 2002) et que les troubles mentaux sont en recrudescence au Nunavik (Lessard et al., 2008),(Alianait Inuit, 2007; Lessard et al., 2008).

Il est donc nécessaire d'intervenir en promotion et en prévention (Desjardins et al., 2008) dans les communautés les plus touchées, comme les villages nordiques, puisque la promotion de la santé mentale agit sur les déterminants de la santé et tend à améliorer le bien-être des individus et des communautés en développant des facteurs de

protection et des conditions favorables à une bonne santé mentale (Blanchet et al., 1993).

Cependant, dans une société où l'on retrouve plusieurs cultures, la culture dominante s'exprime par le biais des établissements, du système de santé et du choix des programmes ainsi que de leurs objectifs (Kirmayer, 2012b). Pour répondre adéquatement aux problèmes flagrants auxquels font face les Inuit, il est donc primordial de tenir compte de la culture propre aux populations nordiques (Auclair & Sappa, 2012; Bird, 2011). D'ailleurs, en ce qui a trait au trauma historique un des objectifs à long terme — qui permettrait de réduire les souffrances émotionnelles des populations autochtones — est d'arriver à développer des interventions culturellement appropriées et provenant de la communauté, ceci afin d'améliorer leur santé (Brave Heart Yellow Horse et al., 2011).

Pour ce faire, il faut comprendre ce que les Inuit pensent de leur santé mentale et identifier quels besoins doivent être comblés en priorité par les programmes disponibles dans leur communauté. C'est pourquoi il faut miser sur une approche culturellement appropriée et respectant la culture et les traditions des populations locales. Cette approche répond adéquatement aux problèmes de santé mentale, problèmes criants dans le Grand Nord. La conceptualisation qu'ont les Autochtones du bien-être est marginale et n'apparaît pas telle qu'elle est vécue dans les programmes financés pour les Autochtones. Il n'est donc pas surprenant que les programmes de promotion ne puissent rejoindre cette population (Palibroda et al., 2009; Tester & McNicoll, 2004; Williams & Mumtaz, 2008).

Outre cet aspect, les changements sociaux importants, l'ère post-moderne, l'industrialisation et l'avènement assez récent et bouleversant d'une technologie de pointe dans le monde font que les jeunes se retrouvent entre deux cultures. Ils doivent jongler entre leurs traditions et une vision moderne de leur communauté (Kral et al.,

2011). Les jeunes représentent la majeure partie de la population du Nunavik (Anctil & Rochette, 2008). Or, ils sont largement exclus des prises de décision et sont les bénéficiaires passifs des programmes et services en santé mentale (Kirmayer et al., 2003). Comme leur vision diffère de celle du reste de la population (L. Wexler et al., 2012) et qu'ils se trouvent dans une position très vulnérable, il faut nécessairement explorer cette vision et tenir compte de leur opinion si l'on veut être en mesure de baser les interventions sur l'épistémologie et la conceptualisation qu'ils ont de la santé pour que celles-ci soient efficaces (Kral & Idlout, 2008; Williams & Mumtaz, 2008).

À notre connaissance, aucune étude ne documente cette réalité pour les jeunes du Nunavik. C'est pourquoi, à notre avis, afin de mieux la documenter, il est nécessaire de s'intéresser à leur vision de la santé mentale et aux besoins qui, selon eux, s'y rapportent. Cette démarche est essentielle si l'on veut fournir des services qui répondent non seulement aux besoins des jeunes en matière de santé mentale, mais aussi à la vision qu'ils ont de ce concept. L'objectif poursuivi par cette étude est donc de comprendre la vision et les besoins qu'ont les jeunes Inuit en matière de santé mentale et d'avoir un aperçu de la réponse que fournissent les organismes du milieu en prévention et en promotion.

Méthodologie

Dans le cadre d'une étude participative centrée sur la collectivité à plus grande échelle menée par madame Georgia Vrakas, des jeunes d'un village du Nunavik ont été rencontrés en juillet 2010, et ce, suivant deux approbations éthiques. La première, auprès du comité d'éthique de la recherche de l'Agence de santé et de services sociaux du Nunavik et la deuxième auprès du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. De plus, une entente de recherche collaborative a été signée entre les collaborateurs, les partenaires et la chercheuse principale.

Dans l'objectif de répondre aux orientations de l'OCAP (*Ownership, Control, Access et Possession*) en matière de recherche auprès des populations autochtones (National Aboriginal Health Organization, 2005; Schnarch, 2004) *Photovoice* a été préconisé comme méthode de recherche. Celle-ci donne aux participants l'occasion de prendre des photos qui illustrent une ou des préoccupations majeures de leur communauté. Ils les présentent en groupe et en discutent. Par leurs réflexions, les participants deviennent des moteurs de changements (Hergenrather et al., 2009).

Trois principes forment l'assise théorique de *Photovoice*. Le premier de ces principes a trait à la théorie féministe. Elle vise à assurer que la recherche faite auprès des femmes, quant à leur réalités, est réalisée en partenariat avec elles, plutôt que « sur elles » ou à propos d'elles (Wang & Burris, 1994). Le second principe concerne la photo documentaire qui sert de médium pour répertorier la pauvreté, la violence, l'isolement et la marginalité (Wang & Burris, 1994). Enfin, le dernier principe tient compte des méthodes de Freire qui soulignent l'importance de donner une voix aux gens. Cette occasion est centrale afin de leur reconfer le pouvoir de changer les inégalités qu'ils vivent (Freire, 1970). En somme, ces trois principes rejoignent les recommandations de l'OCAP et l'importance de l'autodétermination (Schnarch, 2004) lorsque des recherches sont effectuées auprès des Premières Nations. C'est pour ces raisons que *Photovoice* a été choisi comme méthode de recherche.

Le groupe de participants rencontrés dans le cadre de cette collecte de données comprend cinq filles (18-25 ans). Aucun garçon ne s'est présenté à l'activité, et ce, malgré plusieurs efforts de recrutement. La collecte de données a eu lieu à raison de deux rencontres par semaine sur une période de quatre semaines, entre le 6 et le 28 juillet 2010. Lors des rencontres, trois questions ont été posées aux jeunes : quelle conception de la santé mentale ont-ils? Quelles sont les difficultés rencontrées en matière de santé mentale? Quelles sont les solutions? L'objectif était de saisir ce qu'est

pour eux la notion de santé mentale et à quels besoins il serait important de répondre pour améliorer la situation actuelle.

Une deuxième collecte de données, à l'aide d'entrevues semi-structurées, a eu lieu auprès de neuf acteurs-clés en juillet 2010, et ce, dans la même communauté. Ces personnes travaillaient au sein d'organismes municipaux, d'établissements scolaires et du réseau de la santé et des services sociaux. L'objectif était de bien comprendre la situation et d'avoir une vision d'ensemble des ressources disponibles en prévention et en promotion de la santé mentale. De plus, une révision des données a eu lieu en août 2012 auprès de deux répondants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. Cette validation a permis d'assurer que les données soient représentatives de la réalité. Au Nunavik, le taux de roulement du personnel est important, ce qui occasionne beaucoup de changements quant à l'orientation des ressources et des projets mis en place (Lessard et al., 2008). Plusieurs questions ont été posées aux acteurs-clés. Deux de ces questions ont été analysées dans le cadre de cet article, à savoir : quelles sont les ressources disponibles à Kuujuaq? Et quels sont les besoins auxquels ces mêmes ressources répondent actuellement? Une préanalyse des données a été faite en mars 2011. Les résultats qui en ont découlé ont été présentés aux participants et aux partenaires pour avoir leur approbation et leurs commentaires. Ensuite, une analyse thématique complète a été faite à l'aide de NVivo 9. Celle-ci a permis de décrire les données récoltées en faisant ressortir les unités de sens (Braun & Clarke, 2006). Deux modèles ont été préconisés pour procéder à cette analyse. L'approche choisie fut l'approche théorique, puisque les questions de recherche étaient préalablement définies.

Le modèle écologique du développement de Bronfenbrenner qui comprend six niveaux de systèmes interagissant entre eux. Ce modèle permet de mieux comprendre l'environnement dans lequel les participants évoluent (Bronfenbrenner, 1994). Ensuite, la théorie des besoins de Maslow a permis d'avoir un regard plus orienté sur les besoins en matière de santé mentale, particulièrement ceux des jeunes, et ce, malgré l'influence de la culture dominante (Maslow, 1954).

Résultats

Les difficultés identifiées par les jeunes

Lors des discussions dans le cadre des ateliers *Photovoice*, les jeunes ont identifié dix difficultés qui, selon eux, expliquent ou entraînent des problèmes de santé mentale chez les jeunes Inuit du Nunavik. Il a été question de transmission intergénérationnelle de traumatismes, d'alcoolisme, de difficultés relationnelles, de suicide, d'abandon scolaire, de la vision que la communauté a des travailleurs et des institutions non inuites, de l'instabilité et du manque de continuité de ces mêmes services, des difficultés que les jeunes rencontrent au moment de leur transition vers la vie adulte, du manque généralisé de motivation à changer et de certaines réalités propres aux villages nordiques. Nous détaillerons ci-après chacune des problématiques qu'ils ont identifiées.

Tout d'abord, la transmission intergénérationnelle de traumatismes est un aspect très important pour eux. Selon les jeunes, elle a beaucoup d'impacts et entraîne plusieurs conséquences. En effet, la perte de la religion, des valeurs traditionnelles et de la culture propre aux Inuit occasionne de la confusion, des frustrations et un sentiment d'être dépassés par les événements. Tout change trop vite, les jeunes perdent leurs repères et les plus âgés aussi.

C'était juste trop à assimiler d'un coup. Vous savez, ils ont été dépassés et ils ne savaient pas comment gérer tout ce qui se passait à ce moment et c'est resté... c'est resté comme ça. Et ils ne savent toujours pas (...) [traduction libre] (Jeune).

La solution facile et connue qu'ils ont pour gérer l'angoisse générée par cette perte des repères est la consommation. Par ce comportement, ils oublient leurs souffrances et évitent de gérer la situation. C'est ce qu'ils ont appris. Ils ne connaissent pas d'autres façons de faire face à leurs problèmes.

(...) quand je dis la transmission d'une génération à l'autre, vous savez, les gens commencent à [...] de quelle autre façon cette personne peut-elle faire face à cette situation si personne ne lui a appris comment y arriver? [...] Ils prennent donc le chemin facile, vous savez, l'abus. L'abus d'alcool, de drogues... [traduction libre] (Jeune).

Selon les jeunes, cette réalité a plusieurs impacts sur les gens qui consomment et sur ceux de leur entourage. Plusieurs enfants n'ont pas accès à leurs parents ou se voient forcés de ne plus vivre avec eux à cause de leur surconsommation. De plus, l'incompréhension des enfants entoure l'alcoolisme des adultes. Enfin, l'alcoolisme diminue les capacités d'introspection des gens et ceux-ci affichent une attitude de *je-m'en-foutisme*. La réalité nordique influence aussi cette problématique. Tous les gens de la communauté ont de mauvais souvenirs, la consommation excessive est très répandue et on retrouve une pression sociale qui pousse les jeunes vers la consommation. Le prix de l'alcool est excessivement élevé (160 \$ pour une caisse de 24 bières) (Plourde, Brunelle, & Landry, 2011). Selon les jeunes, la contrebande est fort répandue.

En ce qui a trait aux difficultés relationnelles évoquées par les jeunes, elles prennent plusieurs formes comme les relations fusionnelles, contrôlantes ou abusives, la négligence, l'instabilité, l'intimidation et toutes les formes de sévices (sexuel, physique et psychologique). Il est difficile de prendre des distances à cause la proximité inhérente

aux villages nordiques. De plus, il est complexe de trouver quelqu'un qui ne vit pas lui aussi des difficultés. Selon les participants, les parents et les adultes prisonniers de ce contexte sont peu présents auprès de leurs enfants.

Je crois, enfin je ne sais pas, que les parents ou les autres personnes n'encouragent pas assez leurs enfants. Ils ne sont pas soutenant. Ce que je veux dire, c'est que les enfants se sentent seuls et ils se sentent... je ne sais pas. Mais les parents ne font pas assez d'efforts pour établir un lien avec leurs enfants [traduction libre] (Jeune).

Le suicide constitue une autre réalité importante pour les jeunes Nunavimmiuts rencontrés. Encore une fois, la consommation des parents, les familles dysfonctionnelles et la consommation de la personne elle-même jouent un rôle important dans le suicide chez les jeunes. Tout comme le manque d'espoir, l'ennui, le sentiment de n'être important pour personne et de ne pas avoir d'avenir.

Tu sais, quand tu commences dans la vie, tu es genre, okay et je pense que je peux arranger ça. Et puis plus tard, tu commences à voir que ça ne va pas mieux. Jusqu'au moment où tu en as assez et que tu es fatiguée. Tu te dis juste : « Je suis fatiguée. C'est fini. Et c'est... Ils perdent espoir. Ils perdent l'image de leur futur. Ils perdent... [traduction libre] (Jeune).

Les jeunes filles rencontrées ont également pointé l'abandon scolaire comme problématique. Elles affirment qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un diplôme pour obtenir un emploi dans le Nord. De plus, les modèles qui leur sont fournis ne favorisent pas la persévérance scolaire. Le roulement de personnel et le manque de ressources entraînent une perte de motivation, un manque de confiance et un manque de stabilité. « Trois professeurs différents en une année, c'est fou. Comment peux-tu être motivé comme étudiant, quand tu ne peux pas faire confiance à la personne qui t'enseigne? » [traduction libre] (Jeune).

