



Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-586-1 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé (dir.), *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Mentally Healthy Communities: Aboriginal Perspectives*.

ISBN 978-1-55465-584-7 (PDF)

Photos utilisées avec la permission de l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne.....	iii
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
Introduction	1
Toutes mes relations	3
Rod M. McCormick	
Réflexions sur le bien-être mental des collectivités des Premières Nations et des Inuits	9
Rolina P. van Gaalen, Patricia K. Wiebe, Kathy Langlois et Eric Costen	
Loi ancestrale et santé mentale dans les collectivités	19
Patricia June Vickers	
Ours polaires et épilobes à feuilles étroites	23
Charles Brasfield	
Des collectivités en bonne santé mentale : la diversité et ses complexités	27
Jonathan Dewar	
Peut-on dire d'une collectivité qu'elle est « en bonne santé mentale »? Peut-être, mais seulement si la réalité entière est plus grande que la somme de ses parties.....	37
Christopher E. Lalonde	

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été mise sur pied en 1999. La mission de l'ISPC comporte deux volets :

- Aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- Contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

À titre d'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population, l'ISPC :

- analyse des éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- commande des travaux de recherche et crée des partenariats scientifiques pour mieux faire comprendre les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies en vue d'améliorer la santé de la population;
- résume les éléments de preuve sur les expériences en matière de politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives stratégiques et élabore des propositions de politiques;
- travaille à améliorer les connaissances et la compréhension du public en ce qui a trait aux déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Introduction

Le présent recueil d'articles vise à favoriser le dialogue sur les facteurs susceptibles de contribuer à la bonne santé mentale des collectivités, en mettant l'accent sur les points de vue autochtones et en reconnaissant la diversité des Premières Nations, des Inuits et des Métis. L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), en publiant ces articles, poursuit sur la lancée qu'avait générée la publication de 2008, intitulée *Des collectivités en bonne santé mentale : un recueil d'articles*¹. La compilation actuelle se veut un carrefour de nouveaux points de vue. Les autres points de vue sont nombreux, et tout porte à croire que ces recueils d'articles susciteront un dialogue continu. Ces travaux témoignent de l'engagement constant de l'ISPC à favoriser la compréhension des facteurs qui influent sur la santé des personnes et des collectivités².

Les six articles de ce recueil, commandés par l'ISPC, ont été rédigés par des personnes dont le travail se rapporte à la santé mentale des Autochtones de par leur participation à la recherche, à la pratique clinique et à l'élaboration de programmes et politiquesⁱ. Afin de mettre en contexte leurs articles respectifs, on a demandé aux auteurs de répondre aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que des collectivités en bonne santé mentale?
- Qu'est-ce qui fait que certaines collectivités sont en meilleure santé mentale ou ont une meilleure résilience que d'autres?

Les articles qui en résultent comprennent des résultats de recherches, des réflexions et des opinions. Dans son article, **Rod McCormick** décrit une « vision du monde » autochtone ainsi que des valeurs et des enseignements autochtones dans la mesure où ils sont liés à la santé mentale. Rod McCormick est professeur adjoint de psychologie de l'orientation à l'Université de la Colombie-Britannique et membre de la Nation mohawk (Kaniienkehake). Il est également chercheur, clinicien et consultant principal dans le domaine de la santé mentale des Autochtones.

Le deuxième article du recueil a été rédigé conjointement par quatre employés de Santé Canada, soit **Rolina van Gaalen**, **D^{re} Patricia Wiebe**, **Kathy Langlois** et **Eric Costen**. Van Gaalen et ses collègues examinent le concept du bien-être mental et décrivent les efforts récents du Canada pour élaborer des services de soins de santé mentale adaptés à la culture des collectivités autochtones. Dans le troisième article, **Patricia June Vickers** explore le thème de la loi ancestrale. Patricia June Vickers, conseillère, insiste sur le fait que la loi ancestrale favorise des changements positifs au sein des collectivités des Premières Nations.

i. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ou de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Charles Brasfield décrit les caractéristiques des collectivités qui contribuent à leur bonne santé mentale. Pour ce faire, il s'appuie sur son expérience de psychiatre et psychologue ayant fourni des services de santé mentale à des collectivités des Premières Nations en Colombie-Britannique. **Jonathan Dewar** est directeur de la recherche à la Fondation autochtone de guérison (FADG). Son article traite de questions liées à la diversité des peuples autochtones. Dans le dernier article, **Christopher Lalonde** examine les liens entre la santé mentale des personnes et des collectivités au sein des collectivités des Premières Nations. Christopher Lalonde est professeur agrégé de psychologie et codirecteur du Centre for Aboriginal Health Research à l'Université de Victoria.

Comme il a été mentionné précédemment, l'un des éléments fondamentaux du mandat de l'ISPC consiste à améliorer la compréhension des facteurs qui influent sur la santé des personnes et des collectivités, condition essentielle à son rôle de production et de synthèse des connaissances. Ce recueil se veut un complément des travaux de l'ISPC dans le cadre d'un de ses thèmes clés pour 2007 à 2012 : les déterminants de la santé mentale et de la résilience². Nous espérons que ce recueil suscitera la discussion et le dialogue continu.

N'hésitez pas à nous faire savoir ce que vous pensez de ce recueil de documents. Faites simplement parvenir vos réflexions et commentaires à ispc@icis.ca.

Nous remercions sincèrement les auteurs d'avoir contribué à ce projet.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (dir.), *Mentally Healthy Communities: A Collection of Papers* [Des collectivités en bonne santé mentale : Un recueil d'articles], Ottawa (Ont.), ICIS, 2008. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=GR_2429_F&cw_topic=2429>.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Population Health Initiative Action Plan, 2007 to 2012* [Le Plan d'action de 2007 à 2012 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=GR_1608_F>.

Toutes mes relations

Rod M. McCormick

Département de psychologie de l'éducation et de l'orientation
Université de la Colombie-Britannique

Rod McCormick est professeur adjoint de psychologie de l'orientation à l'Université de la Colombie-Britannique et membre de la Nation mohawk (Kanienkehake). Il est également chercheur, clinicien et consultant principal dans le domaine de la santé mentale des Autochtones.

Pour les peuples autochtones, la définition du mot « collectivité » est complexe et forcément différente de celle des Canadiens non autochtones, pour des raisons socio-politiques et historiques. Le recensement de 2006 a dénombré environ 1,2 million d'Autochtones au Canada. Plus de la moitié d'entre eux (soit près de 700 000) ont déclaré appartenir à la population autochtone en tant que membres des Premières Nations, et le reste en tant qu'Inuit, Métis ou membres de plusieurs groupes autochtones¹. Environ 40 % des membres des Premières Nations vivent dans 603 collectivités, qu'il convient aussi d'appeler réserves. Le Canada compte 53 collectivités inuites et plus de 100 Conseils métis. Les membres des Premières Nations considèrent plusieurs de leurs collectivités comme des nations distinctes ayant leurs propres langues et pratiques culturelles. Voilà qui explique en partie pourquoi il est délicat de généraliser en ce qui concerne les collectivités autochtones. Ce court article tente plutôt de présenter sommairement quelques points de vue sur les facteurs susceptibles de contribuer à la bonne santé mentale des collectivités autochtones, à partir de comptes rendus de recherches et de la propre expérience clinique de l'auteur avec ces collectivités.

L'expression « toutes mes relations », en titre du présent document, couvre à bien des égards la vision du monde autochtone et une définition panautochtone de l'interconnexion que nous, les Autochtones, entretenons avec la famille, la collectivité, la nation et la création. Elle constitue une affirmation non équivoque des relations que nous entretenons tous les uns avec les autres en ce monde. J'utiliserai un exemple de cet enseignement provenant de ma propre culture (la culture haudensauenne, aussi appelée la Confédération iroquoise et le peuple de la maison longue) : lors d'un rassemblement, il est approprié de prononcer un discours de gratitude pour remercier notre monde en tant que parents. Ces parents comprennent notre mère la Terre, notre père le Ciel, notre grand-mère la Lune, ainsi que nos frères et sœurs de la faune et de la flore. L'expression « toutes mes relations » englobe également les esprits des personnes qui nous ont précédés et de celles qui ne sont pas encore nées. Elle est une affirmation de notre interconnexion à l'ensemble de la création.

Les Haudenosaunee, comme la plupart des autres peuples autochtones, prônent aussi des valeurs et des enseignements traditionnels qui comportent des conseils sur la bonne façon de vivre ensemble. Voici des exemples de ces valeurs :

Planifier pour les générations futures, prendre des décisions d'un commun accord, avoir un sens élevé du devoir à l'égard de la famille, du clan, de la nation, de la confédération et de la création, connaître sa valeur intrinsèque sans être égoïste, respecter rigoureusement son entourage, croire que tous sont égaux et membres à part entière de la collectivité peu importe leur âge, et croire que chacun a un don ou un talent particulier pouvant être utilisé au bénéfice de toute la collectivité².

