Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Suicide : facteurs de risque et de protection chez les Inuits du Canada

Une synthèse des statistiques concernant le suicide et la santé mentale

Suicide : facteurs de risque et de protection chez les Inuits du Canada

Une synthèse des statistiques concernant le suicide et la santé mentale

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Konefal, S. *Suicide : facteurs de risque et de protection chez les Inuits du Canada : une synthèse des statistiques concernant le suicide et la santé mentale,* Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ont.) K1P 5E7
613-235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Risk and protective factors for suicide among Inuit in Canada: A summary of statistics related to suicide and mental health

ISBN 978-1-77178-867-0

Table des matières

Synthèse générale 1

Introduction 1
Méthodes 2
Résultats 2
Conclusions 3

Introduction 5

Contexte 5
Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits 5
Facteurs de risque et de protection du suicide des populations inuites 6
Usage de substances et suicide chez les Inuits 7
Objectifs du rapport 8

Méthodes 10

Enquêtes 10
Analyse 10

Résultats 12

Survol 12
Différences entre les régions 12
Différences entre les groupes d'âge et les sexes 13
Différences entre 2012 et 2017 13

Facteurs de risque 14
Détresse mentale 14
Usage de substances 23
Stress aigu ou perte 32
Stress traumatique et adversité précoce 33
Blessures familiales 33
Traumatismes historiques 33
Détresse communautaire 36

Facteurs de protection 43
Continuité culturelle 43
Équité sociale 45
Solidité de la famille 49
Développement sain 49
Bien-être mental 49
Gestion du stress aigu 52

Analyse 52

Sommaire 53
Limites 53
Pleins feux sur l'usage de substances et le suicide 55
Pleins feux sur l'usage de cannabis, la santé mentale et le suicide 56
Orientations futures pour la recherche, la collecte de données et la production de rapports 57

Bibliographie 59

Annexe A : questions de l'Enquête auprès des peuples autochtones 2017 62

Annexe B : estimations de la prévalence pour chaque indicateur de l'ESI 2007-2008 et des EAPA 2012 et 2017 69

Annexe C : estimations de la prévalence d'autres indicateurs de l'ESI 2007-2008 et de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 80

Remerciements

Ce rapport a été produit grâce aux conseils et aux commentaires de l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami et du Groupe de travail de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits. Il n'aurait pu être rédigé sans la contribution, l'orientation et la révision des personnes suivantes, toutes membres du groupe de travail :

Kara Kennedy

Tracy Sarazin

Jenny Tierney

Conflit d'intérêts

L'auteure n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Synthèse générale

Messages clés

- Le risque de suicide est comparativement élevé dans les communautés inuites du nord du Canada en raison des traumatismes intergénérationnels découlant de la colonisation, de la marginalisation et de l'abandon du mode de vie traditionnel. Ces traumatismes ont créé des iniquités sociales et économiques dans les communautés inuites.
- La détresse mentale, qui se manifeste notamment sous forme d'usage problématique de substances, de troubles de santé mentale et d'automutilation, est un important facteur de risque de suicide chez les Inuits. Les facteurs de risque sont souvent des symptômes des dérèglements sociaux, culturels et économiques.
- Il faut des statistiques sur les habitudes d'usage de substances, la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé des Inuits pour orienter les activités de prévention du suicide. La collecte de ces données se fait dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits, élaborée et dirigée par l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami.
- Vu la forte prévalence de la consommation de cannabis à des fins non médicales chez les Inuits, il faut approfondir la recherche sur l'incidence de cette pratique sur la santé mentale et sur d'autres aspects de la santé de cette population.
- Il faut accroître la recherche et la collecte de données sur les facteurs liés au suicide chez les Inuits afin d'améliorer la surveillance et la prévention du suicide. Ces mesures concordent avec les conclusions de la Commission de vérité et réconciliation, qui a souligné la nécessité de données sur la santé des populations inuites.
- L'amélioration des déterminants sociaux de la santé, ce qui comprend le logement, l'éducation et l'accès à des soins de santé culturellement adaptés, est cruciale au bien-être et à la prévention du suicide à l'échelle de la population.

Introduction

Les communautés inuites sont parmi celles qui ont les taux de suicide les plus élevés au Canada – de 5 à 25 fois plus élevés que celui de la population générale, selon les régions. La prévention du suicide est l'une des plus grandes priorités de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'organisation nationale représentant les Inuits de partout au Canada. Les traumatismes intergénérationnels découlant de la colonisation, de la marginalisation et de l'abandon du mode de vie traditionnel ont créé des iniquités sociales et économiques largement répandues chez les Inuits et ont contribué au taux de suicide accru observé dans ces communautés. L'usage problématique de substances[1] étant aussi un important prédicteur du risque de suicide (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016), une des priorités du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) est la réduction des méfaits liés à l'usage de substances par une collaboration significative avec des organisations autochtones.

1 L'usage problématique de substance se définit comme un profil néfaste de consommation d'alcool ou d'autres substances aux effets négatifs sur la santé et la vie d'une personne.

L'ITK a élaboré la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits (SNPSI; National Inuit Suicide Prevention Strategy) en 2016. Cette stratégie énonce les principaux facteurs rendant les Inuits plus susceptibles au suicide et propose une approche holistique de prévention du suicide. Elle demeure un outil indispensable pour les fournisseurs de services dans les communautés, pour les responsables des politiques et pour les gouvernements, qui collaborent à réduire le taux de suicide chez les Inuits au Canada. La SNPSI favorise aussi la compréhension partagée des facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits. L'une des priorités de la stratégie est la collecte et la diffusion de données justes et à jour sur le suicide et le risque de suicide (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Ces données sont cruciales à la surveillance de la santé et du bien-être des populations inuites au pays et à l'orientation des programmes de recherche et des activités de prévention du suicide de l'ITK.

Le présent rapport résume les statistiques sur la santé mentale, l'usage de substances et les déterminants sociaux de la santé qui influencent le risque de suicide chez les Inuits du nord du Canada. La priorité du CCDUS étant de réduire les méfaits liés à l'usage de substances, des données sur la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres substances sont recueillies parmi les facteurs liés au risque de suicide. Le rapport se veut une ressource pour les associations inuites et les organisations affiliées, notamment l'ITK, les intervenants en prévention du suicide et les chercheurs et responsables des politiques, qui ont besoin des statistiques les plus récentes sur le risque de suicide et le bien-être général des Inuits au Canada.

Méthodes

Les statistiques proviennent des éditions 2012 et 2017 de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), avec des estimations provenant de l'Enquête sur la santé des Inuits (ESI) de 2007-2008 comme référence. Il est impossible de comparer directement les données de l'ESI et de l'EAPA parce qu'elles n'utilisent pas la même méthodologie ni les mêmes questionnaires. L'EAPA est une enquête nationale réalisée par Statistique Canada sur les conditions sociales et économiques des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, des Inuits et des Métis. L'ESI est quant à elle conçue pour permettre l'analyse de données portant exclusivement sur les Inuits pour toutes les régions inuites du Canada. Ces enquêtes se limitent aux statistiques sur les facteurs de risque et de protection associés au suicide décrits dans la SNPSI. La prévalence des facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale et au suicide chez les Inuits a été répartie par région de l'Inuit Nunangat[2], par groupe d'âge et par sexe, lorsque possible. Des analyses statistiques ont été réalisées sur les données de l'EAPA de 2017 pour évaluer le lien entre la consommation de cannabis à des fins non médicales et certains aspects de la santé mentale, notamment les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Résultats

Conformément aux priorités indiquées dans la SNPSI, ce rapport présente des données sur la prévalence des indicateurs liés au suicide, à la santé mentale et aux déterminants sociaux de la santé chez les Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat. Les profils d'usage de substances font partie de ces indicateurs[3]. Au total, 17 facteurs de risque et 5 facteurs de protection sont présentés; les estimations de la prévalence sont ventilées par sexe, par groupe d'âge et par région. Les indicateurs

2 Les Inuits vivent en majorité (73 %) dans des communautés réparties dans l'Inuit Nunangat, qui regroupe cinq régions, à savoir la région désignée des Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest), le Nunavut, le Nunavik (nord du Québec) et le Nunatsiavut (nord du Labrador).

3 Un indicateur est un outil de mesure d'un facteur associé à la santé d'une population.

comprennent une large gamme de facteurs, tant individuels – idées suicidaires ou tentatives de suicide dans le passé – que communautaires et liés au bien-être social et économique – accès aux soins de santé et insécurité alimentaire. Les résultats indiquent que les Inuits des communautés nordiques vivent toujours des difficultés sociales et économiques ayant des répercussions sur leur santé mentale, comme le manque d'accès aux soins (17 %), l'insécurité alimentaire (au moins 30 %), le revenu du ménage insuffisant (50 %) et les conditions de logement insatisfaisantes (30 %).

La plupart des facteurs de risque présentés ici (10 sur 17) sont liés à la santé mentale et à l'usage de substances. Les principales conclusions sur ces indicateurs chez les Inuits de l'Inuit Nunangat sont les suivantes :

- En 2017, 5,8 % des répondants (18 ans et plus) ont indiqué avoir eu des idées suicidaires dans la dernière année, et 2,1 % ont dit avoir fait une tentative de suicide pendant cette même période. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté de 3,5 fois entre 2012 et 2017, la plus forte augmentation s'étant produite chez les hommes (quatre fois plus) et les personnes de 18 à 54 ans (quatre fois plus).
- La forte consommation épisodique d'alcool est un facteur de risque de suicide[4]. Près du tiers des Inuits (15 ans et plus) ont indiqué avoir eu une forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par mois en 2017.
- En 2017, 20 % des Inuits (15 ans et plus) ont rapporté consommer du cannabis tous les jours ou presque. Cet indicateur était associé à un risque plus élevé d'idées suicidaires ou de tentative de suicide durant l'année précédente.
- L'usage d'autres substances illicites dans l'Inuit Nunangat est faible. Environ 1 % des répondants ont indiqué consommer d'autres substances illicites comme la cocaïne ou les solvants au moins une fois par mois.
- En 2017, 13 % des répondants (18 ans et plus) ont signalé présenter un trouble de santé mentale (anxiété, dépression, trouble bipolaire, trouble lié à l'usage de substances ou anorexie), et 22 % ont mentionné avoir consulté quelqu'un au sujet de leur santé mentale ou de leur usage de substances[5].
- Des analyses statistiques montrent que la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis était associée à un risque accru d'idées suicidaires ou de tentative de suicide durant l'année précédente chez les Inuits au Canada (15 ans et plus). La consommation de cannabis durant l'année précédente, quelle qu'en soit la fréquence, a été associée à un risque accru de trouble de l'humeur autodéclaré, comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie.

Conclusions

Le présent rapport dresse un aperçu des facteurs liés à l'usage de substances, à la santé mentale et au suicide chez les Inuits. Les résultats soulignent l'importance des activités de sensibilisation en matière de consommation responsable et saine d'alcool et de cannabis. Ces activités comprennent la compréhension des risques associés à la consommation fréquente d'alcool et de cannabis,

4 La forte consommation épisodique d'alcool se définit, pour les hommes, comme boire cinq verres ou plus et, pour les femmes, comme boire quatre verres ou plus en une occasion.

5 Cette statistique inclut la consultation d'un professionnel de la santé, d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un membre de la communauté.

notamment ses effets sur la santé mentale. Les informations sur le lien entre la consommation de cannabis et les résultats sur la santé mentale présentées ici peuvent orienter les activités de prévention du suicide et permettre de cibler les personnes présentant un risque d'automutilation.

Le rapport met en évidence l'importance d'une enquête sur la santé des Inuits dirigée et déterminée par les Inuits pour veiller à ce que les données représentent bien la santé et le bien-être de cette population. Il demeure toutefois utile d'intégrer les indicateurs relevés dans les populations inuites aux ensembles de données d'autres populations, et de travailler à accroître la qualité, l'exhaustivité et l'actualité des données de ces ensembles. Il faudra s'assurer que les collectes de données et les plateformes de déclaration fonctionnent en consultation avec des partenaires inuits et que les données sont accessibles à ces derniers ainsi qu'aux détenteurs des droits inuits.

Le rapport montre aussi la nécessité de recueillir de l'information sur les méfaits liés à l'usage de substances et sur la prévalence et la fréquence de la consommation chez les Inuits. La recherche et les efforts de collecte de données doivent aussi adopter des approches fondées sur les forces pour réduire le potentiel de stigmatisation et orienter la création de programmes ancrés dans la résilience individuelle et communautaire.

Introduction

Contexte

L'une des grandes priorités du CCDUS est la réduction des méfaits liés à l'usage de substances par des collaborations significatives avec les organisations autochtones. Le CCDUS collabore donc avec l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'organisme national représentant les Inuits au Canada, et apprend de celui-ci. Les Inuits comptent pour environ 5 % des Autochtones au Canada, soit plus de 65 000 personnes en 2016 (Inuit Tapiriit Kanatami, 2018). La majorité (73 %) vit dans des communautés réparties dans la région désignée des Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest), au Nunavut, au Nunavik (nord du Québec) et au Nunatsiavut (Labrador). Ensemble, ces régions sont connues sous le nom « Inuit Nunangat », qui signifie « terres, mers et glaces des [Inuits] » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2019a).

L'Inuit Nunangat présente les plus hauts taux de suicide au Canada – de 5 à 25 fois plus élevés que la moyenne nationale, selon les régions. La prévention du suicide est l'une des plus grandes priorités de l'ITK, qui la considère comme le problème le plus urgent (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Les taux élevés de suicide dans l'Inuit Nunangat découlent des effets de la colonisation, de la marginalisation, du passage aux habitations permanentes et de l'abandon du mode de vie traditionnel inuit, qui consistait à tirer sa subsistance du territoire (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Ces phénomènes ont provoqué des traumatismes intergénérationnels et des iniquités sociales et économiques entre l'Inuit Nunangat et la plupart des régions au pays, ce qui a entraîné un risque accru de suicide dans ces communautés.

Il est primordial de tenir compte des déterminants sociaux de la santé pour comprendre le fardeau disproportionné qui pèse sur la santé des Inuits au pays (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Les inégalités sociales et économiques dans l'Inuit Nunangat demeurent un obstacle à la santé et au bien-être. Les méfaits liés à l'usage de substances, les troubles de santé mentale, le suicide et la violence familiale sont des exemples des conséquences intergénérationnelles des traumatismes historiques, du racisme et de la perte des institutions traditionnelles. L'amélioration des déterminants sociaux de la santé (logement, éducation et accès à des soins de santé culturellement adaptés) est indispensable au bien-être et à la prévention du suicide dans ces populations. L'ITK reconnaît que les Inuits ont un rôle central à jouer dans la prévention du suicide et que ce sont eux qui doivent décider de la façon de remédier aux problèmes dans leurs communautés (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016).

Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits

L'ITK a publié la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits (SNPSI) en juillet 2016. Cette dernière vise la création d'une réponse nationale coordonnée et fondée sur des données probantes en prévention du suicide. Elle énonce les principaux facteurs qui font augmenter le risque de suicide chez les Inuits et propose une approche holistique de prévention du suicide. Elle privilégie la prestation d'interventions et d'aide tôt dans la vie pour réduire la probabilité qu'une personne atteigne un point où elle songe au suicide. Les mesures proposées se fondent sur les données sur les facteurs individuels, familiaux et communautaires de risque et de protection du suicide chez les Inuits. La stratégie a pour objectif de réduire le nombre et la prévalence des facteurs de risque tout en augmentant le nombre et la prévalence des facteurs de protection. Il s'agit d'une ressource essentielle pour les fournisseurs de services communautaires, les responsables des politiques et les gouvernements qui collaborent à réduire le taux de suicide dans l'Inuit Nunangat. La stratégie

favorise une compréhension partagée des facteurs de risque et de protection sous-jacents du suicide chez les Inuits.

Groupe de travail de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits

L'ITK coordonne le groupe de travail de la SNPSI, qui met en œuvre la stratégie à l'échelle nationale et régionale. Le groupe de travail est composé de membres des organisations inuites de revendication territoriale (ou de délégués) ayant de l'expérience en prévention du suicide dans leur région. Il compte aussi des représentants de Pauktuutit Inuit Women of Canada, du Conseil circumpolaire inuit, du Conseil national des jeunes Inuits et de l'ITK. Les experts du groupe ont passé en revue le présent rapport.

Facteurs de risque et de protection des populations inuites

La compréhension des facteurs de risque et de protection associés au suicide chez les populations inuites est au cœur de la SNPSI (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Voir le tableau 1 pour une liste des facteurs les plus prévalents présentés par l'ITK dans la SNPSI.

Tableau 1. Facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits dans l'Inuit Nunangat (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016)

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Traumatismes historiques (p. ex. conséquences du colonialisme)	Continuité culturelle (p. ex. lien à la langue, à la culture et à l'histoire inuites)
Détresse communautaire (p. ex. iniquités sociales comme le surpeuplement des logements, insécurité alimentaire, difficultés d'accès aux services)	Équité sociale (p. ex. accès adéquat aux ressources économiques, éducatives, sanitaires et autres)
Blessures familiales (p. ex. traumatisme intergénérationnel, violence familiale, antécédents familiaux de suicide)	Solidité de la famille (p. ex. foyers sûrs, favorables et enrichissants)
Stress post-traumatique et adversité précoce (p. ex. stress prénatal, être témoin d'agressions physiques ou sexuelles ou en subir)	Développement sain (p. ex. environnements sûrs et enrichissants pour les enfants)
Détresse mentale (p. ex. dépression, troubles de santé mentale et d'usage de substances, automutilation)	Bien-être mental (p. ex. accès à des services et mesures d'aide en santé mentale propres aux Inuits)
Stress aigu (p. ex. intoxication, accès à des moyens de suicide mortels)	Capacité à réguler et gérer le stress aigu

Les facteurs de risque de suicide sont des caractéristiques ou des circonstances qui font augmenter la probabilité qu'une personne envisage le suicide, fasse une tentative ou en meure. De nombreux facteurs de risque auxquels doivent faire face les Inuits aujourd'hui sont apparus lors de la colonisation et se sont transmis de génération en génération, créant des conditions favorisant l'accumulation de multiples facteurs de risque. Il existe des facteurs communautaires (p. ex. exposition au suicide, traumatismes historiques et intergénérationnels) et individuels (p. ex. troubles de santé mentale et d'usage de substances), et les facteurs de risque peuvent s'accumuler pendant la vie. De nombreux Inuits présentent des facteurs de risque individuels en plus des facteurs de

risque communautaires. La réduction de la prévalence et des répercussions de ces facteurs peut ultimement faire diminuer les taux de suicide (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016; Saxena, Krug et Chestnov, 2014).

De l'autre côté du balancier, en accroissant la prévalence et les effets des facteurs de protection, on peut aussi réduire les taux de suicide (Saxena et coll., 2014). Les facteurs de protection font baisser la probabilité qu'une personne envisage le suicide, fasse une tentative ou en décède, et peuvent atténuer les effets négatifs des facteurs de risque. Les facteurs de risque et de protection sont des cibles sur lesquelles concentrer les interventions en prévention du suicide à l'échelle individuelle et communautaire. Sous la direction de la SNPSI, les communautés des différentes régions de l'Inuit Nunangat adoptent des programmes et des mesures d'intervention pour réduire les facteurs de risque et accroître les facteurs de protection.

Usage de substances et suicide chez les Inuits

Les méfaits liés à l'usage de substances sont un enjeu social et sanitaire de premier plan dans les communautés inuites (Cameron, 2011; Fortin, Bélanger, Boucher et Muckle, 2015; NVision Insight Group, 2018). Les problèmes d'usage de substances dans l'Inuit Nunangat dépendent du contexte géographique, historique et culturel propre à chaque communauté, ce dont il faut tenir compte dans l'évaluation de la relation entre l'usage de substances et le suicide. La consommation de substances est considérée comme un symptôme de perturbations sociales, culturelles et économiques. Lorsqu'elle sert à gérer de mauvaises conditions de vie ou de la détresse mentale, il peut y avoir des conséquences négatives. Tout usage de substances n'est pas lié à des enjeux sociaux et sanitaires, et les conséquences négatives de l'usage, notamment le risque de suicide, sont généralement associées à une consommation au moins une fois par semaine persistant pendant plusieurs mois ou années.

La SNPSI traite de l'usage de substances et du suicide chez les Inuits des manières suivantes (le gras a été ajouté) :

> Les problèmes sociaux apparus dans les communautés dans ces conditions stressantes comprennent le **mésusage de substances** et la violence. De nombreux Inuits ont découvert l'**alcool** pour la première fois dans les colonies, à une période où la plupart d'entre eux avaient de la difficulté à gérer les symptômes de traumatismes liés à la perte d'un proche emporté par la maladie, aux pensionnats et à l'énorme stress mis sur notre culture et notre mode de vie. (p. 16)
>
> [...] un nombre important d'Inuits qui décèdent du suicide ont vécu de la maltraitance dans l'enfance ou présentent des symptômes associés à la maltraitance et aux traumatismes, comme une grande impulsivité, une grande agressivité, un **mésusage de substances** et la dépression. (p. 21)
>
> La *Nunavut Suicide Follow-Back Study* a révélé un taux plus élevé de dépression, de troubles de la personnalité et de **mésusage de substances** ainsi que de caractéristiques liées à l'impulsivité et à l'agressivité (qui peuvent être sous-jacents à un problème de santé mentale) chez les Inuits décédés par suicide entre 2003 et 2006, comparativement aux personnes du même genre et du même âge qui ne sont pas décédées par suicide. (p. 23)

L'alcool, le tabac et le cannabis sont les substances les plus couramment consommées par les Inuits. L'alcool et le cannabis ont tous deux été associés au suicide chez les Inuits (Chachamovich et coll., 2015). Les habitudes de consommation d'alcool et de cannabis dans l'Inuit Nunangat diffèrent

généralement de celles observées dans d'autres régions du pays. La consommation d'alcool y est dans l'ensemble moins fréquente que la moyenne nationale, mais les taux de forte consommation épisodique d'alcool y sont beaucoup plus élevés (Decaluwe, Fortin, Moisan, Muckle et Bélanger, 2019; Fortin et coll., 2015). La forte consommation épisodique d'alcool, ou « calage », est définie comme la consommation, en une même occasion, de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes. Cette pratique est associée à la violence, à différents types d'abus, à l'automutilation, au décès et à d'autres issues négatives (Groupe d'étude sur la *Loi sur les boissons alcoolisées du Nunavut*, 2012). Le cannabis est aussi largement consommé par les Inuits du Canada, mais peu d'études s'intéressent à la prévalence et aux effets de la consommation de cannabis dans cette population (Wolfson et coll., 2020).

Il est important de surveiller la prévalence de l'usage de substances et les habitudes en la matière pour réduire le risque de suicide associé. Malheureusement, les données à ce propos chez les Inuits sont pour le moment difficile d'accès comparativement à celles sur la population générale. Il manque aussi des données sur les méfaits liés à l'usage de substances, notamment en ce qui a trait au rôle de la consommation aiguë sur le risque de suicide chez les Inuits. L'ITK et le groupe de travail de la SNPSI collaborent à l'amélioration de la collecte de données et des processus de signalement pour renforcer la surveillance des facteurs liés au suicide, notamment l'usage de substances.

Objectifs du rapport

Le présent rapport a été rédigé par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), en collaboration avec l'ITK et le groupe de travail de la SNPSI. Il vise à publier des statistiques sur l'usage de substances, la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé chez les Inuits et est orienté par la SNPSI. L'ITK continue de recueillir et de diffuser des données sur le suicide et les tentatives de suicide chez les Inuits, et les données résumées ici viennent appuyer ces efforts. Le rapport se veut une ressource pour les associations inuites et les organisations affiliées, notamment l'ITK, les intervenants en prévention du suicide et les chercheurs qui souhaitent en savoir plus sur les facteurs de risque et de prévention du suicide chez les Inuits et plus largement sur la santé mentale dans cette population.

Puisque le CCDUS est un chef de file national dans son domaine, il est en mesure de contacter divers partenaires, parties prenantes, professionnels de la santé, chercheurs et membres du public. Le rapport a aussi pour objectif de faire connaître la SNPSI et les besoins en recherche et en collecte de données sur l'usage de substances et les autres facteurs liés au suicide et à la santé mentale chez les Inuits au Canada.

Il est important de recueillir des données sur les facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits afin de suivre l'avancement de la SNPSI. Les données quantitatives permettront d'orienter les initiatives de prévention du suicide et les prochains programmes de recherche. Le présent rapport inclut toutes les statistiques disponibles sur la prévalence des facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits, ventilées par région de l'Inuit Nunangat ainsi que par groupe d'âge et par sexe, lorsque possible. Ces statistiques proviennent de l'Enquête sur la santé des Inuits (ESI) de 2007-2008 et de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012.

Une des priorités du CCDUS étant de réduire les méfaits liés à l'usage de substances, des données sur la prévalence de la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres substances sont recueillies dans la série de facteurs de risque du suicide chez les Inuits. Il reste tout de même une lacune à combler concernant l'évolution dans le temps des données quantitatives, ce qui permettrait de dégager des tendances d'usage de substances. Le rapport présente une certaine analyse de ces

statistiques, mais il ne visait pas à tirer des conclusions sur les causes, les tendances ou la significativité des données. Le rapport n'avait pas non plus pour objectif de comparer les données de l'Enquête sur la santé des Inuits et de l'Enquête auprès des peuples autochtones aux données d'autres populations canadiennes ou autochtones.

Le cannabis est considéré comme un domaine prioritaire en raison de la récente légalisation de sa consommation à des fins non médicales et parce que la recherche sur ses effets sur la santé mentale chez les Inuits a été désignée comme une zone lacunaire lors du Forum inuit sur le cannabis et la santé mentale. À l'issue du forum, tenu à Happy Valley-Goose Bay, à Terre-Neuve-et-Labrador, en octobre 2019, il a été recommandé de considérer la surveillance de la consommation de cannabis et de ses effets sur la santé des Inuits comme une priorité de recherche (Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Inuit Tapiriit Kanatami [voir fiche], 2019). Un récent examen exploratoire sur la prévalence de la consommation de cannabis et les interventions en la matière dans les communautés inuites a aussi conclu qu'il existe peu de données sur la consommation de cannabis dans cette population (Wolfson et coll., 2020). Ainsi, en plus des données sur la prévalence de la consommation de cannabis, le présent rapport expose les résultats d'une analyse pour améliorer la compréhension des relations entre consommation de cannabis, santé mentale et suicide chez les Inuits. Cette analyse pourra orienter les messages clés et la recherche menée par les Inuits sur la consommation de cannabis et la prévention du suicide. Le rapport souligne généralement le besoin d'un meilleur cadre de collecte de données sur la santé et le bien-être des Inuits, notamment pour ce qui est des données sur l'usage de substances et les méfaits associés.

Méthodes

Enquêtes

Les statistiques présentées ici sont tirées des sources suivantes :

- L'Enquête sur la santé des Inuits (ESI) de 2007-2008, réalisée par le Centre d'études sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones de l'Université McGill, est la première enquête exhaustive s'intéressant à la santé des Inuits au Nunavut, au Nunatsiavut et dans la région désignée des Inuvialuit, pour un total de 33 communautés côtières et de 3 communautés en terres intérieures. L'enquête était de nature participative, intégrant une combinaison de questionnaires autoadministrés et de questionnaires remplis par des intervieweurs ainsi qu'une section clinique recueillant des données physiologiques. Au total, 2 796 ménages inuits ont été approchés à la fin des étés et pendant les automnes 2007 et 2008. En tout, 1 901 ménages (68 %) ont participé à l'enquête, pour un échantillon composé de 2 595 adultes. Pour faciliter la comparaison avec l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004, le questionnaire de l'ESI a utilisé de nombreux items et formulations qui provenaient de la première. L'Enquête de 2004, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec, a recueilli des données dans les 14 communautés du Nunavik à la fin de l'été et à l'automne 2004, et comprenait un questionnaire individuel administré lors d'une entrevue en personne auprès des personnes de 15 ans et plus. Parmi les ménages admissibles, 521 ont accepté de participer – 1 006 personnes ont répondu au questionnaire.
- L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 et 2017 est une enquête nationale faite par Statistique Canada sur la situation socioéconomique des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits. L'édition de 2012 était la quatrième itération de l'enquête et celle de 2017, la cinquième; les deux adoptent la même approche thématique. L'EAPA de 2017 a été réalisée de janvier à août 2017, et celle de 2012, de février à juillet 2012. La conception de l'enquête permet l'analyse de chaque groupe autochtone et donne des données fiables dans chacune des quatre régions inuites pour trois groupes d'âge ciblés : 18 à 24 ans, 25 à 54 ans et 55 ans et plus. Les personnes de 15 à 17 ans ont aussi répondu à l'enquête; les données recueillies sont incluses pour certains indicateurs, lorsqu'elles sont disponibles. La taille totale de l'échantillon pour l'Inuit Nunangat est de 4 639 personnes, pour un taux de réponse de 84,5 %.

L'ESI et l'EAPA sont les deux seules enquêtes fournissant des données populationnelles sur tous les Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat. Les deux enquêtes n'ont pas la capacité de fournir des statistiques sur tous les facteurs de risque et de protection du suicide présentés dans la SNPSI, et les deux questionnaires ne représentent pas de manière équilibrée les facteurs de protection. En outre, l'EAPA recueille une large gamme de renseignements sanitaires et socioéconomiques dans toutes les populations autochtones au Canada, et pourrait ne pas recueillir complètement les données les plus pertinentes sur la santé et le bien-être des Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat.

Analyse

Les estimations de la prévalence pour chaque indicateur[6] de l'EAPA 2012 et 2017 sont présentées sous forme de pourcentage (%) de tous les répondants, avec des intervalles de confiance (IC) de

6 Un indicateur est un outil de mesure d'un facteur associé à la santé d'une population.

95 %. Les valeurs manquantes (« Ne sais pas », « Non déclaré », « Refus ») ont été exclues du dénominateur au moment du calcul des pourcentages. Chaque cas a été pondéré pour que l'échantillon et les pourcentages reflètent l'ensemble de la population visée. La présence ou non de chevauchements entre les IC a servi à caractériser les écarts entre les valeurs : une différence statistiquement significative correspond ici à une absence de chevauchement entre les estimations ($p<0,05$). Là où la disponibilité des données et la taille de l'échantillon le permettaient, des estimations par sexe à la naissance (féminin, masculin), par groupe d'âge et par région sont aussi rapportées. Les estimations de la prévalence provenant de l'ESI et de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 sont tirées de sources primaires.

La section Résultats du présent rapport contient les plus récentes estimations de la prévalence de l'EAPA 2017; les résultats de l'EAPA 2012 sont traités dans le texte à titre de référence. Les définitions opérationnelles du questionnaire de l'EAPA 2017 sont présentées à l'annexe A pour toutes les questions pertinentes au résumé. Les estimations pour chaque indicateur sont décrites en détail à l'annexe B, dont les résultats de l'ESI. Les comparaisons entre l'ESI et l'EAPA doivent être interprétées avec prudence en raison des différentes méthodologies et questions employées. D'autres indicateurs de l'ESI en lien avec les facteurs de risque et de protection du suicide sont présentés à l'annexe C.