Ce qui nous amène aux deux autres difficultés que les jeunes ont identifiées et qui réfèrent à l'instabilité et au manque de continuité en ce qui a trait aux services et à la vision que la communauté a des travailleurs et des institutions non inuites.

Les changements fréquents du personnel, la venue de personnes de l'extérieur et le peu de formation des travailleurs locaux créent de l'instabilité dans les services disponibles pour la population et des changements perpétuels d'orientation. « Mais ils font toujours ça. Ils font un programme de guérison une année et ils ne reviennent pas avant trois autres années (...) » [traduction libre] (Jeune).

Selon certains jeunes, le manque d'implication des travailleurs non inuit au sein de la communauté et le manque d'intégration créent des ghettos, un manque de confiance et une incompréhension mutuelle.

Il y a très peu d'entre eux qui viennent dans le Nord et qui ne restent pas dans leur petit coin du bar, leur « *french connection* ». C'est comme ça qu'on l'appelle, *man*. Tout est « *ségrégationné* » [traduction libre] (Jeune).

Enfin, voici les trois derniers problèmes que les jeunes ont soulevés. Ils ont parlé de certaines réalités propres aux villages nordiques, du manque généralisé de motivation à changer et des difficultés qu'ils rencontrent, comme jeunes, au moment de leur transition vers la vie adulte.

Certaines réalités propres au Nunavik font elles aussi partie du problème pour les Nunavimmiuts. Le manque de logements, la pauvreté, la présence d'un rapport de force entre certaines familles et l'isolement des communautés ont été nommés, tout comme les raisons qui les confinent à rester dans cette réalité.

Même si je n'ai pas de diplôme, j'ai tellement d'opportunités, c'est fou. Mais tu sais quoi? C'est limité à Kuujjuaq. Si je vais ailleurs sans même... oublie le secondaire, mais un diplôme de cégep? Non, aucune chance... [traduction libre] (Jeune).

Toujours selon les jeunes, le manque de motivation est généralisé au sein de la population. Il est difficile pour eux de demander de l'aide. Et puisque la majorité de la

population vit des difficultés, il est compliqué de trouver des gens en mesure d'aider et capables de s'investir pour créer quelque chose.

(...) mon gros problème, c'est que tu vas dans la communauté et tu essaies de trouver quelqu'un qui va conseiller d'autres personnes dans cette communauté. Tu vois, tout le monde a ses propres problèmes et tellement de problèmes eux-mêmes, tu sais? Comment peux-tu aider les autres, quand toi-même tu es tellement magané? [traduction libre] (Jeune).

Cette réalité a d'importants impacts sur les gens motivés. Quand ils essaient de mettre des choses en place pour aider et qu'ils sont seuls à le faire, leur motivation diminue. Cela engendre un cercle vicieux. Il est déjà difficile d'aider quelqu'un puisque la volonté de changer doit venir de la personne. « Tu peux certainement être un bon modèle et tout pour tout le monde, mais tu ne peux forcer les gens à être d'une certaine façon (...) » [traduction libre] (Jeune).

La difficulté relative à la transition vers la vie adulte est créée par la rapidité avec laquelle les jeunes doivent devenir adultes. De façon générale, à la suite de plusieurs situations comme l'alcoolisme des parents ou une première grossesse à l'adolescence, les jeunes se voient confier plus de responsabilités.

Des fois, même si nous sommes seulement des adolescents, nous sommes forcés de devenir des adultes tellement vite, et on ne comprend pas tout de suite. On n'est donc plus autorisés à jouer. Nous devons être des adultes, des adultes responsables, tout d'un coup. Tu comprends? [traduction libre] (Jeune).

Ces responsabilités entraînent une confusion des rôles. Il est difficile pour un enfant d'assumer le rôle de parent auprès de ses frères et sœurs à un très jeune âge, par exemple parce que ses parents consomment trop. Il a envie d'aller jouer au parc, de vivre une vie d'enfant, mais il a des responsabilités d'adulte. De plus, les jeunes étant confus et en recherche de guides, ils se retrouvent entourés d'adultes qui ne sont pas disponibles pour leur offrir de l'aide et du support. Cette réalité fait qu'ils sont mal perçus dans la

communauté. Selon eux, les adultes les perçoivent comme des *faiseurs de trouble*, car ils font du vandalisme et lancent des pierres sur les maisons plutôt que simplement s'amuser dehors comme il serait attendu de la part d'enfants, mais sans guides, ils ne savent que faire d'autre.

Quant aux jeunes, puisqu'ils perçoivent que les adultes ne s'investissent pas auprès d'eux, ils ne croient pas avoir de place au sein de la communauté. De plus, puisqu'il est difficile pour eux de faire valoir leur opinion au sein de cette communauté, ils se sentent impuissants à changer les choses et leur estime de soi en est fragilisée.

La définition de la santé mentale

Pour les jeunes, malgré ces difficultés il est possible d'avoir une bonne santé mentale. Ils la définissent à l'aide de trois aspects cruciaux. En premier lieu, la santé mentale comporte un aspect holistique. La communauté, les parents, les enfants, tous sont impliqués et jouent un rôle quand il est question d'atteindre un équilibre et un bien-être. « Ce n'est pas juste le jeune. Tout est connecté avec les parents, les aînés, la société, la communauté... » [traduction libre] (Jeune).

En deuxième lieu, chaque personne a un pouvoir de décision. Elle peut décider de changer les choses pour elle-même. « C'est une décision. C'est un choix. La vie est un choix, tout dépend de ce que tu veux en vieillissant [traduction libre]. » (Jeune) et elle a la possibilité de faire les bons choix et d'être bien dans la vie. « Bien, ça me fait penser que tu as des choix à faire. Ce devrait être des choix positifs ou au moins essayer de faire des choix positifs qui font que tu es bien mentalement [traduction libre] » (Jeune).

Finalement, pour être bien et atteindre un équilibre, il importe de régler ce qu'il y a à régler et de ne pas faire abstraction des difficultés. Selon les jeunes, la base du bien-être est de pouvoir faire face à leurs problèmes.

Tu dois reconnaître tout ce qui a été dit plus tôt et passer par-dessus pour être assez heureux pour faire des activités. (...) Découvrir le négatif avant de faire ressortir le positif. Parce que le négatif était là depuis bien plus longtemps et il doit être sorti... [traduction libre] (Jeune).

Pour arriver à atteindre cet équilibre et atténuer les impacts négatifs des difficultés citées plus haut, les problèmes doivent être nommés et affrontés.

Les solutions proposées

Les jeunes interrogés ont aussi proposé des solutions qui pourraient pallier les difficultés identifiées. Cinq propositions ont été faites.

La première est l'expression comme voie de guérison. Celle-ci permet d'exprimer ses difficultés et d'y faire face en se regroupant. Pour les jeunes, c'est par le biais de cette solution qu'il est possible de faire diminuer la consommation et d'aider les gens à se sentir mieux.

(...) comme nous avons dit, une guérison. Ça fait partie de la guérison tu sais, comme pleurer et crier. La guérison c'est beaucoup de choses différentes. Ça peut être chanter. Ça peut être... tu sais? Ça dépend de qui la personne est. L'expression c'est la guérison pour moi. L'expression et pleurer [traduction libre] (Jeune).

Pour que ce soit possible, il est important que ce processus soit fait dans le respect et l'empathie, et ce, de façon continue.

La deuxième est l'utilisation de modèles pour que les jeunes aient des repères, qu'ils puissent suivre l'exemple de quelqu'un. « Comme en montrant... ce que les bons choix sont, ou en étant un modèle avec tes choix, ce sont les choix que tu fais qui font de toi un modèle... » [traduction libre] (Jeune). Dans la même optique, l'augmentation des capacités parentales est une solution qui a été proposée. Selon les jeunes, les enfants apprennent beaucoup au cours des cinq premières années, et c'est en s'assurant que les

parents comprennent l'importance de leur donner de l'amour et d'être disponibles et empathiques que plusieurs problèmes diminueront.

Laissez les enfants être des enfants, laissez-les apprendre par le jeu et l'imagination, guidez-les, aimez-les, protégez-les, laissez-les savoir qu'ils sont précieux, car tout ce qui compte, c'est qui ils deviendront. Laissez-les s'épanouir... [traduction libre] (Jeune).

La troisième solution est le développement d'un meilleur esprit communautaire, et ce, par l'entraide que les uns et les autres pourront s'apporter. « Tendez la main. Nous devons nous aider les uns les autres, peu importe l'âge, la couleur... » [traduction libre] (Jeune). Les jeunes croient qu'il est possible d'inverser la transmission intergénérationnelle de traumatismes. Ils croient qu'en s'entraidant, ce qui était traumatique pourrait devenir positif.

Finalement, offrir de la stabilité et du positif dans la vie des gens. « Tu sais, je crois qu'il y a une solution pour tout et c'est seulement d'avoir... avoir quelque chose de stable... quelque chose de positif dans la vie des gens... » [traduction libre] (Jeune). Une façon d'y arriver est d'avoir des activités stables et positives — activités créées par les gens de la communauté — d'éduquer les jeunes et d'avoir des Inuit qui s'impliquent dans les prises de décisions.

Les ressources disponibles dans le Grand Nord

Plusieurs ressources sont déjà disponibles dans le Grand Nord, cependant selon les jeunes, plusieurs sont méconnues, inadéquates ou mal perçues par la communauté. Par exemple, la façon dont les jeunes sont pris en charge lors d'un épisode suicidaire ou après une tentative de suicide. « Donc les policiers vont venir te chercher. Ça, c'est la prévention du suicide. Oui, ils t'embarrent dans une chambre pour la nuit. Échec! Une ou deux fois. Hum, hum! Ça a échoué et j'ai perdu un cousin! » [traduction libre] (Jeune).

Un recensement des ressources disponibles dans la communauté visitée a été réalisé à la suite des entrevues faites auprès des onze acteurs-clés. Quatorze ressources différentes ont été identifiées comme intervenant en matière de promotion et de prévention de la santé mentale auprès des jeunes. De celles-ci, quatre sont des initiatives locales (*Dancing génération, I care, We care, Youth conference* et *Youth center*), mais seulement deux d'entre elles interviennent tout au long de l'année (*Dancing génération* et *Youth center*). Des dix autres, six proviennent d'initiatives extérieures aux communautés, mais tentent de former des gens locaux pour assurer une certaine pérennité. Cependant, les projets sont gérés et ont été mis en place par des gens provenant de l'extérieur des communautés (*Nunavik hockey program, Junior rangers, Cirqniq, Healthy Schools, Kativik regional Police Force Cadet Program, ASIST program*). Deux sont des services offerts à l'école (*Behavioral technician* et *Kativik School Board student counselor*) et embauchent des Inuit de la communauté.

Ces deux services (*Behavioral technician* et *KSB student counselor*) ont été nommés par les jeunes et ils semblaient les apprécier. Néanmoins, une fois encore le manque de stabilité et de formation était une limite importante.

Tu décroches en secondaire 1. Tu te fais offrir une job au primaire comme *student counselor*, pour conseiller les jeunes enfants. Que vas-tu leur dire? Abandonne l'école, c'est correct. Tu vas être... tu peux être comme moi... [traduction libre] (Jeune).

Le dernier programme est une initiative d'un travailleur blanc œuvrant au sein de la communauté depuis quelques années. Ce service, Sinittavik, engage et forme des travailleurs locaux. Les jeunes ne pouvaient faire de commentaires ni connaître ce service lors de la collecte de données, car il a ouvert ses portes à la fin de l'été 2010. Pour avoir une vision globale des ressources, consulter le Tableau 1 en annexe.

Discussion

L'aspect holistique décrit par les jeunes dans leur définition d'une bonne santé mentale rejoint l'idéologie adoptée par les Autochtones pour parler de la santé (Loppie Reading et al., 2009). Néanmoins, les jeunes ont proposé un aspect particulier, soit l'aspect social et environnemental. Pour eux, la famille, les aînés et la communauté sont tous interreliés et il est important d'en tenir compte.

Outre l'aspect holistique, le libre-choix et l'importance de faire face à ses problèmes importent pour les jeunes. Il faut garder en tête la place importante que revêt le volontariat et leur détermination à faire leurs propres choix, et ce, tout en impliquant leur milieu.

Sur les dix difficultés qu'ils ont identifiées, sept sont souvent abordées et étudiées dans les écrits scientifiques traitant du Grand Nord (Bird, 2011; Kirmayer et al., 2000) : le suicide (Kirmayer, 2012a; Kirmayer, Boothroyd, & Hodgins, 1998; O'Neil, 1986; L. M. Wexler, 2006), l'abandon scolaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux et al., 2011; Mueller, 2008), l'alcoolisme (Anctil & Rochette, 2008; Plourde, Brunelle, & Landry, 2010; Plourde et al., 2011), les difficultés relationnelles (Auclair & Sappa, 2012; Breton, Dufour, & Lavergne, 2012; Morin & Lafortune, 2008), la transmission intergénérationnelle de traumatismes (Evans-Campbell, 2008), la transition vers la vie adulte (Smokowski, Evans, Cotter, & Webber, 2014) et le manque de continuité dans les services (Auclair & Sappa, 2012).

De ces dix difficultés, trois sont moins documentées. Les jeunes ont mentionné le manque de motivation des membres de leur communauté pour changer, la réalité nordique et la vision qu'a la communauté des travailleurs et des institutions allochtones.