Les relations amicales avec les sociétés colonisatrices ont été maintenues grâce à des traités appelés Kaswentha ou doctrines du Wampum à deux rangs qui revendiquent le respect, la dignité et l'intégrité de chaque culture et l'importance de la non-ingérence, à moins d'être invité³. Ces façons de faire autochtones en matière de gouvernance et de bonne cohabitation ont eu une influence déterminante sur l'évolution de la démocratie et du fédéralisme en Amérique du Nord, et sur la constitution de la société colonisatrice qui allait devenir par la suite les États-Unis d'Amérique⁴.

Au cours des six derniers siècles, les collectivités autochtones ont appris la résilience. Les dossiers historiques révèlent que les politiques et pratiques de colonisation et d'assimilation utilisées par le gouvernement canadien visaient stratégiquement à éradiquer la culture autochtone^{5,6}. Ce n'est que récemment que le recours aux pensionnats dans le processus de colonisation a été dénoncé et a fait l'objet d'excuses de la part du premier ministre actuel du Canada⁷. Les conséquences de la colonisation sur les peuples autochtones ont été clairement exposées et décrites, par exemple les traumatismes et la douleur non résolue hérités de l'histoire et le stress post-traumatique intergénérationnel^{8,9}.

Compte tenu de la vision holistique de la collectivité autochtone et de la philosophie associée à l'expression « toutes mes relations », il n'est pas étonnant que les facteurs qui favorisent la résilience des collectivités autochtones prennent naissance à l'extérieur de la personne, c'est-à-dire dans la famille, la collectivité, la société, la culture et la nature¹⁰. La résilience autochtone touche à la fois la spiritualité, la force de la famille, les aînés, les rites cérémoniels, les traditions orales, l'identité et le soutien¹¹. La résilience a plusieurs définitions qui ne s'appliquent pas toutes aux peuples autochtones. L'une des définitions qui se rapproche le plus de la réalité autochtone décrit la résilience comme une vision du monde relationnelle plutôt que linéaire¹². La vision du monde relationnelle comprend les dimensions mentale, physique, émotionnelle et spirituelle ainsi que la nature interrelationnelle des humains. Le modèle « bande élastique » de la résilience a aussi été remis en question par l'idée de la « réintégration résiliente » selon laquelle la résilience peut non seulement permettre à une personne de retrouver un certain équilibre antérieur, mais aussi donner lieu à de nouvelles perspectives et favoriser la croissance¹³.

Dans les recherches sur la santé mentale des Autochtones effectuées par l'auteur du présent article, on observe une tendance récurrente quant aux facteurs qui favorisent la guérison chez les personnes et les collectivités autochtones : la guérison¹⁴, pour les peuples autochtones, semble mener à au moins un des cinq résultats que sont l'harmonie, l'appartenance ou connexité, la purification, l'autonomisation et la discipline. L'harmonie, telle que définie dans les enseignements autochtones comme la roue médicinale, est atteinte et maintenue grâce à un équilibre entre les quatre dimensions du soi : mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. L'appartenance ou la connexité consiste à créer ou à entretenir des liens avec des sources de signification ou d'orientation qui vont au-delà du soi, par exemple la famille, la collectivité, la culture, la nation, le monde naturel et le monde spirituel. La purification consiste à reconnaître et à exprimer ses émotions de façon appropriée. L'autonomisation est le fait de parvenir à une force mentale, physique, émotionnelle et spirituelle et de la maintenir. La discipline est cet enseignement traditionnel qui nous permet d'accepter la responsabilité de nos actions. Selon la tradition, la discipline était enseignée lors d'une cérémonie.

Dans l'un des réseaux de recherche sur la santé des autochtones que j'ai eu le plaisir de diriger, le *British Columbia Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments*, mes collègues et moi-même avons adopté une variation des quatre éléments de l'éducation autochtone¹⁵ par rapport aux trois éléments (les 3 « R ») de l'éducation classique occidentale : la lecture, l'écriture et l'arithmétique. Dans le présent article, je propose une version différente des trois « R » — respect, réciprocité et responsabilité — pour décrire de façon générale les principaux enseignements quant à l'acquisition et au maintien de la santé mentale dans les collectivités autochtones. Ces trois « R » sont des valeurs ou enseignements traditionnels que l'on retrouve dans la plupart, voire l'ensemble, des cultures autochtones. Le respect signifie que nous reconnaissons et apprécions nos différences, par exemple en ce qui concerne la culture, la personnalité et la langue. Il s'agit du fondement de la plupart des enseignements autochtones sur la façon de coexister, comme elle est représentée par exemple par la doctrine du wampum à deux rangs. La réciprocité signifie redonner et partager les connaissances et la richesse. Il s'agit aussi d'une valeur traditionnelle de la plupart des cultures autochtones. La responsabilité a plusieurs significations, notamment la capacité de relever des défis, qui a aussi été décrite comme la capacité de réagir. Devenir responsable représente à la fois un objectif et un défi pour bon nombre de personnes, familles, collectivités et nations autochtones. En raison du lien juridique unissant les peuples autochtones au gouvernement du Canada, il incombe en partie au gouvernement fédéral de contribuer au rétablissement de la santé mentale des collectivités autochtones. Récemment, le gouvernement du Canada mettait sur pied une Commission de vérité et de réconciliation afin d'examiner la question des pensionnats indiens¹⁶. Les Autochtones et les collectivités autochtones espèrent que le gouvernement canadien, dans le cadre d'un processus de réconciliation, aidera les collectivités autochtones à élaborer un processus de guérison des séquelles liées aux abus sexuels subis dans les pensionnats. De telles initiatives, qui vont au-delà de la révélation au grand jour des histoires des survivants des pensionnats, sont susceptibles de contribuer à la santé mentale des collectivités autochtones¹⁷.

Pour de nombreuses collectivités autochtones, il n'est pas évident de devenir responsables en raison de leurs histoires respectives de traumatismes, d'oppression et de déresponsabilisation¹⁸. En tant qu'Autochtones et collectivités autochtones, nous sommes sur la voie de la guérison en ce qui concerne l'autonomisation, l'engagement, la responsabilisation et l'autodétermination¹⁹. La route vers la bonne santé mentale est parsemée d'embûches pour les collectivités autochtones, mais c'est une route que nous n'empruntons pas seuls. Sur cette route nous accompagnent notre mère la Terre, notre père le Ciel, notre grand-mère la Lune, nos frères et soeurs de la faune et de la flore, ainsi que ceux qui nous ont précédés et ceux qui ne sont pas encore nés.

Toutes mes relations.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels l'auteur est associé, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Statistique Canada, *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census* [*Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*], Ottawa (Ont.), Ministre de l'Industrie, 2008, n° 97-558-XIE au catalogue.
2. « What Are the Underlying Values of Haudenosaunee Culture? », *IPOAA Magazine*. Consulté le 1^{er} septembre 2008. Internet : <http://www.ipaaa.com/what_are_values_of_haudenosaunee_culture.htm>.
3. Degiya'göih Resources, *Guswenta (Kaswentha): Two Row Wampum*, 2003. Consulté le 20 février 2009. Internet : <http://www.degiyagoh.net/guswenta_two_row.htm>.
4. « Haudenosaunee Impact Recognized by Congress », *Oneida Indian Nation*, mis à jour le 22 décembre 2008. Consulté le 19 février 2009. Internet : <<http://www.oneidaindiannation.com/home/content/35808979.html>>.
5. J. S. Milloy, *A National Crime: The Canadian Government and the Residential School System, 1879 to 1986*, Winnipeg (Man.), University of Manitoba Press, 2003.
6. D. Neu et R. Therrien, *Accounting for Genocide: Canada's Bureaucratic Assault on Aboriginal People*, Black Point (N.-É.), Fernwood Publishing, 2003.
7. Cabinet du premier ministre du Canada, *Prime Minister Harper Offers Full Apology on Behalf of Canadians for the Indian Residential Schools System* [*Le premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*], mis à jour le 12 juin 2008. Consulté le 28 février 2009. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=2149>>.