Des analyses de régression logistique multivariées ont été réalisées à l'aide des données de l'EAPA 2017 pour évaluer le lien entre la consommation de cannabis à des fins non médicales et les indicateurs de santé mentale choisis. Les analyses incluaient l'ensemble de la population inuite du Canada, dans l'Inuit Nunangat comme à l'extérieur. Des modèles de régression utilisant la consommation de cannabis à des fins non médicales dans la dernière année comme variable indépendante principale ont été utilisés pour les réponses autodéclarées à cinq questions de l'EAPA : 1) a envisagé le suicide dans la dernière année (SU_Q10); 2) a fait une tentative de suicide dans la dernière année (SU_Q20); 3) mauvaise santé mentale générale (GMH_Q05); 4) présente un trouble de l'humeur (CC_Q80); 5) présente un trouble anxieux (CC_Q85). Les questions sont présentées à l'annexe A. La consommation de cannabis dans la dernière année a été séparée en trois valeurs de prédiction : consommation quotidienne ou quasi quotidienne, consommation occasionnelle et absence de consommation. Pour chaque modèle, on a pris en compte les facteurs suivants : âge, sexe, région, revenu médian, consommation d'alcool dans la dernière année et consommation d'autres drogues illicites dans la dernière année. Les variables de l'âge et du revenu ont été incluses sous forme de variables catégorielles pour faciliter l'interprétation.

Résultats

Survol

Les statistiques sur la prévalence des facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits provenant de l'EAPA 2017 sont ventilées par sexe, par groupe d'âge et par région. Toutes les figures présentent des données de l'EAPA 2017. La comparaison entre les données de 2012 et celles de 2017 est résumée dans le texte lorsque possible. En raison de l'incompatibilité des différentes méthodologies des enquêtes, les données de l'Enquête sur la santé des Inuits de 2007-2008 et de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 sont résumées aux annexes B et C. Les indicateurs de l'EAPA 2017 ne portent que sur certains facteurs : les indicateurs liés à la détresse mentale, à l'usage de substances et à la détresse communautaire sont fortement représentés dans les résultats, mais aucun indicateur ne se rapprochait du stress aigu ou de la perte, du stress traumatique et de l'adversité précoce, des blessures familiales, de la solidité de la famille, du développement sain et de la gestion du stress aigu.

Différences entre les régions

Le résumé statistique des facteurs de risque et de protection du suicide étudiés dans l'EAPA 2017 présenté ici montre des différences importantes dans la prévalence des facteurs de risque entre les régions de l'Inuit Nunangat (figure 1)[7]. Voici les principales différences régionales :

- Dans les régions de l'Inuit Nunangat, la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie était la plus faible au Nunatsiavut et la plus élevée au Nunavik.
- Les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat avaient une plus faible prévalence de tentatives de suicide dans la dernière année que ceux qui vivaient dans l'Inuit Nunangat, mais il n'y avait aucune différence pour la prévalence des idées suicidaires dans la dernière année.
- La prévalence des troubles de santé mentale autodéclarés, comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, était aussi la plus faible au Nunatsiavut et la plus élevée au Nunavik.
- Le Nunavik avait le plus haut taux de consommation d'alcool – pour la consommation dans la dernière année comme pour la forte consommation épisodique d'alcool. La prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année était aussi plus élevée dans la région désignée des Inuvialuit et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat, et plus faible au Nunavut. Les taux de forte consommation épisodique d'alcool étaient significativement plus faibles au Nunatsiavut.
- La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis était significativement plus faible au Nunatsiavut, dans la région désignée des Inuvialuit et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. La prévalence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis était significativement plus élevée au Nunavik.
- La prévalence de l'usage de substances illicites (excluant le cannabis) était significativement plus faible dans l'Inuit Nunangat que chez les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

7 Les différences présentées sont significatives par rapport à la prévalence dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat.

Figure 1. Régions de l'Inuit Nunangat

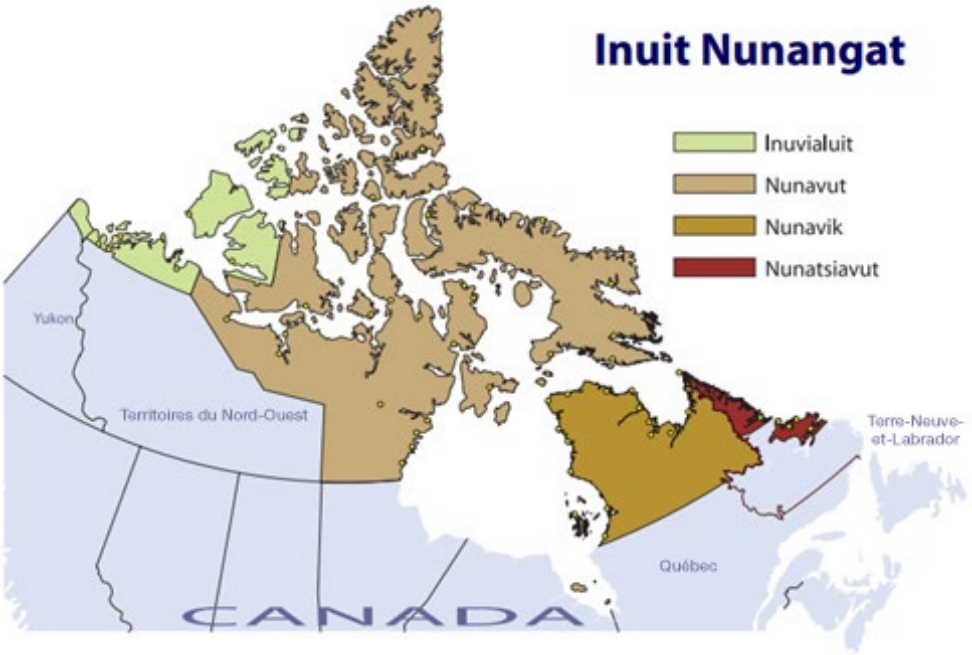


Image reproduite avec l'autorisation d'Inuit Tapiriit Kanatami

Différences entre les groupes d'âge et les sexes

Les facteurs ancrés dans les déterminants sociaux de la santé, comme l'accès aux soins de santé et l'insécurité alimentaire, variaient généralement d'une région à l'autre, mais étaient moins susceptibles de varier d'un sexe à l'autre ou d'un groupe d'âge à l'autre. Les principales différences entre les sexes ou les groupes d'âge sont les suivantes :

- Les idées suicidaires et les tentatives de suicide étaient plus courantes chez les personnes de 15 à 34 ans.
- La prévalence des troubles de santé mentale autodéclarés, comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, était plus élevée chez les femmes.
- Les hommes de 35 à 54 ans avaient la plus forte prévalence de consommation d'alcool dans la dernière année, alors que celle-ci était la plus faible chez les hommes de 15 à 17 ans.
- La consommation de cannabis et la consommation quotidienne ou quasi quotidienne étaient significativement plus courantes chez les hommes de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans que chez les femmes et les autres groupes d'âge.
- Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'indiquer avoir consulté quelqu'un pour des raisons de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogue.

Différences entre 2012 et 2017

Le présent rapport se concentre largement sur la comparaison des statistiques de prévalence des EAPA de 2012 et de 2017 (voir l'annexe B pour connaître la correspondance des indicateurs avec l'ESI 2007-2008). Les grandes différences entre 2012 et 2017 sont les suivantes :

- La prévalence des idées suicidaires au cours de la vie au Nunavik a augmenté de 36 %, particulièrement chez les hommes et les personnes de 18 à 34 ans.
- La prévalence des idées suicidaires au cours de la vie a diminué de 43 % chez les femmes de tout âge au Nunatsiavut.
- La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie dans l'Inuit Nunangat a augmenté de 252 %.
- La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté de 215 % chez les femmes et de 300 % chez les hommes, mais il n'y avait aucune différence dans la prévalence des tentatives de suicide dans la dernière année.
- La prévalence des troubles de l'humeur autodéclarés a augmenté de 143 % – 196 % chez les femmes, 83 % chez les hommes et 164 % chez les personnes de 18 à 34 ans.
- La prévalence des troubles anxieux autodéclarés a augmenté de 159 % – 216 % chez les femmes et 547 % chez les personnes de 18 à 34 ans.
- La prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année dans l'Inuit Nunangat a augmenté de 9 %. Elle a diminué de 14 % au Nunatsiavut et augmenté de 20 % au Nunavik.
- La forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine a augmenté de 53 % dans l'Inuit Nunangat.
- Les réponses indiquant une santé mentale positive (« bonne », « très bonne » ou « excellente ») a augmenté de 8 % dans tous les groupes d'âge et chez les hommes et les femmes.

Facteurs de risque

Détresse mentale

La SNPSI liste la dépression, le mésusage de substances, les troubles de santé mentale et l'automutilation comme des exemples de détresse mentale. Les principaux résultats sur l'automutilation et les troubles de santé mentale des EAPA de 2012 et de 2017 sont les suivants :

- En 2017, 5,8 % des répondants (18 ans et plus) ont indiqué avoir eu des idées suicidaires dans la dernière année, et 2,1 % ont dit avoir fait une tentative de suicide pendant cette même période. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté de 3,5 fois entre 2012 et 2017, la plus forte augmentation s'étant produite chez les hommes (quatre fois plus) et les personnes de 18 à 54 ans (quatre fois plus).
- En 2017, 11,2 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) a rapporté avoir un trouble de l'humeur, dont une proportion considérablement plus grande de femmes (14,5 %) que d'hommes (7,7 %). Il y a eu une importante augmentation de 143 % dans la prévalence des troubles de l'humeur autodéclarés entre 2012 et 2017 (passant de 4,6 % à 11,2 %).
- En 2017, 8,3 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) a indiqué avoir un trouble anxieux, dont une proportion beaucoup plus grande de femmes (12 %) que d'hommes (4,4 %). Entre 2012 et 2017, il y a eu une forte augmentation de 159 % de la prévalence des troubles anxieux autodéclarés dans l'Inuit Nunangat, qui est passée de 3,2 % à 8,3 %.
- En 2017, 13 % de la population (15 ans et plus) a déclaré avoir un trouble de santé mentale, ce qui inclut l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, le trouble lié à l'usage de substances et

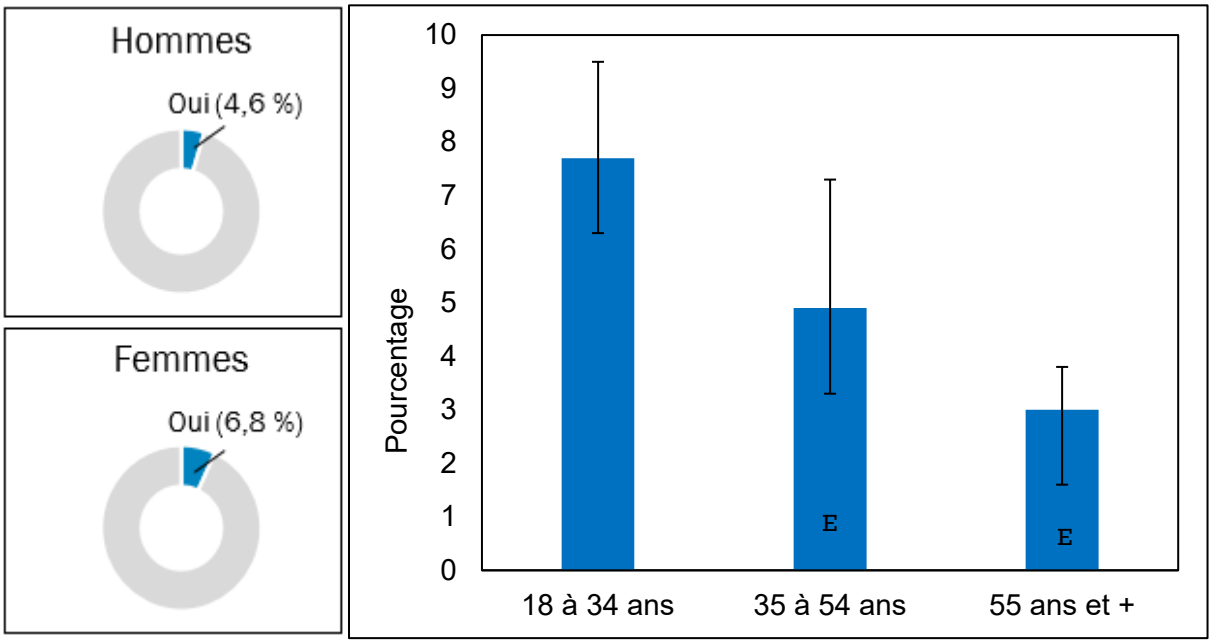
l'anorexie. Les femmes (16,5 %) étaient plus susceptibles de rapporter un trouble de santé mentale que les hommes (11 %).

1 Idées suicidaires

Les idées suicidaires sont généralement définies comme le fait de penser au suicide, de l'envisager ou de le planifier. Elles sont habituellement un symptôme de dépression, d'un trouble de l'humeur ou d'un autre problème de santé mentale, et sont parfois associées à des événements défavorables au cours de la vie. La plupart des gens qui ont des idées suicidaires ne passent pas à l'acte, mais les idées suicidaires sont un facteur de risque des tentatives de suicide. En 2017, 22,5 % des personnes vivant dans l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) ont indiqué avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie et 5,8 %, en avoir eu dans la dernière année.

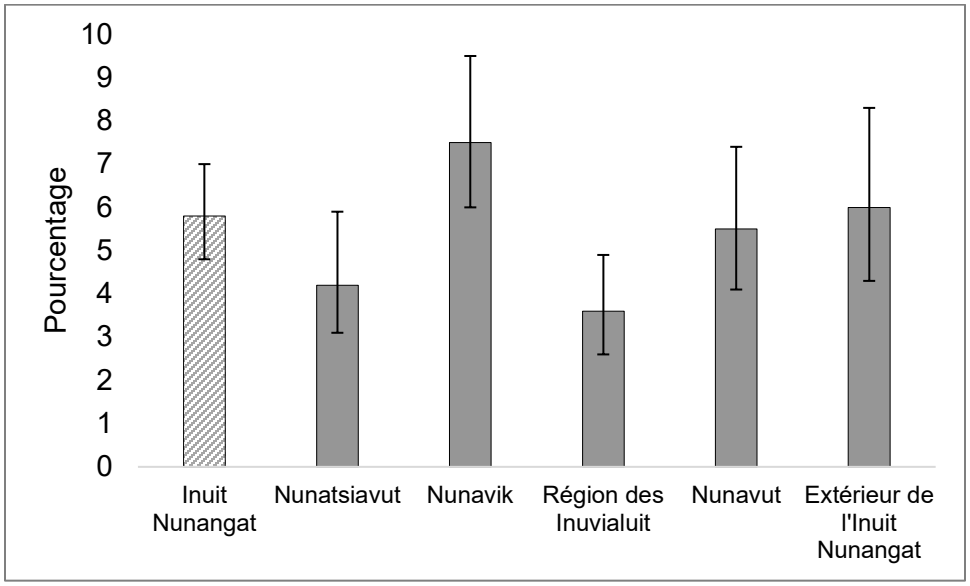
Aucune différence significative n'a été observée entre la prévalence des idées suicidaires dans l'année précédente chez les femmes (6,8 %) et chez les hommes (4,6 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Les personnes de 18 à 34 ans avaient une plus forte prévalence d'idées suicidaires dans la dernière année (7,7 %) que les personnes de 55 ans et plus (2,5 %), mais la différence n'était pas significative avec le groupe des 35 à 54 ans (4,9 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Il n'y avait pas de différence significative entre les régions et l'Inuit Nunangat dans l'ensemble pour la prévalence des idées suicidaires dans la dernière année (Figure 3), et cette dernière n'avait pas changé par rapport à l'EAPA 2012.

Figure 2. Idées suicidaires dans la dernière année, dans l'Inuit Nunangat, par sexe et groupe d'âge



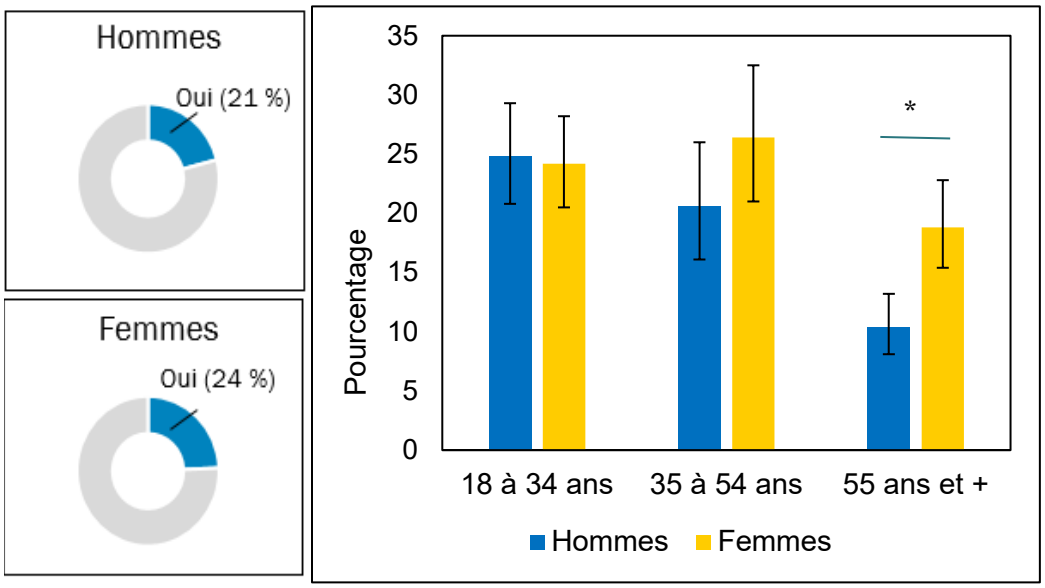
Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

Figure 3. Idées suicidaires dans la dernière année, par région



Il n'y avait pas de différence significative dans la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie chez les hommes (20,8 %) et chez les femmes (24 %; Figure 4), et la différence entre le groupe des 18 à 34 ans (24,5 %) et des 35 à 54 ans n'était pas non plus significative (Figure 4). La prévalence des idées suicidaires au cours de la vie était considérablement plus faible chez le groupe des 55 ans et plus, et dans ce groupe, elle était plus forte chez les femmes (18,8 %) que chez les hommes (10,4 %) (figure 4).

Figure 4. Idées suicidaires au cours de la vie, par sexe et groupe d'âge

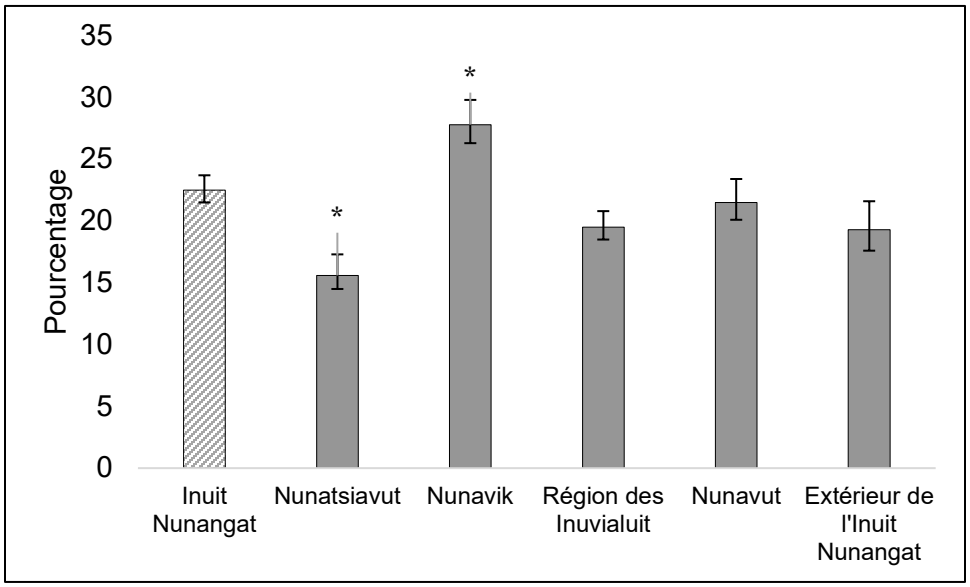


Note : « * » indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

En 2017, la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie était la plus faible au Nunatsiavut (15,6 %) et la plus élevée au Nunavik (27,8 %), comparativement à l'ensemble de l'Inuit Nunangat (22,5 %; figure 5). Entre 2012 et 2017, la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie dans

l'Inuit Nunangat a augmenté de 165 % chez les femmes de 55 ans et plus (passant de 7,1 % à 18,8 %). D'autres différences notables entre 2012 et 2017 comprennent une diminution de 43 % de la prévalence chez les femmes du Nunatsiavut (27,2 % à 15,5 %) et une augmentation de 36 % dans l'ensemble au Nunavik (20,5 % à 27,8 %), surtout chez les hommes (19,6 % à 28,8 %) et chez les personnes de 18 à 34 ans (21,6 % à 32,2 %).

Figure 5. Idées suicidaires au cours de la vie chez les Inuits, par région

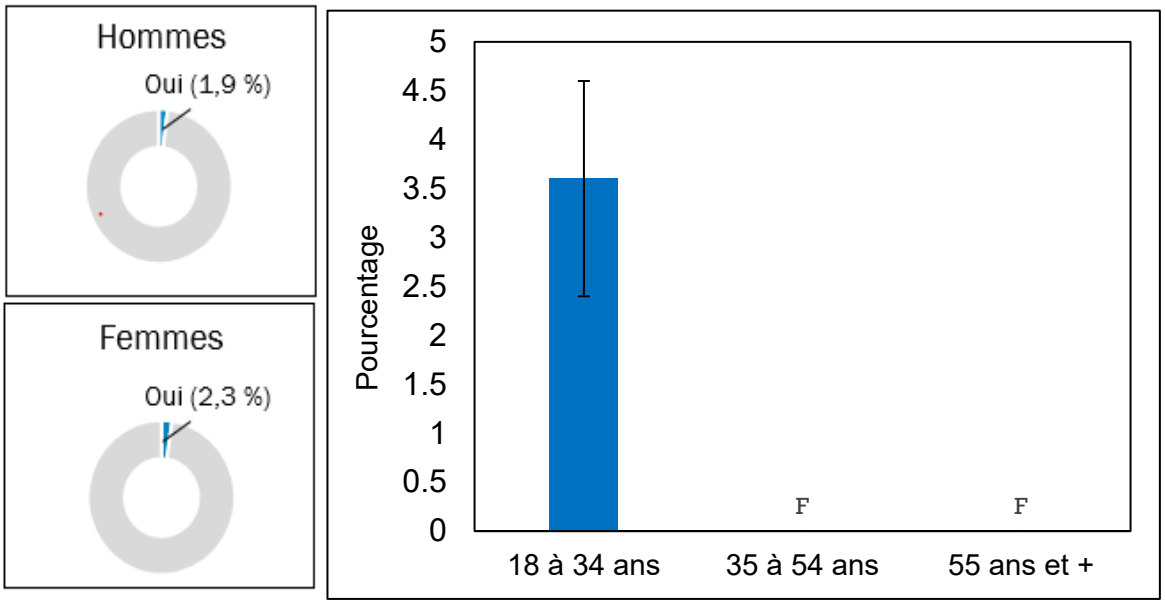


Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

2 Tentatives de suicide

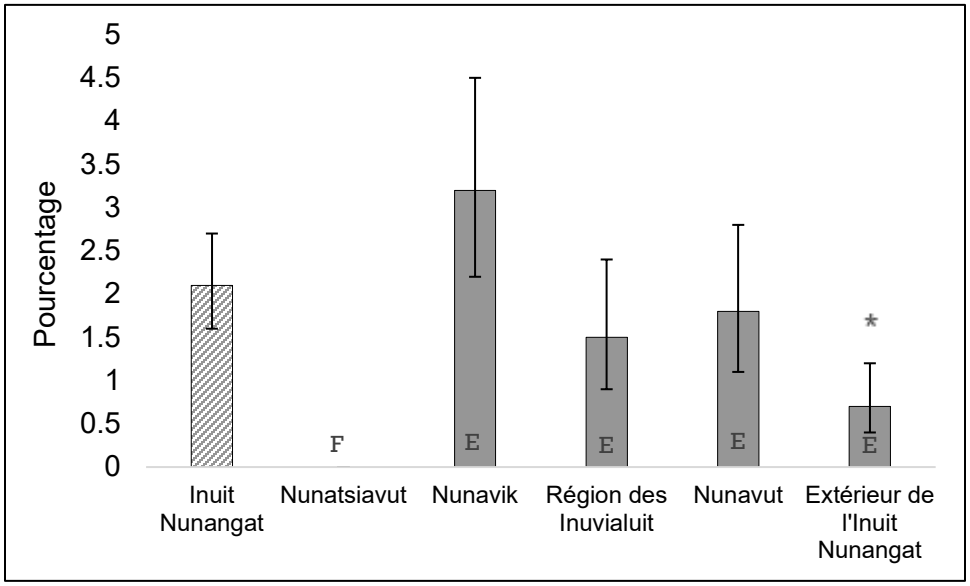
Une tentative de suicide est définie comme toute action visant à s'enlever la vie, mais ne causant pas la mort. La tentative de suicide est le facteur de risque de suicide le plus important dans la population générale (Organisation mondiale de la Santé, 2019). En 2017, 2,1 % de la population inuite vivant dans l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a indiqué avoir fait une tentative de suicide dans la dernière année – 1,9 % des hommes et 2,3 % des femmes (Figure 6). La prévalence des tentatives de suicide dans la dernière année ne variait pas selon le groupe d'âge (Figure 6). La population inuite vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat avait une plus faible prévalence de tentatives de suicide dans la dernière année (0,7 %; interpréter avec prudence) que celle vivant dans l'Inuit Nunangat (Figure 7). Il n'y avait pas de différence significative entre les données de 2012 et de 2017 dans la prévalence des tentatives de suicide dans la dernière année selon le sexe, le groupe d'âge ou la région.

Figure 6. Tentatives de suicide dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge



Note : « F » indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

Figure 7. Tentatives de suicide dans la dernière année, par région

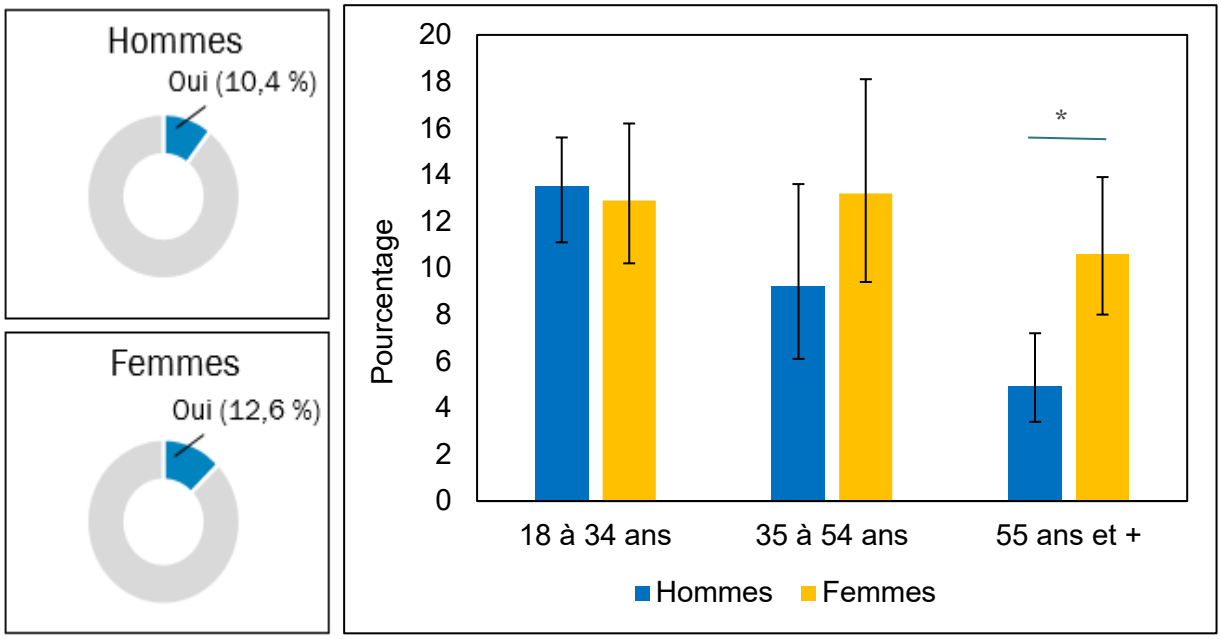


Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; « F » indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité; « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

En 2017, 11,6 % de la population inuite dans l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a rapporté avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie dans l'Inuit Nunangat chez les hommes (10,4 %) et chez les femmes (12,6 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Les 18 à 34 ans étaient plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie que les 55 ans et plus (13,2 % vs 8,0 % dans l'ensemble; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Entre

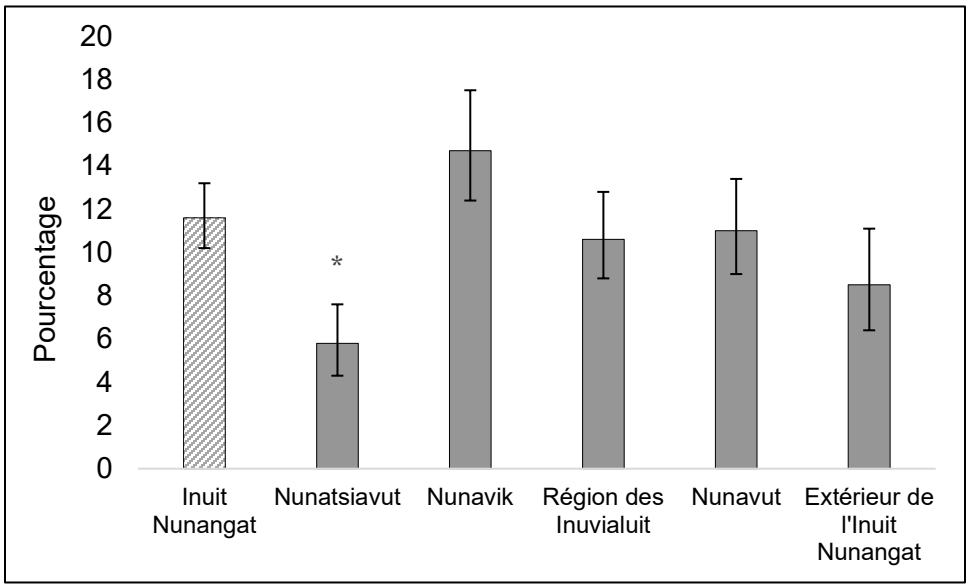
2012 et 2017, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté de 252 % (passant de 3,3 % à 11,6 %) – 215 % chez les femmes (4,0 % à 12,6 %) et 300 % chez les hommes (2,6 % à 10,4 %). Il y avait des différences régionales : la prévalence était considérablement plus faible au Nunatsiavut que dans l'Inuit Nunangat dans son ensemble (Figure 9). Entre 2012 et 2017, la plus forte augmentation s'est produite chez les 35 à 54 ans (augmentation de 438 %), au Nunavik (augmentation de 297 %) et au Nunavut (augmentation de 224 %).