Selon les Nunavimmiuts interrogés, le manque de volonté pour changer a un impact sur la motivation des autres membres de la communauté. Cet aspect rejoint les résultats de Richmond et Ross (2008b). Pour eux, l'influence sociale serait un facteur

dont l'impact sur la santé des populations est à la fois négatif et positif. Plus spécifiquement, le niveau d'appui social chez les Inuit est important et la normalisation de comportements négatifs entraîne des effets néfastes sur la communauté et les individus.

L'aspect holistique de la santé transparait donc dans l'influence négative et positive. L'individu, tout comme la communauté, a une influence sur la santé physique et mentale de ses membres. C'est pourquoi il faut tenir compte de la famille et de la communauté, puisqu'elles influencent directement la santé des individus. De plus, au niveau macrosystémique les changements sociaux font partie intégrante de la solution (Cargo, Grams, Ottoson, Ward, & Green, 2003).

Les jeunes ont proposé cinq solutions. La première est l'expression comme mode de guérison. Selon eux, pour être bien et avoir une bonne santé mentale, il est important de faire face à ses problèmes, il est par conséquent nécessaire de les exprimer.

Dans le cadre d'une étude sur le suicide au Nunavut (Kral & Idlout, 2009), la parole a été utilisée comme médium de prévention. Cette solution a fonctionné. Pourquoi? Selon les auteurs, l'action et l'idée provenaient de la communauté, et c'est ce qui expliquerait cette réussite (Kral & Idlout, 2009). La similitude avec les propositions des jeunes Nunavimmiuts est intéressante. Cette solution pourrait donc amener des résultats comparables à ceux du Nunavik.

Les jeunes ont proposé deux autres solutions, soit l'augmentation des capacités parentales et le développement d'un meilleur esprit communautaire. Celui-ci semble être une tentative de retour aux sources, un désir de redonner une voix aux aînés et à la famille, de s'impliquer pour aider les autres. En effet, le rôle de la communauté est historiquement important dans la gestion des conflits et des personnes présentant des problématiques particulières (Kirmayer et al., 1997). Aujourd'hui, le rôle de la famille

autochtone est moins clair et le désinvestissement des aînés de la vie communautaire inquiéterait les gens du Nunavik (Morin & Lafortune, 2008). La solution proposée par les jeunes permettrait une réapparition du partage entre les générations et une transmission du savoir et de la culture.

Le développement d'un esprit communautaire et l'expression comme voie de guérison semblent être des solutions à plusieurs problèmes. L'autodétermination ou la volonté d'intervenir par et pour les Inuit est le thème sous-jacent aux solutions qu'ont proposées les jeunes. Le contrôle qu'exercent les communautés sur les services, l'éducation et les programmes mis en place ont un impact positif (Chandler & Lalonde, 1998).

Plusieurs programmes sont disponibles au Nunavik. Ceux qui ont été recensés peuvent se diviser en deux catégories. D'abord, on trouve les programmes que les membres de la communauté ont développés. Ils mettent l'accent sur le besoin d'appartenance. Les seconds programmes, quant à eux, proviennent de l'extérieur et tablent, pour la plupart, sur des besoins d'actualisation et d'estime de soi (niveau 4 et 5 de la pyramide de Maslow).

Les solutions que les jeunes du Nunavik ont proposées s'inscrivent aussi dans la réponse aux besoins d'appartenance et de sécurité (niveau 2 et 3 de la pyramide). Pour les jeunes, ces besoins semblent être les besoins centraux par lesquels il sera possible d'améliorer la situation. À la suite de cette constatation, il semble possible d'affirmer que les gens de la communauté tentent de répondre de façon plus adaptée aux besoins des jeunes.

Les programmes mis de l'avant par et pour les Inuit sont peu présents sur le plan de l'offre de services. Il est vrai que, même selon les dires des jeunes, il est difficile d'impliquer les gens de la communauté et de maintenir cette participation. Pourtant la

solution passe nécessairement par cette avenue (Kral & Idlout, 2009). Pour ce faire, la mise de l'avant de programmes qui proviennent de la communauté et qui répondent aux besoins des jeunes est à la base de la réussite (Kral & Idlout, 2008; Williams & Mumtaz, 2008).

À l'avenir, il serait souhaitable que les programmes favorisés tendent à répondre aux besoins d'appartenance et de sécurité. Sur les cinq solutions qu'ont proposées les jeunes, quatre soutiennent le besoin d'appartenance. Le besoin de sécurité (niveau 2 de la pyramide) même s'il est moins présent s'avère primordial, surtout chez les enfants, et ce, en raison de sa place hiérarchique dans la pyramide des besoins de Maslow (Maslow, 1954).

En étudiant la définition des jeunes, nous constatons par la suite que la famille, la communauté et l'environnement sont des points centraux dans la vie des populations autochtones (Kirmayer, 2007). La famille et la communauté doivent être parties prenantes des programmes offerts aux jeunes. Une intervention ou un programme qui ne mettrait l'accent que sur l'individu serait moins efficace en contexte inuit. Le microsystème et l'exosystème sont donc les deux cibles prioritaires pour la mise en place de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale.

Limites

La participation au groupe *Photovoice* s'est faite sur une base volontaire. Comme nous l'avons précisé, le fait de n'avoir pu recruter que des filles lors de la première cohorte était hors du contrôle de la chercheuse responsable de l'animation. Le moment choisi pour la première collecte de données a pu influencer le type de participants. Comme cette collecte a eu lieu l'été, il est possible que les garçons aient été à la chasse plutôt qu'au village. Il était donc impossible de les contacter.

De plus, la présence de filles au groupe *Photovoice* peut s'expliquer par le choix du médium utilisé. Il semblerait que l'utilisation de l'appareil photo soit plus attrayante pour elles que pour les garçons (Drew, Duncan, & Sawyer, 2010). Outre ces aspects, l'homogénéité de l'échantillon quant à l'âge, à la trajectoire de vie et au statut social est aussi sujette à questionnements. Notons toutefois que puisque le groupe de jeunes qui ont participé à *Photovoice* dans le cadre de cette étude fait partie d'une recherche à plus grande échelle, il est raisonnable de croire, à la lumière des autres collectes de données, qu'une plus grande diversité de jeunes sera atteinte.

Conclusion

Ce projet d'étude a rendu possible l'analyse des propos des jeunes d'une communauté nordique, quant à leur vision et aux besoins qu'ils ont en matière de santé mentale. Ces résultats sont partiels, car ils font partie d'une étude plus large. Ils nous offrent tout de même la possibilité d'avoir une vision propre au village concerné et l'approche participative utilisée permet de transférer les résultats au fur et à mesure aux communautés, maintenant ainsi leur intérêt.

L'objectif était d'améliorer l'offre de services en matière de santé mentale pour les jeunes du Nunavik. Il ressort des propos des jeunes et de leur analyse qu'il faut garder en tête l'importance d'avoir une approche holistique, d'impliquer la famille et la communauté dans les interventions proposées et de valoriser les initiatives locales pour assurer une pérennité de cette offre de services.

À la lumière de l'analyse thématique, il est possible de constater que les jeunes du Nunavik font face à plusieurs problématiques et évoluent dans un contexte difficile. Ils en ont eux-mêmes nommé plusieurs aspects. À la suite de leur analyse, il est possible de conclure que les programmes de prévention et de promotion devraient tenter de répondre aux besoins d'appartenance et de sécurité tout en intervenant au niveau de microsystème et de l'exosystème.

De plus, contrairement à d'autres études, les jeunes ne parlent pas de façon explicite de la perte des traditions et de leur culture (De la Sablonnière et al., 2011; Kral et al., 2011; Wolsko et al., 2006). Il serait intéressant de les questionner sur cet aspect dans une recherche future, ce qui validerait la place que devrait avoir la culture.

Enfin, l'implication de la communauté est nécessaire, et ce, à tous les niveaux, autant dans le développement des programmes que dans la mise en place, le maintien et l'évaluation.

Références

- Alianait Inuit. (2007). *Alianait Inuit mental wellness: Action plan*. Repéré à : https://www.itk.ca/system/files_force/alainait_action_plan_english.pdf?
- Anctil, M., & Rochette, L. (2008). *Enquête de santé auprès des inuits du Nunavik 2004. Les faits saillants de l'enquête. Quanuippitaa? Comment allons-nous?* Document repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/775_ESIFaitsSaillants.pdf
- Auclair, G., & Sappa, M. (2012). Mental health in Inuit youth from Nunavik: Clinical considerations on a transcultural, interdisciplinary, community-oriented approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 21(2), 124-126. Repéré à : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-11237-006&site=ehost-live>
- Bird, E. K.-R. (2011). Health, education, language, dialect, and culture in First Nations, Inuit, and Métis communities in Canada: An overview. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35(2), 110-124.
- Bjerregaard, P., & Curtis, T. (2002). Cultural change and mental health in Greenland: The association of childhood conditions, language, and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Social Science & Medicine*, 54(1), 33-48. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00005-3
- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D., & Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir*. Québec, Canada.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338. doi: 10.1177/1363461513503380

- Brave Heart, M. Y. H., Chase, J., Elkins, J., & Altschul, D. B. (2011). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research and critical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 282-290. doi: 10.1080/02791072.2011.628913
- Breton, A., Dufour, S., & Lavergne, C. (2012). Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : Leur réalité comparée à celles des autres enfants. *Criminologie*, 45(2), 157-185. doi: 10.7202/1013724ar
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development* (2^e éd., Vol. 3). New York, NY: Oxford: Elsevier.
- Campbell, C. D., & Evans-Campbell, T. (2011). Historical trauma and Native American child development and mental health: An overview. Dans M. C. Sarche, P. Spicer, P. Farrell & H. E. Fitzgerald (Éds), *American Indian and Alaska Native children and mental health: Development, context, prevention, and treatment* (pp. 1-26). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Cargo, M., Grams, G. D., Ottoson, J. M., Ward, P., & Green, L. W. (2003). Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl.1), S66-S79. doi: 10.5993/AJHB.27.1.s1.7
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219. doi: 10.1177/136346159803500202
- De la Sablonnière, R., Saint-Pierre, F., Taylor, D. M., & Annahatak, J. (2011). Cultural narratives and clarity of cultural identity: Understanding the well-being of Inuit youth. *Pimatisiwin: A journal of aboriginal and indigenous community health*, 9(2), 301-322.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., Manseau, S., Foro, A., Beuraegard, D., & Institut national de santé publique. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux : Développement des individus et des communautés*. Document repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf
- Drew, S. E., Duncan, R. E., & Sawyer, S. M. (2010). Visual storytelling: A beneficial but challenging method for health research with young people. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1677-1688. doi: 10.1177/1049732310377455

- Evans-Campbell, T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaska communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(3), 316-338. doi: 10.1177/0886260507312290
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed* (30th anniversary edition). New York, NY: The Continuum International Publishing Group Inc.
- Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., Cowan, C. A., Bardhoshi, G., & Pula, S. (2009). Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review. *American Journal of Health Behavior, 33*(6), 686-698. doi: 10.5993/ajhb.33.6.6
- King, D. (2006). *Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada*. Repéré à: <http://www.ahf.ca/downloads/kingsummaryfweb.pdf>
- Kirmayer, L. J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review, 31*(1), 3-58. doi: 10.1177/136346159403100101
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry, 44*(2), 232-257. doi: 10.1177/1363461506070794
- Kirmayer, L. J. (2012a). Changing patterns in suicide among young people. *Canadian Medical Association Journal, 184*(9), 1015-1016. doi: 10.1503/cmaj.120509
- Kirmayer, L. J. (2012b). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 149-164. doi: 10.1177/1363461512444673
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., & Hodgins, S. (1998). Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 43*(8), 816-822.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 45*(7), 607-616.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C. M., & Boothroyd, L. J. (1997). Inuit attitudes toward deviant behavior: A vignette study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(2), 78-86. doi: 10.1097/00005053-199702000-00003
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry, 51*(3), 299-319. doi: 10.1177/1363461514536358

- Kral, M. J. & Idlout, L. (2008). Community wellness and social action in the Canadian Arctic: Collective agency as subjective well-being. Dans L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Éds.), *Healing traditions. The mental health of aboriginal peoples in Canada*. (pp. 315-334). Vancouver, Canada UBC Press.
- Kral, M. J., & Idlout, L. (2009). Community wellness and social action in the Canadian Arctic: Collective agency as subjective well-being. Dans L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Éds.), *Healing traditions: The mental health of aboriginal peoples of Canada* (pp. 315-334). Vancouver, Canada: UBC Press.
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., & Kirmayer, L. J. (2011). Unikkaaruit: Meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 426-438. doi: 10.1007/s10464-011-9431-4
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Document repéré à : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
- Lessard, L., Bergeron, O., Fournier, L., & Bruneau, S. (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*. Repéré à : www.inspq.qc.ca/.../868_SanteMentalNunavik.pdf
- Loppie Reading, C., Wien, F., & Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Repéré à : <http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples%27%20Health%20%28French%29.pdf>.
- Maslow. (1954). *Devenir le meilleur de soi-même*. Paris, France: Groupe Eyrolles.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes*. Repéré à : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, & Institut de la statistique du Québec. (2011). *Pour guider l'action - Portrait de la santé du Québec et de ses régions: les statistiques*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf>