8. M. Y. H. Brave Heart, « The Historical Trauma Response Amongst Natives and Its Relationship With Substance Abuse: A Lakota Illustration », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 35, n° 1 (2003), p. 7-13.
9. E. Duran et B. Duran, *Native American Post Colonial Psychology*, Albany (New York), State University of New York Press, 1995.
10. N. Andersson, « Affirmative Challenges in Indigenous Resilience Research », *Pimatisiwin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*, vol. 6, n° 2 (2008), p. 3-6. Consulté le 24 juin 2009. Internet : <http://www.pimatisiwin.com/online/?page_id=219>.
11. I. HeavyRunner et K. Marshall, « 'Miracle survivors:' Promoting Resilience in Indian Students », *Tribal College Journal*, vol. 14, n° 4 (2003), p. 14-19.
12. C. R. Long et K. Nelson, « Honoring Diversity: The Reliability, Validity, and Utility of a Scale to Measure Native American Resiliency », *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 2, n° 1/2 (1999), p. 91-107.
13. G. E. Richardson, « The Metatheory of Resilience and Resiliency », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 3 (2002), p. 307-321.
14. R. McCormick, « The Facilitation of Healing for the First Nations People of British Columbia », *Canadian Journal of Native Education*, vol. 21, n° 2 (1995), p. 251-322.
15. J. A. Archibald et coll., « Creating Transformative Aboriginal Health Research: The BC ACADRE at Three Years », *Canadian Journal of Native Education*, vol. 29, n° 1 (2006), p. 4-11.
16. Indian Residential Schools Truth and Reconciliation Commission, *Backgrounder: Indian Residential Schools Truth and Reconciliation Commission*. Consulté le 24 juin 2009. Internet : <http://www.trc-cvr.ca/28_04_08.html>.
17. R. Ross, *Telling Truths and Seeking Reconciliation: Exploring the Challenges*, M. B. Castellano, L. Archibald et M. DeGagné (dir.), Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2008.
18. E. Hunter et coll., *An Analysis of Suicide in Indigenous Communities of North Queensland: The Historical, Cultural and Symbolic Landscape*, Brisbane (Australie), University of Queensland, Department of Social and Preventive Medicine, 1999.
19. P. Lane et coll., *Mapping the Healing Journey: The Final Report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities*, Ottawa (Ont.), Solliciteur général du Canada et Fondation autochtone de guérison, 2002.

Réflexions sur le bien-être mental des collectivités des Premières Nations et des Inuits

Rolina P. van Gaalen, Patricia K. Wiebe, Kathy Langlois et Eric Costen

Nous sommes des employés non autochtones de Santé Canada. Aussi, nous ne prétendons aucunement avoir rédigé cet article d'un point de vue autochtone. Conformément au mandat de Santé Canada, nous travaillons essentiellement en partenariat avec les collectivités des Premières Nations et des Inuits. (L'encadré ci-dessous fournit de plus amples renseignements.) Les opinions exprimées dans le présent article sont les nôtres; elles ont été développées dans le cadre de ce travail de collaboration. Nous espérons que cet article favorisera un dialogue sur les meilleures façons de créer les conditions nécessaires pour que les collectivités puissent définir et favoriser leur propre bien-être.

La Loi constitutionnelle du Canada (1982) reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens (ou Premières Nations), les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois groupes distincts qui ont leurs propres cultures, langues et traditions politiques et spirituelles.

- Les Premières Nations comprennent les personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens du Canada*. Elles constituent un groupe diversifié d'environ 765 000 citoyens qui vivent dans 603 collectivités des Premières Nations, ainsi que dans les régions rurales et urbaines¹.
- Les Inuits sont un peuple autochtone qui vit dans l'Arctique canadien. Environ 45 000 Inuits vivent dans 53 collectivités de l'Arctique réparties dans quatre régions géographiques : le Nunatsiavut (Labrador), le Nunavik (Québec), le Nunavut et la région désignée des Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest².
- Les Métis sont des personnes d'ascendance mixte indienne et européenne qui se déclarent Métis.

Des services de santé sont dispensés à tous les citoyens canadiens par leur gouvernement provincial ou territorial respectif; la Loi constitutionnelle de 1867 a toutefois chargé le gouvernement fédéral du Canada de la responsabilité des Indiens et des Inuits, et cette responsabilité inclut la prestation de certains services de santé.

Adapté avec la permission de K. Langlois, « First Nations and Inuit Mental Wellness Strategic Action Plan », International Journal of Leadership in Public Services, vol. 4, n° 1 (2008), p. 7-12.

Respect et valorisation des conceptions diverses et distinctes du bien-être mental

En 2006, plus d'un million de Canadiens, soit 3,8 % de l'ensemble de la population, ont déclaré être autochtones³. La majorité des Autochtones (60 %) se sont identifiés comme membres des Premières Nations, 33 % comme Métis et 4 % comme Inuits³. On retrouve, au sein même de ces groupes et entre chacun d'eux, une grande diversité en ce qui concerne les données démographiques, les langues parlées, la représentation régionale, les concentrations urbaines et rurales et, dans le cas des membres des Premières Nations, la vie au sein ou à l'extérieur des réserves³. Si l'on ajoute les variations des contextes actuels et historiques sociaux, économiques, provinciaux et territoriaux, il est évident qu'il ne faut pas présumer que l'ensemble des personnes, des familles et des collectivités autochtones accordent la même signification ou la même importance à leur identité autochtone, ou qu'il existe un point de vue autochtone uniforme sur un sujet quel qu'il soit, y compris le bien-être mental.

Il ne fait pas non plus de doute que bon nombre de personnes, familles ou collectivités des Premières Nations ou des Inuits partagent des opinions, des croyances et des principes directeurs qui sont enracinés dans leurs cultures traditionnelles et continuent à évoluer. De nombreux partenaires membres des Premières Nations et inuits nous ont enseigné que les notions d'équilibre et d'holisme sont à la base de leur conception du bien-être mental, selon laquelle le bien-être repose sur l'équilibre des quatre dimensions de la vie (physique, mentale, spirituelle et émotionnelle). Le holisme fait référence à la conscience et à la sensibilité associées à l'interconnexion de tous les éléments : celle des personnes avec la nature, celles des personnes avec leur parenté et leur collectivité, de même que celle du corps, de l'esprit, du cœur et de l'âme⁴ de chaque personne. Le concept fondamental de l'interconnexion inhérente des personnes, des familles et des collectivités sous-entend que le bien-être de la personne, de la famille et de la collectivité est nécessairement interrelié.

On nous a également enseigné que pour de nombreuses personnes, familles et collectivités des Premières Nations, la roue médicinale, dont il existe des variantes dans d'autres traditions, symbolise la nature cyclique du changement et de la transformation ainsi que l'interconnexion de tous les êtres et de toutes les choses. Cette conceptualisation aide à comprendre le développement humain comme une succession de quatre cycles de vie associés à des tâches développementales spécifiques, notamment l'apprentissage de l'appartenance, l'acquisition de nouvelles compétences et de nouveaux comportements, les services rendus à la famille, à la collectivité et à la nation, ainsi que le don de la sagesse. Les pratiques traditionnelles de guérison sont axées sur le rétablissement de l'équilibre lorsqu'il a été perdu en raison d'une interruption des tâches développementales au cours d'un de ces cycles de vieⁱ.

Bon nombre d'Inuits, peuples nomades il y a quelques générations à peine, considèrent que le bien-être mental est étroitement lié à la relation entretenue avec la terre et les animaux. Pour citer l'aîné inuit Mariano Aupilaarjuk, l'être humain et la terre sont liés l'un à l'autre parce que l'un ne peut survivre sans l'autre... La terre est à ce point importante pour notre vie et notre survie que nous la traitons comme une partie de nous-même⁵ (traduction libre).

i. Bien que ces descriptions fondamentales des concepts de l'équilibre, de l'holisme et de la roue médicinale nous permettent d'illustrer certains traits communs de plusieurs perspectives du monde des Autochtones, elles devraient être reconnues comme étant très simplifiées. Pour des descriptions plus détaillées de ces concepts, entre autres, y compris divers modèles holistiques de guérison, veuillez consulter le manuel ressource de la Fondation autochtone de guérison intitulé *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones* (rédigé par Déborah Chansonneuve, Ottawa, 2005).

Dans le cadre de notre travail avec les partenaires membres des Premières Nations et inuits, nous avons eu le privilège de constater l'importance d'adopter une approche axée sur les points forts. Le bien-être est considéré non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme une expression positive de bien-être et de force apparente chez les personnes, les familles et les collectivités et dans leurs relations entre elles. Les Inuits proposent un excellent exemple de cette conception du bien-être, la Journée mondiale de la prévention du suicide devenant pour eux la journée d'ouverture à la vie au Nunavut, la journée de célébration de la vie au Nunatsiavut et la journée pour profiter de la vie au Nunavik⁶. Par ailleurs, la perspective holistique reconnaît le lien réciproque entre le bien-être mental et le bien-être en général.

Nous pouvons par conséquent considérer comme un « point de vue autochtone » le fait qu'une personne, une famille ou une collectivité est susceptible de percevoir certains de ces concepts holistiques comme fondamentalement importants dans tous les aspects de la vie, y compris le bien-être mental. Cependant, nous reconnaissons aussi la grande diversité des populations membres des Premières Nations et Inuits du Canada et nous nous engageons, dans le cadre de notre travail, à respecter toute la gamme des visions du monde des personnes, des familles et des collectivités.

Promotion des approches de sécurisation culturelle à l'égard du bien-être mental

Au cours des dernières années, des spécialistes du pays ont demandé une augmentation de la disponibilité des soins de santé mentale et des programmes de désintoxication appropriés et adaptés à la culture des collectivités autochtones^{4,7-9}.