Figure 8. Tentatives de suicide au cours de la vie dans l'Inuit Nunangat, par sexe et groupe d'âge



Note : « * » indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

Figure 9. Tentatives de suicide au cours de la vie, par région



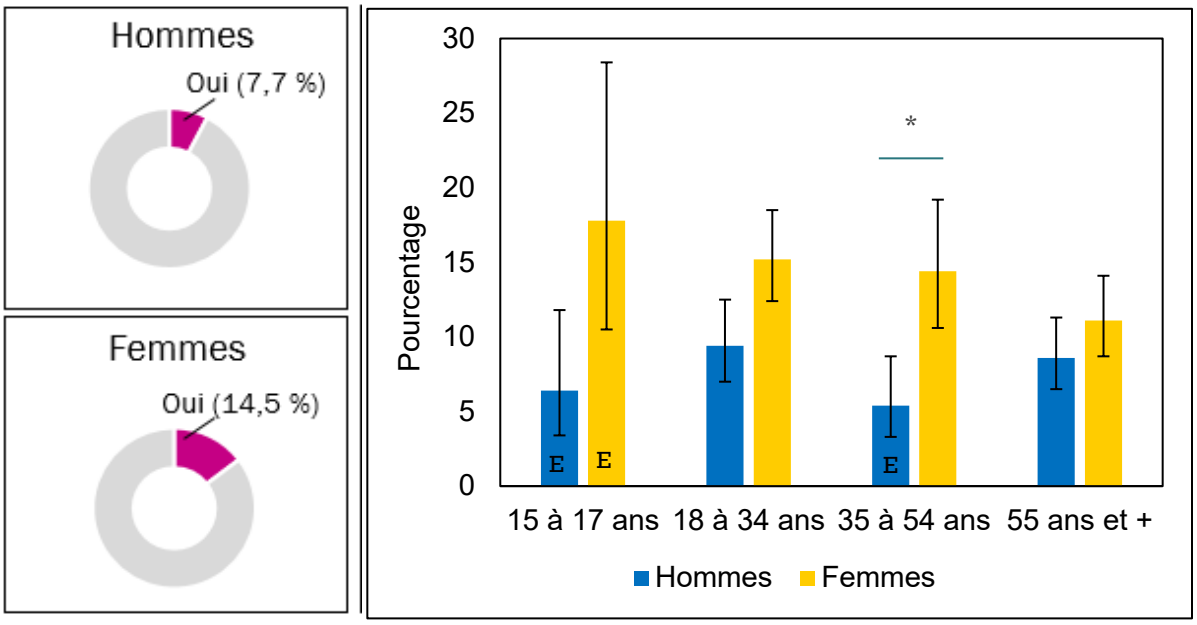
Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

3 Troubles de l'humeur autodéclarés

Les troubles de l'humeur sont des troubles de santé mentale qui touchent l'état émotionnel d'une personne et affectent de manière importante son quotidien. Les données de l'EAPA sur les troubles de l'humeur sont autodéclarées et pourraient ne pas refléter la présence d'un diagnostic clinique de trouble de l'humeur émis par un professionnel de la santé. L'EAPA donne la dépression, le trouble bipolaire, la manie et la dysthymie comme exemples de troubles de l'humeur. En 2017, 11,2 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a rapporté avoir un trouble de l'humeur, dont une proportion significativement plus grande de femmes (14,5 %) que d'hommes (7,7 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Dans tous les groupes d'âge, plus de femmes que d'hommes ont indiqué avoir un trouble de l'humeur, mais la seule différence significative entre les hommes (5,4 %) et les femmes (14,4 %) était chez les 35 à 54 ans (**Error! Not a valid bookmark self-reference.**).

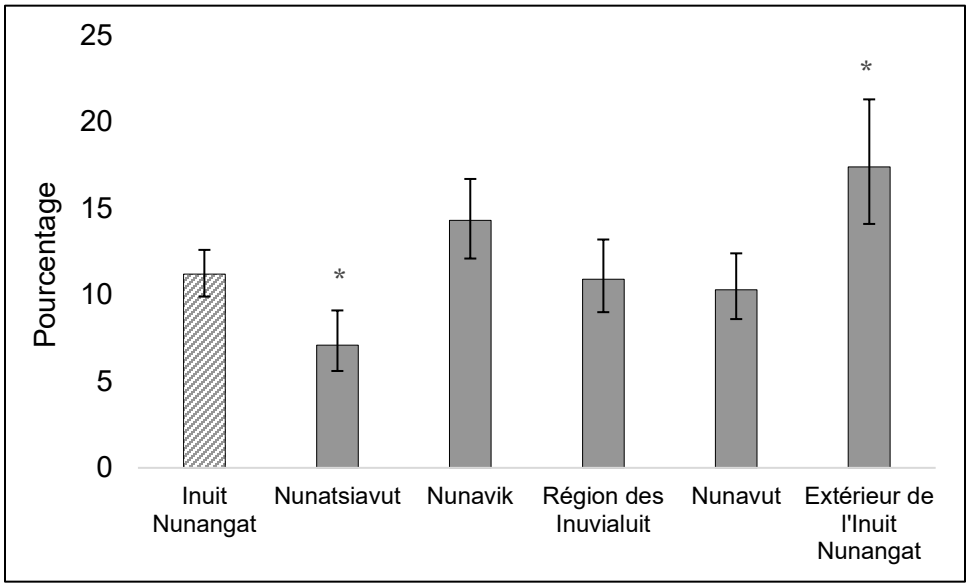
Comparativement à l'ensemble de l'Inuit Nunangat, la population du Nunatsiavut avait une prévalence de trouble de l'humeur autodéclaré considérablement plus faible (7,1 %), et la population inuite résidant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat, une prévalence considérablement plus élevée (17,4 %; Figure 11). Lorsqu'on s'intéresse aux changements dans la prévalence de ces troubles dans le temps, on constate une augmentation importante de 143 % entre 2012 et 2017 (passant de 4,6 % à 11,2 %). Cette hausse s'explique par une augmentation de 196 % chez les femmes et de 83 % chez les hommes. L'augmentation est plus importante chez les 18 à 34 ans (augmentation de 164 %) et au Nunavik (213 % chez les hommes et 307 % chez les femmes).

Figure 10. Troubles de l'humeur autodéclarés, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; « F » indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité; « * » indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

Figure 11. Troubles de l'humeur autodéclarés, par région



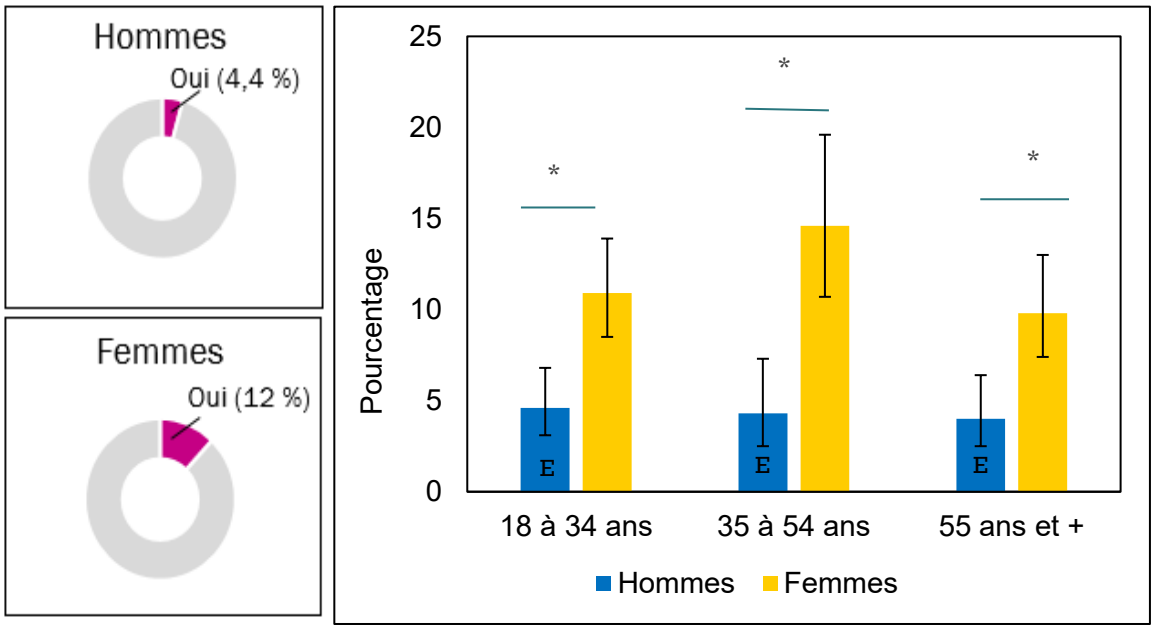
Note : « * » indique une différence significative entre l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

4 Troubles anxieux autodéclarés

Les troubles anxieux sont des troubles de santé mentale caractérisés par des sentiments d'inquiétude, d'anxiété ou de peur qui affectent grandement le quotidien. Les données sur les troubles anxieux recueillies par l'EAPA sont autodéclarées et pourraient ne pas refléter la présence d'un diagnostic clinique de trouble anxieux émis par un professionnel de la santé. L'EAPA donne la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble panique comme exemples de troubles anxieux. En 2017, 8,3 % de la population (15 ans et plus) dans l'Inuit Nunangat a rapporté avoir un trouble anxieux, et beaucoup plus de femmes (12 %) que d'hommes (4,4 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**) l'ont fait, ce qui était vrai pour tous les groupes d'âge (**Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation significative de 159 % de la prévalence du trouble anxieux autodéclaré dans l'Inuit Nunangat (passant de 3,2 % à 8,3 %) – 216 % chez les femmes et 547 % chez les 18 à 34 ans.

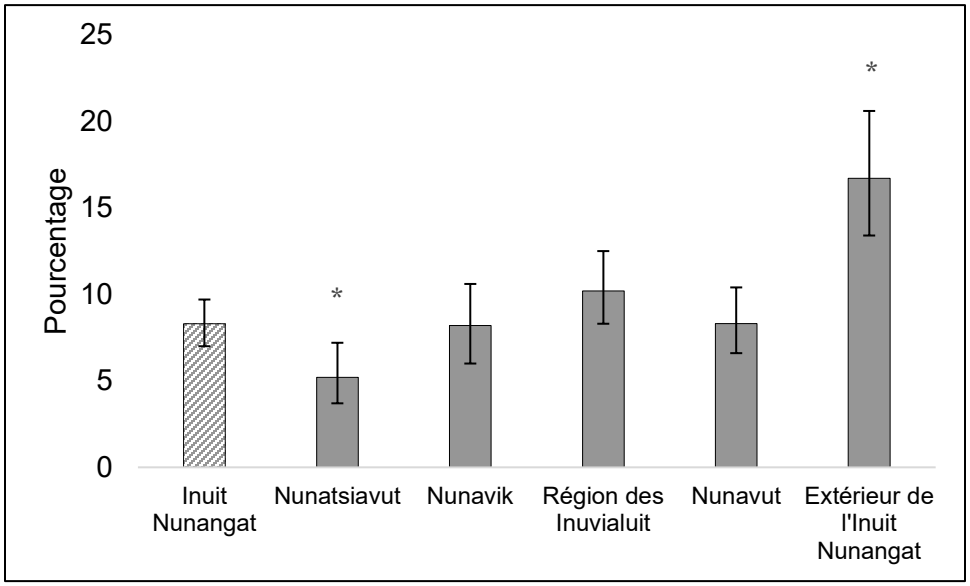
Comme pour les résultats concernant les troubles de l'humeur, la prévalence de troubles anxieux autodéclarés était considérablement plus faible au Nunatsiavut (5,2 %) et considérablement plus élevée dans la population inuite vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (16,7 %; Figure 13). Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation significative de 215 % dans la prévalence de ces troubles au Nunavik.

Figure 12. Troubles anxieux autodéclarés, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; « * » indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

Figure 13. Troubles anxieux autodéclarés, par région



Note : « * » indique une différence significative entre l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

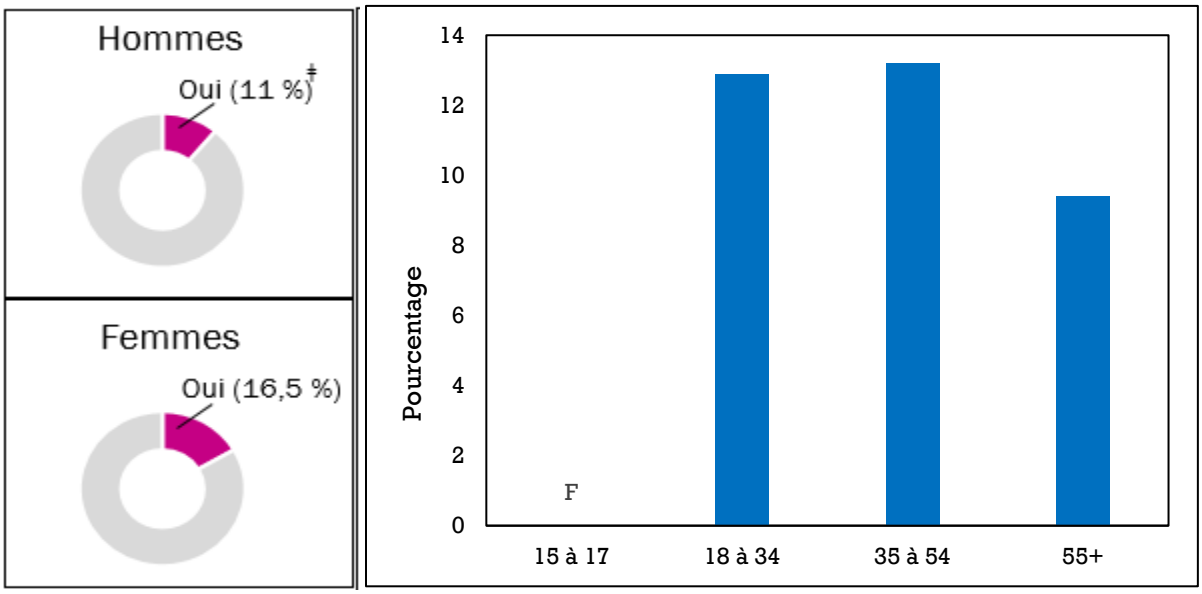
5 Troubles de santé mentale

L'EAPA demande aux participants d'énumérer tout trouble émotionnel, psychologique ou de santé mentale qu'ils pourraient présenter, notamment l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, le trouble lié à l'usage de substances et l'anorexie (voir l'annexe A). En 2017, 13 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) a rapporté présenter un trouble de santé mentale : 10 % ont

indiqué « parfois », 2,3 % « souvent » et 0,9 % « toujours ». En général, les femmes étaient plus susceptibles de rapporter un tel trouble (16,5 %) que les hommes (11 %; Figure 14).

La prévalence des troubles de santé mentale autodéclarés est significativement plus élevée à l'extérieur de l'Inuit Nunangat, avec une prévalence de 27 % (16 % « parfois », 4,8 % « souvent » et 6,3 % « toujours »). Les femmes de 18 à 34 ans vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat avaient la plus forte prévalence de troubles de santé mentale, soit 43 %. Les estimations de la prévalence par régions de l'Inuit Nunangat ne sont pas indiquées en raison de la petite taille des échantillons et de la variabilité dans les réponses « souvent » et « toujours ». L'EAPA de 2012 ne posait pas cette question; aucune comparaison entre les données de 2012 et de 2017 n'a donc été incluse.

Figure 14. Troubles de santé mentale autodéclarés, par sexe et groupe d'âge



Note : Les estimations proviennent de la combinaison des réponses « parfois », « souvent » et « toujours » sauf pour le groupe des 18 à 34 ans, dans lequel la proportion de personnes ayant répondu « toujours » a été supprimée pour des raisons de fiabilité. Les intervalles de confiance ne sont pas présentés parce qu'ils ont été calculés pour chaque réponse individuelle et non pour les estimations combinées. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité; **« ‡ »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

Usage de substances

Les principaux résultats sur l'usage de substances des EAPA de 2012 et de 2017 sont les suivants :

- Près du tiers des Inuits dans l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) ont rapporté avoir eu une forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par mois en 2017, soit la moitié des personnes ayant rapporté avoir consommé de l'alcool dans la dernière année. Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation importante de la forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par mois dans l'Inuit Nunangat.
- En 2017, 40 % de la population de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a rapporté avoir consommé du cannabis dans la dernière année. La moitié de ces personnes ont indiqué en consommer tous les jours ou presque tous les jours (20 % de la population à l'étude). La proportion de consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis était significativement plus faible au Nunatsiavut (2,7 %) et dans la région désignée des Inuvialuit (15 %).

- La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis a été associée à un risque accru de rapporter des idées suicidaires ou une tentative de suicide dans la dernière année, et à un risque accru de présenter un trouble de l'humeur.
- En 2017, 2,8 % des Inuits au Canada (y compris ceux résidant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) ont indiqué avoir consommé des drogues illicites (excluant le cannabis) dans la dernière année. De ces personnes, près de 35 % vivaient dans l'Inuit Nunangat. Plus de 97 % de la population (18 ans et plus) dans l'ensemble et dans chaque région a rapporté n'avoir consommé aucune drogue illicite dans la dernière année. Parmi tous les Inuits au Canada, environ 0,5 % ont signalé une consommation quotidienne ou quasi quotidienne.
- En 2017, 1,2 % de tous les Inuits au Canada (y compris ceux résidant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) ont rapporté avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année. De ce nombre, environ 40 % vivaient dans l'Inuit Nunangat. Plus de 98 % de la population (18 ans et plus) de l'Inuit Nunangat et de chaque région a rapporté n'avoir pas consommé de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année. Parmi tous les Inuits au Canada, environ 0,3 % ont signalé une consommation quotidienne ou quasi quotidienne.

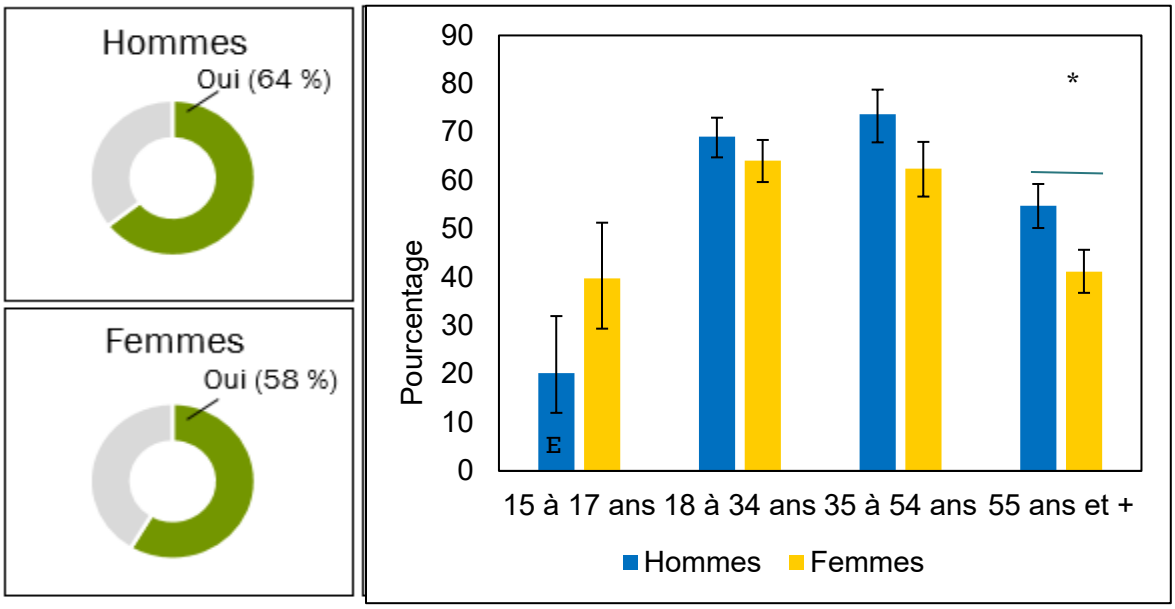
1 Consommation d'alcool dans la dernière année

La quantité d'alcool consommée et la fréquence de la consommation sont d'importants déterminants des effets de l'usage d'alcool. La consommation de grandes quantités en une seule occasion (voir la section Forte consommation épisodique d'alcool, ci-dessous) et la consommation fréquente d'alcool sont associées à des méfaits sociaux et sanitaires, dont le risque de suicide (Groupe d'étude sur la *Loi sur les boissons alcoolisées* du Nunavut, 2012). De nombreuses communautés de l'Inuit Nunangat ont des cadres réglementaires restreignant l'accès à l'alcool et la disponibilité de celui-ci. En 2017, seulement 61 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) a rapporté avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois (comparativement à 75 % des Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat). De ce nombre, 2,5 % ont indiqué boire plus de quatre fois par semaine, 13,6 %, boire une à trois fois par semaine et 26 %, boire une à trois fois par mois. Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation considérable de 9 % dans la prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année dans l'Inuit Nunangat (passant de 56 % à 61 %).

Dans l'ensemble, 64 % des hommes ont indiqué avoir consommé de l'alcool dans la dernière année (Figure 15) – 1,7 % buvaient quatre à six fois par semaine, 14,9 %, une à trois fois par semaine, et 29 %, une à trois fois par mois. Chez les femmes, 58 % ont rapporté avoir consommé de l'alcool dans la dernière année – 2,6 % buvaient plus de quatre fois par semaine, 12,5 %, une à trois fois par semaine et 24 %, une à trois fois par mois.

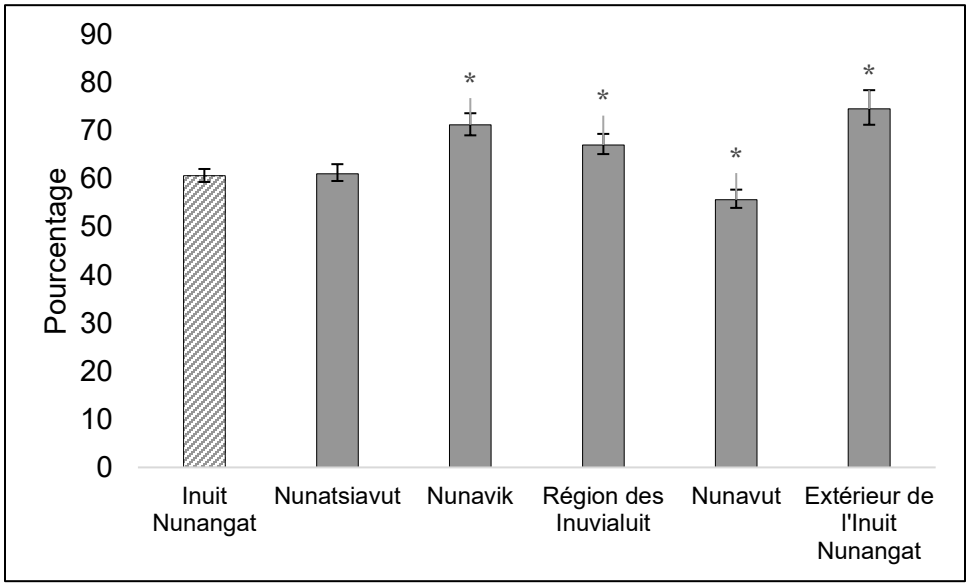
On a trouvé la plus forte prévalence de consommation d'alcool dans la dernière année chez les hommes de 35 à 54 ans (74 %), et la plus faible, chez les hommes de 15 à 17 ans (20 %; Figure 15). Beaucoup plus d'hommes de 55 ans et plus avaient consommé de l'alcool dans la dernière année (55 %) que de femmes du même groupe d'âge (41 %; Figure 15). La consommation d'alcool dans la dernière année était la plus fréquente au Nunavik (71 %), dans la région désignée des Inuvialuit (67 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (75 %), et la moins fréquente au Nunavut (56 %; Figure 16). Entre 2012 et 2017, la prévalence de la consommation d'alcool dans la dernière année a diminué de 14 % au Nunatsiavut, et plus particulièrement de 20 % dans le groupe des 18 à 34 ans. Il y a eu une augmentation générale de 20 % au Nunavik, soutenue principalement par une augmentation de 23 % chez les 18 à 34 ans.

Figure 15. Consommation d'alcool dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; « * » indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

Figure 16. Consommation d'alcool dans la dernière année, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

2 Forte consommation épisodique d'alcool

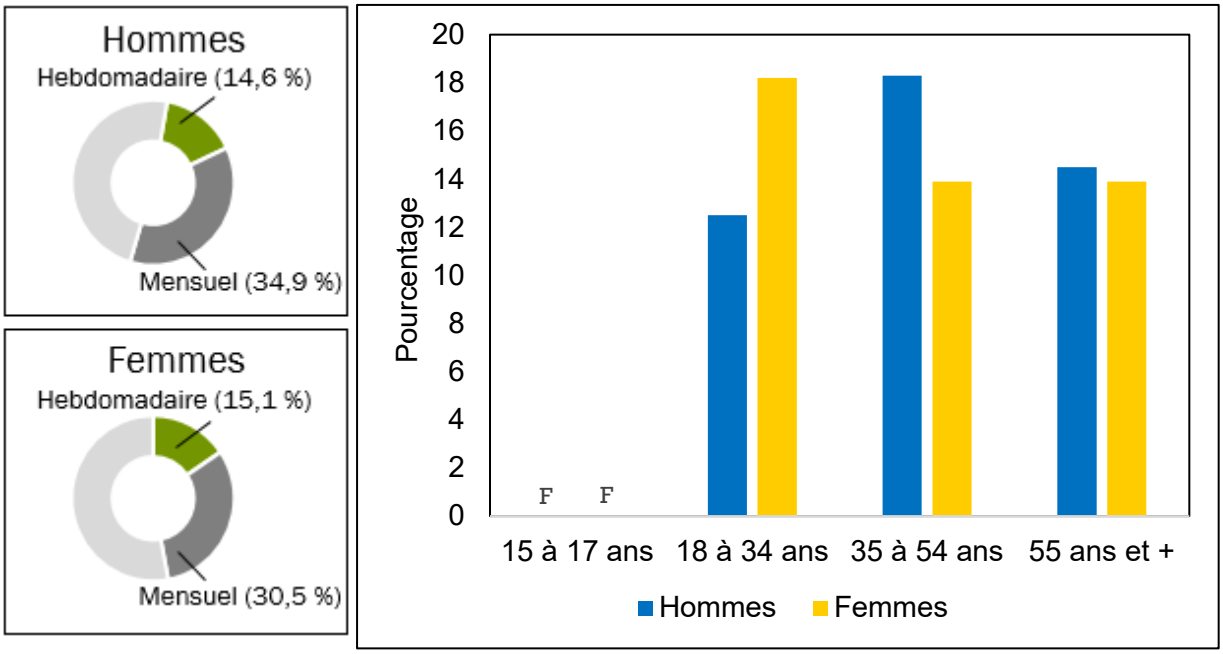
La forte consommation épisodique d'alcool est définie pour les hommes comme la prise, lors d'une même occasion, de cinq verres ou plus, et pour les femmes, de quatre verres ou plus. La Figure 17 et la Du côté des différences régionales, la prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool était plus élevée au Nunatsiavut (19,8 %) et au Nunavik (24,1 %) que dans l'ensemble de l'Inuit

Nunangat (14,8 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). En outre, une proportion significativement plus petite de la population du Nunatsiavut (13 %) et du Nunavik (15 %) n'a rapporté aucune forte consommation épisodique d'alcool, comparativement à 22 % dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat. Entre 2012 et 2017, la plus importante augmentation dans la forte consommation épisodique d'alcool fréquente s'est produite au Nunavik, pour une augmentation de 103 % de la forte consommation épisodique d'alcool une fois par semaine (6,4 % à 13 %) et une augmentation de 109 % de la forte consommation épisodique d'alcool plus d'une fois par semaine (5,3 % à 11 %). Notons que cette augmentation dans la forte consommation épisodique d'alcool fréquente au Nunavik pourrait s'expliquer en partie par une augmentation générale de la consommation d'alcool dans la dernière année (voir plus haut).

Figure 18 présentent la prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine chez les personnes qui ont rapporté avoir consommé de l'alcool dans la dernière année selon le sexe, l'âge et la région. Dans l'ensemble, près du tiers de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a indiqué avoir eu une forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par mois dans la dernière année. Parmi les personnes vivant dans l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) qui ont indiqué avoir consommé de l'alcool dans la dernière année, 47,5 % ont rapporté une forte consommation épisodique d'alcool, dont 15 % au moins une fois par semaine. Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans l'ensemble ou pour la forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine (Figure 17). Les personnes de 15 à 17 ans étaient moins susceptibles de rapporter une forte consommation épisodique d'alcool (37 %) que les 18 à 34 ans (20 %) et les 35 à 54 ans (19 %). Il n'y avait dans l'ensemble aucune différence entre les groupes d'âge quant à la fréquence de la forte consommation épisodique d'alcool (Figure 17).

Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation considérable de la forte consommation épisodique d'alcool dans l'Inuit Nunangat, dont une augmentation de 53 % de la forte consommation épisodique d'alcool plus d'une fois par semaine (passant de 4,7 % à 7,2 %). Cette hausse était particulièrement importante chez les femmes – augmentation de 44 % de cette habitude une fois par semaine et de 74 % plus d'une fois par semaine. Ces hausses relatives se comparent à des augmentations respectives de 21 % et de 36 % chez les hommes.

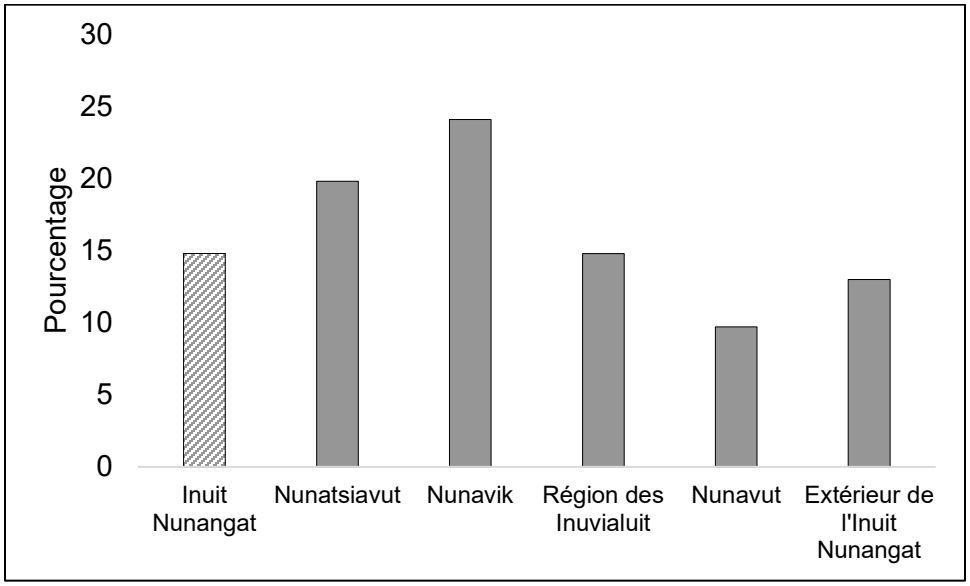
Figure 17. Forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine, par sexe et groupe d'âge



Note : Les données représentent seulement les réponses des personnes qui ont indiqué avoir consommé de l'alcool dans la dernière année. Les estimations présentent les réponses combinées « une fois par mois », « 2 à 3 fois par mois », « une fois par semaine » et « plus d'une fois par semaine ». Les intervalles de confiance ne sont pas présentés parce qu'ils ont été calculés pour chaque réponse individuelle et non pour les estimations combinées. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

Du côté des différences régionales, la prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool était plus élevée au Nunatsiavut (19,8 %) et au Nunavik (24,1 %) que dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat (14,8 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). En outre, une proportion significativement plus petite de la population du Nunatsiavut (13 %) et du Nunavik (15 %) n'a rapporté aucune forte consommation épisodique d'alcool, comparativement à 22 % dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat. Entre 2012 et 2017, la plus importante augmentation dans la forte consommation épisodique d'alcool fréquente s'est produite au Nunavik, pour une augmentation de 103 % de la forte consommation épisodique d'alcool une fois par semaine (6,4 % à 13 %) et une augmentation de 109 % de la forte consommation épisodique d'alcool plus d'une fois par semaine (5,3 % à 11 %). Notons que cette augmentation dans la forte consommation épisodique d'alcool fréquente au Nunavik pourrait s'expliquer en partie par une augmentation générale de la consommation d'alcool dans la dernière année (voir plus haut).