- Morin, E., & Lafortune, D. (2008). L'agression sexuelle à l'égard des mineurs en territoires nordiques: Perceptions des intervenants. *Canadian Journal of Community Mental Health, 27*(1), 93-110.
- Mueller, C. (2008). *Breaking the ice: Qallunaat teachers' journeys to Nunavik (Quebec)*. 68, ProQuest Information & Learning, US. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-99070-489&site=ehost-live>
- National Aboriginal Health Organization. (2005). *Ownership, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nation research and some options for First Nations communities*. Document repéré à : http://www.naho.ca/documents/fnc/english/FNC_OCAPCriticalAnalysis.pdf
- O'Neil, J. D. (1986). Colonial stress in the Canadian Arctic: An ethnography of youth adults changing. Dans C. R. Janes (Éd.), *Anthropology and Epidemiology* (Vol. 9, pp. 249-274): D. Reidel publishing company.
- Palibroda, B., Krieg, B., Murdock, L., & Havelock, J. (2009). *A practical guide to photovoice: Sharing pictures, telling stories and changing communities*. Repéré à http://www.pwhce.ca/photovoice/pdf/Photovoice_Manual.pdf
- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik: Amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société, 9*(1), 77-120. doi: 10.3406/oss.2010.1392
- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2011). *Alcohol and drug use in Nunavik: Converging views of the futur*. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2011). *Rapport annuel 2010-2011*. Repéré à http://www.rrss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_docman&Itemid=73&lang=fr
- Richmond, C. A. M., & Ross, N. A. (2008b). Social support, material circumstance and health behaviour: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science & Medicine, 67*(9), 1423-1433. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.06.028
- Schnarch, B. (2004). Ownerships, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nation research and some options for First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health, 80-95*. Repéré à : http://www.naho.ca/jah/english/jah01_01/journal_p80-95.pdf

- Smokowski, P. R., Evans, C. B. R., Cotter, K. L., & Webber, K. C. (2014). Ethnic identity and mental health in American Indian youth: Examining mediation pathways through self-esteem, and future optimism. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(3), 343-355. doi: 10.1007/s10964-013-9992-7
- Société Makivik. (2007). *Nunavik at a glance. Coup d'oeil sur le Nunavik*. Kuujuaq: Makivik corporation.
- Tester, F. J., & McNicoll, P. (2004). Isumagijaksaq: Mindful of the state: Social constructions of Inuit suicide. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2625-2636. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.021
- Wang, C. C., & Burris, M. A. (1994). Empowerment through photo novella: Portraits of participation. *Health Education Quarterly*, 21(2), 171-186. doi: 10.1177/109019819402100204
- Wexler, L., Eglinton, K., & Gubrium, A. (2012). Using Digital Stories to Understand the Lives of Alaska Native Young People. *Youth & Society*. Repéré à : <http://yas.sagepub.com/content/early/2012/04/01/0044118X12441613.abstract>
- Wexler, L. M. (2006). Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. *Social Science & Medicine*, 63(11), 2938-2948. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.07.022
- Williams, L., & Mumtaz, Z. (2008). Being alive well? Power-knowledge as a countervailing force to the realization of mental well-being for Canada's aboriginal young people. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(4), 21-31. doi: 10.1080/14623730.2008.9721773

Tableau I
Ressources disponibles au Nunavik

Ressources	Objectifs	Services	Besoins (Maslow)
Community liaison wellness workers	Aider à l'amélioration de la prestation de services Soutenir les initiatives de la communauté	Définir les besoins en promotion et en prévention de bien-être pour chaque communauté Créer un réseau local	
Dancing generation	Promouvoir le partage et de saines habitudes Promouvoir l'identité inuite Valoriser les jeunes	Réunion tous les vendredis soir Danse, chant, musique Éducation religieuse Collecte de fonds	Estime de soi Appartenance
I care, we care	Recueillir de la nourriture et des vêtements	Le programme de dons de Noël	Physiologique
Sinittavik (safe house)	Fournir un environnement sécuritaire à court terme	Six à neuf lits, jeunes de 3 à 17 Base volontaire Fournir de la nourriture	Physiologique Sécurité
Youth conference	Donner une place aux jeunes pour discuter entre eux	Conférence une fois par année Sur différentes thématiques	Appartenance
Youth center	Donner une place aux jeunes Fournir des activités	Activités récréatives et culturelles Aide aux devoirs Films, repas	Appartenance
ASIST program	Faire de la prévention et de la formation sur le suicide	Former des Inuit et des professionnels Ateliers Support lors du deuil	Appartenance
KSB student counsellor	Prévention à l'école	Pour et par des Inuit Lien avec les parents et étudiants Développer des ateliers	Appartenance

Tableau I
Ressources disponibles au Nunavik (suite)

Ressources	Objectifs	Services	Besoins (Maslow)
Junior rangers	Développement de compétences Promotion de la culture et des activités traditionnelles	Jeunes de 12 à 18 ans Activités traditionnelles (chasse, pêche, camping...)	Estime de soi Actualisation
KRPF Cadet program	Préparer les jeunes à la transition vers la vie adulte Objectif à long terme : augmenter le nombre d'Inuit	Apprendre les responsabilités d'officiers Activités physiques Informations sur la sécurité publique	Actualisation
Healthy school	Efforts locaux et régionaux pour créer un environnement et des habitudes saines autour de l'école	<i>Hot breakfast and healthy snacks</i> <i>Stay-in-school program</i> <i>Healthy attitude through sports</i>	Physiologique Estime de soi
Behavioral technician	Gérer les comportements perturbateurs à l'école	Désescalade de crises	Sécurité
Nunavik hockey program	Promouvoir la persévérance scolaire et de saines habitudes Avoir du plaisir Prévention du crime	Acquisition de compétences en hockey Former des entraîneurs locaux Compétitionner à différents niveaux	Estime de soi Actualisation
Cirqniq Social circus	Développer l'estime de soi, l'appartenance, la persévérance et le leadership Promouvoir de saines habitudes de vie.	Programme de 5 ans Formation de cirque	Appartenance Estime de soi

Discussion

Dans le cadre de cette étude, trois questions étaient posées aux jeunes lors des rencontres *Photovoice*. La première concernait leur conception de la santé mentale. La deuxième portait sur les difficultés que rencontraient les jeunes de leur communauté sur ce plan et la troisième se penchait sur les solutions qu'ils proposent. L'objectif étant de mettre en lumière les besoins qu'ils identifient et de vérifier que les programmes déjà en place dans les communautés y répondent.

Pour ce faire, les éléments importants de la définition d'une bonne santé mentale, tels que proposés par les jeunes, seront examinés à la lumière des définitions déjà existantes. Cette démarche est nécessaire, car elle permet de s'assurer que ces définitions touchent les mêmes éléments ou du moins elle permet d'en faire ressortir les distinctions. Ainsi, les organismes s'appuyant sur lesdites définitions pour développer des programmes conçus pour les jeunes s'assureront-ils de répondre à la vision qu'ils ont de la santé mentale. Une cohérence entre les programmes et la vision des jeunes est primordiale pour que les interventions en matière de prévention et de promotion de la santé mentale soient efficaces (Williams & Mumtaz, 2008). En effet, dans un contexte de colonisation, les changements socioculturels doivent être analysés et compris en tenant compte de l'environnement et de la génération à laquelle appartient la personne (O'Neil, 1986).

Pour bien comprendre les solutions que les jeunes nous proposent, d'une part leur vision de leur communauté et de la santé mentale doivent être comprises et d'autre part, le contexte dans lequel ils évoluent doit être examiné. C'est pourquoi les difficultés qu'ils ont pointées seront étudiées à l'aide des données déjà existantes sur le sujet, ce qui offrira une idée générale de la situation dans laquelle ils évoluent.

Par la suite, nous comparerons les solutions proposées avec les ressources déjà disponibles, et ce, à l'aide de la pyramide des besoins de Maslow. Pour finir, nous proposerons certaines pistes de solutions et nous ferons état des limites de l'étude examinée, toujours dans l'objectif de mieux répondre aux besoins manifestes des jeunes du Nunavik en matière de santé mentale.

Notons toutefois qu'à ce stade, le petit nombre de jeunes rencontrés (n=5) ne nous permet pas de généraliser les données à l'ensemble de la population du Grand Nord. En effet, l'objectif d'une étude qualitative n'est pas de généraliser, mais de comprendre un phénomène dans un contexte précis (Stake, 2010). Cependant, il est intéressant de voir les tendances propres à ce village et ainsi de disposer d'une base de comparaison pour des travaux ultérieurs.

La définition de la santé mentale

Selon les jeunes Nunavimmiuts rencontrés, pour atteindre une bonne santé mentale trois éléments doivent être présents. Il faut affronter ses problèmes, prendre de

bonnes décisions et considérer l'aspect holistique dans la recherche de l'atteinte du bien-être. Ce dernier aspect se retrouve dans la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (2001) qui stipule que la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux. Elle renvoie plutôt au bien-être, à l'équilibre et à la capacité d'une personne à s'adapter aux difficultés de la vie quotidienne. Cependant, selon l'OMS (2001), ces capacités sont individuelles et ne tiennent pas compte de l'influence de l'environnement sur la personne. Par contre, cette définition spécifie que la santé physique et la santé mentale ne peuvent exister l'une sans l'autre. Il est possible que la maladie et la santé se côtoient tant et aussi longtemps que l'équilibre qui inclut l'individu, les autres et l'environnement est maintenu (World Health Organization, 2005). Dans cette définition, l'individu est responsable de son équilibre avec son environnement, contrairement à la vision des jeunes pour lesquels l'environnement et les autres sont en interaction. Les autres, tout comme les communautés et les sociétés, peuvent influencer l'équilibre d'une personne. Il importe de considérer cet aspect pour mettre en place des programmes pour les jeunes. L'intervention doit s'adresser à eux, mais aussi à leur famille, leur communauté, etc.

L'aspect holistique que les jeunes décrivent rejoint l'idéologie adoptée par les Autochtones pour parler de la santé. Les dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques ne peuvent être dissociées (Loppie Reading et al., 2009) quand on réfère à la santé mentale. Néanmoins, un des aspects nouveaux de la définition que proposent les jeunes est l'ajout de l'aspect social et environnemental. Pour eux, une fois encore, la

famille, les aînés et la communauté représentent des aspects interreliés dont il faut tenir compte.

La vision qu'ont les jeunes de la santé mentale va aussi dans le même sens que la définition proposée par un groupe de travail inuit qui définit le bien-être. Selon eux, une bonne santé mentale se décrirait comme l'estime de soi et la dignité personnelle qui découlent de l'harmonie entre le bien-être physique, émotionnel, psychologique, spirituel et l'identité culturelle (Alianait Inuit, 2007). En plus de cette définition, une autre rejoint celle que les jeunes proposent et que l'on retrouve aussi dans un article publié par Kral and Idlout (2009). Cette dernière stipule que chez les Inuit, la santé mentale se définit comme étant la saine interconnexion entre l'esprit, le corps, les autres et l'environnement (*inuqatigiitiarniq*). Celle-ci provient des Inuit du Nunavut et reflète parfaitement l'aspect holistique qui semble faire consensus chez les Inuit en matière de santé.

Outre l'aspect holistique décrit ci-dessus, dans la définition d'Alianait Inuit (2007) le bien-être émotionnel nécessaire à l'harmonie renvoie également aux possibilités de faire des choix et à l'importance d'affronter ses problèmes, deux autres aspects importants pour les jeunes. Le libre-choix est donc fort important. Il faut garder en tête la place que revêt le volontariat pour les jeunes et la détermination qu'ils ont de faire leurs propres choix, et ce, tout en impliquant leur milieu.

Le besoin de contrôle et la nécessité d'affronter ses problèmes pour pouvoir continuer d'aller de l'avant s'inscrivent dans la théorie émancipatoire de Paolo Freire. Selon lui (Freire, 1970), les gens sont des participants actifs dans l'identification et la compréhension de leurs problèmes. Cette démarche peut se faire d'un point de vue personnel, tel que souligné par les jeunes, pour être en mesure d'atteindre et de conserver une bonne santé mentale. Toutefois, elle peut aussi se faire d'un point de vue communautaire.

En participant à cette étude, c'est ce que les jeunes ont fait. Ils ont pu affirmer qu'ils sont des sujets actifs et ils ont également pu développer une vision critique des problèmes de leur communauté. De plus, par l'exposition de leurs photos et la présentation des résultats liés à leurs réflexions, ils ont développé leurs propres outils à travers les solutions qu'ils ont proposées pour agir au sein de leur communauté (Freire, 1970).

Les difficultés

Selon les jeunes, dix difficultés illustrent leur réalité nordique. De ces dix thèmes, sept sont souvent discutés dans les écrits scientifiques quand il est question des problèmes que l'on retrouve dans le Grand Nord (Auclair & Sappa, 2012; Bird, 2011; Kirmayer et al., 2000). Il est ici question du suicide, de l'abandon scolaire, de l'alcoolisme, des difficultés relationnelles, de la transmission intergénérationnelle de

traumatismes, de la transition vers la vie adulte et du manque de continuité dans les services.

Le suicide est un des indicateurs les plus importants de la détresse chez les Inuit et les Premières Nations (Kirmayer et al., 2000). Il aurait donc été surprenant que les jeunes n'en parlent pas. Il est à un niveau épidémique dans le Grand Nord, et ce, depuis plusieurs années (Kirmayer, 2012b; O'Neil, 1986). Les jeunes rencontrés nomment l'alcoolisme des parents et la consommation de la personne elle-même comme étant des facteurs de risque en ce qui a trait au suicide. À ce propos, cette conclusion est cohérente avec une étude de Kirmayer qui soulignait les mêmes facteurs de risque (Kirmayer et al., 1998). En plus, les jeunes ajoutent le manque d'espoir, l'ennui, le sentiment de n'être importants pour personne et de ne pas avoir de futur. Ces caractéristiques peuvent être associées aux critères diagnostiques utilisés pour la dépression (Andrews et al., 2007) et viennent consolider le lien qui a déjà été fait entre le suicide et la dépression chez les jeunes Autochtones et Allochtones (Kirmayer, 1994; Nanayakkara, Misch, Chang, & Henry, 2013).