Au Canada, l'Organisation nationale de la santé autochtone décrit la sécurisation culturelle en ces termes :

Dans un contexte autochtone, la sécurisation culturelle signifie que l'éducateur, le praticien, le professionnel, qu'il soit autochtone ou non, est en mesure de communiquer de façon compétente avec un patient dans l'environnement social, politique, linguistique, économique et spirituel... La sécurisation culturelle exige de la part des dispensateurs de soins qu'ils soient respectueux de la nationalité, de la culture, de l'âge, du sexe, de l'adhésion politique et des croyances religieuses et de l'orientation sexuelle du patient... Elle nécessite aussi que le dispensateur de soins intègre sa propre culture et ses propres attitudes dans la relation⁸.

Le concept de sécurisation culturelle (voir encadré) peut contribuer à orienter les politiques et les pratiques dans cette direction. Ce concept a été élaboré en Nouvelle-Zélande dans les années 1980 en réponse à l'insatisfaction du peuple maori à l'égard des services infirmiers⁸. Dans le contexte des collectivités des Premières Nations et des Inuits du Canada, les services de sécurisation culturelle reconnaissent explicitement, à titre d'exemple, l'interconnexion des besoins physiques, mentaux, spirituels et émotionnels, ainsi que l'interconnexion des personnes avec leur famille et leur collectivité.

Reconnaissance des injustices sociales et contribution à la réconciliation

Au cours des derniers siècles, les traditions des Autochtones du Canada ont été passablement bousculées en ce qui a trait aux structures sociales, aux relations, aux coutumes, aux systèmes de valeurs et aux langues¹⁰. L'histoire du colonialisme continue encore aujourd'hui à mettre à l'épreuve la résilience des personnes, des familles et des collectivités des Premières Nations et des Inuits.

Par exemple, la politique du gouvernement canadien à l'égard des pensionnats indiens forçait, dans de nombreux cas, les enfants à se séparer de leur famille et de leur collectivité. Dans le but délibéré de forcer l'assimilation, on interdisait aux enfants de parler leur propre langue et d'exercer leurs pratiques culturelles. Bien que certains anciens élèves aient conservé de bons souvenirs des pensionnats, de nombreux autres ont souffert de négligence et de mauvais traitements, y compris de violence physique et d'abus sexuels. Pendant la majeure partie de l'année, les collectivités étaient privées de leurs enfants d'âge scolaire qui, dans certains cas, n'y sont jamais retournés.

En juin 2008, à la Chambre des communes, le premier ministre Stephen Harper a présenté des excuses à l'endroit des anciens élèves des pensionnats indiens au nom du gouvernement du Canada et de tous les Canadiens. Comme le premier ministre l'a formulé : « Le gouvernement reconnaît aujourd'hui que les conséquences de la politique sur les pensionnats indiens ont été très néfastes et que cette politique a causé des dommages durables à la culture, au patrimoine et à la langue autochtones... Les séquelles laissées par les pensionnats indiens ont donné lieu à des problèmes sociaux qui persistent dans de nombreuses collectivités aujourd'hui¹¹ ».

La création de la Commission de vérité et de réconciliation,¹² également en 2008, représente pour la population canadienne en général une occasion et une obligation de prendre part au dialogue dans le cadre du processus de documentation de ce triste chapitre¹¹ de l'histoire de notre pays, d'écouter en gardant l'esprit ouvert, d'en apprendre davantage et de réfléchir à ce sujet, et ce, afin de favoriser la réconciliation et d'entamer une nouvelle ère de collaboration.

Mesures à prendre sur la base des éléments de fait des déterminants sociaux de la santé

Compte tenu de l'interconnexion des personnes et des familles avec leur collectivité, certains éléments du bien-être peuvent être saisis uniquement à l'échelle de la collectivité. Par exemple, la recherche qui s'intéresse particulièrement à la collectivité en tant qu'unité d'analyse portant sur les jeunes des Premières Nations de la Colombie-Britannique, indique une corrélation entre la continuité culturelle au sein des collectivités et une diminution des risques de suicide. On a constaté que les pratiques visant à préserver l'héritage culturel ou à améliorer l'autonomie des collectivités, par exemple les revendications territoriales et la gestion des soins de santé et autres services locaux, sont associées à une diminution des taux de suicide¹³. Cette recherche révèle que les taux de suicide varient considérablement au sein des collectivités des Premières Nations alors que le suicide est pratiquement inconnu dans certaines collectivités. Elle met en évidence le fait que les collectivités des Premières Nations représentent une source inestimable de stratégies efficaces en matière de bien-être mental dont pourraient profiter d'autres collectivités, autochtones ou non, grâce au transfert latéral de connaissances d'une collectivité à l'autre¹⁴.

Les recherches contemporaines en sciences sociales axées sur les déterminants de la santé semblent hautement compatibles avec la conception autochtone de la connaissance. Elles offrent un cadre de travail analytique qui adopte une approche holistique générale face à l'analyse des facteurs sociaux, économiques, politiques, environnementaux ou autres qui ont une incidence sur la santé mentale et le bien-être de la collectivité. Il a été démontré que de nombreuses situations ont des répercussions négatives sur l'état de santé des peuples autochtones du Canada, notamment l'accès à une éducation de qualité, les possibilités d'emploi, les pratiques en matière de santé, la stratification sociale, les réseaux de soutien social, les rôles et les relations hommes-femmes, les conditions de logement et les logis surpeuplés, l'exposition aux contaminants et risques environnementaux, ainsi que la nutrition^{7, 15, 16}. À l'échelle internationale, Santé Canada travaille en collaboration avec un certain nombre d'organisations gouvernementales et non gouvernementales du domaine du bien-être des collectivités des Premières Nations et des Inuits. À titre d'exemple, notre ministère collabore avec l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation panaméricaine de la santé dans le but d'améliorer notre compréhension des déterminants de la santé et des politiques et pratiques à l'appui du bien-être individuel et collectif.

Des travaux, effectués dans le but d'intégrer une perspective historique à l'analyse des déterminants de la santé, posent en principe que le stress post-traumatique découlant de la perte de la culture et d'un traumatisme historique et intergénérationnel constitue un déterminant important des disparités en matière de santé entre les peuples autochtones et non autochtones. Ce principe sous-entend que la santé mentale est une condition préalable au bien-être en général et que la guérison repose sur un modèle holistique de prestation des soins de santé¹⁷.

Soutien du développement et du contrôle de la collectivité : le processus est le produit

Aujourd'hui, nous avons l'occasion d'opérer un changement qui donnera à notre histoire collective une nouvelle orientation, en collaborant étroitement avec les partenaires des Premières Nations et inuits et en s'assurant que notre travail reflète les valeurs et les pratiques des personnes, des familles et des collectivités autochtones. Dans le cadre du travail avec les membres des Premières Nations et les Inuits, le processus est le produit¹⁸. En d'autres termes, le processus d'engagement fait partie intégrante du produit final de l'engagement. Le fait même d'inclure les personnes, les familles, les collectivités et les organisations dans le processus d'amélioration des résultats pour la santé entraîne une amélioration des résultats pour la santé.

En 2005, Santé Canada a mis sur pied le Comité consultatif sur le bien-être mental des Premières Nations et des Inuits, coprésidé par l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami. Le Comité consultatif sur le bien-être mental se compose de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux et non gouvernementaux, ainsi que de spécialistes inuits et des Premières Nations du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Il a élaboré un plan d'action stratégique visant à améliorer les résultats pour le bien-être mental à l'intention de membres des Premières Nations et des Inuits, lequel était axé sur cinq priorités (voir encadré). Les mesures prises illustreront le rôle de plus en plus important que joue la culture dans les programmes en matière de santé et s'efforceront de maximiser l'engagement de la collectivité, de miser sur les forces existantes de la collectivité et de soutenir le renforcement continu des capacités.

D'autres organisations gouvernementales ou non gouvernementales mettent de plus en plus l'accent sur la collaboration et la facilitation en favorisant des occasions d'autonomisation des collectivités. La signature du British Columbia Tripartite Health Plan en 2007 représente un grand pas vers la gestion des services de santé par les Premières Nations. Cette entente conclue entre le First Nations Leadership Council, la province de la Colombie-Britannique et le gouvernement du Canada témoigne d'une vision commune de collaboration, dans le cadre du développement et de la mise en œuvre de programmes et de services de santé. L'élément central du plan est la création d'une nouvelle structure de gouvernance qui donnera davantage de contrôle aux Premières Nations et améliorera l'intégration des services de santé²⁰.