Figure 18. Forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine, par région



Note : Les données représentent seulement les réponses des personnes qui ont indiqué avoir consommé de l'alcool dans la dernière année. Les estimations sont les réponses combinées « une fois par semaine » et « plus d'une fois par semaine ». Les intervalles de confiance ne sont pas présentés parce qu'ils ont été calculés pour chaque réponse individuelle et non pour les estimations combinées.

3 Usage de drogue illicite (excluant le cannabis)

L'usage de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales et de substances illicites est associé aux idées suicidaires (Kumar, 2016). La consommation fréquente de substances pendant des mois ou des années ou la présence d'un trouble lié à l'usage de substances sont plus susceptibles de mener à des effets indésirables sur la santé mentale et au suicide (Conner, Bridge, Davidson, Pilcher et Brent, 2019; Esang et Ahmed, 2018; Poorolajal, Haghtalab, Farhadi et Darvishi, 2016). L'EAPA de 2017 interrogeait les participants sur l'usage de substances illicites dans la dernière année, et donnait la cocaïne, le speed, les solvants et les stéroïdes comme exemples (voir l'annexe A). Il est impossible de faire des comparaisons avec les données de 2012, puisque l'EAPA de 2012 comportait uniquement une question sur la consommation de substances illicites au cours de la vie, et non dans la dernière année. En 2012, 9,5 % des personnes vivant dans l'Inuit Nunangat ont rapporté avoir consommé des substances illicites au cours de leur vie, et la proportion d'hommes était beaucoup plus importante (13,8 %) que la proportion de femmes (6,0 %). L'usage de substances illicites a été rapporté le moins souvent au Nunatsiavut (5,4 %) et au Nunavut (8,1 %) et le plus souvent au Nunavik (14,3 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (19,4 %).

En 2017, 2,8 % de tous les Inuits au Canada (y compris ceux vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) ont rapporté avoir consommé une substance illicite dans la dernière année, et de ce nombre, environ 65 % vivaient à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. Plus de 97 % de la population (18 ans et plus), en général et dans chaque région, a déclaré n'avoir consommé aucune substance illicite dans la dernière année. Les estimations de la consommation plus fréquente dans les régions de l'Inuit Nunangat sont très faibles et pas assez fiables pour être publiées. Parmi tous les Inuits vivant au Canada, 0,5 % ont rapporté une consommation quotidienne ou quasi quotidienne (forte variabilité de l'échantillonnage, utiliser avec prudence), 0,3 % une consommation hebdomadaire, 0,8 % une consommation mensuelle et 1,2 % une consommation moins fréquente. La prévalence de l'usage de substances illicites est significativement plus élevée chez les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit

Nunangat : seulement 94 % ont rapporté ne pas en avoir consommé dans la dernière année, et 89 % dans le groupe des 18 à 34 ans.

4 Usage de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales

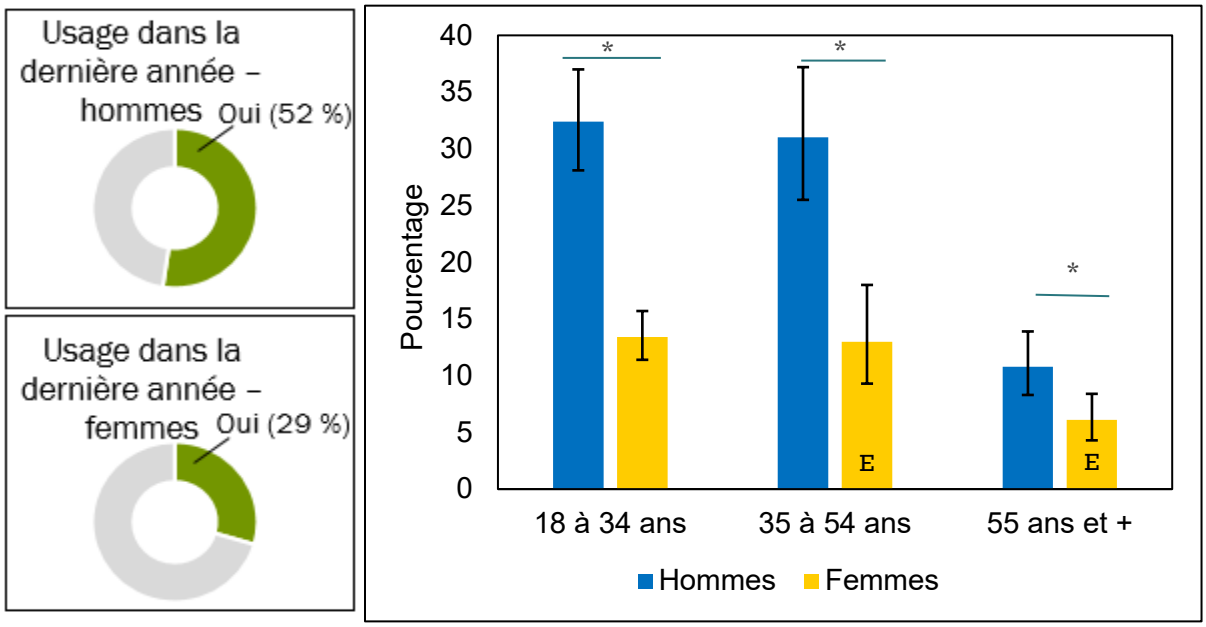
L'EAPA de 2017 a aussi interrogé les participants sur leur consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année. L'EAPA de 2012 s'intéressait pour sa part à la consommation au cours de la vie; il est donc impossible de comparer les données dans le temps. En 2012, 2,8 % des personnes résidant dans l'Inuit Nunangat ont rapporté avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales au cours de leur vie, dont une proportion significativement plus grande d'hommes (4,0 %) que de femmes (1,8 %). La prévalence au cours de la vie était la plus élevée chez les personnes de 18 à 34 ans (4,1 % vs 1,7 % chez les personnes de 35 à 54 ans; les estimations des 55 ans et plus ont été supprimées). Un peu comme pour la consommation de drogues illicites, la consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales était la moins fréquente au Nunavut (2,3 %) et au Nunatsiavut (2,6 %), et la plus fréquente au Nunavik (4,1 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (4,8 %).

En 2017, 1,2 % de tous les Inuits du Canada (y compris ceux vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) ont rapporté avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année. De ce nombre, environ 59 % étaient des Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. Plus de 98 % de la population (18 ans et plus) de l'Inuit Nunangat et de chaque région a rapporté n'avoir consommé aucun médicament sur ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année, contre 94 % de la population à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. Les estimations de la consommation plus fréquente dans les régions de l'Inuit Nunangat sont faibles et ne sont pas assez fiables pour être publiées. Toutefois, parmi tous les Inuits du Canada, 0,3 % ont rapporté une consommation quotidienne ou quasi quotidienne, 0,4 % une consommation mensuelle et 0,4 % une consommation plus rare (les estimations de la consommation hebdomadaire ont été supprimées).

5 Usage de cannabis

L'usage de cannabis, surtout l'usage fréquent pendant des mois ou des années, est associé au suicide et à une mauvaise santé mentale (Konefal, Gabrys et Porath, 2019); la dépendance au cannabis a aussi été associée au suicide chez les Inuits au Canada (Chachamovich et coll., 2015). Le cannabis est la troisième substance la plus consommée dans l'Inuit Nunangat, après l'alcool et le tabac (Figure 19). En 2017, 40 % de la population de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a rapporté avoir consommé du cannabis dans la dernière année – 52 % chez les hommes et 29 % chez les femmes (Figure 19). La consommation quotidienne ou quasi quotidienne était beaucoup plus prévalente chez les hommes, environ 1,8 à 2,4 fois plus courante que chez les femmes, selon le groupe d'âge.

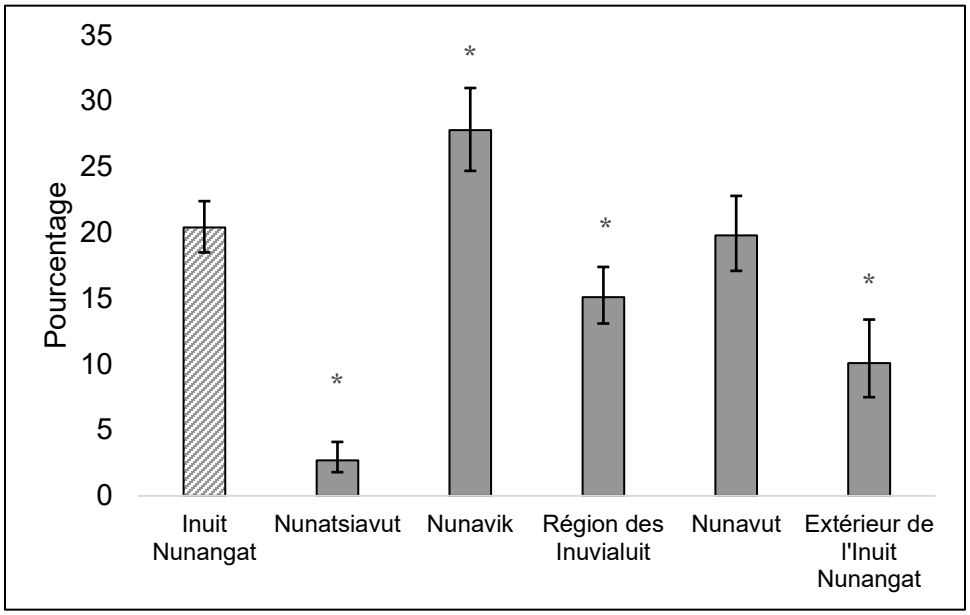
Figure 19. Usage de cannabis quotidien et dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; **« * »** indique une différence significative entre les groupes au seuil p<0,05.

En tout, 20 % de la population de l'Inuit Nunangat a rapporté consommer du cannabis de manière quotidienne ou quasi quotidienne (figure 20). La consommation quotidienne ou quasi quotidienne était significativement plus faible au Nunatsiavut (2,7 %), dans la région désignée des Inuvialuit (15 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (10 %), et significativement plus élevée au Nunavik (28 %). Dans la plupart des régions, y compris à l'extérieur de l'Inuit Nunangat, environ la moitié des personnes qui avaient consommé du cannabis dans la dernière année ont rapporté une consommation quotidienne ou quasi quotidienne. Les exceptions sont le Nunatsiavut, où environ 20 % de la population consommant du cannabis le fait quotidiennement, et la région désignée des Inuvialuit, où 40 % des personnes consommant du cannabis le font quotidiennement. Les comparaisons de la consommation dans la dernière année ou de la consommation quotidienne en 2012 et en 2017 sont impossibles, puisque l'EAPA de 2012 ne s'intéressait qu'à la consommation de cannabis au cours de la vie.

Figure 20. Usage de cannabis quotidien ou quasi quotidien, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Peu d'études se penchent sur les liens entre la consommation de cannabis et le suicide, et la consommation de cannabis et la santé mentale chez les Inuits. Les résultats des analyses de régression logistique provenant de l'EAPA de 2017 sont présentés aux tableaux 2 et 3, et décrivent le lien entre la consommation de cannabis et les issues de santé mentale, notamment les idées suicidaires dans la dernière année, les tentatives de suicide dans la dernière année, une mauvaise santé mentale, les troubles de l'humeur autodéclarés et les troubles anxieux autodéclarés. Les modèles de régression logistique tiennent compte du sexe, de l'âge, de la région, du revenu médian, de la consommation d'alcool dans la dernière année et de la consommation de drogue illicite dans la dernière année. Ces variables ne sous-tendent donc aucune différence statistiquement significative. Un rapport de cotes supérieur à 1 indique que les issues de santé mentale sont probablement chez les personnes ayant signalé avoir consommé du cannabis dans la dernière année (moins fréquent que quotidiennement; tableau 2) ou parmi celles ayant rapporté une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis (tableau 3).

Les résultats montrent que bien que la consommation occasionnelle de cannabis ne prédise qu'un risque accru de trouble de l'humeur autodéclaré (rapport de cotes [RC] : 1,62 %; intervalle de confiance [IC] de 95 % : 1,15 à 2,29; $p < 0,05$; tableau 2), la consommation quotidienne ou quasi quotidienne est un prédicteur d'idées suicidaires dans la dernière année (RC : 1,94; IC de 95 % : 1,18 à 3,19; $p < 0,05$), de tentative de suicide dans la dernière année (RC : 3,60; IC de 95 % : 1,25 à 2,85; $p < 0,05$) et de trouble de l'humeur autodéclaré (RC : 1,89; IC de 95 % : 1,25 à 2,85; $p < 0,05$; tableau 3). Ces conclusions appuient l'existence d'un lien entre la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis et le risque d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de troubles de l'humeur chez les Inuits au Canada.

Tableau 2. Usage de cannabis dans la dernière année (moins d'une fois par jour; variable dépendante) comme prédicteur d'idées suicidaires dans la dernière année (n=4490), de tentatives de suicide dans la dernière année (n= 4489), d'une santé mentale perçue comme mauvaise (n=4501), de troubles de l'humeur autodéclarés (n=4504) et de troubles anxieux autodéclarés (n=4507); (variables dépendantes)

Variable dépendante	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Signification
		Inférieurs	Supérieurs	
Idées suicidaires dans la dernière année	1,41	0,87	2,28	
Tentatives de suicide dans la dernière année	1,45	0,77	2,72	
Santé mentale perçue comme mauvaise	1,49	0,85	2,64	
Troubles de l'humeur autodéclarés	1,62	1,15	2,29	*
Troubles anxieux autodéclarés	1,04	0,72	1,49	

Note : 15 ans et plus
***** p<0,05

Tableau 3. Usage quotidien ou quasi quotidien de cannabis (moins d'une fois par jour; variable dépendante) comme prédicteur d'idées suicidaires dans la dernière année (n=4490), de tentatives de suicide dans la dernière année (n=4489), d'une santé mentale perçue comme mauvaise (n=4501), de troubles de l'humeur autodéclarés (n=4504) et de troubles anxieux autodéclarés (n=4507); (variables dépendantes)

Variable dépendante	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Signification
		Inférieurs	Supérieurs	
Idées suicidaires dans la dernière année	1,94	1,18	3,19	*
Tentatives de suicide dans la dernière année	3,60	1,96	6,61	*
Santé mentale perçue comme mauvaise	0,95	0,45	1,99	
Troubles de l'humeur autodéclarés	1,89	1,25	2,85	*
Troubles anxieux autodéclarés	1,51	0,95	2,41	

Note : 15 ans et plus
***** p<0,05

Stress aigu ou perte

La SNPSI liste la perte récente, l'intoxication, l'accès à des moyens létaux, le désespoir et l'isolement comme des exemples de stress aigu ou de perte. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Stress traumatique et adversité précoce

La SNPSI nomme le stress aigu ou toxique *in utero* et le fait d'être victime ou témoin d'abus physiques ou sexuels comme des exemples de stress traumatique et d'adversité précoce. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Blessures familiales

La SNPSI liste les traumatismes intergénérationnels, la violence familiale et les antécédents familiaux de suicide comme des exemples de blessures familiales. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Traumatismes historiques

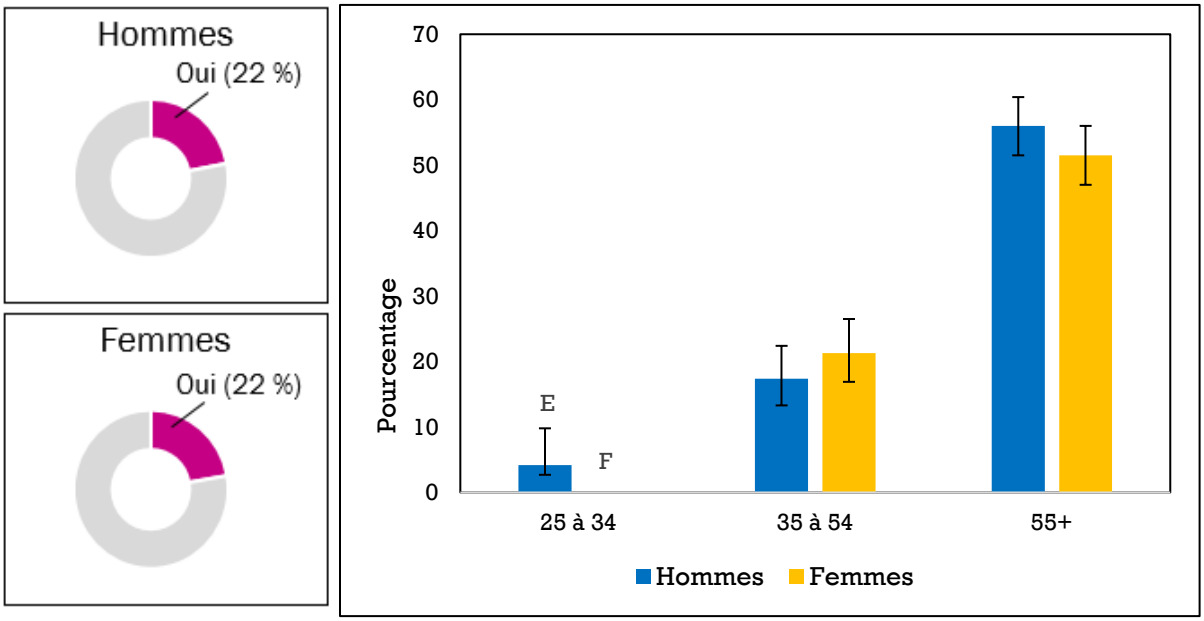
La SNPSI liste les effets du colonialisme, les pensionnats, la délocalisation et l'abattage de chiens comme des exemples de traumatismes historiques. Les principaux résultats sur les traumatismes historiques provenant de l'EAPA de 2017 sont les suivants :

- En 2017, près du quart de la population de l'Inuit Nunangat (25 ans et plus) avait fréquenté un pensionnat.
- En 2017, 37 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) avait un parent qui avait fréquenté un pensionnat – plus du tiers des personnes de 18 à 34 ans et la moitié des personnes de 35 à 54 ans.
- Les personnes vivant dans la région désignée des Inuvialuit étaient les plus susceptibles d'avoir fréquenté un pensionnat (44 %) et d'avoir un parent qui a fréquenté un pensionnat (72 %).
- En 2017, une personne sur cinq dans l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) avait un grand-parent qui avait fréquenté un pensionnat – plus d'un tiers des personnes de 15 à 17 ans et le quart des personnes de 18 à 34 ans.

1 Fréquentation d'un pensionnat

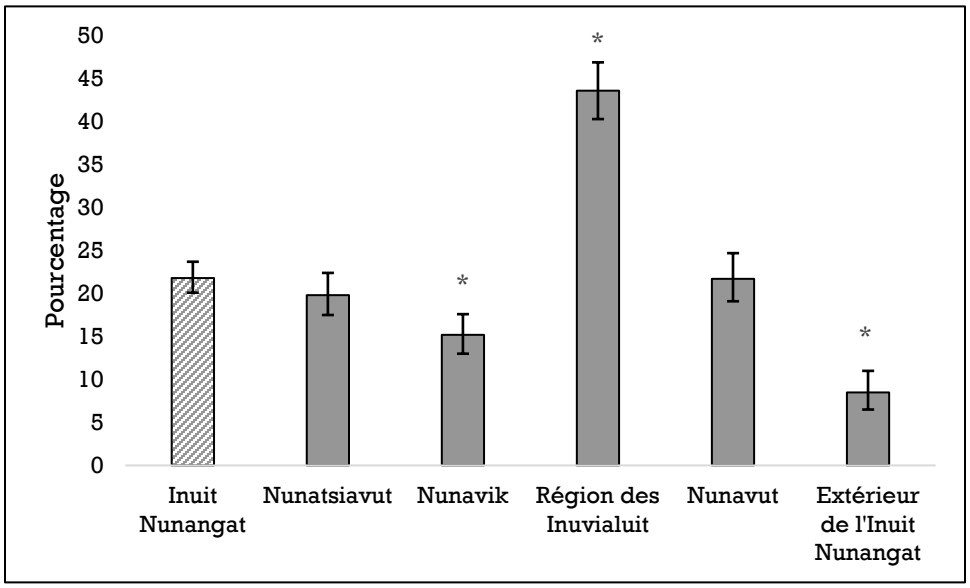
La fréquentation d'un pensionnat et l'exposition intergénérationnelle aux pensionnats ont été associées au risque de suicide chez les Inuits au Canada (Fraser, Geoffroy, Chachamovich et Kirmayer, 2015; Kumar et Tjepkema, 2019). En 2017, 22 % de la population de 25 ans et plus de l'Inuit Nunangat avait fréquenté un pensionnat dans sa vie – 4 % des personnes de 25 à 34 ans, 19 % des personnes de 35 à 54 ans et 54 % des personnes de 55 ans et plus (Figure 21). La région désignée des Inuvialuit avait le plus haut taux de personnes ayant fréquenté un pensionnat de toutes les régions de l'Inuit Nunangat (44 %), et le Nunavik, le plus faible taux (15 %; Figure 22). Les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat avaient le plus faible taux de fréquentation d'un pensionnat (8,5 %) (figure 22).

Figure 21. Fréquentation d'un pensionnat au cours de la vie, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; « F » indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

Figure 22. Fréquentation d'un pensionnat au cours de la vie, par région



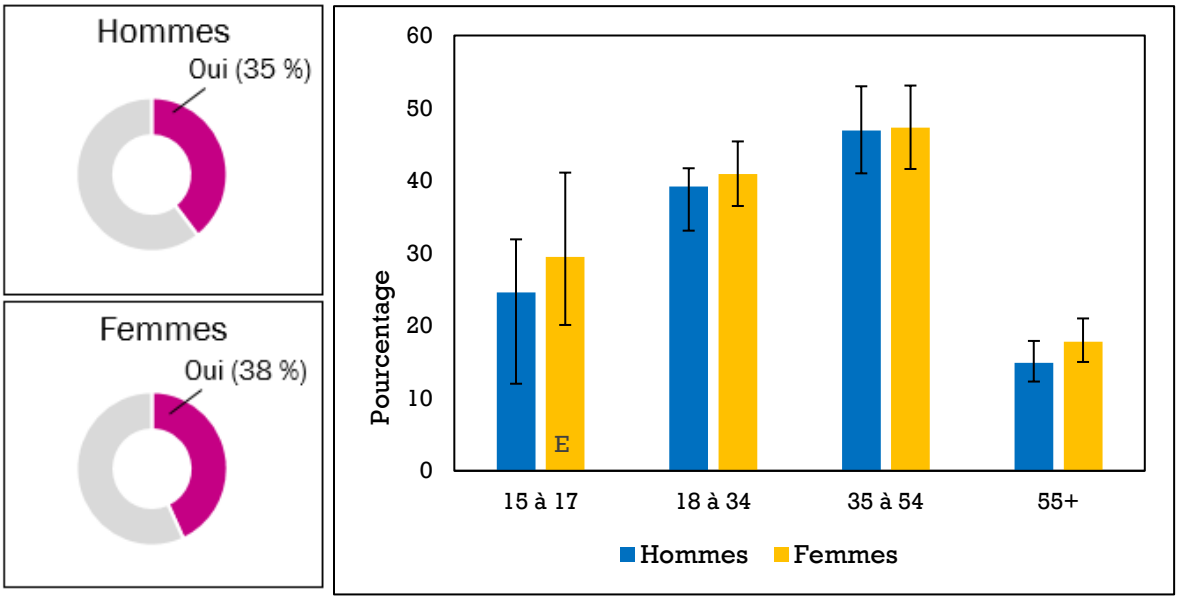
Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

2 Parents ayant fréquenté un pensionnat

En 2017, 37 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) avait des parents ayant fréquenté un pensionnat – 25 % des 15 à 17 ans, 39 % des 18 à 34 ans, 47 % des 35 à 54 ans et 16 % des 55 ans et plus (figure 23). Une proportion beaucoup plus élevée de la population de la région désignée des Inuvialuit (72 %) avait des parents ayant fréquenté un pensionnat; cette

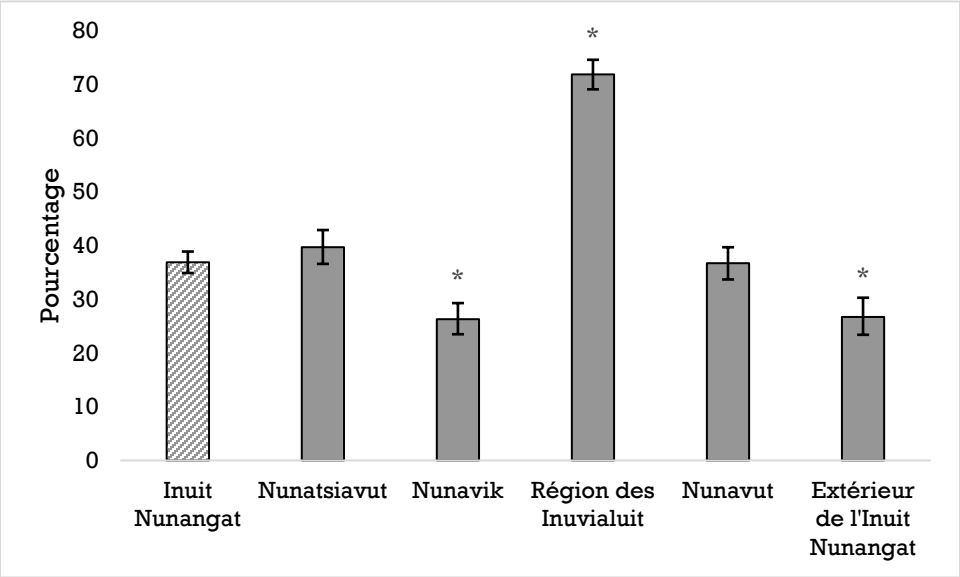
proportion était beaucoup moins élevée au Nunavik (26 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (27 %) (figure 24).

Figure 23. Parents ayant fréquenté un pensionnat, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

Figure 24. Parents ayant fréquenté un pensionnat, par région



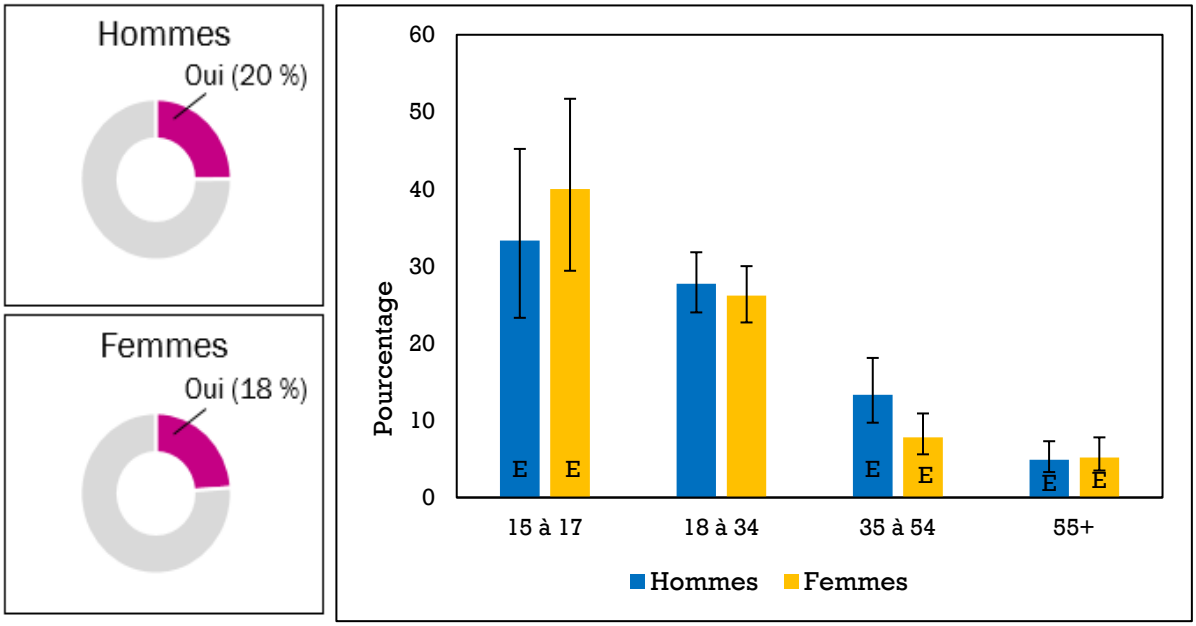
Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

3 Grands-parents ayant fréquenté un pensionnat

En 2017, 19 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) avait des grands-parents ayant fréquenté un pensionnat – 37 % des 15 à 17 ans, 27 % des 18 à 34 ans, 10,5 % des 35 à 54 ans et 5 % des 55 ans et plus (figure 25). Une proportion beaucoup plus élevée de la population de la

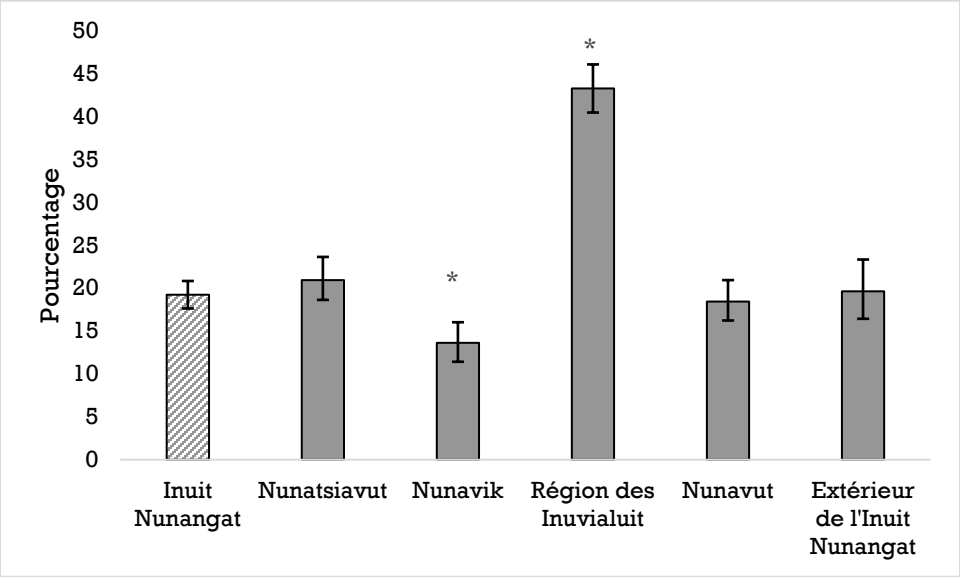
région désignée des Inuvialuit (43 %) avait des grands-parents ayant fréquenté un pensionnat; cette proportion était beaucoup moins élevée au Nunavik (14 %) (figure 26).