L'idée de non-futur renvoie pour sa part à la réalité décrite par L. M. Wexler (2006) dans son étude sur le suicide chez les jeunes Inuit du Groenland. La perte des repères et l'écart entre les générations amènent les jeunes à ne plus avoir ni guides ni objectifs, ce qui entraîne un sentiment d'abattement et mène à des comportements

autodestructeurs. Les facteurs associés au suicide que les jeunes exposent correspondent donc à ce qui est défini dans les écrits à ce sujet.

Selon Kirmayer et al. (1998), un des facteurs de protection du suicide est la fréquentation scolaire chez les Inuit. Dans la région du Nunavik, en 2011 les données disponibles sur l'importance du décrochage scolaire du réseau public sont à un degré très élevé. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2011), 91,6 % des jeunes décrochent. Cette difficulté a d'ailleurs été mentionnée par les Nunavimmiuts rencontrés. Le manque de stabilité est un élément important dans le discours des jeunes qui tentent de trouver les raisons expliquant un si haut taux de décrochage. Le roulement de personnel explique une partie du problème. Les difficultés que les professeurs vivent en allant enseigner au Nunavik sont notables. Ils doivent revoir leur vision d'eux-mêmes, leur rôle face à leurs étudiants et briser la distance sociale qu'ils vivent au sein de leur communauté-hôtesse. Pour la plupart des professeurs, ce processus prendra du temps. Pour beaucoup d'entre eux, il se terminera par la décision de quitter le Nord (Mueller, 2008), ce qui fait nécessairement vivre de l'instabilité aux étudiants. Selon les jeunes, le fait de décrocher du réseau scolaire amène aussi son lot de difficultés, dont la consommation.

Pour les jeunes interrogés, la consommation d'alcool est une problématique très répandue. Elle touche énormément de gens dans les communautés nordiques. Les jeunes considèrent qu'il est primordial de tenir compte de cette réalité, car elle entraîne des

conséquences graves sur les enfants qui vivent avec des parents ayant des problèmes de consommation. De plus, cette façon de faire face à ses problèmes se transmet d'une génération à l'autre.

À l'opposé de la consommation d'alcool, les jeunes interrogés évoquent peu l'utilisation de drogues comme étant un problème. Dans une étude récente menée au Nunavik, Plourde et al. (2011) mentionnent que 60 % des jeunes du secondaire ont fait l'usage de cannabis au cours de la dernière année et que l'utilisation de drogues est aussi répandue que la consommation d'alcool. La consommation de cannabis est d'ailleurs plus importante chez les filles au Nunavik que chez les garçons. Ce qui est contraire à ce que l'on observe dans le reste de la province (Plourde et al., 2011). Ayant un échantillon comprenant seulement des filles, il est surprenant de ne pas avoir plus de détails sur ce type de consommation.

Concernant l'usage d'alcool, les jeunes du Nunavik consomment de façon régulière ou occasionnelle dans une plus petite proportion (77 % des jeunes) qu'ailleurs au Québec (85 % des jeunes). Cependant, leur mode de consommation diffère. Au Nunavik, 24 % des jeunes s'adonneraient à la consommation excessive d'alcool (*binge drinking*) contrairement à 7,5 % des jeunes ailleurs au Québec (Ancil & Rochette, 2008).

Comme le décrivent les jeunes, la façon de se procurer de l'alcool et le coût à l'achat (160 \$ pour une caisse de 24 bières) sont très différents dans le Nord. N'ayant pas de points de vente dans aucun village, les gens doivent commander leur alcool par les points de vente situés dans le Sud. Pour ce faire, la possession d'un permis est nécessaire et la municipalité impose un quota hebdomadaire. Outre cette façon de procéder, il est possible d'acheter de l'alcool à quelqu'un qui a un permis ou simplement à des gens qui importent de façon illégale. Ces façons de procéder pour se procurer de l'alcool sont aussi décrites dans l'étude de Plourde et al. (2011). Bien que les statistiques montrent que les jeunes du Nunavik consomment un peu moins d'alcool que ceux du reste du Québec, cette difficulté d'approvisionnement ne semble pas les empêcher de boire ni ne semble enrayer la problématique.

Selon les jeunes, la consommation excessive d'alcool est une raison importante des signalements d'enfants à la protection de la jeunesse, et ce, disent-ils, même si la protection de la jeunesse est mal vue et mal comprise par les communautés. Une partie des raisons qui pourraient expliquer cette incompréhension viendrait du fait que les pratiques de protection ont contribué à l'assimilation des enfants autochtones à la suite de la fermeture des écoles résidentielles. En plaçant massivement les jeunes dans des familles à l'extérieur de leur communauté, le processus d'assimilation était recréé (Breton et al., 2012). Un autre aspect pourrait venir d'un manque de ressources disponibles dans le Grand Nord pour répondre aux problèmes psychosociaux (Auclair & Sappa, 2012), ce qui force l'utilisation des services de deuxième ligne pour avoir de

l'aide ou qui oblige les gens à attendre trop longtemps avant de demander cette aide (Breton et al., 2012). Les jeunes Autochtones sont surreprésentés aux trois étapes de prises de décisions en protection de la jeunesse. Cependant, et contrairement à la situation des enfants non autochtones, leur situation est caractérisée par leur jeune âge et par l'importance des difficultés que rencontrent leurs parents (Breton et al., 2012).

Plusieurs des interprétations que fournissent ces jeunes pour expliquer la consommation excessive et répandue dans leur communauté réfèrent à l'incapacité des gens à régler leurs problèmes et à faire face à la douleur et aux difficultés. Selon eux, la transmission intergénérationnelle de traumatismes est un des facteurs centraux de cette problématique. Les traumas historiques associés aux pensionnats, aux placements d'enfants à l'extérieur des communautés et à l'effort d'assimilation des autorités ont des impacts sur le développement des enfants au sein de leur famille. La perte de la transmission des pratiques parentales et de la culture tout comme la reproduction de pratiques négatives et l'utilisation de châtiments corporels en sont des exemples (Campbell & Evans-Campbell, 2011).

Ces problèmes que vivent les parents nous amènent à une piste de réflexion quant aux difficultés que les jeunes rencontrent lors du passage à la vie adulte. Sans modèles et sans guides, il est difficile pour eux de se définir. Étant confrontés à un très jeune âge à l'alcoolisme de leurs parents, à des sévices sexuels (Morin & Lafortune, 2008) et à de la négligence (Breton et al., 2012) certains se voient vieillir

prématurément. Il faut souligner ici que plus de 20 % des enfants étaient suivis par la protection de la jeunesse en 2010 (Auclair & Sappa, 2012) et que la majorité des signalements ont été faits pour négligence (Breton et al., 2012). Il nous est permis de croire que ces situations amènent les jeunes à devenir adultes de façon prématurée.

De plus, au Nunavik, 11,8 % des jeunes filles ont leur premier enfant entre 15 et 19 ans contrairement à 1 % dans le reste du Québec (Régie régionale de la santé et des services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2012). La responsabilité d'un enfant entraîne nécessairement une augmentation des responsabilités pour la mère et un changement quant aux objectifs de vie (SmithBattle, 2007). Ces responsabilités entraînent une confusion quant aux rôles et peuvent aussi expliquer les difficultés que les jeunes rencontrent lors de leur transition vers la vie adulte.

Les jeunes citent l'estime de soi (niveau 4 de la pyramide de Maslow) comme dernier impact relié à la difficulté du passage vers la vie adulte. Cet impact est intéressant, puisqu'il est connu que l'estime de soi a une influence directe sur les problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression (Smokowski et al., 2014).

Les difficultés que les jeunes ont pointées touchent plusieurs aspects de leur vie et semblent toutes interreliées. L'alcoolisme influence les capacités parentales et la motivation à changer. La transmission intergénérationnelle a aussi un impact sur ces deux difficultés, tout comme sur l'alcoolisme et le suicide. Un des facteurs de risque de

suicide est l'alcoolisme, ainsi de suite. Cette façon d'aborder les problèmes reflète la perspective holistique qu'ont les Inuit face à la santé et à ce qui les entoure. Tout comme dans l'étude de Kral et al. (2011) sur la vision qu'ont les Inuit du Nunavut du bien-être, du malheur, de la santé et des changements, les thèmes sont reliés. Une partie de l'explication de la persistance de ces problématiques peut être liée à la transmission intergénérationnelle de traumatismes, mais le roulement de personnel important que l'on peut observer dans le Grand Nord joue nécessairement un rôle (Auclair & Sappa, 2012; Morin & Lafortune, 2008; Mueller, 2008).

Outre ces sept difficultés que connaît la littérature, les jeunes que nous avons rencontrés nous ont amenés à voir trois autres difficultés moins documentées, mais particulières au Nunavik. Ils ont mentionné que la réalité nordique est particulière. De plus, ils nous ont rappelé que la vision qu'a la communauté des travailleurs allochtones et des institutions non inuites n'est pas celle à laquelle on aurait pu s'attendre. Enfin, ils ont précisé que le manque de motivation à changer pour les Inuit est facteur répandu dans leur communauté.

Dans un article sur l'agression sexuelle à l'égard des mineurs au Nunavik, par Morin et Lafortune (2008), certains de ces aspects sont cités, ce qui permet de supposer qu'il y a un certain consensus au Nunavik. Tout d'abord, on note la présence d'un rapport de force entre certaines familles inuites et la difficulté d'intégration de quelques travailleurs non inuit dans la communauté. En ce qui a trait à l'intégration des

travailleurs allochtones, notons un point intéressant : la différence entre les propos des participants de cette étude et ceux de l'étude de Morin et Lafortune (2008). En effet, les travailleurs locaux interrogés disent avoir de bons rapports avec les travailleurs non inuit, malgré les difficultés de communication rencontrées et la réticence à travailler avec de jeunes employés et des stagiaires moins intégrés à la communauté. Les jeunes, quant à eux, considéraient les relations avec les non autochtones comme problématiques. La provenance des participants pourrait être une explication quant à cette distinction. Dans l'étude de Morin et Lafortune (2008), les villages visités (Puvirnituq, Inukjuak et Salluit) sont moins peuplés et emploient moins de travailleurs non inuit que celui qui nous intéresse, car il est le centre administratif du Nunavik (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec, 2012).

Selon les Nunavimmiuts interrogés, le manque de volonté pour changer a un impact sur la motivation des autres membres de la communauté. Cet aspect rejoint les résultats d'une étude menée par Richmond et Ross (2008b) auprès de 26 communautés inuites et de Premières Nations. Selon eux, l'influence sociale peut être un facteur dont l'impact est à la fois négatif et positif sur la santé des populations. Plus spécifiquement, la qualité et l'importance de l'appui social chez les Inuit sont importantes, cependant la normalisation des comportements négatifs entraîne nécessairement des effets néfastes sur la communauté et les individus. Chez eux, l'appui social ne joue pas un rôle protecteur. Par conséquent, il peut s'avérer plus difficile de changer pour plusieurs

individus, puisqu'une pression sociale est exercée par les gens qui les entourent (Richmond & Ross, 2008b). L'aspect holistique de la santé transparait, et ce, autant dans l'influence négative que dans l'influence positive dont il est question ici. L'individu, tout comme la communauté, a une influence sur la santé physique et mentale de ses membres. La prise en compte de la famille et de la communauté est donc capitale, car celles-ci influencent directement la santé des individus. De plus, sur le plan macrosystémique, les changements sociaux font partie intégrante de la solution (Cargo et al., 2003).

Les solutions

À la lumière de ces difficultés, les jeunes ont trouvé des pistes de solutions. Ces résultats répondent aux problèmes décrits plus tôt et se veulent une façon globale de pallier les entraves rencontrées en matière de développement et de maintien d'une bonne santé mentale.

La première solution à ces problèmes est *l'expression* comme mode de guérison. Selon les jeunes, pour être bien et avoir une bonne santé mentale, il est important de faire face à ses problèmes. Il est par conséquent nécessaire de les exprimer.

Dans le cadre d'une étude sur le suicide au Nunavut (Kral & Idlout, 2009), la parole a été un médium utilisé pour prévenir le suicide. Cette forme de prévention a fonctionné, car le suicide a beaucoup diminué dans deux communautés. L'une d'elles

avait le taux de suicide le plus élevé au Nunavut. À la suite de la prise en charge des programmes de prévention par les membres de la communauté, le suicide a cessé pendant quelques années dans l'autre communauté. Il est intéressant de voir que cette solution, similaire à celle que les jeunes du Nunavik ont proposée, peut aussi avoir un impact direct sur les difficultés qu'ils ont eux-mêmes nommées. L'action et l'idée provenaient de la communauté et c'est, selon Kral et Idlout (2009), ce qui explique sa réussite. On voit bien, ici, que l'influence de l'exosystème sur les individus peut être immense s'il est bien utilisé.

Ce résultat soutient également ce que Kral et al. (2011) a proposé précédemment, lors d'une étude faite au Nunavut, sur la signification que prennent les termes bien-être, santé, malheur et changements sociaux pour les Inuit. Cette étude nous montre clairement que la communication et l'expression constituent le deuxième terme le plus important dans les verbatim analysés quand il est question du bien-être. Sans la communication, le bien-être est impossible. Le fait d'exprimer ses remords, ses expériences négatives du passé et les sentiments négatifs vécus est la voie à utiliser pour être bien. Les participants voient d'ailleurs cet aspect de l'étude comme la base de toute stratégie de prévention, d'intervention ou de guérison (Kral et al., 2011).