Les cinq priorités ciblées par le Comité consultatif sur le bien-être mental sont les suivantes : 1) offrir une gamme de services à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits, et offerts par eux, qui tiennent compte des approches traditionnelles, culturelles et courantes; 2) améliorer le développement et le partage des connaissances traditionnelles et courantes; 3) soutenir le développement de la collectivité; 4) améliorer les connaissances, les compétences et le recrutement, ainsi que le maintien du bien-être mental et des ressources humaines aptes à dispenser des services et du soutien efficaces et adaptés à leur culture; 5) préciser et renforcer les liens de collaboration entre les services de santé mentale, les services de toxicomanie et les services sociaux connexes, et entre les services fédéraux, provinciaux, territoriaux et ceux offerts par les membres des Premières Nations et les Inuits¹⁹.

Conclusion

La façon dont les membres des Premières Nations et les Inuits abordent la connaissance, le bien-être et la guérison, qui a évolué pendant des milliers d'années, a subi des changements considérables au cours des derniers siècles. Néanmoins, les concepts fondamentaux qui englobaient une vision cohésive du monde ont persisté dans bon nombre de collectivités des Premières Nations et inuits, et reviennent dans d'autres. Les populations autochtones de ce pays ont toujours été diversifiées et continuent de l'être; les personnes, les familles et les collectivités trouvent un sens à leur culture traditionnelle à divers degrés et de diverses façons. Les services de santé élaborés, mis en oeuvre et évalués en partenariat avec les collectivités des Premières Nations et des Inuits doivent donc tenir compte de diverses perspectives.

Nous sommes d'avis que la guérison, et plus particulièrement la compréhension de la façon dont l'histoire a ébranlé l'harmonie chez les personnes, les familles et les collectivités, sont essentielles au bien-être et doivent absolument être prises en considération par les responsables de l'élaboration des politiques en matière de santé. De plus, l'autonomisation des familles et des collectivités, ainsi que les résultats probants de l'étude d'une vaste gamme de déterminants de la santé offrent de grandes possibilités du fait qu'ils favorisent le bien-être, y compris le bien-être mental, au sein des collectivités des Premières Nations et des Inuits.

Nous aimerions remercier nos collègues de Santé Canada, Devonna Côté, Al Garman et Dawn Walker, pour leur contribution à cet article, ainsi que Michelle Kovacevic et Onalee Randell, également de Santé Canada, et Jonathon Thompson de l'APN pour la révision des premières versions.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels les auteurs sont associés, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Assemblée des Premières Nations, *Fact Sheet—First Nations Populations*. Consulté le 17 février 2009. Internet : <<http://www.afn.ca/article.asp?id=2918>>.
2. Inuit Tapiriit Kanatami, *Inuit Tapiriit Kanatami: About ITK*, 2009. Consulté le 17 février 2009. Internet : <<http://www.itk.ca/About-ITK>>.
3. Statistique Canada, *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census [Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006]*, Ottawa (Ont.), Ministre de l'Industrie, 2008, n° 97-558-XIE au catalogue.

4. Fondation autochtone de guérison, *Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People—A Resource Manual* [Retisser nos liens : comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones — un manuel ressource], Ottawa (Ont.), FADG, 2005.
5. M. Aupilaarjuk, cité dans *Uqalurait: An Oral History of Nunavut*, J. Bennett et S. Rowley (dir.), Montréal (Qc), McGill-Queen's University Press, 2004.
6. Inuit Tapiriit Kanatami, *Inuit Groups Embrace, Celebrate and Live Life*, 9 septembre 2007. Consulté le 17 février 2009. Internet : <<http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-groups-embrace-celebrate-and-live-life>>.
7. B. Mussell, K. Cardiff et J. White, *The Mental Health and Well-Being of Aboriginal Children and Youth: Guidance for New Approaches and Services*, Chilliwack et Vancouver (C.-B.), The Sal'í'shan Institute et University of British Columbia, 2004.
8. Organisation nationale de la santé autochtone, *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*, Ottawa (Ont.), ONSA, 2008.
9. J. B. Waldram, D. A. Herring et T. K. Young, *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 2006.
10. O. P. Dickason, *Canada's First Nations: A History of the Founding Peoples From Earliest Times*, New York (New York), Oxford University Press, 2002.
11. Cabinet du premier ministre du Canada, *Prime Minister Harper Offers Full Apology on Behalf of Canadians for the Indian Residential Schools System* [Le premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens], mis à jour le 12 juin 2008. Consulté le 28 février 2009. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=2149>>.
12. Commission de vérité et de réconciliation relative aux pensionnats indiens, *Backgrounder : Indian Residential Schools Truth and Reconciliation Commission* [Documentation : Commission de vérité et de réconciliation relative aux pensionnats indiens]. Consulté le 24 juin 2009. Internet : <http://www.trc-cvr.ca/28_04_08.html>.
13. M. J. Chandler et C. E. Lalonde, « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1998), p. 191-219.
14. M. J. Chandler, « Cultural Continuity and Gradients of Success in Indigenous Communities », exposé présenté à la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2008.
15. J. Smylie, « The Health of Aboriginal Peoples », *Social Determinants of Health*, D. Raphael (dir.), Toronto (Ont.), Canadian Scholars' Press, 2009, p. 280-301.

16. K. A. Scott, « Balance as a Method to Promote Healthy Indigenous Communities », *Canada Health Action: Building on the Legacy. Determinants of Health: Settings and Issues*, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998, p. 147-191.
17. T. L. Mitchell et D. T. Maracle, « Healing the Generations: Post-Traumatic Stress and the Health Status of Aboriginal Populations in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 2, n° 1 (2005), p. 14-23.
18. Santé Canada, *Linking Communities and Research: First Nations and Inuit Suicide Prevention—Report From a Gathering on Improving Collaboration*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2006.
19. Mental Wellness Advisory Committee, *First Nations and Inuit Mental Wellness Strategic Action Plan*, Ottawa (Ont.), Mental Wellness Advisory Committee, 2007.
20. Gouvernement du Canada, gouvernement de la Colombie-Britannique et First Nations Leadership Council, *Tripartite First Nations Health Plan*, Vancouver (C.-B.), Gouvernement du Canada, gouvernement de la Colombie-Britannique et First Nations Leadership Council, 2007.

Loi ancestrale et santé mentale dans les collectivités

Patricia June Vickers, Ph. D.

Patricia June Vickers, conseillère en ethnologie, possède plus de 20 années d'expérience professionnelle dans les domaines de l'éducation, de la santé mentale, de la résolution de conflits et du renforcement des capacités. Elle met l'accent sur l'intégration de la loi ancestrale pour favoriser des changements positifs au sein des collectivités des Premières Nations et des provinces et territoires qui entretiennent des relations avec elles.

En tant que conseillère clinicienne Ts'msyen (s'écrit également Tsimshian), il n'est pas toujours facile d'évaluer l'état de bien-être de la population à laquelle j'appartiens. Par exemple, en 2007-2008, un hôpital d'une région du nord-ouest de la Colombie-Britannique dont les clients sont principalement des membres des Premières Nations a géré à lui seul plus de 100 tentatives de suicide¹. À partir de cette statistique, on pourrait conclure que la santé mentale dans la région du nord-ouest de la Colombie-Britannique a atteint un niveau critique. Cependant, ce serait nier le pouvoir de la loi ancestrale (Ayaawx) de changer les choses que de tirer une telle conclusion.

Les excuses que le premier ministre Stephen Harper a présentées le 11 juin 2008² ont finalement tiré de l'oubli une histoire d'oppression culturelle et de violence contre les enfants autochtones dans les pensionnats indiens. Les excuses officielles ont mis au grand jour les injustices commises dans l'histoire du Canada. Bien que notre souffrance ait été manifeste et continue de l'être, les raisons de cette souffrance sont demeurées cachées à la conscience collective nationale. Les effets de la *Loi sur les Indiens*, la perte de territoires, les atrocités commises dans les pensionnats et la ségrégation sociale sont tous des événements discriminatoires de l'histoire du Canada, mais ils sont absents de la plupart des programmes d'enseignement de niveau secondaire. Le discours colonial qui présente l'Autochtone comme une bête problématique et un sauvage incapable de décider de son avenir³ reflète une croyance profonde que les universitaires autochtones subissent depuis trois décennies. Dans les établissements postsecondaires, l'information historique est souvent présentée d'un point de vue européen plutôt qu'autochtone. Vine Deloria Jr., un universitaire sioux de la tribu Standing Rock, s'exprime ainsi au sujet de la discrimination dans les établissements postsecondaires :

Les sciences sociales, dans l'ensemble, ont vu d'un très mauvais œil que les Autochtones deviennent professeurs ou qu'ils exposent la culture qu'ils représentent. Par conséquent, bien peu d'Autochtones sont en mesure de traduire le discours autochtone en concepts qui soient immédiatement reconnus par les universitaires anglais comme une explication qui mérite d'être prise en compte.⁴

Accepter la réalité de la discrimination opprimante au Canada, c'est choisir de ne plus cacher la honte, l'injustice et la violence. L'acceptation de l'oppression permettra éventuellement de transformer cette oppression en liberté. Selon Paulo Freire⁵, il est possible de transformer l'oppression par la réflexion et par des mesures d'action.