Figure 25. Grands-parents ayant fréquenté un pensionnat, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

Figure 26. Grands-parents ayant fréquenté un pensionnat, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Détresse communautaire

La SNPSI donne comme exemples de détresse communautaire les iniquités sociales, notamment les logements surpeuplés, l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à des services. Ces facteurs ont

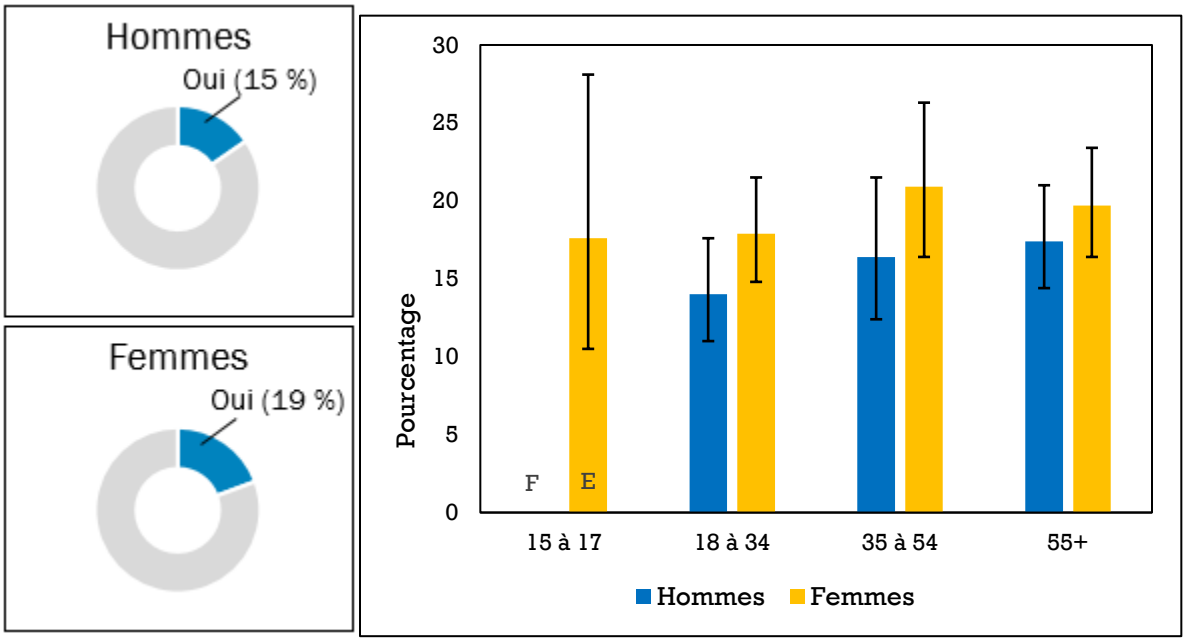
des répercussions sur la santé et le bien-être des Inuits. Les principaux résultats sur la détresse communautaire tirés des EAPA de 2012 et de 2017 sont les suivants :

- En 2017, 17 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a rapporté ne pas avoir été en mesure d'accéder à des soins de santé lorsque nécessaire dans la dernière année, une augmentation de 52 % par rapport à 2012, où cette proportion était de 12 %. Les femmes (19 %) étaient plus susceptibles que les hommes (15 %) d'indiquer ne pas avoir été en mesure d'accéder à des soins de santé.
- En 2017, près d'une personne sur trois (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a rapporté vivre de l'insécurité alimentaire. La prévalence de l'insécurité alimentaire était la plus élevée au Nunavik et au Nunavut.
- En 2017, la moitié de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a indiqué que le revenu de son ménage ne suffisait pas à répondre aux besoins de transport, de logement, de nourriture, de vêtements et aux autres dépenses essentielles du ménage.
- En 2017, au moins un tiers de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat vivait dans des conditions de logement inadéquates.
- Les raisons les plus courantes de l'insatisfaction par rapport aux conditions de logement étaient que le logement était délabré ou avait besoin de beaucoup de réparations (60 %), que le logement était mal isolé (43 %) et que le logement était surpeuplé ou pas assez grand (41%).

1 Accès limité aux soins de santé dans la dernière année

Les participants aux EAPA de 2012 et de 2017 devaient répondre à cette question : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où [vous avez] cru [que vous] aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus? » Notons que cet indicateur ne précise pas si les services de santé sont culturellement pertinents ou adaptés. En 2017, 17 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a indiqué ne pas avoir été en mesure d'accéder à des soins lorsque nécessaire dans la dernière année – 15 % des hommes et 19 % des femmes (Figure 27). Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes pour cet indicateur dans l'ensemble et pour chaque groupe d'âge (Figure 27). Il n'y avait pas non plus de différence significative entre les groupes d'âge. Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation significative de 54 % de la proportion de la population de l'Inuit Nunangat indiquant ne pas avoir pu accéder à des soins dans la dernière année, passant de 12 % à 17 %, dont une augmentation de 75 % chez les femmes.

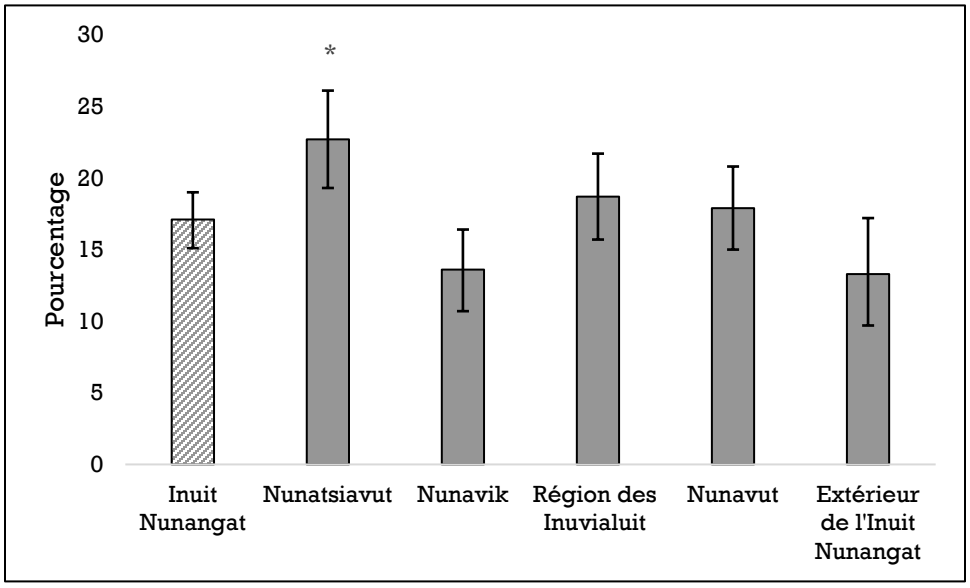
Figure 27. N'a pu accéder à des soins de santé dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

Pour ce qui est des différences régionales, le Nunatsiavut avait une proportion significativement plus grande de sa population indiquant ne pas avoir pu accéder à des soins lorsque nécessaire dans la dernière année (23 %; **Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Entre 2012 et 2017, il y a aussi eu une augmentation de 120 % de cette proportion au Nunavik, surtout dans le groupe des 35 à 54 ans (173 %), et de 87 % chez les femmes du Nunavut (passant de 13 % à 21 %).

Figure 28. N'a pu accéder à des soins de santé dans la dernière année, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

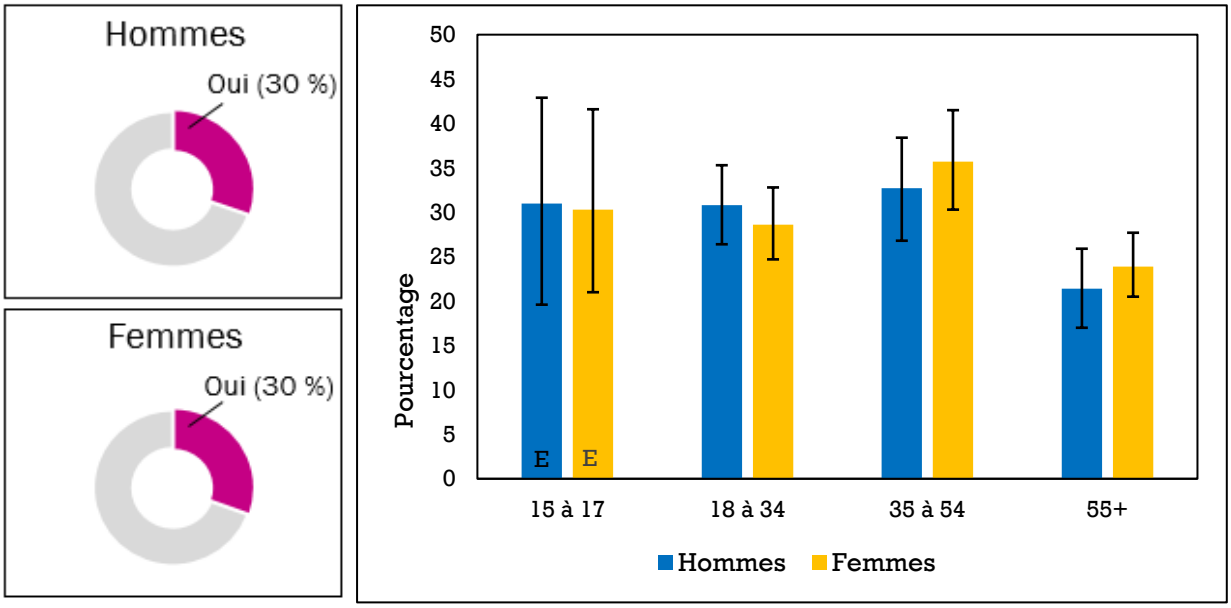
2 Insécurité alimentaire dans la dernière année

L'insécurité alimentaire est généralement définie par un manque d'accès à une quantité suffisante de nourriture sûre et nutritive, souvent en raison de moyens financiers limités. L'insécurité alimentaire contribue à une mauvaise santé mentale et à la détresse psychologique. L'EAPA contient les questions suivantes à ce propos :

- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu faim sans pouvoir manger parce que vous n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-[vous/vous et les membres de votre ménage] déjà réduit votre portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà mangé moins que vous auriez dû, selon vous, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?

En 2017, 30 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat n'avait pas les moyens de se payer de la nourriture lorsque la faim se faisait sentir (**Error! Not a valid bookmark self-reference.**). En tout, 42 % des personnes (15 ans et plus) ont rapporté réduire les portions ou sauter des repas et 40 %, manger moins que ce qu'elles auraient dû. Il n'y avait en général aucune différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les groupes d'âge. Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation significative de 24 % de la proportion de la population indiquant vivre de l'insécurité alimentaire – 34 % chez les femmes. La proportion de la population indiquant réduire ses portions ou sauter des repas a aussi augmenté de 47 % dans l'Inuit Nunangat pendant la même période.

Figure 29. N'avait pas les moyens de se payer de la nourriture lorsque la faim se faisait sentir dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge

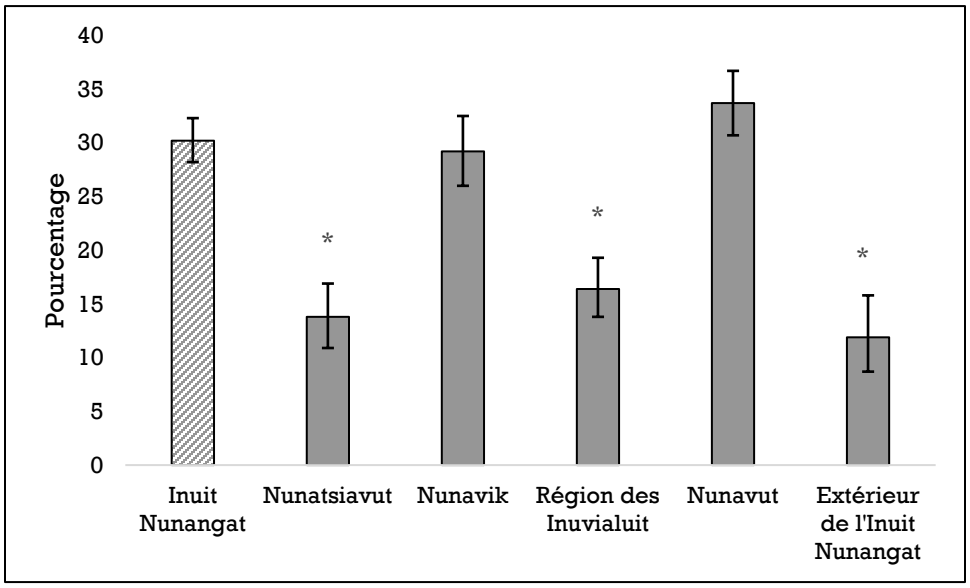


Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

La prévalence de ces trois indicateurs de l'insécurité alimentaire était significativement plus faible en dehors de l'Inuit Nunangat, au Nunatsiavut et dans la région désignée des Inuvialuit (figure 30). Entre 2012 et 2017, la plus forte augmentation de l'insécurité alimentaire s'est produite au

Nunavik, avec des augmentations considérables du nombre de personnes n'ayant pas les moyens de se payer de la nourriture lorsqu'elles avaient faim (passant de 20 % à 29 %) et du nombre de personnes réduisant leurs portions ou sautant des repas (passant de 22 % à 46 %).

Figure 30. N'avait pas les moyens de se payer de la nourriture lorsque la faim se faisait sentir dans la dernière année, par région

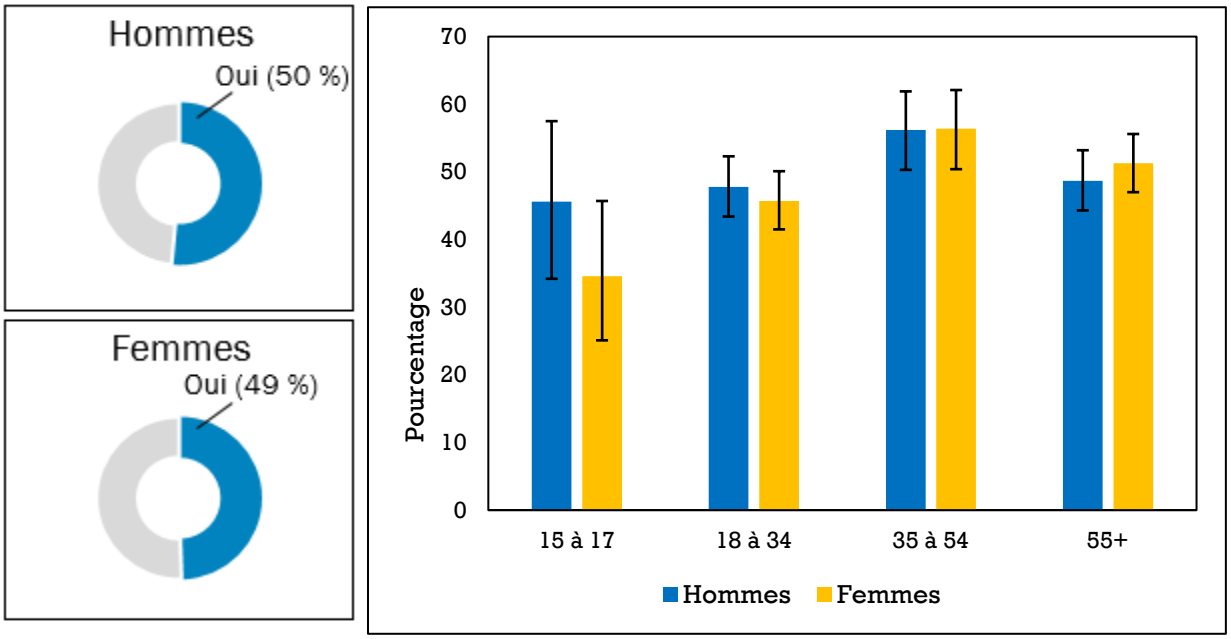


Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

3 Revenu du ménage insuffisant pour répondre aux besoins dans la dernière année

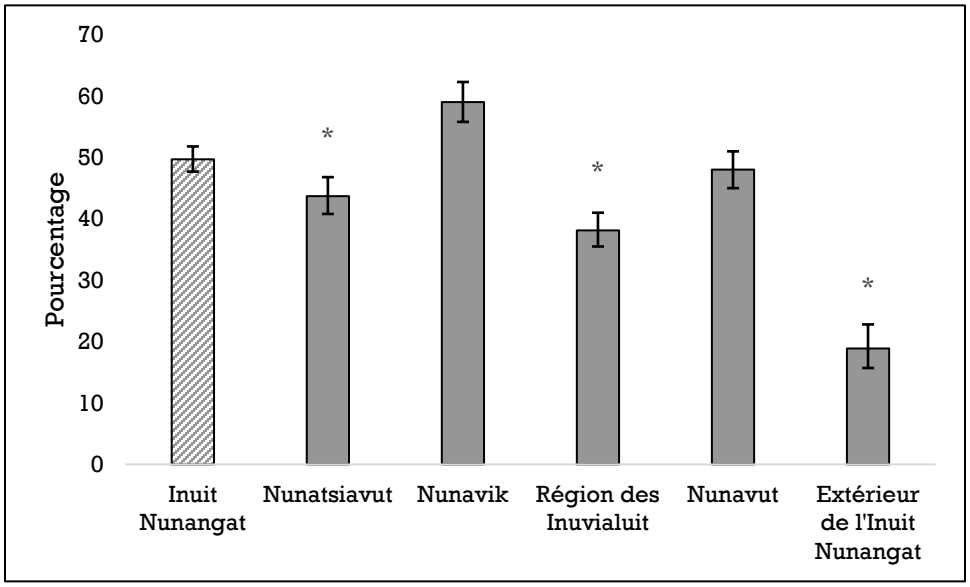
En 2017, 50 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat, et une proportion à peu près égale d'hommes et de femmes, a indiqué que le revenu de leur ménage ne suffisait pas pour répondre aux besoins du ménage en matière de transport, de logement, d'alimentation, d'habillement et autres dépenses nécessaires (figure 31). La prévalence du revenu du ménage insuffisant pour répondre à ces besoins était beaucoup plus élevée chez les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus (56 % et 50 %, respectivement) que chez les 15 à 17 ans et les 18 à 34 ans (40 % et 47 %, respectivement).

Figure 31. Revenu du ménage insuffisant pour répondre aux besoins dans la dernière année, par sexe et groupe d'âge



La prévalence du revenu du ménage insuffisant pour répondre aux besoins était significativement plus élevée au Nunavik (59 %) et significativement plus faible au Nunatsiavut (44 %), dans la région désignée des Inuvialuit (38 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (19 %; Figure 32). Comme l'EAPA de 2012 ne s'intéressait pas à cette question, il est impossible de comparer les deux enquêtes.

Figure 32. Revenu du ménage insuffisant pour répondre aux besoins dans la dernière année, par région

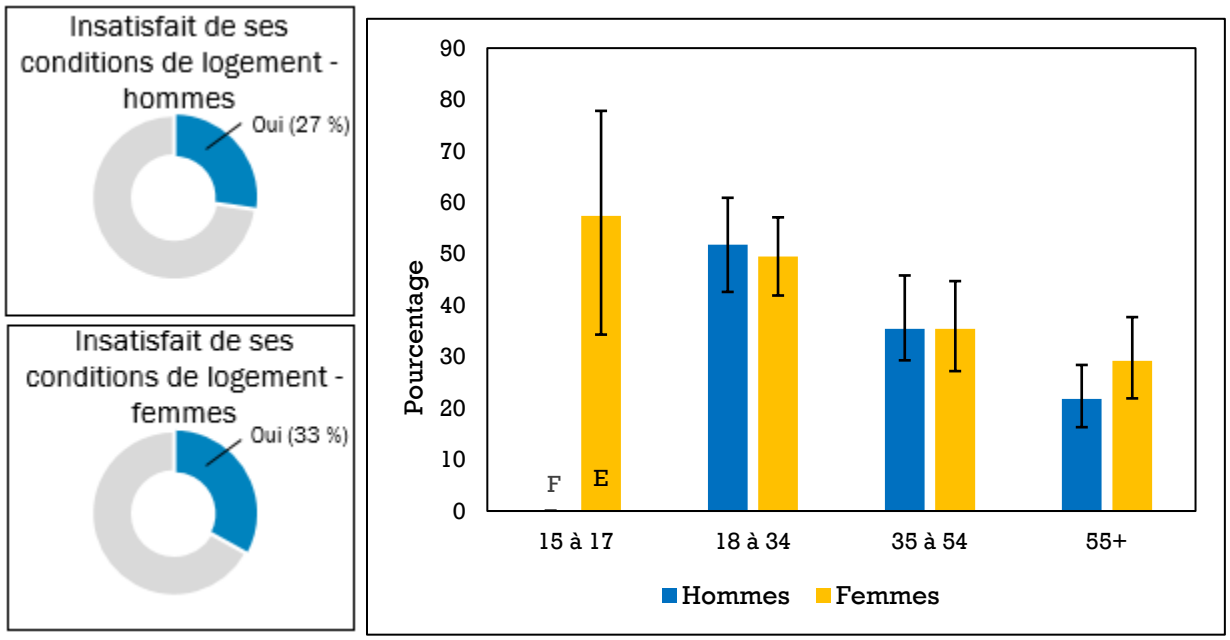


Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

4 Surpeuplement des logements

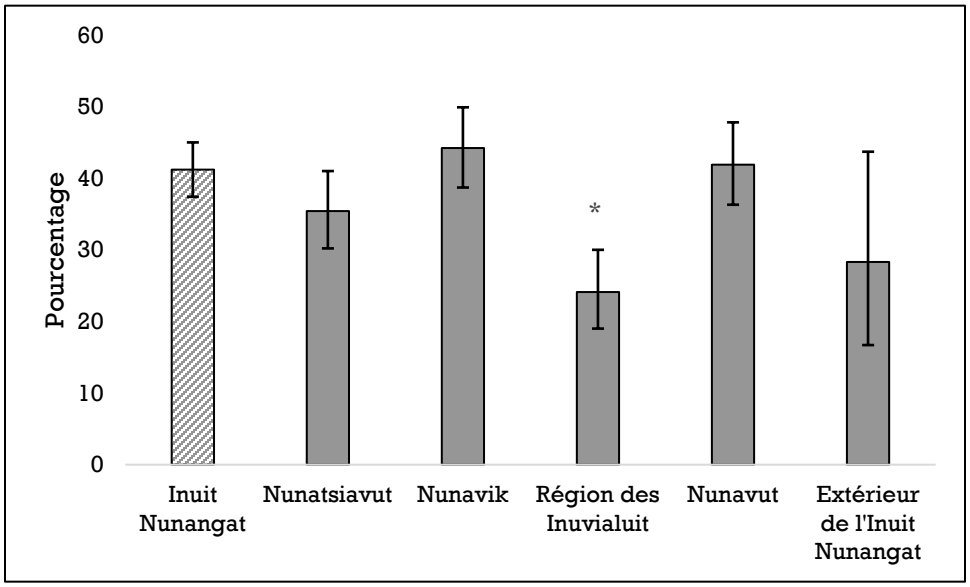
Le logement est un important déterminant social de la santé chez les Inuits, et le fait d'habiter un logement inadéquat est courant dans l'Inuit Nunangat. En 2017, 30 % de la population (15 ans et plus) dans l'Inuit Nunangat a rapporté être insatisfaite ou très insatisfaite de ses conditions de logement – 27 % des hommes et 33 % des femmes (Figure 33). Les raisons les plus courantes de l'insatisfaction par rapport aux conditions de logement étaient que le logement était délabré ou avait besoin de beaucoup de réparations (60 %), que le logement était mal isolé (43 %) et que le logement était surpeuplé ou pas assez grand (41 %). Une comparaison régionale montre que la région désignée des Inuvialuit avait une prévalence significativement plus faible de logements surpeuplés (24 %; Figure 34). L'EAPA de 2012 ne s'intéressait pas à la satisfaction par rapport aux conditions de logement, notamment le logement surpeuplé; aucune comparaison des deux éditions de l'enquête n'est donc possible.

Figure 33. Conditions de logement, par sexe et groupe d'âge



Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence; **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

Figure 34. Surpeuplement des logements, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Facteurs de protection

Continuité culturelle

La SNPSI liste une appartenance forte à la langue, à la culture et à l'histoire inuite comme des exemples de continuité culturelle. Les principaux résultats des EAPA de 2012 et de 2017 à ce propos sont les suivants :

- En 2017, au moins 95 % de la population (15 ans et plus) dans l'Inuit Nunangat avait une certaine connaissance d'une langue inuite, et cette proportion a quelque peu augmenté entre 2012 et 2017 chez les personnes de 18 à 34 ans.

1 Connaissance d'une langue inuite

En 2017, 95,5 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a indiqué avoir une certaine connaissance d'une langue inuite, soit la comprendre ou la parler, ne serait-ce que quelques mots (Figure 35). Il n'y avait aucune différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les groupes d'âge. Comparativement à l'ensemble de l'Inuit Nunangat, la connaissance d'une langue inuite était considérablement plus élevée au Nunavik (99,7 %) et considérablement plus faible au Nunatsiavut (86 %) et dans la région désignée des Inuvialuit (82 %). Entre 2012 et 2017, il n'y a eu en général aucun changement à la proportion de la population rapportant connaître une langue inuite chez les hommes, les femmes et dans tous les groupes d'âge, à l'exception d'une augmentation petite, mais significative (3,4 %) chez les personnes de 18 à 34 ans (passant de 92 % à 95,6 %). Les Inuits vivant dans la région désignée des Inuvialuit, au Nunatsiavut et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat avaient la plus faible connaissance d'une langue inuite (Figure 36). Entre 2012 et 2017, il y a eu une diminution significative de la proportion de répondants indiquant connaître une langue inuite au Nunatsiavut (7 %) et dans la région désignée des Inuvialuit (8 %), et une augmentation au Nunavik (7 %).

Figure 35. Connaissance d'une langue inuite, par sexe et groupe d'âge

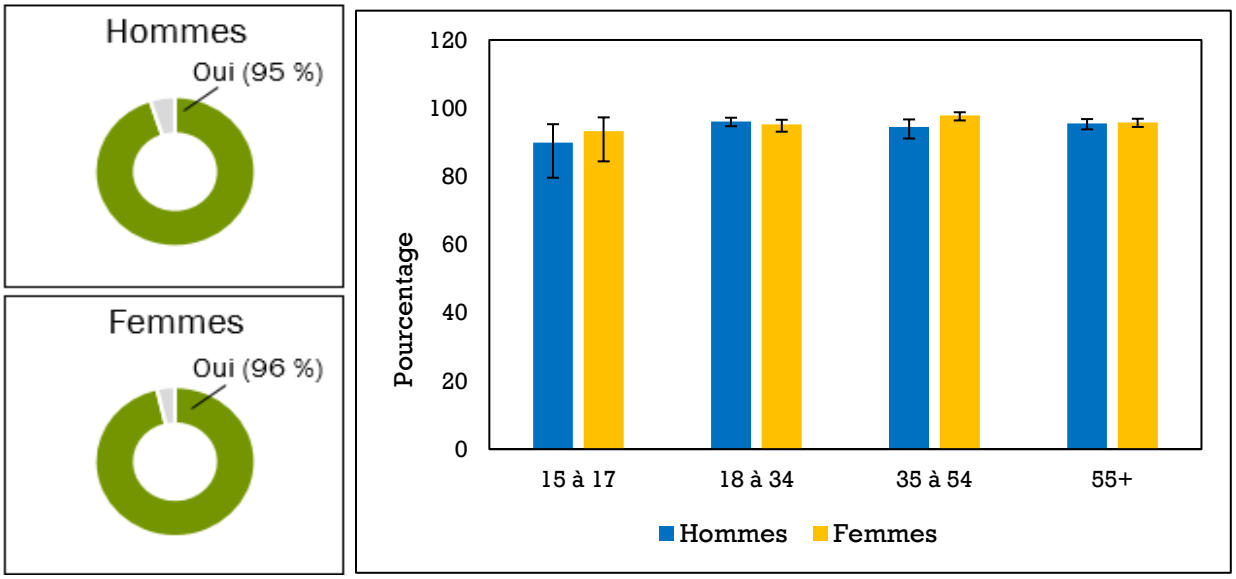
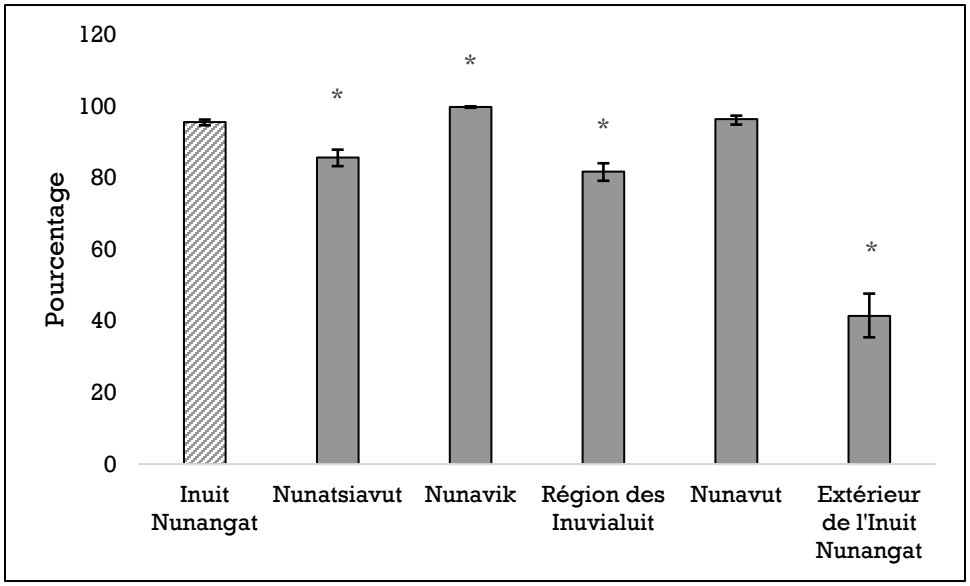


Figure 36. Connaissance d'une langue inuite, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Équité sociale

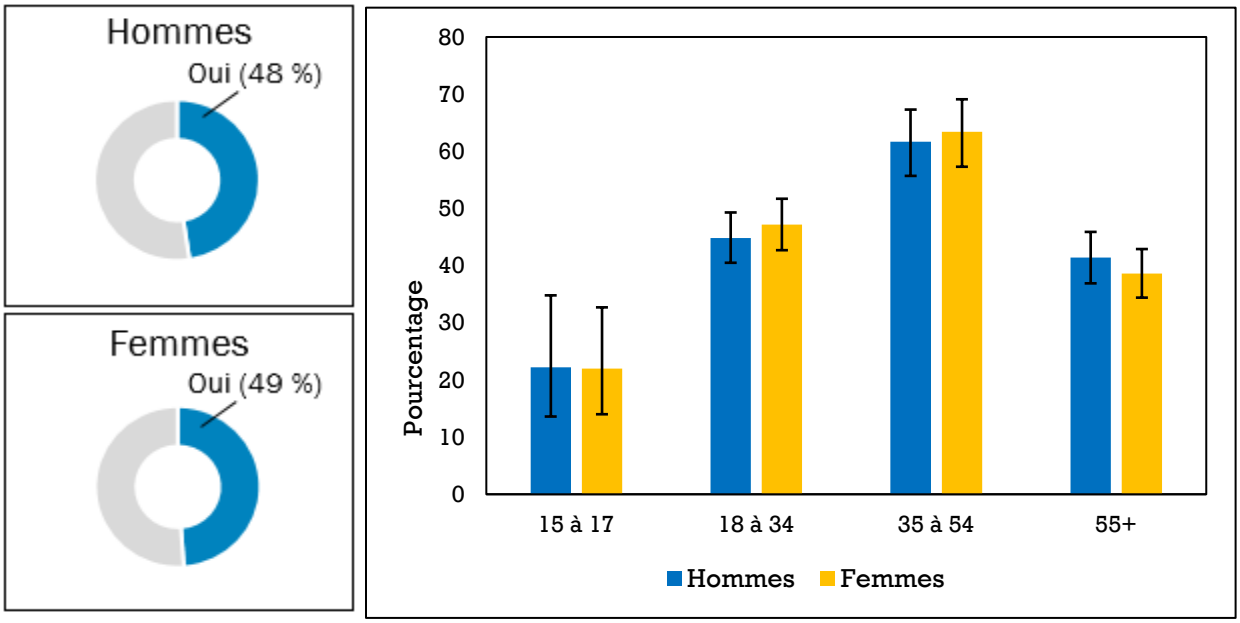
La SNPSI donne comme exemple d'équité sociale les ressources économiques, éducatives, en santé et autres suffisantes pour soutenir et favoriser la résilience. Les principaux résultats des EAPA de 2012 et de 2017 en la matière sont les suivants :

- En 2017, 48 % de la population de l'Inuit Nunangat (15 ans et plus) a rapporté avoir travaillé à un emploi ou à une entreprise dans la dernière semaine, une proportion pratiquement identique à celle de 2012.
- En 2017, le tiers de la population (18 ans et plus) de l'Inuit Nunangat avait obtenu un diplôme d'études secondaires ou son équivalent – 31 % des hommes et 38 % des femmes. Les personnes de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans étaient plus susceptibles d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires que celles de 55 ans et plus (32,5 %, 25 % et 11 %, respectivement).
- En 2017, 77 % des jeunes de 15 à 17 ans fréquentaient l'école secondaire.