Dans le cadre de cette étude, le premier thème identifié pour définir le bien-être est la famille et la communauté. Pour les Inuit du Nunavut, le bien-être se caractérise par le fait de passer du temps en famille, de parler, de partager de la nourriture et de se

rendre dans la toundra (Kral et al., 2011). Ce qui nous amène vers les deux autres solutions que proposent les jeunes, solutions qui touchent la famille et la communauté.

L'augmentation des capacités parentales et le développement d'un meilleur esprit communautaire sont deux solutions que les jeunes mettent de l'avant. Elles touchent directement le microsystème et l'exosystème. Dans l'étude de Kral et al. (2011), tout comme dans celle-ci, le fait de partager du temps et d'échanger avec les leurs est associé à un sentiment de bien-être, à une bonne santé et à la guérison. Quand la famille et la communauté deviennent des éléments néfastes, il est alors question d'isolement, de violence, de consommation et d'abus ou de sévices de tous genres.

Le développement d'un esprit communautaire semble être une tentative de retour aux sources afin de redonner une voix aux aînés et à la famille et de s'impliquer pour aider les autres. Dans les communautés du Nunavik, le rôle de la communauté est historiquement important pour la gestion des conflits et la prise en charge des personnes problématiques (Kirmayer et al., 1997). Aujourd'hui, le rôle de la famille autochtone est moins clair (Morin & Lafortune, 2008). Selon cette même étude, menée au Nunavik en 2008, le désinvestissement des aînés de la vie communautaire inquiéterait les gens de certaines communautés. La solution que proposent les jeunes permettrait une réapparition du partage entre les générations et une transmission du savoir et de la culture. L'importance du lien social et de la communauté est centrale dans le modèle de

guérison de Wolsko et al. (2006), et ce, dans leur étude sur la conception du bien-être chez les Yup'ik du Yukon.

Le développement d'un esprit communautaire et de l'expression comme voie de guérison semblent être des solutions à plusieurs problèmes. De plus, il est possible de dire qu'elles répondent bien aux besoins de la population du Nunavik. En effet, dans une étude que Plourde et al. (2011) ont menée dans quatre communautés du Nunavik sur la consommation de drogues et d'alcool, certaines des solutions proposées pour améliorer la situation dans les villages nordiques étaient similaires à celles que les jeunes ont proposées. Entre autres, il y était question de reconnaître le problème en l'exprimant et d'en prendre la responsabilité collectivement.

De plus, dans le cadre de cette étude, un des articles conclut tout d'abord qu'il faut que les jeunes aient des modèles positifs afin de rompre le cycle de reproduction. On y lit également qu'il faut développer des activités et qu'il importe d'offrir de la stabilité dans les services (Plourde et al., 2010). Or, toutes ces solutions ont aussi été proposées par les jeunes.

L'autodétermination ou la volonté d'intervenir par et pour les Inuit est le thème sous-jacent aux solutions qu'ont proposées les jeunes. Le contrôle exercé par les communautés sur les services, l'éducation et les programmes mis en place a un impact positif sur la diminution des suicides dans ces mêmes communautés (Chandler &

Lalonde, 1998). Il est donc nécessaire de soutenir les initiatives provenant des communautés, surtout en promotion et en prévention de la santé mentale (Kral & Idlout, 2008). Cet aspect est également souligné dans les solutions que propose Plourde et al. (2011) et Morin et Lafortune (2008). Redonner le pouvoir aux gens des communautés peut aussi aider à assurer une certaine continuité dans les services offerts aux jeunes, et ce, en contrant la dépendance aux travailleurs allochtones qui restent en moyenne peu longtemps dans le Grand Nord (Morin & Lafortune, 2008; Mueller, 2008). Il faut tout de même être vigilants, car on observe une certaine instabilité chez les travailleurs inuit eux-mêmes (Morin & Lafortune, 2008).

La perte des traditions, de la culture et des valeurs traditionnelles ne sont pas des thématiques clairement mentionnées dans les difficultés rencontrées par les jeunes et l'importance de celles-ci n'est pas non plus soulignée dans les solutions. Les jeunes mentionnent peu le macrosystème. Il est possible que ce soit parce qu'il est plus éloigné et abstrait. Il s'avère donc difficile pour eux de l'illustrer ou d'en prendre conscience (Drew et al., 2010). Une autre raison peut venir du manque de perspectives auquel font référence les jeunes interrogés. Il est certain que, jusqu'à un certain point, l'esprit communautaire et l'utilisation de modèles sont des solutions qui font partie de la transmission des valeurs traditionnelles. Il en est de même pour le rôle des parents auprès de leurs enfants. Ceci reste tout de même préoccupant, car dans les autres études, cet aspect est central. Il touche les changements néfastes qu'ont vécus les communautés. Le maintien de cette culture et de ces traditions fait partie intégrante du mieux-être

recherché pour l'avenir (De la Sablonnière et al., 2011; Kral et al., 2011; Wolsko et al., 2006). Dans le cadre d'études à venir, il s'avérerait pertinent de vérifier auprès des jeunes du Nunavik l'importance que revêtent pour eux la culture et les traditions.

Les programmes déjà existants

Plusieurs programmes sont déjà disponibles au Nunavik. L'offre de services diffère tout de même d'une communauté à l'autre. Il est donc possible que certains programmes discutés ici soient spécifiques à la première communauté visitée dans le cadre de cette étude et ne soient pas disponibles dans les autres villages du Nunavik.

Les programmes recensés peuvent se diviser en deux catégories. Ceux qui ont été développés par les membres de la communauté et ceux qui proviennent de l'extérieur. Les programmes développés par les gens de la communauté mettent l'accent sur le besoin d'appartenance, tandis que les autres tablent pour la plupart sur des besoins d'actualisation et d'estime de soi (il est possible de consulter l'Appendice A pour avoir les détails des ressources recensées). Ces deux besoins se retrouvent à des stades supérieurs de la pyramide de Maslow. Pour Maslow (1954), les comportements de l'être humain ne sont organisés qu'autour des besoins non satisfaits et il n'est pas possible d'atteindre un stade si le précédent n'est pas comblé. Cet aspect explique peut-être la perception qu'ont les jeunes des programmes disponibles de même que le fait qu'ils ne trouvent pas que ceux-ci répondent à leurs besoins et sont méconnus.

Les solutions des jeunes du Nunavik s'inscrivent aussi dans la réponse aux besoins d'appartenance et de sécurité. Pour eux, ces besoins semblent être centraux. Ce sont donc ceux par lesquels il sera possible d'améliorer la situation. À la suite de cette constatation, il semble possible d'affirmer que les gens de la communauté tendent à répondre de façon plus adaptée aux besoins des jeunes.

Les programmes mis de l'avant par et pour les Inuit sont cependant peu présents dans l'offre de services existante. Ils ne représentent que quatre programmes sur dix et deux d'entre eux ne sont en vigueur que de façon ponctuelle. Il est vrai que, même selon les dires des jeunes, il est difficile d'impliquer les gens de la communauté et de maintenir cette participation. Pourtant la solution passe nécessairement par cette avenue (Kral & Idlout, 2009). Pour ce faire, la mise de l'avant de programmes provenant de la communauté et répondant aux besoins des jeunes est à la base de la réussite (Kral & Idlout, 2008; Williams & Mumtaz, 2008).

Les recommandations

À la lumière des solutions que les jeunes eux-mêmes nous ont proposées et en s'appuyant sur des constatations faites à la suite du recensement des programmes déjà existants, il est possible de fournir certaines recommandations. Celles-ci visent particulièrement les programmes qui pourraient être mis en place et qui s'engageraient à répondre aux problèmes de santé mentale auxquelles font face les Nunavimmiuts.

Tout d'abord, les programmes qui pourraient être favorisés à l'avenir devraient tendre à répondre aux besoins d'appartenance (niveau 3 de la pyramide) et de sécurité (niveau 2 de la pyramide), besoins centraux pour les jeunes. Sur les cinq solutions proposées par ceux-ci quatre d'entre elles mettent le besoin d'appartenance comme besoin central. L'esprit communautaire, l'expression comme voie de guérison, l'utilisation de modèle et le développement des capacités parentales passent nécessairement par la réponse à ce besoin. Néanmoins, même s'il est moins présent dans les solutions proposées, le besoin de sécurité, surtout chez les enfants, est pressant. En raison de sa place hiérarchique dans la pyramide Maslow, il doit être priorisé.

Par la suite, la famille, la communauté et l'environnement des jeunes demeurent des points centraux dans la vie des populations autochtones (Kirmayer, 2007). Il est primordial que la famille et la communauté soient parties prenantes des programmes offerts aux jeunes. Une intervention ou un programme qui ne mettrait l'accent que sur l'individu aurait beaucoup moins de chances d'atteindre ses cibles dans un contexte inuit. Le microsystème et l'exosystème sont donc les deux cibles prioritaires pour la mise en place de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale.

À cela s'ajoute l'ouverture d'un dialogue entre les travailleurs allochtones et la population inuite. Les jeunes rencontrés déploraient que les travailleurs ne s'intègrent pas à la vie de leur communauté tandis que selon Mueller (2008), les travailleurs blancs veulent s'intégrer, mais le manque d'appui et de préparation pour les aider à y parvenir

reste un obstacle. Un partenariat peut être envisagé dans le respect de la culture, des besoins et du vouloir des Inuit. De cette façon, la vision qu'a la communauté des travailleurs allochtones et des institutions non inuites viendra peut-être à changer.

Enfin, l'implication de la communauté est nécessaire, et ce, à tous les plans, autant en ce qui a trait au développement des programmes qu'en ce qui concerne leur mise en place, leur maintien et leur évaluation.

Les limites de l'étude

La participation au groupe *Photovoice* s'est faite sur une base volontaire. Le fait de n'avoir pu recruter que des filles dans la première cohorte était hors du contrôle de la chercheuse responsable de l'animation. Ceci a eu pour conséquence qu'on n'a pas eu accès à la vision et à l'opinion des garçons. Dans un contexte où il est question de santé mentale, il aurait été pertinent d'avoir leur apport, puisque ce sont eux qui sont le plus en détresse (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007; O'Neil, 1986) et qui sont le plus touchés par le suicide (L. M. Wexler, 2006). De plus, les hommes semblent avoir vécu une plus grande discontinuité quant à leur rôle. Ceci peut être une cause de leur plus grande vulnérabilité (Kirmayer et al., 1998), et c'est précisément cette vulnérabilité qui nous invite à comprendre leurs points de vue, fort différents de celui de filles. Par exemple, l'étude de L. Wexler et al. (2012) auprès de jeunes Inupiats de l'Alaska a cherché à comprendre comment les jeunes de cette région se représentent et comment ils perçoivent leur vie. Un écart important entre les valeurs de la société dominante a été démontré, ainsi qu'une

différence entre ce que les garçons et les filles valorisent. Cette réalité nous rappelle qu'il faut avoir accès aux garçons pour tenir compte de leurs opinions et de leurs pensées sur la vie qu'ils mènent.

Comme nous l'avons précédemment noté, le fait que seules les filles se soient présentées au groupe *Photovoice* peut s'expliquer par le choix du médium utilisé. Il semblerait que l'utilisation d'un appareil photo soit plus attrayante pour elles que pour les garçons (Drew et al., 2010). Une étude menée aux États-Unis auprès de trente-quatre adolescents et de leurs parents a d'ailleurs démontré que l'influence positive de l'utilisation de l'appareil photo comme méthode de collecte de données est plus importante chez les filles que les garçons. Ce moyen aide sans contredit à l'autodétermination, il facilite l'expression et la communication. Cependant, ce choix a ses limites, car il est difficile pour les adolescents, filles ou garçons, d'utiliser l'abstraction, et de ce fait, de déterminer quoi prendre en image (Drew et al., 2010).

Outre cet aspect, l'homogénéité du groupe de participants quant à l'âge, à la trajectoire de vie et au statut social est aussi à évaluer. Toutefois, puisque dans le cadre de cette étude le groupe de jeunes qui a participé à *Photovoice* fait partie d'une recherche à plus grande échelle, il est raisonnable de croire — à la lumière des autres collectes de données — qu'une plus grande diversité de jeunes sera rejointe ultérieurement. En effet, on espère rejoindre garçons et filles, dont la moyenne d'âge

sera moins élevée et qui fréquenteront toujours le milieu scolaire, etc. Cette diversité apportera des éléments nouveaux et intéressants quant aux résultats discutés ici.

Nous observons que le moment choisi pour la première collecte de données a pu influencer le type de participants. La collecte ayant eu lieu l'été, il est possible, comme nous le soulignons d'entrée de jeu, que les garçons aient été à la chasse plutôt qu'au village. Ils étaient alors impossibles à rejoindre. La pêche et la chasse sont des activités de subsistance encore très présentes au Nunavik et plus pratiquées par les garçons que par les filles (Tait & Statistiques Canada, 2008).

Conclusion

La santé mentale reste un problème criant pour les populations du Grand Nord. Aussi, ce mémoire s'est-il penché sur les besoins identifiés par les jeunes pour améliorer la situation en matière de santé mentale et sur les actions que le peuple lui-même peut entreprendre pour améliorer l'état des choses, d'une part, et à quels besoins les organismes du milieu doivent répondre pour mieux y arriver, d'autre part.