Pour entretenir de véritables relations d'aide avec les clients autochtones, il faut étudier l'histoire de ce « malaise » qu'est l'oppression culturelle au Canada. L'oppression est une manifestation de ce malaise causé par la dominance injuste et elle doit être traitée comme tel de façon vigoureuse. La première mesure consiste à définir l'incidence de l'oppression culturelle sur les Autochtones du Canada; la deuxième, à en déterminer l'incidence sur la collectivité, la famille et la vie personnelle des clients autochtones; la troisième, mais non la dernière, à relier des comportements⁶ comme l'alcoolisme, la toxicomanie, la rage et la négligence à la déshumanisation qu'on associe à l'oppression culturelle. Entre autres mesures, il faut continuer d'affronter les établissements d'enseignement et de les orienter vers les épistémologies et les points de vue autochtones.

Selon l'épistémologie Ts'msyen, le cœur est au centre de la réalité de chacun, et l'état du cœur représente le bien-être de chacun. En Sm'algyax, le cœur (« goot ») désigne un lieu de puissance qui contient et produit de l'énergie. Le cœur, par exemple, peut être malade, triste, seul, heureux, effrayé et rempli (de nombreuses bénédictions inexprimables). En tant qu'Autochtones, il nous faut envisager le problème caché qu'est la colonisation intériorisée : la souffrance que nous nous infligeons en raison de nos croyances dévalorisantes. Par exemple, mon père est un descendant des nations Ts'msyen, Heiltsuk et Haida et ma mère est d'origine anglaise; ses parents ont immigré au Canada. Étant donné que j'ai manifestement l'apparence physique d'une Autochtone, j'ai été l'objet de discrimination à différents moments et à divers endroits. La discrimination la plus préjudiciable dont j'ai été victime, cependant, a été mon sentiment conditionné d'infériorité qui est inhérent à la dynamique de l'oppression. Le sentiment d'infériorité que j'éprouvais en raison de mon ethnicité ne se limitait pas à moi-même. Sans le vouloir, je percevais les autres Autochtones comme inférieurs aux personnes d'origine européenne. Au départ, j'ai été déconcertée lorsque j'ai pris conscience de ce conditionnement, mais le fait de comprendre que l'oppression est une condition humaine m'a incité à changer et à faire preuve d'ouverture, d'honnêteté et de respect. Or, l'ouverture et l'honnêteté et le respect se développent par la discipline et la pratique continues, ce qui comprend la méditation, la réflexion, l'absence de jugement, l'acceptation et le désir d'en savoir plus sur les ressources de la culture autochtone.

Loomsk, qui peut être traduit par « respect », est constamment au cœur de la loi ancestrale (Ayaawx) des nations autochtones Ts'msyen, Nisga'a et Gitksan. Sans le respect de soi, des autres et de la terre, une personne est perdue ou déséquilibrée sur le plan spirituel. La discrimination, l'oppression culturelle, l'oppression intériorisée, la conduite désordonnée, la violence et la négligence sont tous des symptômes du déséquilibre spirituel. On peut observer le sens véritable de l'Ayaawx à la suite du décès d'un être aimé. Les nations Ts'msyen, Nisga'a et Gitksan sont des sociétés matriarcales composées de quatre tribus distinctes (Aigle, Corbeau, Épaulard et Loup) dont les couples mariés viennent de deux tribus différentes. Au moment du décès, la famille du père nourrit les personnes en deuil, achète le cercueil, habille le défunt, aide la famille quant aux dispositions funéraires et commémoratives et offre un soutien compatissant. Lorsque mon père est décédé en avril 2007, la tribu de l'Épaulard a soutenu avec force ma fratrie et moi-même le temps que toutes les dispositions nécessaires soient prises. La force compatissante et respectueuse exprimée par un soutien actif ne fait pas qu'appuyer les personnes en deuil dans le présent; le respect de l'Ayaawx relie chaque participant à la sagesse des ancêtres.

Il est possible d'accroître la force efficace et directrice de la loi ancestrale au moyen des cérémonies de prière traditionnelles qui relient la personne à la terre et au monde surnaturel. Comme nous l'ont enseigné nos ancêtres, on peut dévoiler l'inconnu par des actes cérémoniels intentionnels. Selon la D^{re} Lori Arviso-Alvord, chirurgienne navajo, les besoins humains doivent être traités en termes tant scientifiques que spirituels^{7, 8}. Dans chaque nation autochtone, une loi ancestrale établit le protocole à suivre pour rétablir et maintenir l'équilibre spirituel. Les professionnels de la santé peuvent aider activement les collectivités autochtones à accéder aux ressources de leur loi ancestrale. En 2005, Nuxalk Health and Wellness m'a invité dans sa collectivité pour examiner le problème du suicide. Il a fallu d'abord rencontrer les employés d'aide afin de déterminer s'ils avaient des antécédents personnels liés à des tentatives de suicide. La deuxième tâche a été de rencontrer, avec le conseiller en toxicomanie et en alcoolisme de la Nation Nuxalk, les aînés de la collectivité qui pouvaient nous orienter quant à la façon de rétablir l'équilibre spirituel des employés ayant un passé de tentatives de suicide. La troisième tâche a été de suivre les étapes nécessaires dictées par les matriarches de la collectivité pour aider les employés à retrouver un équilibre spirituel. Il a fallu, entre autres, rassembler des branches de cèdre, des bandes de tissu rouge et des couvertures, et demander à un chef d'accomplir la cérémonie de fumée qui aide les personnes ayant un passé de tentatives de suicide à se libérer du passé et à aller de l'avant, en choisissant le respect de soi et de la vie. À la suite de la cérémonie, les personnes craignaient moins d'aborder les pensées suicidaires avec les adolescents de la collectivité et elles étaient prêtes à utiliser leur histoire personnelle comme exemple.

Un processus et un protocole distincts permettent de régler chaque conflit dans les collectivités autochtones d'une manière profitable pour tous. Les mesures intentionnelles prises par les professionnels de la santé autochtones et non autochtones permettent d'accéder à la loi ancestrale pour amorcer un changement positif et rétablir l'équilibre spirituel.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels l'auteure est associée, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. A. Johal, *Native Youth Suicides in Canada Reach Crisis Rate*, 12 décembre 2007. Consulté le 23 février 2009. Internet : <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=40448>>.
2. Cabinet du premier ministre du Canada, *Prime Minister Harper Offers Full Apology on Behalf of Canadians for the Indian Residential Schools System* [Le premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens], mis à jour le 12 juin 2008. Consulté le 28 février 2009. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=2149>>.
3. D. Neu et R. Therrien, *Accounting for Genocide: Canada's Bureaucratic Assault on Aboriginal People*, Black Point (N.-É.), Fernwood Publishing, 2003.
4. V. Deloria Jr., « Anthros, Indians, and Planetary Reality », *Indians and Anthropologists: Vine Deloria, Jr., and the Critique of Anthropology*, T. Biolsi et L. Zimmerman (dir.), Tucson (Arizona), University of Arizona Press, 1997.
5. P. Freire, *Pedagogy of the Oppressed* [Pédagogie des opprimés], New York (New York), Continuum, 1995.
6. P. Chödrön, *Getting Unstuck: Breaking Your Habitual Patterns & Encountering Naked Reality* (CD-ROM), Boulder (Colorado), Sounds True, 2005.
7. National Centre for Complementary and Alternative Medicine, « Perspective », *Focus on Complementary and Alternative Medicine*, vol. XIV, n° 3 (2007). Consulté le 19 octobre 2008. Internet : <http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2007_summer/perspective.htm>.
8. L. Alvord et E. C. Van Pelt, *The Scalpel and the Silver Bear: The First Navajo Woman Surgeon Combines Western Medicine and Traditional Healing*, New York (New York), Bantam, 1999.

Ours polaires et épilobes à feuilles étroites

Charles Brasfield, M. D., Ph. D., FRCPC

Charles Brasfield est psychiatre et psychologue. Il s'intéresse depuis longtemps aux collectivités des Premières Nations. Il est directeur d'une clinique privée de traitement du stress et de l'anxiété (North Shore Stress and Anxiety Clinic) à North Vancouver, en Colombie-Britannique. Il offre également des services de psychiatrie aux collectivités de la côte centrale, soit celles de Bella Bella et de Bella Coola, au moyen de la télémédecine. Il se rend également en avion dans les collectivités pour des consultations et des traitements en personne. Il a œuvré à la faculté de médecine clinique de l'Université de la Colombie-Britannique et il continue d'être membre du personnel invité de l'hôpital Lions Gate de North Vancouver.

Des collectivités en bonne santé mentale

On m'a demandé d'écrire un article de réflexion du point de vue des peuples autochtones. Je suis heureux de le faire, mais d'entrée de jeu je tiens à préciser que je ne suis pas d'origine autochtone. En fait, je suis psychiatre et psychologue et j'ai fourni des services de santé mentale à un certain nombre de collectivités des Premières Nations en Colombie-Britannique.