1 Situation d'emploi actuelle

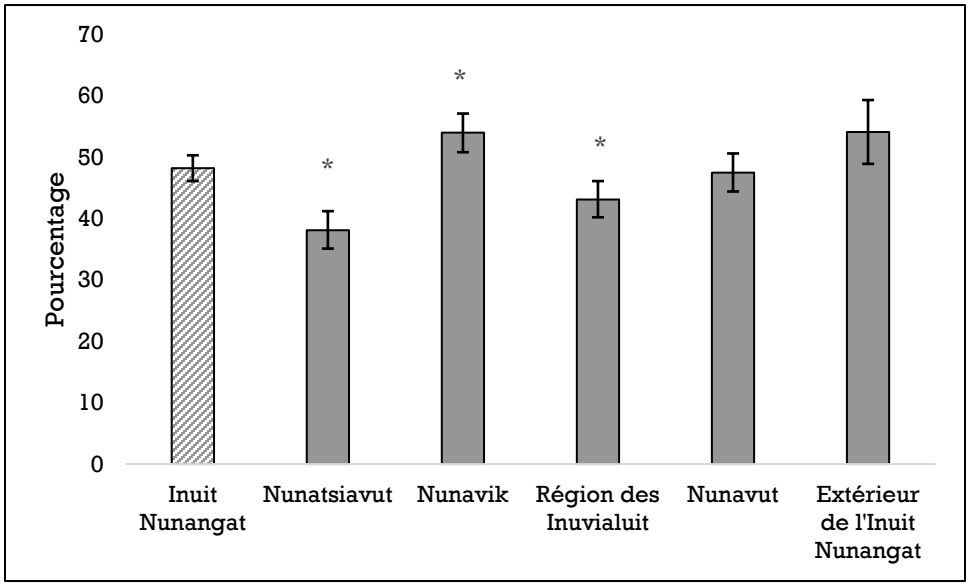
Les moyens de subsistance sont un important déterminant social de la santé chez les Inuits, et le fait de ne pas avoir d'emploi adéquat est difficile dans les communautés inuites (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). En 2017, 48 % de la population (15 ans et plus) de l'Inuit Nunangat a indiqué avoir travaillé à un emploi ou à une entreprise dans la dernière semaine (appelé « situation d'emploi actuelle », peu importe le nombre d'heures) – 22 % des 15 à 17 ans, 46 % des 18 à 34 ans, 63 % des 35 à 54 ans et 40 % des 55 ans et plus. Une proportion à peu près égale d'hommes et de femmes globalement et dans chaque groupe d'âge avait travaillé dans la dernière semaine (figure 37). Une comparaison des éditions 2012 et 2017 de l'EAPA ne montre aucun changement significatif dans la proportion de la population de l'Inuit Nunangat avec une situation d'emploi actuelle (44 % en 2012 à 48 % en 2017).

Figure 37. Situation d'emploi actuelle, par sexe et groupe d'âge



Une proportion considérablement plus faible de la population a indiqué avoir une situation d'emploi actuelle dans la région désignée des Inuvialuit (43 %) et le Nunatsiavut (38 %); cette proportion était beaucoup plus élevée au Nunavik (54 %) (figure 38). Le seul changement régional significatif entre 2012 et 2017 était une hausse de 22 % de la proportion des 18 à 34 ans du Nunavik qui ont rapporté une situation d'emploi actuelle (de 46 % en 2012 à 56 % en 2017).

Figure 38. Situation d'emploi actuelle, par région

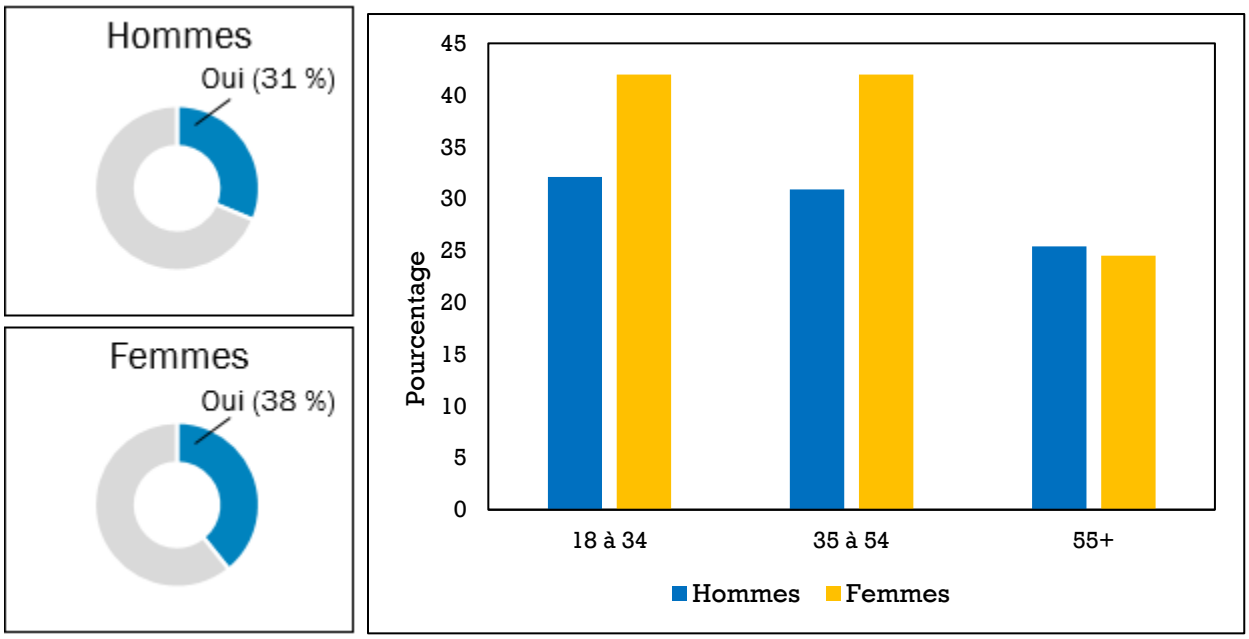


Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

2 Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou son équivalent

Le niveau de scolarité est un important déterminant social de la santé qui a des effets positifs sur la santé des Inuits (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). Dans l'ensemble, 32 % de la population inuite (18 ans et plus) de l'Inuit Nunangat avait obtenu un diplôme d'études secondaires ou son équivalent, soit 31 % des hommes et 38 % des femmes (Figure 39). Les personnes de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires que celles de 55 ans et plus (32,5 %, 25 % et 11 %, respectivement). Les estimations de 2012 sur l'obtention d'un diplôme d'études secondaires n'ont pas été rapportées; il n'est donc pas possible de comparer les résultats de 2012 et de 2017.

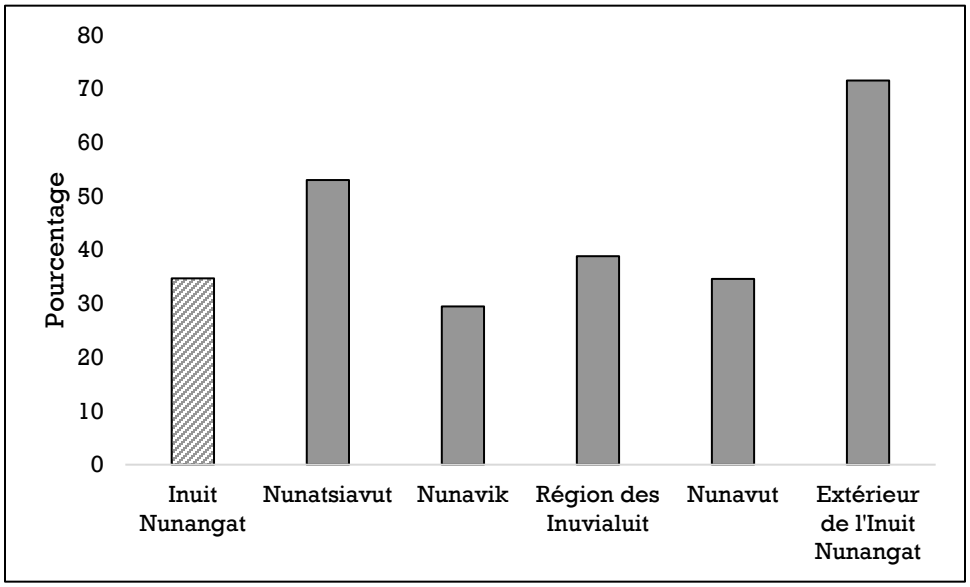
Figure 39. Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou son équivalent, par sexe et groupe d'âge



Note : Les estimations sont pour les réponses combinées « oui, un diplôme d'études secondaires » et « oui, un programme d'équivalence d'études secondaires tels que la BGTA ou la FBA ». Les intervalles de confiance ont été calculés pour chaque réponse individuelle et non pour les estimations combinées.

L'accès à l'éducation étant limité dans les communautés inuites du nord (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014), il n'est pas étonnant qu'en 2017, la proportion de la population inuite (18 ans et plus) dans l'Inuit Nunangat ayant obtenu un diplôme d'études secondaires (24 %) ait été considérablement plus faible que chez les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (56 %; Figure 40). Dans l'Inuit Nunangat, c'est au Nunatsiavut que la prévalence du diplôme d'études secondaires était la plus élevée (53 %), et au Nunavik qu'elle était la plus faible (29 %) (figure 40).

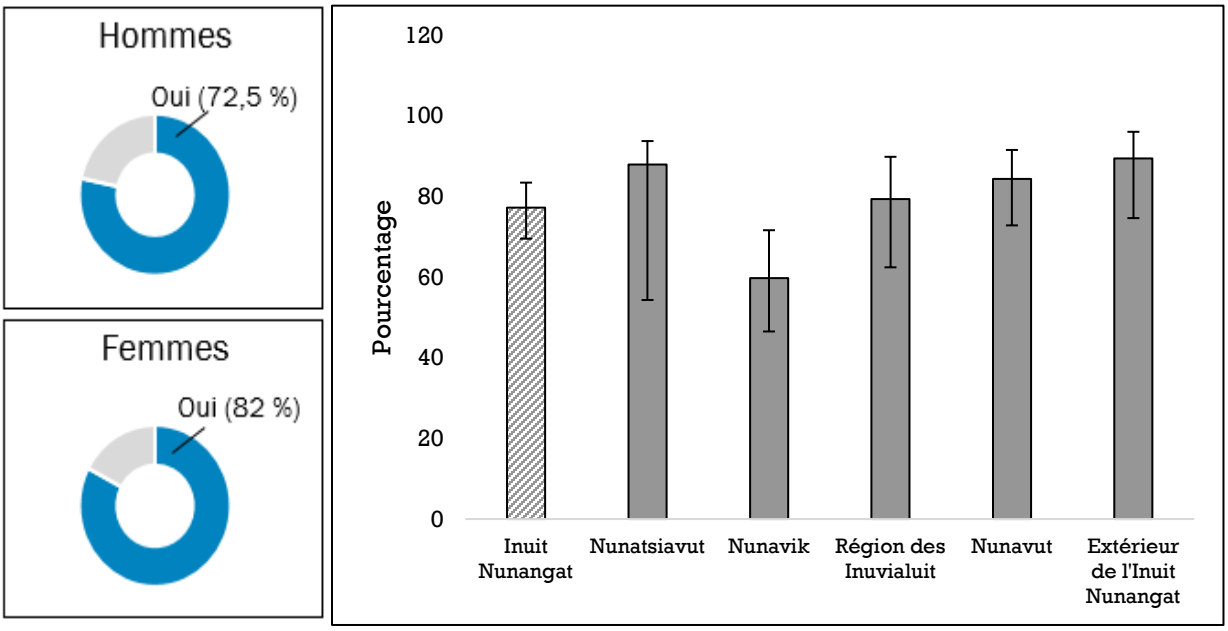
Figure 40. Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou son équivalent, par région



Note : Les estimations sont pour les réponses combinées « oui, un diplôme d'études secondaires » et « oui, un programme d'équivalence d'études secondaires tels que la BGTA ou la FBA ». Les intervalles de confiance ont été calculés pour chaque réponse individuelle et non pour les estimations combinées.

Les statistiques ci-dessus montrent les informations pour les Inuits de 18 ans et plus. En général, la plupart des gens obtiennent leur diplôme d'études secondaires à 18 ans. En 2017, 77 % des jeunes de 15 à 17 ans fréquentaient l'école secondaire – 72,5 % des hommes et 82 % des femmes (Figure 41). Il n'y avait aucune différence significative dans la fréquentation des écoles secondaires entre les régions de l'Inuit Nunangat ni en comparaison avec les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (figure 41).

Figure 41. Fréquente actuellement une école secondaire ou un programme d'équivalence, par sexe et région



Note : Les estimations sont pour les personnes qui fréquentaient l'école secondaire au moment de l'enquête, puisque les données sur la fréquentation d'un programme d'équivalence ont été supprimées en raison de la faible fiabilité des données.

Solidité de la famille

La SNPSI donne comme exemple de solidité de la famille les foyers sains, affectueux et sources de soutien. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Développement sain

La SNPSI liste l'offre d'un environnement sain favorisant le développement social et émotionnel aux enfants comme un exemple de développement sain. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Bien-être mental

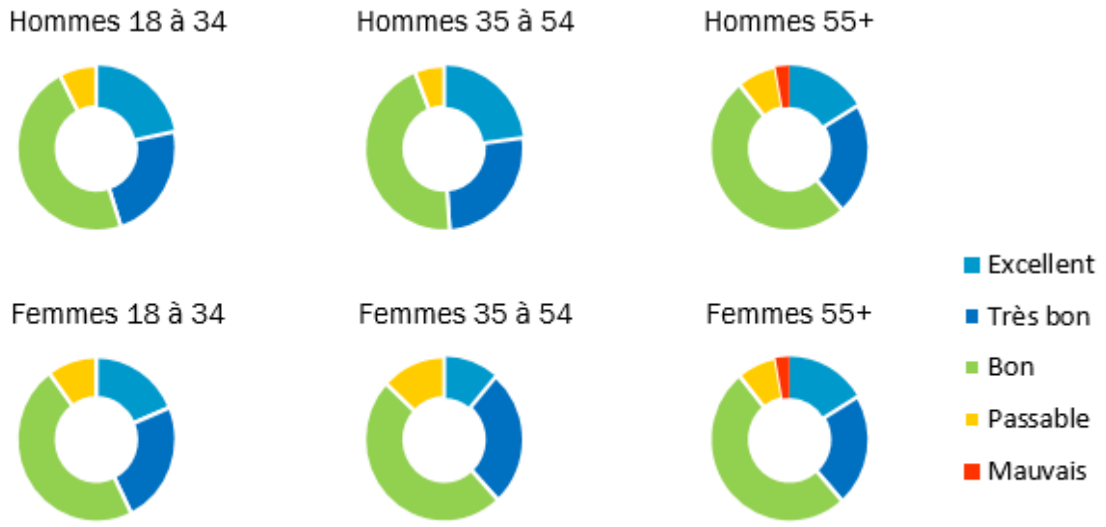
La SNPSI donne comme exemple de bien-être mental l'accès à des services de santé mentale destinés aux Inuits. Les principaux résultats sur le bien-être mental des EAPA de 2012 et de 2017 sont les suivants :

- En 2017, la majeure partie de la population de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a rapporté que sa santé mentale était bonne (47 %) ou très bonne (25 %). En tout, 1,7 % ont indiqué avoir une mauvaise santé mentale, et près de 9 %, avoir une santé mentale passable. La prévalence de la santé mentale générale positive a augmenté entre 2012 et 2017.
- En 2017, 22 % de la population de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a indiqué avoir consulté quelqu'un en raison de sa santé mentale ou de sa consommation de drogue ou d'alcool (professionnel de la santé, ami ou membre de la famille). Les femmes étaient plus susceptibles de l'avoir fait (27 %) que les hommes (17 %).

1 État de santé mentale général

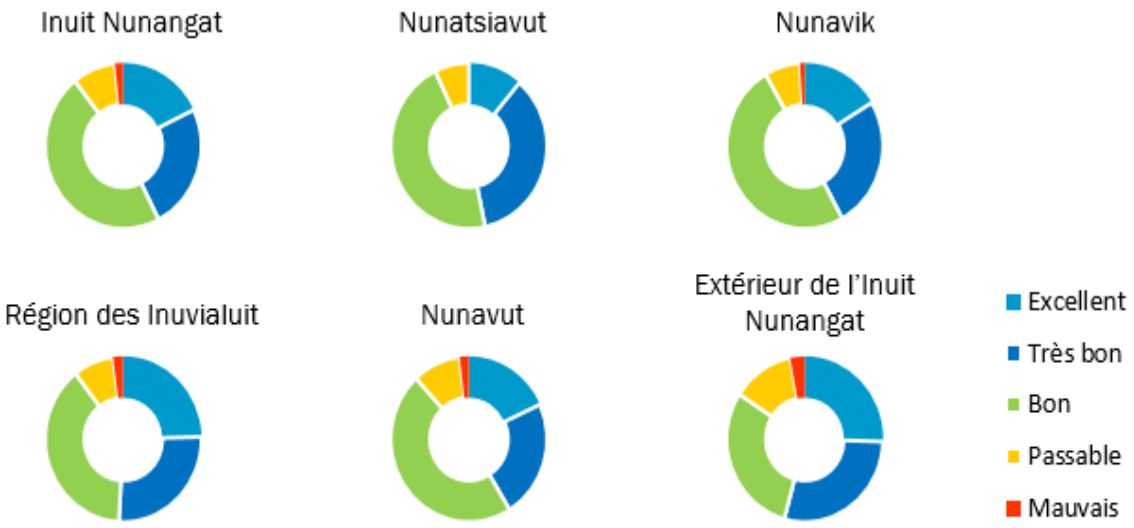
La plupart des personnes de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) ont indiqué que leur santé mentale était bonne (47 %) ou très bonne (25 %). Seulement 1,7 % ont rapporté une mauvaise santé mentale, et environ 9 %, une santé mentale passable. Dans l'ensemble, les hommes étaient plus susceptibles de rapporter une excellente santé mentale, et les femmes, une santé mentale passable (Figure 42). Entre 2012 et 2017, il y a eu une augmentation de 8 % de la prévalence de la santé mentale positive (« bonne », « très bonne » ou « excellente ») dans les trois groupes d'âge et chez les hommes comme chez les femmes, soit une augmentation de 11 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes. Pour ce qui est de la prévalence de la santé mentale mauvaise ou passable, il n'y avait pas de différence entre les régions de l'Inuit Nunangat et l'ensemble du territoire (figure 43).

Figure 42. État de santé mentale général déclaré, par sexe et groupe d'âge



Note : Les estimations pour un mauvais état de santé mentale général chez les 18 à 34 ans et les 35 à 54 ans ont été supprimées pour des raisons de fiabilité. Les estimations pour la réponse « Mauvais » chez les 55 ans et plus présentent une forte variabilité d'échantillonnage et devraient être interprétées avec prudence.

Figure 43. État de santé mentale général déclaré, par région



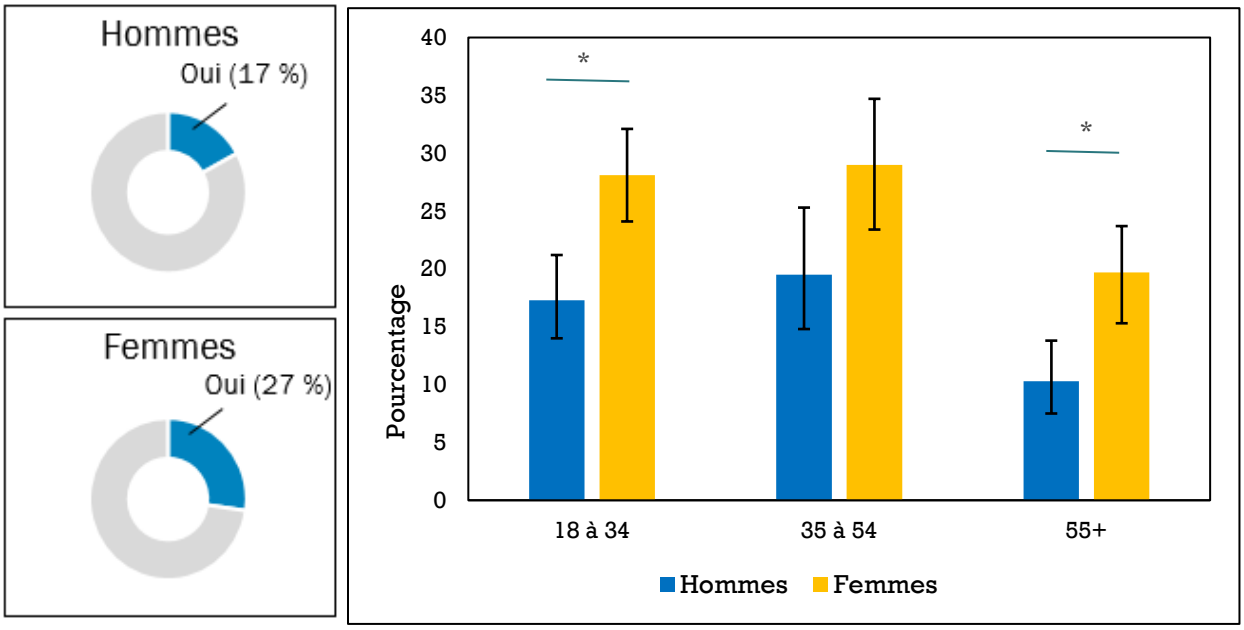
Note : Les estimations pour un mauvais état de santé mentale général dans toutes les régions présentent une forte variabilité d'échantillonnage et devraient être interprétées avec prudence. Les estimations pour un mauvais état de santé mentale général au Nunatsiavut ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

2 Aide en santé mentale dans la dernière année

L'indicateur d'aide en santé mentale de l'EAPA de 2017 cherche à déterminer si les répondants ont consulté quelqu'un par rapport à leur santé mentale ou à leur consommation d'alcool ou de drogue dans la dernière année[8]. En 2017, 22 % de la population de l'Inuit Nunangat (18 ans et plus) a indiqué l'avoir fait, dont une proportion beaucoup plus élevée de femmes (27 %) que d'hommes (17 %; Figure 44). Les personnes de 55 ans et plus étaient significativement moins susceptibles (15 %) d'avoir consulté quelqu'un que les autres groupes d'âge (Figure 44). Comme il n'y avait aucune question à ce sujet dans l'enquête de 2012, il est impossible de comparer les deux ensembles de données. Du côté des différences régionales, la population du Nunatsiavut était considérablement moins susceptible d'avoir consulté (13,5 %), et celle de la région désignée des Inuvialuit, considérablement plus susceptible de l'avoir fait (28 %) (figure 45).

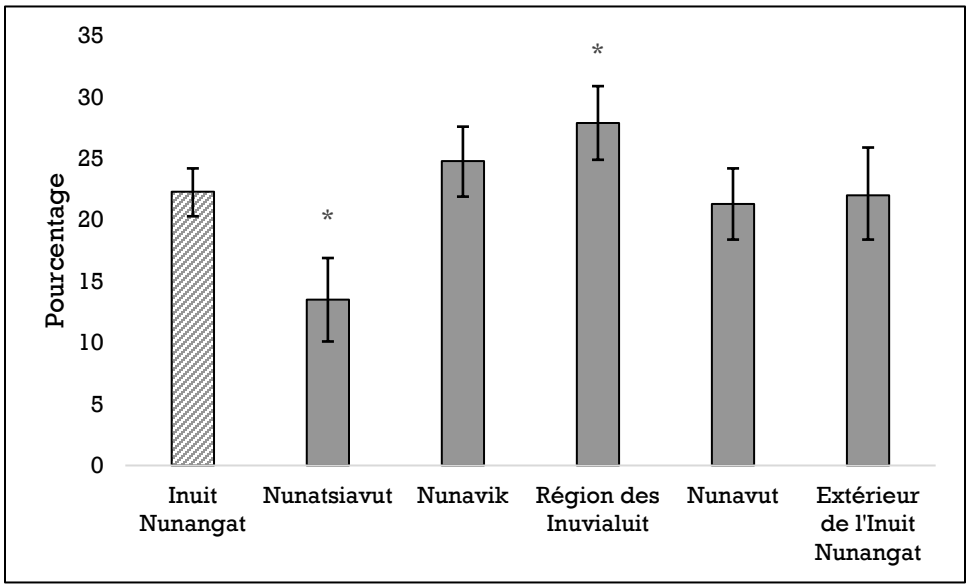
8 Parmi les personnes consultées, mentionnons des psychiatres, des médecins de famille, des omnipraticiens, des psychologues, des infirmières, des travailleurs sociaux, des conseillers, des agents de traitement des cas, des psychothérapeutes, des membres de la famille, des amis, des collègues, des superviseurs, des patrons, des enseignants, des directeurs d'école et des aînés autochtones (annexe A).

Figure 44. A consulté quelqu'un par rapport à sa santé mentale, par sexe et groupe d'âge



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Figure 45. A consulté quelqu'un par rapport à sa santé mentale, par région



Note : « * » indique une différence significative avec l'Inuit Nunangat au seuil p<0,05.

Gestion du stress aigu

La SNPSI donne comme exemples de gestion du stress aigu la capacité de réguler et de gérer sa détresse et l'accès à des mesures et ressources de soutien social. Aucun indicateur de l'EAPA de 2017 ne correspond à ce facteur de risque.

Analyse

Sommaire

L'obtention de statistiques détaillées sur le suicide et le bien-être mental chez les Inuits résidant dans les régions de l'Inuit Nunangat est une priorité de la SNPSI (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Le présent rapport résume les données sur les facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits. Il fournit les statistiques les plus récentes auxquelles nous avions accès sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide dans l'Inuit Nunangat, sur l'état de santé mentale et les habitudes d'usage de substances ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé, notamment les traumatismes historiques, l'insécurité économique et alimentaire et l'accès aux soins de santé.

Lorsque possible, ces statistiques ont été ventilées par région de l'Inuit Nunangat. Nombre des données accessibles au public sur la santé mentale et le bien-être des Inuits ne sont pas ventilées par région, et les statistiques inuites sont souvent combinées à celles d'autres groupes autochtones. Les données régionales serviront à orienter les activités de prévention du suicide, qui sont souvent adaptées aux régions et mises en œuvre à l'échelle locale. Les profils statistiques des régions de l'Inuit Nunangat montrent d'importantes différences démographiques, dans les déterminants sociaux de la santé et dans les comportements de santé (Arriagada, 2016; Smith et Li, 2016a; Smith et Li, 2016b; Smith et Li, 2016c) qui pourraient avoir un effet sur la prévalence des facteurs de risque et de protection du suicide. L'accès à l'alcool et à d'autres substances ainsi que leur disponibilité varient aussi d'une région à l'autre, ce qui a des répercussions sur la prévalence des méfaits liés à la consommation d'alcool et d'autres substances.

Les estimations de la prévalence de 2012 et de 2017 ont été comparées lorsque possible. Pour orienter les activités recommandées dans la SNPSI, les données sur les facteurs de risque et de protection du suicide doivent être recueillies en continu. Ces efforts permettront de surveiller l'évolution dans le temps de l'état de santé, l'influence des activités de prévention du suicide et les changements aux déterminants sociaux de la santé. Enfin, les statistiques présentées ici sont aussi ventilées par sexe et par groupe d'âge parce que ces variables modifient l'exposition aux facteurs de risque et de protection, la force de la relation entre ces facteurs et le suicide, et la manière dont ces facteurs sont vécus (Fondation autochtone de guérison, 2007; Dube et coll., 2001; Fraser et coll., 2015; Kirmayer, Boothroyd et Hodgins, 1998; Kumar et Tjepkema, 2019). Ces données détaillées permettront d'orienter le programme de recherche de l'ITK, par une compréhension de la santé mentale et du bien-être des Inuits et par le repérage des éléments à prendre en compte dans les prochaines collectes de données.