Ce projet d'étude a donc rendu possible l'analyse des propos de jeunes Inuit d'une communauté nordique quant à leur vision et aux besoins qu'ils ont en matière de santé mentale. À cette étape de la recherche, les résultats demeurent partiels puisqu'ils font partie d'une étude à plus long terme. Cependant, les recherches et les moyens mis en place pour les poursuivre (*Photovoice*), de même que l'analyse des données ont permis de saisir l'importance d'entendre la voix des jeunes Inuit, de tenir compte des solutions qu'ils proposent pour atteindre et conserver une bonne santé mentale.

En effet, les résultats obtenus jusqu'à présent nous offrent une vision propre au village concerné. De plus, l'approche participative utilisée permet de transférer les résultats aux communautés, et ce, au fur et à mesure. Cette constance de l'information maintient leur intérêt quant au projet lui-même et surtout en ce qui a trait à leur santé.

La collecte de données a été rendue possible grâce à l'utilisation de *Photovoice*. Cette méthode a permis aux jeunes participants d'exprimer la vision qu'ils ont de leur santé et d'identifier les forces et les faiblesses qui entourent ce phénomène de « santé mentale ». En effet, grâce au médium *Photovoice*, ils ont pu parler d'eux-mêmes à travers ce qu'ils prenaient en images. Ces photos les ont donc guidés dans la vision de leur réalité, de leurs problématiques et des solutions à apporter.

L'analyse de ces données multiples — réalisée lors de discussions en groupes — aura permis aux jeunes Inuit de donner un sens propre à leur réalité culturelle et à leurs besoins en matière de santé mentale. Elle leur aura également permis de se pencher sur leur réalité plutôt que de la subir (Kral & Idlout, 2009; Williams & Mumtaz, 2008).

Pour mieux analyser les propos des jeunes, nous avons privilégié une analyse thématique. Deux cadres conceptuels ont permis cette analyse. D'abord la pyramide des besoins de Maslow (1954), en ce qu'il y priorise les besoins obligatoires à satisfaire pour se réaliser dans son plein potentiel, et ce, en tant qu'êtres humains. Nous savons que si les premiers besoins (physiologiques) ne sont pas satisfaits, l'individu ne pourra accéder au second (sécurité) et ainsi de suite.

La deuxième grille d'analyse thématique que nous avons retenue est celle du modèle écologique du développement de Bronfenbrenner (1994). Ce cadre conceptuel a mis en valeur les aspects signifiants de l'expérience humaine globale, mais surtout, pour

les besoins de notre recherche, les aspects que vivent les jeunes Inuit. Bronfenbrenner considère le point de vue écologique, c'est-à-dire les interactions entre les individus et leur environnement, mais aussi l'environnement tel que ces mêmes individus le perçoivent.

Enfin, l'objectif étant d'améliorer l'offre de services en matière de santé mentale pour ces jeunes du Nunavik, il ressort clairement de leurs propos et de leur analyse qu'il faut tenir compte de l'importance d'une approche holistique. Il faut également impliquer la famille et la communauté dans les interventions proposées. Enfin, il est primordial de valoriser les initiatives locales de façon à assurer une pérennité de l'offre de services.

Les propos que nous avons analysés nous ont permis de constater que ces jeunes font face à plusieurs problématiques et qu'ils évoluent dans un contexte difficile. Ils en ont soulevé plusieurs aspects. À la suite de leur analyse, il est possible de conclure que les programmes de prévention et de promotion devraient tenter de répondre aux besoins d'appartenance et de sécurité (2 et 3. Maslow), tout en intervenant au niveau du microsystème et de l'exosystème (Bronfenbrenner, 1994).

Par ailleurs et contrairement à d'autres études, il est étonnant de constater que les jeunes ne parlent pas de façon explicite de la perte des traditions et de leur culture (De la Sablonnière et al., 2011; Kral et al., 2011; Wolsko et al., 2006). Comme nous l'avons mentionné, il serait intéressant de les interroger sur cet aspect dans une recherche

ultérieure et validant ainsi la place que devrait avoir la culture. Car, ne l'oublions pas : cette recherche est inscrite dans une continuité.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Qu'est-ce qui détermine la santé ?*
Repéré à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants.
- Alianait Inuit. (2007). *Alianait Inuit mental wellness: Action plan*. Repéré à :
https://www.itk.ca/system/files_force/alainait_action_plan_english.pdf?
- Ancil, M., & Rochette, L. (2008). *Enquête de santé auprès des inuits du Nunavik 2004. Les faits saillants de l'enquête. Quanuippitaa? Comment allons-nous?* Repéré à :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/775_ESIFaitsSaillants.pdf
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., & Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(S1), S41-S51. doi: 10.1002/mpr.216
- Association touristique du Nunavik. (2010). *Planifier son voyage*. Repéré à :
<http://www.nunavik-tourism.com/voyager.aspx>
- Auclair, G., & Sappa, M. (2012). Mental health in Inuit youth from Nunavik: Clinical considerations on a transcultural, interdisciplinary, community-oriented approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 21(2), 124-126. Repéré à : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-11237-006&site=ehost-live>
- Bazeley, P., & Jackson, K. (2007). *Qualitative data analysis with NVivo* (2^e éd.). London, UK: SAGE publications Ltd.
- Berry, J. W. (1990). Acculturation and adaptation: health consequences of culture contact among circumpolar peoples. *Arctic Medical Research*; 1990 (Jul), 142-50.
- Bird, E. K.-R. (2011). Health, education, language, dialect, and culture in First Nations, Inuit, and Métis communities in Canada: An overview. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35(2), 110-124.

- Bjerregaard, P., & Curtis, T. (2002). Cultural change and mental health in Greenland: The association of childhood conditions, language, and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Social Science & Medicine*, 54(1), 33-48. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00005-3
- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D., & Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir*. Québec, Canada.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338. doi: 10.1177/1363461513503380
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brave Heart, M. Y. H., Chase, J., Elkins, J., & Altschul, D. B. (2011). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research and critical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 282-290. doi: 10.1080/02791072.2011.628913
- Brave Heart Yellow Horse, M., Chase, J., Elkins, J., & Altschul, D. B. (2011). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research, and clinical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 282-290.
- Breton, A., Dufour, S., & Lavergne, C. (2012). Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : Leur réalité comparée à celles des autres enfants. *Criminologie*, 45(2), 157-185. doi: 10.7202/1013724ar
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of the human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development* (2^e éd., Vol. 3). New York, NY: Oxford: Elsevier.
- Bull, J. R. (2010). Research with Aboriginal peoples: Authentic relationships as a precursor to ethical research. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 5(4), 13-22. doi: 10.1525/jer.2010.5.4.13
- Caldwell, J. Y., Davis, J. D., Du Bois, B., Echo-Hawk, H., Erickson, J. S., Coins, R. T., . . . Stone, J. B. (2005). Culturally Competent Research with American Indians and Alaska Natives: Findings and Recommendations of the First Symposium of the Work Group on American Indian Research and Program Evaluation Methodology. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 12(1), 1-21. doi: 10.5820/aian.1201.2005.1

- Campbell, C. D., & Evans-Campbell, T. (2011). Historical trauma and Native American child development and mental health: An overview. Dans M. C. Sarche, P. Spicer, P. Farrell & H. E. Fitzgerald (Éds), *American Indian and Alaska Native children and mental health: Development, context, prevention, and treatment* (pp. 1-26). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Cargo, M., Grams, G. D., Ottoson, J. M., Ward, P., & Green, L. W. (2003). Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl.1), S66-S79. doi: 10.5993/AJHB.27.1.s1.7
- Castleden, H., & Garvin, T. (2008). Modifying Photovoice for community-based participatory Indigenous research. *Social Science & Medicine* (1982); 2008 (Mar), 1393-405, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.030
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: A review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior*, 37(3), 424-451. doi: 10.1177/1090198109342084
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J., & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *International Journal Of Circumpolar Health*; 2013, Vol 2013, 20078 doi: 10.3402/ijch.v72i0.20078
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219. doi: 10.1177/136346159803500202
- CIHR. (2013). *CIHR Guidelines for health research involving aboriginal people*. Repéré à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29134.html>
- Cotton, M.-H. (2014). *Midi-conférence du Progamme Grand Nord: Interprétations religieuses et traditionnelles à la maladie chez les Inuits*. Douglas Institut universitaire en santé mentale. Montréal, QC.
- De la Sablonnière, R., Saint-Pierre, F., Taylor, D. M., & Annahatak, J. (2011). Cultural narratives and clarity of cultural identity: Understanding the well-being of Inuit youth. *Pimatisiwin: A journal of aboriginal and indigenous community health*, 9(2), 301-322.

- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., Manseau, S., Foro, A., Beauraegard, D., & Institut national de santé publique. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux : Développement des individus et des communautés*. Repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf
- Desrosiers, P. M., Gendron, D., Todisco, D., Monchot, H., Rhmani, N., Bhiry, N., & Houmard, C. (2008). Tayara (KbFk-7) et le Dorsétien: recherche pluridisciplinaire sur un site-clé du Palaeoeskimo du détroit d'Hudson (Nunavik, Canada). *L'anthropologie*, 112, 757-779. doi: 10.1016/j.anthro.2008.05.003
- Drew, S. E., Duncan, R. E., & Sawyer, S. M. (2010). Visual storytelling: A beneficial but challenging method for health research with young people. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1677-1688. doi: 10.1177/1049732310377455
- Evans-Campbell, T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaska communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 316-338. doi: 10.1177/0886260507312290
- Fraser, S. L., Geoffroy, D., Chachamovich, E., & Kirmayer, L. J. (2014). *Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: A gender-based analysis of risk and protective factors*. Manuscrit soumis pour publication.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed* (30th anniversary edition). New York, NY: The Continuum International Publishing Group Inc.
- Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche & Gouvernement du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec les êtres humains. Chapitre 6 - La recherche avec des peuples autochtones*. Repéré à <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/archives/tcps-eptc/section6-chapitre6/>
- Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., Cowan, C. A., Bardhoshi, G., & Pula, S. (2009). Photovoice as community-based participatory research: A qualitative review. *American Journal of Health Behavior*, 33(6), 686-698. doi: 10.5993/ajhb.33.6.6
- Initiative sur l'éthique de la recherche avec les Autochtones. (2008). *Enjeux et options concernant les révisions à l'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Chapitre 6 - La recherche avec des peuples autochtones*. Repéré à : http://pre.ethics.gc.ca/policy-politique/initiatives/docs/AREI_-_February_2008_-_FR.pdf.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2004). *Inuit history and heritage*. Repéré à : <https://www.itk.ca/publication/5000-years-inuit-history-and-heritage>.

- Inuit Tapiriit Kanatami. (2007). *Social determinants of Inuit health in Canada : A discussion paper*. Repéré à : http://ahrnets.ca/files/2011/02/ITK_Social_Determinants_paper_2007.pdf.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2013). Introducing the methods for CBPR for health. Dans B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz & E. A. Parker (Éds.), *Methods for community-based participatory research for health* (2 éd., pp. 4-37). San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Jacklin, K., & Kinoshameg, P. (2008). Developing a participatory aboriginal health research project: 'Only if it's going to mean something '. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 3(2), 56-68. doi: 10.1525/jer.2008.3.2.53
- King, D. (2006). *Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada*. Repéré à : <http://www.ahf.ca/downloads/kingsummaryfweb.pdf>
- Kirmayer, L. J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31(1), 3-58. doi: 10.1177/136346159403100101
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257. doi: 10.1177/1363461506070794
- Kirmayer, L. J. (2012a). Changing patterns in suicide among young people. *Canadian Medical Association Journal*, 184(9), 1015-1016. doi: 10.1503/cmaj.120509
- Kirmayer, L. J. (2012b). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. doi: 10.1177/1363461512444673
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., & Hodgins, S. (1998). Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 43(8), 816-822.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 45(7), 607-616.
- Kirmayer, L. J., Corin, E., Corriveau, A., & Fletcher, C. (1993). [Culture and mental illness among the Inuit of Nunavik]. *Santé Mentale au Québec*, 1993 (Spring), 53-70.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C. M., & Boothroyd, L. J. (1997). Inuit attitudes toward deviant behavior: A vignette study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 78-86. doi: 10.1097/00005053-199702000-00003

- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, *51*(3), 299-319. doi: 10.1177/1363461514536358
- Kirmayer, L. J., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, *11*(Suppl.1), S15-S23. doi: 10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x
- Koltko-Rivera, L. E. (2006). Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research and unification. *Review of general psychology*, *10*(4), 302-317.
- Kral, M. J. & Idlout, L. (2008). Community wellness and social action in the Canadian arctic: Collective agency as subjective well-being. Dans L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Éds.), *Healing traditions. The mental health of aboriginal peoples in Canada*. (pp. 315-334). Vancouver, Canada UBC Press.
- Kral, M. J., & Idlout, L. (2009). Community wellness and social action in the Canadian Arctic: Collective agency as subjective well-being. Dans L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Éds.), *Healing traditions: The mental health of aboriginal peoples of Canada* (pp. 315-334). Vancouver, Canada: UBC Press.
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J. & Kirmayer, L. J. (2011). Unikkaaruit: Meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut, Canada. *American Journal of Community Psychology*, *48*(3-4), 426-438. doi: 10.1007/s10464-011-9431-4
- Kral, M. J., Wiebe, P. K., Nisbet, K., Dallas, C., Okalik, L., Enuaraq, N., & Cinotta, J. (2009). Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *International Journal Of Circumpolar Health*; 2009 (Jun), 292-308
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Document repéré à : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
- Lessard, L., Bergeron, O., Fournier, L., & Bruneau, S. (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*. Repéré à : www.inspq.qc.ca/.../868_SanteMentalNunavik.pdf
- Loomba, A. (2005). *Colonialism-postcolonialism* London: Routledge