Des centaines voire des milliers d'articles ont déjà été écrits à ce sujet. Les auteurs de nombreux articles ont été séduits par la facilité de trouver une pathologie au sein des collectivités autochtones. Je vais plutôt me concentrer sur certains concepts positifs essentiels.

Collectivité

La « collectivité » désigne de toute évidence une certaine expérience commune qu'il est possible de définir. S'il est vrai que les cafards et les êtres humains ont bien des choses en commun, ils partagent peu d'expériences communes. Aussi la communication apparaît-elle comme l'un des éléments essentiels à partager pour définir une collectivité. Nous parlerons donc des collectivités de langue. Or même ce concept est trop général. Bien que l'on puisse soutenir que l'anglais est la langue la plus parlée sur la planète, il est peu probable que des locuteurs natifs de St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador, de Mumbai, en Inde et d'Atlanta, en Géorgie puissent facilement communiquer entre eux. Ce n'est donc pas la langue officielle qui compte, mais plutôt la langue partagée par l'intermédiaire de la culture. Cela est particulièrement vrai pour les collectivités des Premières Nations qui ont de la difficulté à préserver leurs langues. Certaines langues autochtones permettent particulièrement d'exprimer des concepts culturels avec élégance. Je connais une langue qui permet, à l'aide d'un seul mot, d'exprimer le concept de « s'asseoir et de parler assez longtemps à des personnes pour savoir qui elles sont en réalité ». Évidemment, la simple prononciation du mot exprime beaucoup plus que la signification littérale du mot. Un mot suffit pour dépeindre la culture même.

Par ailleurs, les collectivités des Premières Nations font habituellement allusion à un emplacement géographique. En général, cet emplacement se trouve dans un territoire traditionnellement occupé par les ancêtres de la génération actuelle. Des significations culturelles précises peuvent être associées aux caractéristiques géographiques, comme une montagne ou un lac, ainsi qu'à la faune et la flore qui composent la géographie d'une collectivité. L'ours polaire et l'épilobe à feuilles étroites pourraient bien revêtir une grande signification culturelle.

Membres des collectivités

Dans chaque collectivité, des rituels permettent de souligner le départ d'un membre et l'arrivée d'un nouveau. La plupart des personnes sont accueillies dans une collectivité parce qu'elles sont nées d'un parent qui en est membre et qu'elles ont survécu assez longtemps pour être présentées à la collectivité comme nouveau membre. La durée du temps qu'un bébé doit avoir survécu et la façon dont il est présenté à la collectivité varient. Il est possible qu'une fête soit organisée, qu'un nom soit donné. De la même façon, les personnes qui ne sont pas nées d'un parent de la collectivité peuvent être autorisées à en devenir membre. Dans ces cas, il est souvent obligatoire que la personne désignée soit non seulement présentée à la collectivité, mais aussi autorisée à devenir membre d'une famille particulière de la collectivité. Donc, elle est adoptée. Encore une fois, le fait de reconnaître l'appartenance d'une personne à la collectivité constitue une expression de la culture.

De même, c'est généralement lors de son décès qu'une personne quitte la collectivité. Cependant, la reconnaissance du décès nécessite souvent une expression du deuil appropriée sur le plan culturel, une forme de rituel avec les autres membres de la collectivité, et peut-être un festin. À la suite du décès, les membres survivants de la famille doivent souvent accomplir des rituels, comme faire brûler de la nourriture à l'intention de l'esprit qui entre dans une nouvelle phase ou exposer à la fumée les biens qui seront distribués dans la collectivité ou la famille. Là encore, chaque activité se veut une expression de la collectivité et de la culture.

Santé mentale dans les collectivités

Une collectivité en bonne santé mentale partage donc une même langue et des expériences communes lorsqu'il s'agit de laisser partir un membre et d'en accueillir un nouveau. Dans la mesure où la collectivité dispose d'un ensemble de comportements associés à ces situations et d'une langue pour exprimer la signification de ces comportements et l'interaction entre eux, on peut considérer qu'elle est relativement en bonne santé mentale. Si la langue est fragmentée ou perdue, en particulier si des concepts linguistiques sont perdus, la collectivité devient vulnérable à la détresse.

Les collectivités des Premières Nations entretiennent un lien étroit avec la terre. Donc, une collectivité des Premières Nations en bonne santé mentale est établie sur des terres traditionnelles, partage une langue conceptuelle commune et a conservé un éventail de rituels adéquats liés à l'arrivée d'une personne dans la collectivité et à son départ. Des rituels sont aussi appropriés aux rites de passage comme la puberté, le mariage, le divorce et l'adoption.

Par ailleurs, le fait de toucher un revenu continu contribue à la bonne santé mentale de la collectivité, ce qui peut se faire au moyen d'activités traditionnelles comme la chasse, la pêche ou la production d'œuvres d'art. L'établissement d'un flux monétaire ne s'applique pas aux profits générés à court terme par la vente de minéraux et d'autres ressources. En effet, il peut être aussi destructeur d'avoir trop d'argent que de ne pas en avoir du tout.

Pour que les collectivités préservent une bonne santé mentale, il est important qu'elles disposent d'un moyen de transmission des concepts linguistiques (et peut-être de la langue en soi), de rituels qui conviennent à la culture et de façons de maintenir un flux monétaire continu d'une génération à l'autre. Ces facteurs dépendent des mécanismes par lesquels les aînés peuvent communiquer leur expérience aux générations plus jeunes et de moyens quelconques d'établir la valeur de l'expérience. Les rituels de la collectivité permettent aux générations plus jeunes d'apprendre.

Pour la plupart des collectivités des Premières Nations, la distinction n'est pas si nette entre la santé physique et la santé mentale comme elle peut l'être dans la médecine allopathique occidentale. Dans ces collectivités, on estime souvent que l'anxiété et la dépression sont des états de santé dont les conséquences se rapprochent de celles de l'infection, de la blessure ou de la mauvaise alimentation. En médecine occidentale, on constate de plus en plus que les Autochtones ont peut-être raison depuis le début. Étant donné que les collectivités ont délaissé leur alimentation de subsistance traditionnelle pour consommer de plus en plus d'aliments transformés et emballés, leurs membres souffrent davantage d'obésité et développent plus de maladies, ce qui peut être directement ou indirectement attribuable à la colonisation.

La colonisation a également amené chez les membres de collectivités la vulnérabilité à des substances dont il est facile d'abuser comme l'alcool et le tabac. Ce n'est pas l'usage traditionnel du tabac comme moyen de communiquer avec les esprits, de ratifier des ententes et d'officialiser les interactions sociales qui a mené à l'usage abusif des cigarettes préemballées. Ce n'est pas non plus la capacité de brasser une quelconque sorte de bière qui a mené à l'intoxication alcoolique que provoque l'alcool éthylique. Ces deux substances sont maintenant si toxiques et enracinées dans de nombreuses collectivités qu'il est possible d'évaluer un aspect de la santé mentale d'une collectivité en regardant dans quelle mesure l'abus de ces substances est géré et évité.

Enfin, pour être en bonne santé mentale, les collectivités autochtones ont besoin d'un gouvernement en bonne santé mentale, tant dans la structure communautaire que dans l'ensemble du gouvernement. Les collectivités sont généralement conscientes de l'importance de la langue et des concepts linguistiques, des rituels, du revenu stable, de la saine alimentation et de la gestion de l'abus d'alcool ou d'autres drogues. En outre, elles sont habituellement plutôt conscientes des valeurs et des activités traditionnelles. Les grandes structures gouvernementales peuvent soutenir ces collectivités en étant tout aussi conscientes et respectueuses de ces valeurs et de ces activités.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels l'auteur est associé, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Des collectivités en bonne santé mentale : la diversité et ses complexités

Jonathan Dewar

Directeur de la recherche
Fondation autochtone de guérison

Jonathan Dewar est directeur de la recherche à la Fondation autochtone de guérison (FADG). Il a été directeur du Centre des Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone et directeur exécutif fondateur de la Qaggiq Theatre Company à Iqaluit, au Nunavut. Il possède de l'expérience en matière de recherches et de politiques gouvernementales et non gouvernementales sur divers sujets liés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, notamment les arts et le bien-être, la législation linguistique et la promotion de la langue, la justice et la prévention du crime, les problèmes sociaux chez les jeunes ainsi que les revendications territoriales. M. Dewar est d'ascendance mixte; il a des ancêtres écossais et français ainsi que des ancêtres canadiens de la Nation huronne-wendat. Il termine actuellement un doctorat en études canadiennes.