Limites

Les enquêtes utilisées dans le présent rapport ont une portée limitée – elles ne donnent pas de statistiques sur tous les grands facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits nommés dans la SNPSI. Cependant, l'ESI et l'EAPA sont présentement les deux seules enquêtes donnant des données sur tous les Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat. En outre, aucune des enquêtes utilisées pour le présent rapport n'a recueilli de statistiques sur les adolescents de moins de 15 ans – elles visent principalement les personnes de 18 ans et plus. Les statistiques sur la santé mentale et le bien-être des adolescents sont importantes parce que c'est dans ce groupe que les taux de suicide sont les plus élevés, et il s'agit d'une population qui est particulièrement vulnérable à bon nombre de facteurs de risque.

Les facteurs de protection ne sont par ailleurs pas représentés de manière équilibrée dans les questionnaires (ESI de 2007-2008 et EAPA de 2012 et de 2017), qui tendent à mettre davantage de l'avant les questions sur les facteurs de risque de suicide, comme ceux sur la détresse mentale et communautaire. Ces indicateurs sont bien sûr importants, mais les questionnaires utilisés à l'avenir devraient intégrer davantage de facteurs de protection du suicide chez les Inuits. La recherche et les données sur les facteurs de protection demeurent rares, et il s'agit d'une importante lacune à combler (Beaudoin et coll., 2019). Le CCDUS reconnaît l'importance d'une approche de recherche et de collecte de données fondée sur les forces dans les populations inuites pour limiter le potentiel de stigmatisation et orienter l'élaboration de programmes fondés sur la résilience individuelle et communautaire.

Comme dans toute enquête, les données sur la prévalence des facteurs de risque et de protection sont sujettes à l'interprétation des questions. Chaque personne a sa propre définition des idées suicidaires et des troubles de santé mentale. Il peut aussi être difficile d'obtenir des estimations justes pour certains indicateurs sensibles liés au suicide, à la santé mentale et à l'usage de substances, ce qui pourrait provoquer une sous-déclaration ou une surdéclaration. Les différences méthodologiques et de gouvernance entre les enquêtes peuvent aussi avoir un effet sur les données recueillies. Par exemple, les estimations de la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans l'Inuit Nunangat dans l'EAPA de 2012 étaient de deux à trois fois supérieures aux estimations provenant de l'ESI de 2007-2008 (annexe B, tableau 1). On ignore si ces différences indiquent un changement dans le temps, un changement dans la composition démographique entre les enquêtes ou des différences dans la manière dont les enquêtes ont été réalisées.

L'EAPA vise à recueillir une large gamme de données sur les conditions sociales, économiques et de santé chez les Inuits et dans d'autres populations autochtones; le nombre de sujets qui peuvent être complètement ou adéquatement abordés est donc limité. Par exemple, l'EAPA ne vise pas à recueillir des données sur la consommation de substances précises, sur les comportements liés à l'usage de substances et sur les méfaits qui y sont directement associés. L'amélioration des indicateurs de santé mentale et d'usage de substances peut faire en sorte que les interventions, les traitements et les politiques élaborés et mis en œuvre soient efficaces dans différentes populations et dans différentes régions. L'EAPA n'a pas été conçue par des Inuits ni pour des Inuits; elle pourrait donc ne pas comprendre les facteurs de risque et de protection du suicide les plus pertinents pour cette population. De plus, la validité des données autodéclarées dans l'EAPA de 2017 pourrait être remise en question en raison du caractère délicat de la consommation de substances illégales chez les Inuits et de la stigmatisation qui l'entoure. Les peuples autochtones au Canada, comprenant les Inuits, les Métis et les Premières Nations, sont plus susceptibles de vivre de la stigmatisation et de la discrimination en lien avec l'usage de substances (Urbanoski, 2017; Winters et Harris, 2020) et pourraient être moins susceptibles de déclarer leur usage de substances dans les enquêtes.

Une dernière limite à souligner est que l'accès direct aux données primaires de l'EAPA était impossible au moment de la rédaction du présent rapport. Les analyses de l'ensemble de données ont été largement limitées aux estimations de la prévalence en raison de problèmes logistiques et temporels liés à l'obtention des données indirectement par l'intermédiaire de Statistique Canada. De prochains rapports pourraient inclure davantage d'analyses statistiques pour déterminer la force de la relation entre chaque facteur de risque et de protection et le suicide. Des exemples de telles analyses sont présentés dans Kumar et Nahwegahbow (2016), qui ont utilisé les données de l'EAPA de 2012.

Pleins feux sur l'usage de substances et le suicide

L'EAPA de 2017 est la source de données la plus complète et la plus récente sur la prévalence et la fréquence de l'usage de substances dans l'Inuit Nunangat. Pour ce qui est de la consommation d'alcool, les statistiques du présent rapport indiquent qu'en 2017, près du tiers des Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat ont rapporté une forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par mois (près de la moitié des personnes qui boivent) et près de 10 %, une forte consommation épisodique d'alcool au moins une fois par semaine. La prévalence de la forte consommation épisodique d'alcool a augmenté de 2012 à 2017, surtout chez les femmes.

Les données de l'EAPA de 2017 indiquent que la prévalence de l'usage de substances illicites (excluant le cannabis) dans la dernière année était faible dans l'Inuit Nunangat (1 % ou moins), bien que la prévalence de l'usage de substances illicites (excluant le cannabis) au cours de la vie variait de 5 % à 20 % selon le sexe et la région de l'Inuit Nunangat en 2012 (annexe B, tableau 10). Par ailleurs, les méfaits liés à d'autres substances sont importants. Au Nunavut, où les Inuits forment 85 % de la population (Statistique Canada, 2017), on estime que 541 décès sur 100 000 et 160 hospitalisations sur 100 000 sont attribuables à l'usage de substances illicites et d'autres substances non précisées dans l'EAPA (opioïdes, autres dépresseurs, cocaïne, autres stimulants et autres substances psychoactives y compris les hallucinogènes et les substances inhalées) en 2017 (Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020).

La SNPSI note que le « mésusage » de substances contribue au risque de suicide. Le concept de « mésusage » peut être difficile à définir, mais le lien entre l'usage de substances et le suicide est généralement beaucoup plus fort lorsque la consommation est fréquente ou qu'il y a dépendance (Connor et coll., 2019; Esang et Ahmed, 2018; Poorolajal et coll., 2016). Les voies par lesquelles l'usage de substances peut faire augmenter le risque de suicide sont complexes et peuvent être directes ou indirectes (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016). Un exemple de voie indirecte serait l'augmentation du risque de dépression et d'autres troubles de santé mentale, qui peuvent mener à des idées suicidaires. Une voie plus directe serait le lien entre l'intoxication aiguë et l'altération du jugement et de la prise de décisions, la réduction de l'inhibition, l'augmentation de l'impulsivité et les changements d'humeur pouvant provoquer des idées suicidaires et mener à une tentative de suicide. Par exemple, en 2007-2008, de 34 % à 64 % des Inuits (18 ans et plus) qui avaient fait une tentative de suicide ont rapporté avoir bu de l'alcool juste avant la tentative (annexe C, tableau 4). Enfin, d'autres facteurs de risque, comme les expériences stressantes ou traumatiques, font augmenter de manière indépendante le risque de consommation de substances et le risque de suicide. Seule une poignée de publications ont caractérisé la relation entre l'usage de substances et le suicide spécifiquement dans les populations inuites du Canada (Chachamovich et coll., 2015; Fortin et coll., 2015).

Tout usage de substances n'est pas forcément associé à des troubles de santé mentale, et tout usage de substances ne s'accompagne pas toujours de méfaits (trouble lié à l'usage de substances, troubles de santé mentale, problèmes familiaux, violence, automutilation, blessures ou mort). C'est pourquoi il est essentiel de recueillir des données sur les méfaits associés à l'usage de substances en plus de données sur la prévalence et la fréquence de l'usage de substances. Par exemple, si on connaît le nombre et les caractéristiques (substance consommée) des personnes à la recherche d'un traitement, on peut prendre des décisions éclairées sur la mise en œuvre de services locaux (Konefal, Maloney-Hall, Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2021). De nombreux facteurs de risque qui influencent l'usage de substances chez les Inuits leur sont spécifiques, notamment les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé et les effets intergénérationnels des pensionnats pour Autochtones et d'autres traumatismes historiques

(McKenzie, Dell et Fornssler, 2016; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2010; Reading et Wein, 2009).

Plusieurs initiatives dans le cadre de la SNPSI ciblent l'usage de substances, notamment par l'augmentation des renseignements sur l'alcool disponibles dans les communautés, et par l'investissement dans les traitements et services communautaires (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). Parmi les pratiques prometteuses de réduction des méfaits liés à l'usage de substances chez les Inuits, mentionnons les programmes d'éducation sociale et émotionnelle, les programmes enseignant aux enfants et aux adolescents à gérer leurs émotions, leurs relations et les conflits, et les programmes axés sur le bien-être qui donnent des ressources complètes et culturellement adaptées, notamment la participation à des activités traditionnelles sur le territoire (Inuit Tapiriit Kanatami, 2019b). L'amélioration de la collecte de données sur l'usage de substances et les méfaits connexes dans l'Inuit Nunangat peut mieux orienter les services et les ressources ainsi que les interventions de santé à l'échelle communautaire et populationnelle.

Pleins feux sur l'usage de cannabis, la santé mentale et le suicide

En raison de la légalisation du cannabis et des données selon lesquelles la consommation de cannabis, notamment la consommation fréquente, est courante chez les Inuits, les organisations et les communautés inuites s'intéressent depuis peu aux effets de la consommation de cannabis sur la santé mentale et le bien-être des Inuits (Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Inuit Tapiriit Kanatami, 2019; Wolfson et coll., 2020). La consommation régulière de cannabis (au moins une fois par semaine pendant des mois ou des années) est un facteur de risque du suicide (Borges, Bagge et Orozco, 2016; Gobbi et coll., 2019; Shalit et coll., 2016), mais il n'existe aucune donnée récente sur la consommation de cannabis et le risque de suicide chez les Inuits au Canada. La dépendance au cannabis dans les six derniers mois a été liée au suicide chez les Inuits du Nunavut dans une étude réalisée entre 2003 et 2006 (Chachamovich et coll., 2015). Une autre étude fondée sur l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 indique que toute consommation de cannabis dans la dernière année était associée à un risque accru de tentative de suicide (Fortin et coll., 2015). Dans l'EAPA de 2017, 40 % des Inuits de l'Inuit Nunangat ont rapporté avoir consommé du cannabis dans la dernière année (consommation à des fins non médicales seulement), et 20 %, en consommer tous les jours ou presque. La prévalence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne variait grandement d'une région à l'autre. Comme dans des rapports précédents (Wolfson et coll., 2020), selon les données de l'EAPA, la consommation de cannabis était plus courante chez les hommes et chez les jeunes. Les analyses statistiques montrent que la consommation quotidienne de cannabis était associée à un risque accru de comportements suicidaires dans la dernière année (idées suicidaires et tentatives de suicide) et de troubles de l'humeur autodéclarés chez les Inuits de 15 ans et plus. Toutefois, la consommation occasionnelle de cannabis était seulement associée à un risque accru de troubles de l'humeur autodéclarés. Le présent rapport est le premier à établir un lien entre la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis et les comportements suicidaires chez les Inuits au Canada.

Un forum inuit sur le cannabis et la santé mentale tenu en octobre 2019 a ciblé l'absence de liens dans les ensembles de données entre le cannabis, la santé mentale et le suicide dans les populations inuites comme une lacune importante dans la recherche et les données (Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Inuit Tapiriit Kanatami, 2019). De futures analyses pourraient s'intéresser à la relation entre la

consommation de cannabis (quotidienne ou quasi quotidienne) et les résultats sur la santé mentale par sexe, genre, groupe d'âge et région. Une attention particulière aux autres éléments confondants potentiels, outre les caractéristiques démographiques, l'usage de substances et l'état de santé mentale, donnerait un nouvel éclairage à la relation entre la consommation de cannabis et les issues de santé mentale, y compris le suicide. Comme indiqué plus tôt, il est important d'évaluer les différences entre les régions, surtout parce que ce sont les communautés régionales qui mettent en œuvre les programmes et qui adoptent les pratiques visant à réduire les méfaits liés à l'usage de substances et les autres facteurs de risque du suicide.

Orientations futures pour la recherche, la collecte de données et la production de rapports

Malgré que la population inuite soit l'une des plus étudiées au Canada, il y a toujours un manque de données sur les Inuits utilisables par les dirigeants de cette population. L'ITK, avec d'autres organisations nationales et autorités autochtones, a demandé un meilleur suivi des données sur la santé mentale pour orienter la planification des programmes et les interventions et pour suivre les progrès dans le temps (gouvernement du Nunavut, 2016; Inuit Tapiriit Kanatami, 2016; Commission de la santé mentale du Canada, 2014). Des données justes, adéquates et accessibles sur la santé mentale et le bien-être des Inuits sont essentielles à la compréhension de leur statut et des différences qui existent, et à l'orientation des activités de prévention du suicide. Le présent rapport souligne la nécessité d'un cadre amélioré de collecte de données sur la santé mentale et le bien-être chez les Inuits qui soit dirigé et déterminé par les Inuits.

Le rapport souligne aussi l'importance d'une enquête sur la santé des Inuits gouvernée et dirigée par des Inuits afin que les données reflètent bien la santé et le bien-être des Inuits. Le National Inuit Health Survey (enquête nationale sur la santé des Inuits), à venir, dirigée par l'ITK en partenariat avec des organisations inuites régionales, permettra de remédier à certaines lacunes du présent résumé statistique, notamment la portée limitée des indicateurs pertinents liés aux facteurs de risque et de protection du suicide chez les Inuits. La collecte de données commencera en 2021 et sera déterminée par les Inuits, fondée sur les forces et axée sur la santé et l'équité sociale des Inuits. On prévoit que les données recueillies représenteront de manière plus juste la santé et le bien-être de cette population, et qu'elles pourront aussi être utilisées pour évaluer l'effet des activités de prévention du suicide.

Il sera toutefois utile d'intégrer les indicateurs relevés dans les populations inuites aux ensembles de données d'autres populations, et de travailler à accroître la qualité, l'exhaustivité et l'actualité des données de ces ensembles. Il faudra s'assurer que les collectes de données et les plateformes de déclaration fonctionnent en consultation avec des partenaires inuits et que les données sont accessibles à ces derniers ainsi qu'aux détenteurs des droits inuits. Ces efforts s'inscrivent dans les priorités de la Commission de vérité et réconciliation, qui souligne la nécessité de recueillir des données sur la santé de la population chez les Inuits, les Premières Nations et les Métis. Le CCDUS continuera d'appuyer la SNPSI de l'ITK ainsi que la collecte de données et les processus de production de rapports en lien avec l'usage de substances et la santé mentale.

En plus de la collecte de données et de la production de rapports, l'ITK continue de diriger des initiatives d'amélioration de la santé et du bien-être des Inuits au Canada, trouvant des solutions à une large gamme de problèmes. Ces initiatives comprennent le Comité national inuit sur la santé, la Stratégie de logement pour l'Inuit Nunangat et le Comité national sur la scolarisation des Inuits. Elles viennent appuyer de nombreux domaines prioritaires de la SNPSI et aideront à réduire la prévalence et les effets des facteurs de risque tout en augmentant la prévalence et les effets des facteurs de

protection. Ces initiatives permettront aussi de réduire la susceptibilité disproportionnée des communautés inuites aux risques liés à la pandémie de COVID-19 (Inuit Tapiriit Kanatami, 2020). L'amélioration des déterminants sociaux de la santé – logement, éducation et accès à des soins de santé culturellement appropriés – est cruciale au bien-être mental et à la prévention du suicide.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.

Arriagada, P. *Les Inuits : feuillet d'information du Nunavut*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016.

Beaudoin, V., M. Séguin, N. Chawky, W. Affleck, E. Chachamovich et G. Turecki. « Protective factors in the Inuit population of Nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, nº 1, 2018, p. 144.

Borges, G., C.L. Bagge et R. Orozco. « A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality », *Journal of Affective Disorders*, vol. 195, 2016, p. 63–74.

Cameron, E. *État des connaissances en matière de santé publique des Inuits, 2011*, Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Consommation de substances et suicide chez les jeunes : stratégies de prévention et d'intervention,* Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La violence familiale: un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis,* Prince George (C.-B.), chez l'auteur, 2010.

Chachamovich, E., L.J. Kirmayer, J.M. Haggarty, M. Cargo, R. McCormick et G. Turecki. « Suicide among Inuit: Results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 60, nº 6, 2015, p. 268–275.

Commission de la santé mentale du Canada. *Portrait des données relatives à la santé mentale au Canada : contexte, besoins et lacunes*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Inuit Tapiriit Kanatami. *Forum inuit sur le cannabis et la santé mentale : rapport final*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2019.

Conner, K.R., J.A. Bridge, D.J. Davidson, C. Pilcher et D.A. Brent. « Meta-analysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths », *Suicide and Life-Threating Behavior,* vol. 49, nº 1, 2019, p. 278–292.

Decaluwe, B., M. Fortin, C. Moisan, G. Muckle et R.E. Belanger. « Drinking motives supporting binge drinking of Inuit adolescents », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 110, nº 4, 2019, p. 414–421.

Dube, S.R., R.F. Anda, V.J. Felitti, D.P. Chapman, D.F. Williamson et W.H. Giles. « Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study », *JAMA*, vol. 286, nº 24, 2001, p. 3089–3096.

Esang, M. et S. Ahmed. « A closer look at substance use and suicide », *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, vol. 13, nº 6, 2018, p. 6–8.

Fondation autochtone de guérison. *Suicide chez les Autochtones au Canada,* Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2007.

Fortin, M., R.E. Bélanger, O. Boucher et G. Muckle. « Temporal trends of alcohol and drug use among Inuit of Northern Quebec, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74, nº 1, 2015, 29146.

Fraser, S.L., D. Geoffroy, E. Chachamovich et L.J. Kirmayer. « Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: A gender-based analysis of risk and protective factors », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 45, nº 2, 2015, p. 141–156.

Gobbi, G., T. Atkin, T. Zytynski, S. Wang, S. Askari, J. Boruff, … et N. Dendukuri. « Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 76, nº 4, 2019, p. 426–434.

Gouvernement du Nunavut. *Résilience intérieure : un plan d'action pour la prévention du suicide au Nunavut 2016/2017*, Iqualuit (Nunavut), chez l'auteur, 2016. Consulté sur le site : https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/resiliency_within_fr_2.pdf.

Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Outil en ligne de visualisation sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, version 3.0.0*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.

Inuit Tapiriit Kanatami. *Social determinants of Inuit health in Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

Inuit Tapiriit Kanatami. *National Inuit Suicide Prevention Strategy*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.

Inuit Tapiriit Kanatami. *Inuit statistical profile 2018*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.

Inuit Tapiriit Kanatami. *Maps of Inuit Nunangat (Inuit regions of Canada)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019a. Consulté sur le site : https://www.itk.ca/maps-of-inuit-nunangat/

Inuit Tapiriit Kanatami. *Promising practices in suicide prevention across Inuit Nunangat: NISPS research and data collection project*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019b.

Inuit Tapiriit Kanatami. *The potential impacts of COVID-19 on Inuit Nunangat*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020.

Kirmayer, L.J., L.J. Boothroyd et S. Hodgins. « Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 43, nº 8, 1998, p. 816–822.

Konefal, S., R. Gabrys et A. Porath. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : usage régulier et santé mentale*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.

Konefal, S., B. Maloney-Hall, K. Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2016-2018*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021.

Kumar, M.B. *Pensées suicidaires au cours de la vie et au cours de la dernière année chez les adultes des Premières Nations, les Métis et les Inuits vivant hors réserve, âgés de 18 ans et plus, Canada, 2012*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016.

Kumar, M.B. et A. Nahwegahbow. *Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016.

Kumar, M.B. et M. Tjepkema. *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2019.

McKenzie, H.A., C.A. Dell et B. Fornssler. « Understanding addictions among indigenous people through social determinants of health frameworks and strength-based approaches: A review of the research literature from 2013 to 2016 », *Current Addiction Reports*, vol. 3, nº 4, 2016, p. 378–386.

Nunavut Liquor Act Review Task Force. *A new approach: Halting the harm*, Iqualuit (Nunavut), chez l'auteur, 2012.

NVision Insight Group. *Executive summary: Addictions and trauma treatment in Nunavut*, Iqaluit (Nunavut), gouvernement du Nunavut, 2018.

Organisation mondiale de la Santé. *Suicide*, Genève, chez l'auteur, 2019. Consulté sur le site : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Poorolajal, J., T. Haghtalab, M. Farhadi et N. Darvishi. « Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis », *Journal of Public Health*, vol. 38, nº 3, 2016, p. e282–e291.

Reading, C.L. et F. Wein. *Inégalité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones,* Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.

Saxena, S., E.G. Krug et O. Chestnov (éd.). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

Shalit, N., G. Shoval, D. Shlosberg, D. Feingold et S. Lev-Ran. « The association between cannabis use and suicidality among men and women: A population-based longitudinal study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 205, 2016, p. 216–24.

Smith, K. et S. Li. *Les Inuits : feuillet d'information de la région inuvialuite,* Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016a.

Smith, K. et S. Li. *Les Inuits : Feuillet d'information du Nunatsiavut*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016b.

Smith, K. et S. Li. *Les Inuits : Feuillet d'information du Nunavik*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016c.

Statistique Canada. *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016*, nº au catalogue de Statistique Canada 98-404-X2016001, Ottawa (Ontario), produits de données, recensement de 2016, 2017.

Urbanoski, K.A. « Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 189, nº 44, 2017, E1350–E1351.

Winters, E. et N. Harris. « The impact of indigenous identity and treatment seeking intention on the stigmatization of substance use », *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 18, 2019, p. 1403–1415 .

Wolfson, L., J. Stinson, R. Schmidt, N. Poole, N. Hemsing, A.C. Brabete et Centre of Excellence for Women's Health. *Cannabis prevalence and interventions in Inuit communities: A literature review*, Ottawa (Ont.), Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2020.

Annexe A : questions de l'Enquête auprès des peuples autochtones 2017

Voici les questions de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) 2017 et les choix de réponse proposés pour les indicateurs inclus dans le résumé statistique. D'autres informations, instructions et toutes les définitions opérationnelles utilisées pour l'EAPA de 2017 sont accessibles auprès de Statistique Canada.

SUICIDE (SU)

SU_Q05) Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

SU_Q10) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

SU_Q15) Avez-vous déjà sérieusement tenté de vous suicider?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

SU_Q20) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES (CC)

CC_Q80) Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

CC_Q85) Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble panique?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

QUESTIONS D'IDENTIFICATION DES INCAPACITÉS (DSQ)

DSQ_Q33) Avez-vous une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale? Celles-ci pourraient inclure l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, la toxicomanie, l'anorexie, etc.

- 1 : Non
- 2 : Parfois
- 3 : Souvent
- 4 : Toujours
- 8 : RF
- 9 : NSP

CONSOMMATION D'ALCOOL (ALC)

ALC_R05

Les prochaines questions portent sur la consommation de boissons alcoolisées. Lorsque je parle d'un « verre », j'entend par là :
- une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière en fût
- un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin « cooler »
- un verre ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux

ALC_Q05) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

ALC_Q10) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?

- 1 : Moins d'une fois par mois
- 2 : Une fois par mois
- 3 : 2 à 3 fois par mois
- 4 : Une fois par semaine
- 5 : 2 à 3 fois par semaine
- 6 : 4 à 6 fois par semaine
- 7 : Tous les jours

- 8 : RF
- 9 : NSP

ALC_Q15) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu [cinq/quatre] verres et plus d'alcool à une même occasion?

- 1 : Jamais
- 2 : Moins d'une fois par mois
- 3 : Une fois par mois
- 4 : 2 à 3 fois par mois
- 5 : Une fois par semaine
- 6 : Plus d'une fois par semaine
- 8 : RF
- 9 : NSP

USAGE DE DROGUES (DU)

DU_Q05) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis (marijuana, pot, herbe, haschich)? Veuillez exclure la consommation de cannabis exclusivement à des fins médicales.

- 1 : Pas du tout
- 2 : Moins d'une fois par mois
- 3 : Au moins une fois par mois
- 4 : Au moins une fois par semaine
- 5 : Chaque jour ou presque chaque jour
- 8 : RF
- 9 : NSP

DU_Q10) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des drogues illicites (comme de la cocaïne, du speed, des solvants ou des stéroïdes)?

- 1 : Pas du tout
- 2 : Moins d'une fois par mois
- 3 : Au moins une fois par mois
- 4 : Au moins une fois par semaine
- 5 : Chaque jour ou presque chaque jour
- 8 : RF
- 9 : NSP

DU_Q15) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des médicaments sous ordonnance à des fins récréatives?

- 1 : Pas du tout
- 2 : Moins d'une fois par mois
- 3 : Au moins une fois par mois
- 4 : Au moins une fois par semaine
- 5 : Chaque jour ou presque chaque jour

- 8 : RF
- 9 : NSP

PENSIONNAT (RS)

RS_Q05) Avez-vous déjà été un élève dans un pensionnat?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

RS_R10A
Les prochaines questions portent sur les pensionnats pour élèves autochtones. La dernière de ces écoles a fermé ses portes dans les années 1990.

RS_Q10A) L'un des membres suivants de votre famille a-t-il déjà été un élève dans un pensionnat?

[Vos] parents?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

RS_Q10B) L'un des membres suivants de votre famille a-t-il déjà été un élève dans un pensionnat?

L'un de vos grands-parents?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

SANTÉ GÉNÉRALE 2 (GH2)

GH2_Q30) Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où [vous avez] cru [que vous] aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

BESOINS DE BASE (BN)

BN_Q05) Dans l'ensemble, au cours des 12 derniers mois, le revenu de votre ménage était-il suffisant pour répondre aux besoins du ménage en matière de transport, de logement, d'alimentation, d'habillement et autres dépenses nécessaires? Était-il… ?

- 1 : Plus que suffisant
- 2 : Suffisant
- 3 : Pas suffisant
- 8 : RF
- 9 : NSP

LOGEMENT (HOU)

HOU_Q05) Comment évalueriez-vous votre niveau de satisfaction en ce qui concerne les conditions de votre logement? Diriez-vous que vous êtes… ?

- 1 : Très satisfait
- 2 : Satisfait
- 3 : Ni satisfait ni insatisfait
- 4 : Insatisfait
- 5 : Très insatisfait
- 8 : RF
- 9 : NSP

HOU_Q10) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes insatisfait avec les conditions de votre logement?

- 01 : Emplacement (trop loin du travail/de l'école/des magasins)
- 02 : Surpeuplé / Pas assez d'espace
- 03 : Préoccupations pour la sécurité
- 04 : Délabré / Nécessite beaucoup de réparations
- 05 : Coûts élevés
- 06 : Mauvaise isolation
- 07 : Présence de moisissure
- 08 : Présence de parasites indésirables tels que des souris, des punaises de lit ou des coquerelles
- 09 : Autre - Précisez
- 98 : RF
- 99 : NSP

LANGUE AUTOCHTONE (LAN)

LAN_Q05

Est-ce que vous comprenez ou parlez une langue autochtone, ne serait-ce que quelques mots?

- 1 : Oui
- 2 : Non

- 8 : RF
- 9 : NSP

BLOC MINIMAL ACTIVITÉ SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL (LMAM)

LMAM_Q01) La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? (peu importe le nombre d'heures)

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

ÉTUDES PRIMAIRES ET SECONDAIRES (EHS)

EHS_Q10) Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires ou son équivalent?

- 1 : Oui, un diplôme d'études secondaires
- 2 : Oui, un programme d'équivalence d'études secondaires tel que la BGTA ou la FBA
- 3 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

EHS_Q15) Fréquentez-vous actuellement une école secondaire ou un programme d'équivalence d'études secondaires (tels que la BGTA ou la FBA)?

- 1 : Oui, une école secondaire
- 2 : Oui, un programme d'équivalence d'études secondaires
- 3 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

SANTÉ MENTALE (GMH)

GMH_Q05) En général, diriez-vous que votre santé mentale est… ?

- 1 : Excellente
- 2 : Très bonne
- 3 : Bonne
- 4 : Passable
- 5 : Mauvaise
- 8 : RF
- 9 : NSP

CONSULTATIONS CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE (CMH)

CMH_Q05) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, quelqu'un au sujet de problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues?

- 1 : Oui
- 2 : Non
- 8 : RF
- 9 : NSP

CMH_Q10) À qui avez-vous parlé?

- 01 : Psychiatre
- 02 : Médecin de famille ou omnipraticien
- 03 : Psychologue
- 04 : Infirmière
- 05 : Travailleur social, conseiller, agent de traitement des cas ou psychothérapeute
- 06 : Membre de la famille
- 07 : Ami
- 08 : Collègue de travail, superviseur ou patron
- 09 : Enseignant ou directeur d'école
- 10 : Aîné
- 11 : Autre - Précisez
- 98 : RF
- 99 : NSP

Annexe B : estimations de la prévalence pour chaque indicateur de l'ESI 2007-2008 et des EAPA 2012 et 2017

Les tableaux qui suivent présentent les estimations de la prévalence pour chaque indicateur correspondant lorsque possible pour l'Enquête sur la santé des Inuits de 2007-2008 (ESI) et les Enquêtes auprès de la population autochtone (EAPA) de 2012 et de 2017. Les estimations sont présentées en proportions (%) de la population et ventilées par sexe (hommes, femmes) et par région. Les intervalles de confiance de 95 % ont aussi été inclus, lorsque possible. Une description ou une comparaison des indicateurs de chaque enquête et de chaque année est incluse dans les notes des tableaux.

Détresse mentale

Tableau 1. Prévalence des idées suicidaires* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
À vie	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	22,1 (19,2, 25,3)	20,8 (18,2, 23,7)	20,8 (18,2, 23,6)	24 (21.3-27)
Nunatsiavut	36	42	15,4 (11,6, 20,3)	27,2 (22,2, 32,9)	15,6 (12,2, 19,8)	15,5 (12,1, 19,6)
Nunavik‡	35		19,6 (15,9, 23,9)	21,2 (17,8, 25,1)	28,8 (24,4, 33,6)	26,9 (22,6, 31,8)
Région des Inuvaluit	34	42	21,7 (16,4, 28)	16,2 (11,6, 22,3)[E]	15,8 (12,8, 19,4)	22,8 (19,3, 26,8)
Nunavut	48		24 (19,6, 29)	20,6 (16,8, 25)	21,5 (18,8, 24,4)	23,8 (19,9, 28,2)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	15,2 (8,9, 24,7)[E]	22,3 (14,5, 32,8)[E]	15,7 (10,5, 22,8)[E]	21,8 (17,6, 26,6)
Dernière année						
Inuit Nunangat	-		4,7 (3,4, 6,5)	6,3 (4,9, 8,0)	4,6 (3,4, 6,2)	6,8 (5,3, 8,7)
Nunatsiavut	5		F	5,6 (3,6, 8,6)	4,2 (3,1, 5,9)	3,2 (2,0, 5,1)[E]
Nunavik	14		4,5 (3,0, 6,9)[E]	6,7 (4,8, 9,4)	7,5 (6, 9,5)	9,1 (6,7, 12,2)
Région des Inuvaluit	6		5,7 (3,4, 9,5)[E]	F	3,6 (2,6, 4,9)	4,0 (2,8, 5,8)[E]
Nunavut‡	14		4,8 (2,9, 7,9)[E]	6,6 (4,7, 9,4)	5,5 (4,1, 7,4)	6,6 (4,6, 9,4)[E]
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-		F	F	6,0 (4,3, 8,3)[E]	5,9 (4,2, 8,2)[E]

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

* L'indicateur d'idées suicidaires des EAPA 2012 et 2017 était d'« avoir déjà sérieusement songé à vous suicider » et si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Les questions de l'ESI visaient à savoir si la personne avait déjà sérieusement envisagé de se suicider et si elle avait sérieusement considéré le suicide dans les 12 derniers mois.