- Loppie Reading, C., Wien, F., & Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Repéré à : <http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples%27%20Health%20%28French%29.pdf>.
- Lorenz, L. S., & Kolb, B. (2009). Involving the public through participatory visual research methods. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 12(3), 262-274. doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00560.x
- Maslow, A. (1954). *Devenir le meilleur de soi-même*. Paris, France: Groupe Eyrolles.
- McLeod, S. A. (2007). *Maslow's hierarchy of needs*. Repéré à : <http://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes*. Repéré à : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Analyses des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, & Institut de la statistique du Québec. (2011). *Pour guider l'action - Portrait de la santé du Québec et de ses régions: les statistiques*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf>
- Morin, E., & Lafortune, D. (2008). L'agression sexuelle à l'égard des mineurs en territoires nordiques: Perceptions des intervenants. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(1), 93-110.
- Mueller, C. (2008). *Breaking the ice: Qallunaat teachers' journeys to Nunavik (Quebec)*. 68, ProQuest Information & Learning, US. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-99070-489&site=ehost-live>
- Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L., & Henry, D. (2013). Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety*, 30(10), 991-996. doi/10.1002/da.22143/abstract

- National Aboriginal Health Organization. (2005). *Ownership, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nation research and some options for First Nations communities*. Repéré à : http://www.naho.ca/documents/fnc/english/FNC_OCAPCriticalAnalysis.pdf
- O'Donnell, V., Tait, H., & Statistics Canada Housing, family and social statistics division. (2003). *Aboriginal peoples survey 2001 - initial findings : Well-being of the non-reserve Aboriginal Population*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-589-x/pdf/4228565-eng.pdf>
- O'Neil, J. D. (1986). Colonial stress in the Canadian Arctic: An ethnography of youth adults changing. Dans C. R. Janes (Éd.), *Anthropology and Epidemiology* (Vol. 9, pp. 249-274): D. Reidel publishing company.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 : Rapport du secrétariat*. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-fr.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Déterminants sociaux de la santé*. Repéré à http://www.who.int/social_determinants/fr/.
- Palibroda, B., Krieg, B., Murdock, L., & Havelock, J. (2009). *A practical guide to photovoice: Sharing pictures, telling stories and changing communities*. Repéré à http://www.pwhce.ca/photovoice/pdf/Photovoice_Manual.pdf
- Pauzé, R., & Girouard, M. (2014). *Présentation d'un protocole d'évaluation systématique dans les situations de négligence*. Repéré à <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/recherche/Documents/Pr%C3%A9sentation%20CJQ%20mai%202014%20-%20R.%20Pauz%C3%A9.pdf>
- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik: Amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-120. doi: 10.3406/oss.2010.1392
- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2011). *Alcohol and drug use in Nunavik: Converging views of the futur*. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.

- Plourde, C., Brunelle, N., Landry, M., Guyon, L., Mercier, C., Gendron, A., & Eveno, S. (2007). *Consommation de substances psychoactives chez les jeunes du Nunavik: Résultats de l'enquête*. Rapport de recherche adressé à l'IRSC et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2011). *Rapport annuel 2010-2011*. Repéré à http://www.rsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_docman&Itemid=73&lang=fr
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik & Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Portrait de santé Nunavik : Conditions démographiques et socioéconomiques, 2011*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1588_PortraitSanteNunavik2011_ConditionsDemoSocioecono.pdf.
- Richmond, C. A. M., & Ross, N. A. (2008a). The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health & Place, 15*, 403-411. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.07.004
- Richmond, C. A. M., & Ross, N. A. (2008b). Social support, material circumstance and health behaviour: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science & Medicine, 67*(9), 1423-1433. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.06.028
- Schnarch, B. (2004). Ownerships, control, access and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nation research and some options for First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health, 80-95*. Repéré à : http://www.naho.ca/jah/english/jah01_01/journal_p80-95.pdf
- Shah, S. A. (2012). Ethical standards for transnational mental health and psychosocial support (MHPSS): Do no harm, preventing cross-cultural errors and inviting pushback. *Clinical Social Work Journal, 40*(4), 438-449. doi: 10.1007/s10615-011-0348-z
- SmithBattle, L. (2007). 'I Wanna Have a Good Future': Teen Mothers' Rise in Educational Aspirations, Competing Demands, and Limited School Support. *Youth & Society, 38*(3), 348-371. doi: 10.1177/0044118x06287962
- Smokowski, P. R., Evans, C. B. R., Cotter, K. L., & Webber, K. C. (2014). Ethnic identity and mental health in American Indian youth: Examining mediation pathways through self-esteem, and future optimism. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(3), 343-355. doi: 10.1007/s10964-013-9992-7

- Société Makivik. (2007). *Nunavik at a glance. Coup d'oeil sur le Nunavik*. Kuujuaq: Makivik corporation.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research. Studying how things work*. New York, NY: The Guilford press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg, Suisse: Academic press Fribourg.
- Tait, H., & Statistiques Canada. (2008). *Aboriginal peoples survey, 2006 : Inuit health and social conditions*. Repéré à : <http://www.nativiamericani.it/filevari/89-637-x2008001-eng.pdf>
- Tester, F. J., & McNicoll, P. (2004). Isumagijaksaq: Mindful of the state: Social constructions of Inuit suicide. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2625-2636. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.021
- Thomas, L. R., Donovan, D. M., Sigo, R. L. W., & Price, L. (2011). Community-based participatory research in Indian country: Definitions, theory, rationale, examples, and principles. Dans M. C. Sarche, P. Spicer, P. Farrell & H. E. Fitzgerald (Éds.), *American Indian and Alaska Native children and mental health: Development, context, prevention, and treatment* (pp. 165-186). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Vallee, F. G. (1966). Eskimo Theories of Mental Illness in the Hudson Bay Region. *Anthropologica*, 8(1), 53-83.
- Vrakas, G. (2010). *Description of the research project. Nunavimmiut youth's concept of mental wellness: A community-base participatory research*. Document inédit, FQRSC.
- Vrakas, G. (2011). Nunavimmiut youth's concepts of mental wellness: A community-based participatory research. *Feedback workshop*.
- Wang, C. C., & Burris, M. A. (1994). Empowerment through photo novella: Portraits of participation. *Health Education Quarterly*, 21(2), 171-186. doi: 10.1177/109019819402100204
- Wang, C. C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369-387.

- Wang, C. C., & Redwood-Jones, Y. A. (2001). Photovoice ethics: Perspectives from Flint Photovoice. *Health Education & Behavior, 29*(5), 560-572. doi: 10.1177/109019810102800504
- Wang, C. C., Yi, W. K., Tao, Z. W., & Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International, 13*(1), 75-86. doi: 10.1093/heapro/13.1.75
- Watts, S. (2014). User skills for qualitative analysis: Perspective, interpretation and the delivery of impact. *Qualitative Research in Psychology, 11*(1), 1-14.
- Wexler, L., Eglinton, K., & Gubrium, A. (2012). Using Digital Stories to Understand the Lives of Alaska Native Young People. *Youth & Society*. Repéré à : <http://yas.sagepub.com/content/early/2012/04/01/0044118X12441613.abstract>
- Wexler, L. M. (2006). Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. *Social Science & Medicine, 63*(11), 2938-2948. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.07.022
- Williams, L., & Mumtaz, Z. (2008). Being alive well? Power-knowledge as a countervailing force to the realization of mental well-being for Canada's aboriginal young people. *International Journal of Mental Health Promotion, 10*(4), 21-31. doi: 10.1080/14623730.2008.9721773
- Wolsko, C., Lardon, C., Hopkins, S., & Ruppert, E. (2006). Conceptions of Wellness among the Yup'ik of the Yukon-Kuskokwim Delta: The Vitality of Social and Natural Connection. *Ethnicity & Health, 11*(4), 345-363. doi: 10.1080/13557850600824005
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health : Concepts- Emerging evidence - Practice*. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York, NY: The Guilford press.

Appendice A
Ressources disponibles au Nunavik

Tableau I
Ressources disponibles au Nunavik

Ressources	Objectifs	Services	Besoins (Maslow)
Community liaison wellness workers	Aider à l'amélioration de la prestation de services Soutenir les initiatives de la communauté	Définir les besoins en promotion et en prévention de bien-être pour chaque communauté Créer un réseau local	
Dancing generation	Promouvoir le partage et de saines habitudes Promouvoir l'identité inuite Valoriser les jeunes	Réunion tous les vendredis soir Danse, chant, musique Éducation religieuse Collecte de fonds	Estime de soi Appartenance
I care, we care	Recueillir de la nourriture et des vêtements	Le programme de dons de Noël	Physiologique
Sinittavik (safe house)	Fournir un environnement sécuritaire à court terme	Six à neuf lits, jeunes de 3 à 17 Base volontaire Fournir de la nourriture	Physiologique Sécurité
Youth conference	Donner une place aux jeunes pour discuter entre eux	Conférence une fois par année Sur différentes thématiques	Appartenance
Youth center	Donner une place aux jeunes Fournir des activités	Activités récréatives et culturelles Aide aux devoirs Films, repas	Appartenance
ASIST program	Faire de la prévention et de la formation sur le suicide	Former des Inuit et des professionnels Ateliers Support lors du deuil	Appartenance
KSB student counsellor	Prévention à l'école	Pour et par des Inuit Lien avec les parents et étudiants Développer des ateliers	Appartenance

Tableau I
Ressources disponibles au Nunavik (suite)

Ressources	Objectifs	Services	Besoins (Maslow)
Junior rangers	Développement de compétences Promotion de la culture et des activités traditionnelles	Jeunes de 12 à 18 ans Activités traditionnelles (chasse, pêche, camping...)	Estime de soi Actualisation
KRPF Cadet program	Préparer les jeunes à la transition vers la vie adulte Objectif à long terme : augmenter le nombre d'Inuit	Apprendre les responsabilités d'officiers Activités physiques Informations sur la sécurité publique	Actualisation
Healthy school	Efforts locaux et régionaux pour créer un environnement et des habitudes saines autour de l'école	<i>Hot breakfast and healthy snacks</i> <i>Stay-in-school program</i> <i>Healthy attitude through sports</i>	Physiologique Estime de soi
Behavioral technician	Gérer les comportements perturbateurs à l'école	Désescalade de crises	Sécurité
Nunavik hockey program	Promouvoir la persévérance scolaire et de saines habitudes Avoir du plaisir Prévention du crime	Acquisition de compétences en hockey Former des entraîneurs locaux Compétitionner à différents niveaux	Estime de soi Actualisation
Cirqniq Social circus	Développer l'estime de soi, l'appartenance, la persévérance et le leadership Promouvoir de saines habitudes de vie.	Programme de 5 ans Formation de cirque	Appartenance Estime de soi

Appendice B
Règles de présentation de la revue

La revue

La *Revue canadienne de santé mentale communautaire* offre une tribune des plus nécessaires aux universitaires et aux professionnels canadiens qui s'intéressent à la promotion d'une santé mentale positive et à la prévention et au traitement des problèmes de santé mentale en milieu communautaire. La Revue est une publication interdisciplinaire consacrée au partage de l'information et à l'élaboration d'un savoir fiable et valide à propos des phénomènes se rapportant au bien-être psychologique des individus et des communautés au Canada.

Les domaines d'intérêt prioritaire pour la Revue sont l'évaluation de programmes en matière de services humanitaires, l'analyse des besoins de la communauté, le développement communautaire, l'action sociale, l'entraide, l'éducation communautaire, la consultation et la défense des droits et intérêts. La Revue s'efforce également de tenir ses lecteurs informés des derniers développements sur les politiques des instances publiques qui influencent la santé mentale des Canadiens.

Types de manuscrits

Les textes soumis peuvent présenter des descriptions de programmes communautaires exemplaires, des analyses de politiques, des articles théoriques, des rapports de recherche et des analyses documentaires.

La Revue accepte les types de manuscrits suivants : des articles ou des communications brèves.

Préparation des manuscrits

Le style de tous les textes doit être conforme aux normes de *l'American Psychological Association* (6^e éd.), adaptées selon l'usage courant de la langue française.

La politique de la Revue est de ne pas utiliser le terme « sujet », mais plutôt « participant et participante, répondante et répondant, informateur et informatrice », ou un terme plus spécifique. De plus, tous les textes dans la Revue doivent être non sexistes, selon les normes énoncées par l'Office québécois de la langue française et suivies par diverses instances gouvernementales, tant fédérales que québécoises. Les techniques de féminisation privilégiées sont l'écriture des deux formes, masculines et féminines, et ce, tout au long (ex. les intervenants et les intervenantes, les clientes et les clients) et l'emploi de termes génériques et de tournures neutres (ex. le corps enseignant, les élèves).

Les auteurs doivent soumettre deux copies de leur manuscrit : une copie comprenant une page titre qui identifie les auteurs, de même que les références complètes et une autre

copie préparée pour l'évaluation anonyme, où les noms des auteurs sont retranchés de la page couverture, de même que toute autre information comprise dans le manuscrit qui permettrait de les identifier.

Les auteurs doivent fournir un résumé d'environ 100 mots en français et en anglais.

Canadian Periodical for Community Studies Inc. (2014). *Recommandations aux auteurs*.
Repéré à : <http://cjcjh.com/page/cjcjh/itas>