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 2. Prévalence des tentatives de suicide* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
À vie	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	2,6 (1,7, 3,9)[E]	4,0 (2,9, 5,5)[E]	10,4 (8,5, 12,8)	12,6 (10,6, 14,9)
Nunatsiavut	15	23	F	4,5 (2,7, 7,4)[E]	5,0 (3,2, 7,7)[E]	6,6 (4,5, 9,4)[E]
Nunavik‡	21		3,4 (2,1, 5,5)[E]	3,9 (2,6, 5,9)[E]	15,2 (11,8, 19,4)	14,3 (11,2, 18,2)
Région des Inuvaluit	15	25	F	F	7,1 (5,1, 9,7)	13,9 (11,1, 17,2)
Nunavut	25	31	F	4,3 (2,7, 6,8)[E]	9,6 (6,9, 13,1)	12,3 (9,5, 15,7)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	F	F	6,8 (3,9, 11,5)[E]	9,7 (7,0, 13,2)
Dernière année						
Inuit Nunangat	-		2,0 (1,3, 3,0)[E]	3,2 (2,2, 4,6)[E]	1,9 (1,2, 2,8)[E]	2,3 (IC de 95 %)[E]
Nunatsiavut	3		F	F	F	F (IC de 95 %)
Nunavik‡	6,7		2,9 (1,7, 4,8)[E]	2,6 (1,5, 4,3)[E]	2,4 (1,4, 4,0)[E]	3,9 (IC de 95 %)[E]
Région des Inuvaluit	-		F	F	F	F
Nunavut	5		F	5,1 (3,1, 8,4)[E]	F	1,8 (1,0, 3,3)[E]
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-		F	F	F	F

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

* L'indicateur de tentatives de suicide des EAPA 2012 et 2017 était d'« avoir déjà sérieusement songé à vous suicider » et si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. L'indicateur de l'ESI est toute tentative de suicide à vie et toute tentative de suicide dans la dernière année.

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 3. État de santé mentale général considéré comme mauvais* / A vécu une grande détresse psychologique dans les 30 derniers jours (2008, 2012 et 2017)**

	ESI 2008	EAPA 2012	EAPA 2017
Inuit Nunangat	-	2,7 (1,9, 3,9)[E]	1,7 (1,2, 2,4)[E]
Nunatsiavut	4	F	F
Nunavik‡	13	1,5 (0,9, 2,5)[E]	1,0 (0,6, 1,8)[E]
Région des Inuvaluit	7	F	2,1 (1,4, 3,2)[E]
Nunavut	13	3,5 (2,2, 5,5)[E]	1,9 (1,2, 3,1)[E]
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	F	3,0 (2,1, 4,2)[E]

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

* L'indicateur de l'EAPA est « En général, diriez-vous que votre santé mentale est… ? », avec les choix de réponse suivants : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise, refus de répondre et ne sais pas.

**L'ESI mesure la détresse psychologique dans les 30 derniers jours à l'aide de l'échelle de détresse psychologique Kessler 6. Les estimations sont la proportion de personnes qui disent avoir ressenti une grande détresse psychologique.

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 4. Troubles de l'humeur autodéclarés* / A dit s'être senti déprimé dans les 30 derniers jours (2008, 2012 et 2017)**

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	4,2 (3,1, 5,7)[E]	4,9 (3,7, 6,4)	7,7 (6,3, 9,4)	14,5 (12,5, 16,7)
Nunatsiavut	2	3	F	6,9 (4,3, 10,8)[E]	5,0 (3,2, 7,6)[E]	9,6 (7,1, 12,8)
Nunavik[‡]	-	-	3,0 (1,9, 4,7)[E]	4,6 (3,2, 6,6)[E]	9,4 (7,1, 12,4)	18,7 (15,4, 22,6)
Région des Inuvaluit	3	5	F	7,1 (4,6, 10,7)[E]	9,7 (7,2, 13,1)	12 (9,4, 15,3)
Nunavut	6	11	5,0 (3,4, 7,5)[E]	4,5 (2,9, 6,9)[E]	7,1 (5,2, 9,5)	13,5 (10,7, 16,9)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	10,8 (5,9, 19,1)[E]	13,2 (8,2, 20,4)[E]	12,2 (8,0, 18)[E]	21,1 (16,9, 25,9)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

* L'indicateur de l'EAPA est être atteint d'un « trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie ».

**L'indicateur de l'ESI est se sentir tellement déprimé dans les 30 derniers jours que rien ne pouvait vous réjouir (estimation pour les réponses « tout le temps ou la plupart du temps »).

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 5. Troubles anxieux autodéclarés* / A dit avoir ressenti de l'anxiété dans les 30 derniers jours (2008, 2012 et 2017)**

	ESI 2008	EAPA 2012		EAPA 2017	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	2,5 (1,7, 3,7)[E]	3,8 (2,8, 5,2)	4,4 (3,3, 5,8)	12 (10,1, 14,1)
Nunatsiavut	10	F	5,2 (3,0, 8,6)[E]	3,0 (1,9, 4,7)[E]	7,6 (5,5, 10,5)
Nunavik[‡]	-	2,5 (1,4, 4,6)[E]	2,7 (1,7, 4,1)[E]	4,3 (2,8, 6,5)[E]	11,8 (9,0, 15,4)
Région des Inuvaluit	8	F	5,4 (3,2, 9,1)[E]	6,3 (4,2, 9,2)[E]	13,9 (11,2, 17)
Nunavut	14	2,3 (1,3, 4,2)[E]	3,9 (2,5, 6,2)[E]	4,3 (2,8, 6,5)[E]	12,2 (9,5, 15,4)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	5,9 (3,3, 10,6)[E]	12,2 (7,4, 19,5)[E]	12,5 (8,3, 18,4)[E]	19,7 (15,7, 24,4)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.

* L'indicateur de l'EAPA est être atteint « d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble panique ».

**L'indicateur de l'ESI est se sentir anxieux tout le temps ou la plupart du temps dans les 30 derniers jours.

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 6. Tout trouble de santé émotionnelle, psychologique ou mentale* (2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	-	F	16,5[E]
Nunatsiavut	-	-	-	-	F	F
Nunavik	-	-	-	-	F	F
Région des Inuvaluit	-	-	-	-	F	20,8
Nunavut	-	-	-	-	F	F
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	-	F	31,6[E]

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* Celles-ci pourraient inclure « l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, la toxicomanie, l'anorexie, etc. ». Les estimations sont pour un regroupement des choix de réponses suivants : parfois, souvent et toujours.

Usage de substances

Tableau 7. Consommation d'alcool dans la dernière année (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	59,9 (56,6, 63. 2)	52 (48,8, 55,3)	63,6 (60,8, 66,3)	57,9 (55, 60,8)
Nunatsiavut	72	68	75,8 (70,1, 80,6)	65,9 (60,1, 71,2)	65,1 (60,8, 69,1)	56,6 (52,1, 61)
Nunavik‡	77		64,3 (59,9, 68,4)	54,6 (50,1, 58,9)	75,6 (71,5, 79,3)	67,3 (63, 71,3)
Région des Inuvaluit	70	66	69,9 (63,7, 75,5)	63,7 (57,6, 69,4)	70,9 (66,8, 74,8)	63,5 (59,3, 67,5)
Nunavut	65	55	54,9 (49,8, 59,9)	48,3 (43,5, 53,1)	58 (53,8, 62)	53,5 (49,2, 57,8)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	83,3 (76,6, 88,4)	75,6 (67,2, 82,4)	81 (75,6, 85,4)	70,1 (64,3, 75,4)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus.
‡ Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : « buveurs occasionnels ou réguliers ».

Tableau 8. Forte consommation épisodique d'alcool dans la dernière année* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	35,2	38,5	49,5	45,6
Nunatsiavut	-	-	52,7	66,5	55	43,1
Nunavik‡	24		36,6	37,4	68	65,1
Région des Inuvaluit	-	-	45,6	55,3	53,8	45,8
Nunavut	-	-	30,5	32,4	39	35,4
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	F	F	29,8	33,6

Note : « E » indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* La forte consommation épisodique d'alcool consiste à boire cinq (pour les hommes) ou quatre (pour les femmes) verres en une même occasion au moins une fois par mois dans la dernière année.
‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 9. Usage de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008	EAPA 2012†		EAPA 2017†	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	- -	4 (3,0, 5,4)	1,8 (1,2, 2,5)[E]	F	F
Nunatsiavut	10	F	F	F	F
Nunavik‡	-	5,8 (3,8, 8,6)[E]	2,8 (1,8, 4,2)[E]	F	F
Région des Inuvaluit	3	F	F	F	F
Nunavut	4	3,6 (2,3, 5,7)[E]	F	F	F
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	F	F	F	F

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'indicateur de l'EAPA est la consommation de « médicaments sous ordonnance à des fins récréatives », et celui de l'ESI est la consommation de médicaments en vente libre ou sous ordonnance pour leurs effets euphoriques (p. ex. Tylenol, Ativan, sirop antitussif).
† L'EAPA 2012 présente des données sur la consommation à vie et l'EAPA 2017, sur la consommation dans la dernière année. À noter que les estimations obtenues pour 2012 et 2017 ne sont pas globales : elles ont été ventilées par la fréquence de consommation (annexe A).
‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 10. Usage d'autres substances illicites* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008	EAPA 2012†		EAPA 2017†	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	13,8 (11,8, 16)	6,0 (4,7, 7,6)	F	F
Nunatsiavut	2	7,9 (5,4, 11,5)[E]	F	F	F
Nunavik‡	7,5	20,3 (16,7, 24,5)	9,3 (7,2, 12)	F	F
Région des Inuvaluit	1	10,5 (6,7, 16)[E]	7,6 (4,8, 11,6)[E]	F	F
Nunavut	5	12,3 (9,4, 15,8)	4,8 (3,1, 7,5)[E]	F	F
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	21,8 (14, 32,5)[E]	17,7 (10,1, 29,1)[E]	F	F

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'indicateur de l'EAPA est la consommation de « drogues illicites (comme de la cocaïne, du speed, des solvants ou des stéroïdes) » et celui de l'ESI, la consommation de drogues dures comme la cocaïne et la méthamphétamine en cristaux; une autre question porte spécifiquement sur l'usage de solvants et de produits inhalés dans la dernière année.
† L'EAPA 2012 présente des données sur la consommation à vie et l'EAPA 2017, sur la consommation dans la dernière année.
‡ Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : ne porte que sur la consommation de cocaïne dans la dernière année.

Tableau 11. Tabagisme (cigarettes)* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	67,3	67,2	71,2	72,4
Nunatsiavut	54	55	60,7	59,6	53,8	50,2
Nunavik‡	77		65	64,6	76,3	76,1
Région des Inuvaluit	62	67	68	67,6	66	67,3
Nunavut	70,5	74	69	69	71,6	73,5
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	29,4	38,4	41,7	34,6

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus.
* L'indicateur est la consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac.
‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Tableau 12. Usage de cannabis* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012†		EAPA 2017†	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	71	53	52	29,2
Nunatsiavut	25	12	55,5	47,1	18,4[E]	10,6[E]
Nunavik‡	60		69,8	52,5	64,4	39,8
Région des Inuvaluit	39	25	71,3	53,6	49,9	26,9
Nunavut	53	37	73,3	53,8	50,9	26,9
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	66,7	54,3	26,1	19,7

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

* L'indicateur de l'ESI est la consommation de drogues à usage récréatif comme le pot/la marijuana et le hashish dans les 12 derniers mois.

† L'EAPA 2012 porte sur la consommation de cannabis à vie et l'EAPA 2017, la consommation de cannabis dans la dernière année.

‡ Aucune donnée du Nunavik recueillie par l'ESI 2007-2008; les estimations pour le Nunavik sont tirées de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Traumatismes historiques

Tableau 13. Fréquentation d'un pensionnat (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012†		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	26,5 (23, 30,3)	23,6 (20,2, 27,4)	21,7 (19,2, 24,4)	21,9 (19,4, 24,6)
Nunatsiavut	-	-	28,3 (22,1, 35,5)	27,9 (22,1, 34,7)	17,8 (14,7, 21,5)	22 (18,1, 26,4)
Nunavik	-	-	19,4 (14,9, 24,9)	15,5 (11,8, 20,1)	16,4 (13,2, 20,3)	14 (11,1, 17,5)
Région des Inuvaluit	-	-	54 (47,3, 60,6)	42,2 (35,1, 49,6)	46,4 (41,4, 51,5)	40,9 (36,5, 45,5)
Nunavut	-	-	24,4 (19,4, 30,2)	23,8 (18,9, 29,5)	21 (17,4, 25,1)	22,4 (18,7, 26,7)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	10,6 (5,7, 18,9)[E]	12,8 (7,7, 20,7)[E]	8,0 (5,1, 12,4)[E]	8,8 (6,5, 11,9)

Note : Les estimations de l'EAPA concernent les 25 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

† L'EAPA 2012 propose le choix de réponse « sans objet », ce qui peut rendre les estimations non comparables à celles de l'EAPA 2017.

Tableau 14. Parents ayant fréquenté un pensionnat (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012[+]		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	38,5 (35,4, 41,6)	33,4 (30,8, 36,2)	21,7 (19,2, 24,4)	21,9 (19,4, 24,6)
Nunatsiavut	-	-	34 (28,6, 39,8)	42,9 (37,2, 48,7)	17,8 (14,7, 21,5)	22 (18,1, 26,4)
Nunavik	-	-	23,6 (20,4, 27,1)	19,2 (16,5, 22,2)	16,4 (13,2, 20,3)	14 (11,1, 17,5)
Région des Inuvaluit	-	-	73,4 (67,3, 78,6)	76,6 (71,1, 81,3)	46,4 (41,4, 51,5)	40,9 (36,5, 45,5)
Nunavut	-	-	39,9 (35,2, 44,7)	32,4 (28,6, 36,5)	21 (17,4, 25,1)	22,4 (18,7, 26,7)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	17,5 (12,1, 24,6)[E]	29,1 (21,1, 38,6)	8,0 (5,1, 12,4)[E]	8,8 (6,5, 11,9)

Note : Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

[+] L'EAPA 2012 propose le choix de réponse « sans objet », ce qui peut rendre les estimations non comparables à celles de l'EAPA 2017.

Tableau 15. Grands-parents ayant fréquenté un pensionnat (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	21,7 (19,4, 24,1)	18,6 (16,5, 20,9)	20,2 (17,8, 22,8)	18,2 (16,2, 20,5)
Nunatsiavut	-	-	16,8 (13,5, 20,9)	19,4 (15,5, 24)	20,7 (17,3, 24,5)	21,2 (17,8, 25,1)
Nunavik	-	-	12 (9,6, 14,9)	10,3 (8,0, 13)	15,3 (12,2, 19)	12 (9,2, 15,4)
Région des Inuvaluit	-	-	50,8 (45,2, 56,5)	49,5 (44, 55)	41,9 (37,8, 46,1)	44,3 (40,2, 48,5)
Nunavut	-	-	21,8 (18,3, 25,7)	17,7 (14,7, 21,2)	19,5 (16,1, 23,4)	17,3 (14,4, 20,7)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	16,4 (10,8, 24,1)[E]	26,8 (17,9, 38,1)[E]	19,3 (13,8, 26,5)[E]	19,8 (16, 24,3)

Note : Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

Détresse communautaire

Tableau 16. N'a pas eu accès à des soins de santé dans la dernière année* (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	12,2 (10,2, 14,5)	12,4 (10,3, 14,7)	15,1 (13, 17,5)	19,1 (16,8, 21,7)
Nunatsiavut	-	-	17,3 (13,3, 22,3)	18 (13,9, 23)	20 (16,4, 24)	25,7 (21,7, 30,1)
Nunavik	-	-	7,6 (5,7, 10)	7 (5,5, 9)	14,5 (11,5, 18,2)	12,8 (10, 16,3)
Région des Inuvaluit	-	-	13,6 (10, 18,3)	16,3 (12,1, 21,7)	16,3 (13,1, 20,1)	20,9 (17,6, 24,7)
Nunavut	-	-	13,4 (10,3, 17,2)	13,3 (10,3, 17,1)	14,7 (11,7, 18,3)	20,9 (17,5, 24,9)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	11,4 (6,7, 18,6)[E]	18,3 (11,7, 27,5)[E]	12 (7,9, 17,9)[E]	14,2 (10,7, 18,6)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.

* L'indicateur de l'EAPA est « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où [vous avez] cru [que vous] aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus? ».

Tableau 17. Insécurité alimentaire dans la dernière année (1)* (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	26,2 (23,4, 29,2)	22,6 (19,9, 25,6)	42,5 (39,6, 45,4)	41 (38,1, 43,9)
Nunatsiavut	-	-	19,1 (14,7, 24,3)	22,1 (17,7, 27,3)	29,7 (25,7, 33,9)	29,9 (25,7, 34,5)
Nunavik‡	-	-	23,8 (20,2, 27,8)	15,7 (12,8, 19,1)	44,7 (40,2, 49,4)	47,2 (42,7, 51,8)
Région des Inuvaluit	-	-	13,2 (9,6, 17,9)	12,4 (8,9, 17)	26,4 (22,4, 30,7)	25,1 (21,6, 29)
Nunavut	-	-	29,9 (25,6, 34,7)	26,6 (22,5, 31,1)	44,7 (40,5, 49,1)	41,3 (37,1, 45,6)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	F	17,7 (11,1, 27)[E]	13,1 (8,6, 19,4)[E]	14,7 (11,1, 19,4)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'indicateur de l'EAPA visait à savoir si les répondants avaient réduit leur portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture dans la dernière année.

Tableau 18. Insécurité alimentaire dans la dernière année (2)* (2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	-	39,5 (36,6, 42,5)	39,9 (37, 42,9)
Nunatsiavut	-	-	-	-	26,6 (22,7, 31)	22,9 (19, 27,2)
Nunavik‡	-	-	-	-	43 (22,7, 31)	42,2 (37,8, 46,7)
Région des Inuvaluit	-	-	-	-	24,5 (20,6, 28,8)	22,8 (19,5, 26,6)
Nunavut	-	-	-	-	41,2 (36,9, 45,7)	42,5 (38,2, 46,9)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	-	16,1 (10,9, 23,1)[E]	15 (11,3, 19,7)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.
* L'indicateur de l'EAPA visant à savoir si les répondants avaient mangé moins qu'ils auraient dû, selon eux, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture.

Tableau 19. Insécurité alimentaire dans la dernière année (3)* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008†	EAPA 2012		EAPA 2017	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	26,2 (23,4, 29,2)	22,6 (19,9, 25,6)	30 (27,3, 33)	30,3 (27,6, 33,1)
Nunatsiavut	44	19,1 (14,7, 24,3)	22,1 (17,7, 27,3)	14,3 (11,4, 17,8)	13,3 (10,4, 17)
Nunavik‡	-	23,8 (20,2, 27,8)	15,7 (12,8, 19,1)	29,5 (25,4, 33,9)	28,9 (25,2, 33)
Région des Inuvaluit	54	13,2 (9,6, 17,9)	12,4 (8,9, 17)	18 (14,5, 22,1)	14,9 (12,2, 18)
Nunavut	70	29,9 (25,6, 34,7)	26,6 (22,5, 31,1)	33,2 (29,1, 37,6)	34,1 (30, 38,4)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	F	17,7 (11,1, 27)[E]	14,5 (9,6, 21,4)[E]	10,1 (7,1, 14,3)[E]

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'indicateur de l'EAPA visait à savoir si les répondants avaient faim mais n'avaient pas les moyens de se nourrir.
† L'indicateur de l'ESI est l'insécurité alimentaire grave ou modérée déclarée par les ménages.

Tableau 20. Revenu du ménage insuffisant pour répondre aux besoins dans la dernière année* (2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	-	50,4 (47,4, 53,5)	49,1 (46,2, 52)
Nunatsiavut	-	-	-	-	44,5 (39,8, 49,2)	42,9 (38,2, 47,7)
Nunavik‡	-	-	-	-	58,3 (53,8, 62,7)	59,6 (54,9, 64,1)
Région des Inuvaluit	-	-	-	-	37 (32,6, 41,7)	39,1 (35,1, 43,3)
Nunavut	-	-	-	-	49,5 (44,9, 54,1)	46,5 (42,2, 50,9)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	-	21,2 (14,7, 29,6)[E]	17,3 (13,6, 21,9)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.
* L'indicateur de l'EAPA visait à savoir si le revenu du ménage était « suffisant pour répondre aux besoins du ménage en matière de transport, de logement, d'alimentation, d'habillement et autres dépenses nécessaires ».

Tableau 21. Insatisfait de ses conditions de logement* (2017)

	ESI 2008†		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	-	26,9	32,8
Nunatsiavut	-	-	-	-	27,4	34,4
Nunavik‡	-	-	-	-	29,2	36,5
Région des Inuvaluit	-	-	-	-	20,2	27,2
Nunavut	-	-	-	-	26,8	31,8
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	-	F	11,2

Note : Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'indicateur de l'EAPA est le niveau de satisfaction indiqué par rapport aux conditions de logement. Les estimations regroupent les choix de réponse : insatisfait et très insatisfait (annexe A).

Tableau 22. Surpeuplement des logements* (2008 et 2017)

	ESI 2008†		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-		-	-	40,4 (34,7, 46,4)	41,8 (36,8, 47)
Nunatsiavut	11		-	-	36 (28,1, 44,7)	34,9 (27,7, 42,9)
Nunavik‡	-		-	-	45,4 (37,3, 53,8)	43,3 (35,8, 51,8)
Région des Inuvaluit	13		-	-	19,9 (13,3, 28,6)[E]	26,9 (20,2, 34,9)
Nunavut	30		-	-	40,5 (32,3, 49,2)	43,2 (35,7, 51)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-		-	-	F	27,6 (14,3, 46,6)[E]

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence. **« F »** indique que les données ont été supprimées pour des raisons de fiabilité.
* L'EAPA 2017 compte une question sur les raisons pour lesquelles le répondant est insatisfait des conditions de son logement. Les estimations pour le choix de réponse « Surpeuplé / Pas assez d'espace » sont fournies.
† L'ESI précise si le logement est surpeuplé (>1 personne par pièce).

Continuité culturelle

Tableau 23. Comprend ou parle une langue inuite (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	93,3 (91,6, 94,6)	94,5 (93, 95,7)	94,9 (93,4, 96)	96 (94,9, 96,9)
Nunatsiavut	7		91 (86,9, 94)	95 (91,8, 97)	82,4 (78,7, 85,5)	89,3 (85,7, 92)
Nunavik‡	-	-	93 (90,4, 95)	91,2 (88,8, 93,2)	99,9 (99,2, 100)	99,6 (99,2, 99,8)
Région des Inuvaluit	12		86,9 (82,5, 90,3)	91,4 (87,7, 94,1)	79 (75, 82,5)	84,2 (94,6, 97,8)
Nunavut	73,7		94,6 (91,9, 96,5)	96,1 (93,7, 97,6)	96 (93,5, 97,6)	96,5 (94,6, 97,8)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	40,9 (31, 51,6)	56,9 (45,6, 67,5)	38 (28,1, 49)	43,8 (38,3, 49,3)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus.
* L'indicateur de l'EAPA visait à savoir si les répondants comprennent ou parlent « une langue autochtone, ne serait-ce que quelques mots », et celui de l'ESI, à connaître la proportion de ménages où une langue inuite est parlée à la maison.

Équité sociale

Tableau 24. Situation d'emploi actuelle* (2008, 2012 et 2017)

	ESI 2008†	EAPA 2012		EAPA 2017	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	43,5 (40,4, 46,6)	44,9 (41,7, 48,1)	47,6 (44,6, 50,6)	48,8 (45,8, 51,9)
Nunatsiavut	68	38,8 (33,2, 44,7)	44 (38,4, 49,8)	34,5 (30,3, 38,9)	42,2 (37,5, 46,9)
Nunavik‡	-	47,5 (43,3, 51,7)	52,2 (48,1, 56,3)	53,2 (48,6, 57,7)	54,7 (50,2, 59,1)
Région des Inuvaluit	69	44 (37,7, 50,6)	44,4 (38,5, 50,4)	43,2 (38,9, 47,6)	43 (38,9, 47,3)
Nunavut	57	42,3 (37,5, 47,2)	42,3 (37,5, 47,2)	47,2 (42,8, 51,7)	47,7 (43,3, 52,2)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	61,7 (50,6, 71,8)	44,6 (35,6, 54)	54,2 (43,8, 64,2)	54,1 (48,1, 60)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus.
* L'indicateur des EAPA 2012 et 2017 visait à savoir si les répondants ont travaillé à un emploi ou à une entreprise la semaine dernière (peu importe le nombre d'heures) et celui de l'ESI, si les répondants avaient un emploi à temps plein ou à temps partiel ou un emploi occasionnel.

Tableau 25. Obtention d'un diplôme d'études secondaires ou son équivalent (18 ans et plus) (2008 et 2017)

	ESI 2008	EAPA 2012		EAPA 2017	
	Les deux	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	30,7	38,5
Nunatsiavut	27	-	-	43,8	58,8
Nunavik	-	-	-	25,6	27,2
Région des Inuvaluit	31	-	-	33	37,8
Nunavut	15	-	-	28,5	38,4
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	68,6	73,6

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées.

Bien-être mental

Tableau 26. Bon état de santé mentale général* (2012 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	82,3	82,6	91,2	87,2
Nunatsiavut	-	-	90,3	87,7	94,4	89,6
Nunavik‡	-	-	79,2	75,5	93,4	89,2
Région des Inuvaluit	-	-	87,8	85,7	90,7	88,2
Nunavut	-	-	81,7	84,5	90	86
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	91,6	77,5	84,3	83,6

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'EAPA concernent les 15 ans et plus.
* Les estimations regroupent les choix de réponses : excellent, très bien et bien.

Tableau 27. A consulté quelqu'un par rapport à sa santé mentale ou à son usage de substances* (2008 et 2017)

	ESI 2008		EAPA 2012		EAPA 2017	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
Inuit Nunangat	-	-	-	-	17 (14,5, 19,8)	27 (24,3, 29,7)
Nunatsiavut	66	71	-	-	10,9 (8,1, 14,6)	16,1 (12,7, 20,1)
Nunavik	-	-	-	-	19,6 (15,8, 24,1)	29,4 (25,2, 34,1)
Région des Inuvaluit	54	66	-	-	19,1 (15,8, 23)	35,8 (31,7, 40,2)
Nunavut	47	46	-	-	16,2 (12,8, 20,4)	25,8 (21,9, 30)
Extérieur de l'Inuit Nunangat	-	-	-	-	15,3 (10,1, 22,5)[E]	26,5 (22,1, 31,4)

Note : Les estimations de l'ESI et de l'EAPA ne peuvent être comparées. Les estimations de l'ESI concernent les 18 ans et plus, et celles de l'EAPA, les 15 ans et plus. **« E »** indique une forte variabilité d'échantillonnage; à utiliser avec prudence.
* L'indicateur de l'EAPA visait à savoir si les répondants avaient consulté, en personne ou par téléphone, quelqu'un au sujet de problèmes reliés à leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogues. L'indicateur de l'ESI, lui, visait à savoir si les répondants avaient quelqu'un à qui parler s'ils se sentaient troublés ou s'ils avaient besoin de soutien émotionnel pour une raison ou une autre (les estimations sont pour les réponses « la plupart du temps » et « tout le temps »).

Annexe C : estimations de la prévalence d'autres indicateurs de l'ESI 2007-2008 et de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004

Les tableaux qui suivent présentent les estimations de la prévalence d'autres indicateurs liés au risque de suicide provenant de l'Enquête sur la santé des Inuits de 2007-2008 (ESI) et de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 (indicateurs qui étaient accessibles par des données secondaires). Les estimations sont présentées comme une proportion (%) de la population et ventilées par sexe (hommes, femmes), par groupe d'âge et par région. Notons que pour la majorité des indicateurs, les estimations ventilées par sexe et par groupe d'âge ne sont pas disponibles. Les estimations pour la région désignée des Inuvialuit, le Nunatsiavut et le Nunavut proviennent de l'ESI, et les estimations pour le Nunavik, de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004.

Détresse mentale

Tableau 1. A vécu une grave détresse psychologique dans les 30 derniers jours

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	7 %	4 %	13 %	13 %
Sexe				
Hommes	6 %	3 %	9 %	-
Femmes	7 %	5 %	16 %	-
Groupe d'âge				
18-29	9 %	3 %	16 %	-
30-49	8 %	3 %	15 %	-
50+	3 %	7 %	6 %	-

Usage de substances

Tableau 2. Dit avoir perdu un proche (conjoint, ami) en raison de sa consommation d'alcool

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	13 %	14 %	16 %	-
Sexe				
Hommes	11 %	19 %	18 %	-
Femmes	15 %	10 %	15 %	-
Groupe d'âge				
18-29	-	-	-	-
30-49	-	-	-	-
50+	-	-	-	-

Tableau 3. Une personne dans la maison de leur enfance avait des problèmes d'alcool (souvent ou parfois)

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	54 %	45 %	28 %	-
Sexe				
Hommes	46 %	35 %	26 %	-
Femmes	59 %	52 %	32 %	-
Groupe d'âge				
18-29	50 %	36 %	34 %	-
30-49	60 %	58 %	34 %	-
50+	45 %	33 %	15 %	-

Stress aigu ou perte

Tableau 4. A bu de l'alcool juste avant une tentative de suicide

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	62 %	64 %	34 %	-
Sexe				
Hommes	-	-	-	-
Femmes	-	-	-	-
Groupe d'âge				
18-29	-	-	-	-
30-49	-	-	-	-
50+	-	-	-	-

Stress traumatique et adversité précoce

Statistiques sur la violence dans l'enfance : les données complètes par groupe d'âge ne sont disponibles que pour la région désignée des Inuvialuit et pour le Nunatsiavut, et seulement pour des types précis d'abus. Il n'y a aucune estimation générale pour la violence physique, verbale ou sexuelle. Nous suggérons de ne pas inclure cet indicateur.

Détresse communautaire

Tableau 5. Insécurité alimentaire modérée ou grave du ménage

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	54 %	44 %	70 %	-
Sexe				
Hommes	-	-	-	-
Femmes	-	-	-	-
Groupe d'âge				
18-29	-	-	-	-
30-49	-	-	-	-
50+	-	-	-	-

Tableau 6. Surpeuplement des logements (>1 personne par pièce)

	Région des Inuvialuit	Nunatsiavut	Nunavut	Nunavik
Total	13 %	11 %	30 %	-
Sexe				
Hommes	-	-	-	-
Femmes	-	-	-	-
Groupe d'âge				
18-29	-	-	-	-
30-49	-	-	-	-
50+	-	-	-	-