Au cours de ma carrière relativement courte, j'ai eu l'énorme chance de connaître et d'explorer les concepts de la santé et du bien-être, surtout dans le contexte des collectivités, dans le cadre de diverses expériences et divers environnements autochtones. J'ai actuellement le privilège de travailler pour la Fondation autochtone de guérison à titre de directeur de la recherche, où je suis les traces du regretté et estimé Gail Guthrie Valaskakis et d'un réseau stimulant d'universitaires autochtones et non autochtones. J'y explore des questions liées à la guérison en milieu communautaire en réponse aux séquelles laissées par les pensionnats au Canada.

D'autres auteurs décriront sans aucun doute à quel point il peut être complexe de tenter de définir la collectivité autochtone et la diversité des expériences des Premières Nations, des Inuits et des Métis. L'une de ces complexités, paradoxalement, a trait au stéréotypage des visions du monde des Autochtones et aux éléments inhérents d'holisme, de complétude et d'interdépendance, où résident les notions de collectivité. Il s'agit, bien sûr, de concepts qu'il vaut la peine de répéter, mais qui méritent surtout d'être reconnus pour ce qu'ils sont et d'être soigneusement pris en considération. Or ces importants concepts ressemblent souvent à des propos rebattus, surtout dans le cas des réponses automatiques aux questions touchant la santé des Autochtones : Des services offerts aux peuples autochtones? Oui! La reconnaissance de leur approche holistique en matière de santé et de bien-être? Oui!

Selon le troisième volume du rapport final de la FADG intitulé *Pratiques de guérison prometteuses dans les collectivités autochtones*, on aborde peu la valeur de l'approche holistique pour la guérison dans le domaine de la santé des Autochtones. Le concept de complétude se situe tout de même au cœur de la vision du monde autochtone. L'approche holistique va au-delà de l'individu; elle comprend également les relations avec la famille et la collectivité et leurs répercussions¹. Dans un esprit de réconciliation, on pourrait inclure la notion de collectivité dans la vaste collectivité canadienne; les collectivités autochtones en bonne santé contribuent à maintenir le Canada en santé.

En 2007, la FADG a reçu des fonds de guérison supplémentaires de 125 millions de dollars de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens, ce qui lui a permis de prolonger son mandat jusqu'en mars 2012. La FADG se voulait un écho positif des points de vue autochtones. Son premier mandat consistait à lancer une consultation et une recherche afin de mieux comprendre les processus actuels de guérison des personnes et des collectivités. La vision et les valeurs de la fondation témoignent de l'importance accordée à l'holisme.

Vision

Dans notre vision d'avenir, ceux qui ont été affectés par les abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats ont confronté les expériences traumatisantes qu'ils ont vécues et ont guéri une grande partie de leurs blessures. Ils ont brisé le cycle des abus et ont développé de manière significative leurs capacités aux niveaux individuel, familial, communautaire et national, jetant ainsi les bases d'un plus grand bien-être pour eux-mêmes et les générations futures².

Valeurs

Nous privilégions une approche holistique, propice à la guérison, la réconciliation et l'autodétermination. Nous nous engageons à cibler toutes les formes et manifestations directes ou indirectes des abus et de leurs répercussions intergénérationnelles en nous appuyant sur la force et la détermination des peuples autochtones.

Nous encourageons les approches concentrées sur les besoins de guérison des personnes, des familles et de l'ensemble de la communauté autochtone. Nous considérons que la prévention des abus ainsi que le processus de réconciliation entre victimes et abuseurs, entre peuples autochtones et autres Canadiens sont des facteurs cruciaux pour la santé et la prospérité des collectivités.

En investissant de manière stratégique les ressources qui nous ont été confiées et en contribuant à établir un climat sécurisant caractérisé par la confiance, la compréhension et la bonne volonté, nous générons les ressources et les moyens qui nous permettront d'appuyer les autochtones, qu'ils soient Métis, Inuits ou des Premières Nations, vivant sur et hors réserve, inscrits ou non inscrits. Nous les encourageons ainsi à s'engager pleinement dans des démarches de guérison aptes à répondre efficacement aux besoins et circonstances diversifiés de nos communautés².

La notion de la réconciliation chez les peuples autochtones, entre les peuples autochtones et les autres Canadiens et au sein des collectivités et des groupes confessionnels est une importante priorité, encore aujourd'hui, dans notre paysage post-colonisation. Comme l'affirment les rédacteurs du rapport *De la vérité à la réconciliation, Transformer l'héritage des pensionnats*, « un processus de réconciliation remédiant efficacement aux incidences des pensionnats peut devenir un tournant décisif pour la relation entre les Autochtones et tous les Canadiens »³. Ce recueil d'essais a été publié en mars 2008, en même temps que le document *Remembering the Children: An Aboriginal and Church Leaders' Tour to Prepare for Truth and Reconciliation*⁴. Depuis, on a lancé la Commission de vérité et de réconciliation et le premier ministre Stephen Harper a présenté des excuses officielles aux anciens élèves des pensionnats autochtones à la Chambre des communes⁵.

Toutefois, la FADG a également déclaré qu'un mécanisme de compensation fait maintenant partie du processus de traitement des abus des pensionnats. Toutefois, ces approches ne tiennent pas compte de la guérison à long terme nécessaire au renouvellement des relations entre Canadiens autochtones et non autochtones. Pour la majorité des survivants, le processus de compensation entrave ou retarde considérablement la guérison dont ils ont grandement besoin. Par ailleurs, les coûts du processus actuel ne cessent d'augmenter. En raison des délais de la compensation, des dizaines de milliers d'Autochtones vivent dans des conditions stressantes intolérables qui, tôt ou tard, pourraient entraîner une crise de guérison. Grâce à son mode de financement fixe, la FADG appuie les projets primaires qui visent à répondre aux besoins de guérison de milliers de survivants, de leurs familles et de leurs descendants⁶.

Bien que la valeur et même la centralité de l'holisme dans la santé et le bien-être des Autochtones attirent peu l'attention, on discute beaucoup sa complexité, un sujet que la FADG et ses partenaires ont étudié en détail au cours de la dernière décennie. Prenons, par exemple, la déclaration de James Waldram dans l'introduction du rapport *La guérison autochtone au Canada : études sur la conception thérapeutique et la pratique* :

[Dans] un centre de consultation externe en milieu urbain, les programmes thérapeutiques efficaces doivent être en mesure de répondre aux besoins d'un grand nombre d'Autochtones : des personnes d'héritages culturels différents; des personnes n'ayant jamais vécu en milieux culturels autochtones, aussi bien que des personnes qui y sont plongées; des personnes qui ne parlent pas leur langue autochtone comme celles qui la parlent couramment; des personnes n'ayant pas de connaissance, ni d'expérience, des traditions spirituelles que les programmes de cette nature mettent au premier plan, tout aussi bien que des personnes ayant ce bagage; également des personnes de croyance chrétienne cheminant côte à côte avec celles pratiquant la spiritualité autochtone et les autres qui ne prennent part à aucune croyance spirituelle. C'est une œuvre de taille. Le fait que bon nombre des projets examinés dans le cadre de notre recherche étaient ouverts à des clients de différentes traditions culturelles autochtones renforce l'idée qu'un modèle unique, simple, uniformisé, ne tient pas la route⁷.

À la lumière de l'évaluation des rapports de projets financés par la FADG, il est évident que l'inclusion d'éléments des pratiques culturelles peut avoir des répercussions positives mesurables. Ces pratiques comprennent les activités axées sur la collectivité, comme les banquets et les cérémonies en l'honneur des personnes et des collectivités touchées. Ce fait est particulièrement vrai dans le cas des personnes qui ont connu des traumatismes graves et qui se sont efforcées d'oublier ces expériences ou d'éviter des situations qui risqueraient de raviver ces souvenirs. Dans ces cas, le fait d'aborder le sujet des pensionnats et d'informer les gens des répercussions de ces expériences, par des cérémonies ou autres activités culturelles, peut les aider à vaincre leur déni, à créer un sentiment de sécurité et à reprendre peu à peu possession de leur patrimoine culturel ou découvrir de nouveaux aspects du patrimoine qu'ils ont perdu par acculturation dans les pensionnats.

La FADG a appris, en examinant la diversité des expériences, des environnements et des différents types de collectivités dans lesquelles vivent les Autochtones au Canada, à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, dans les régions urbaines, rurales, isolées ou éloignées, ou dans les municipalités, qu'il faut non seulement prendre en considération les types de collectivités, mais aussi l'endroit où elles se trouvent.

Selon notre expérience, les ressources que nous recevons ne suffisent pas à enrayer d'une génération à l'autre les effets de la violence physique et sexuelle commise dans les pensionnats, et ce, pour plusieurs raisons :

- seules les personnes qui ont amorcé le processus de guérison, ou qui sont prêtes à le faire, peuvent tirer avantage du financement;
- la guérison des séquelles associées à la violence physique et sexuelle imposée aux personnes qui ont fréquenté les pensionnats autochtones prend plus de 10 ans;
- Les peuples autochtones ont besoin de plus de temps pour acquérir l'expertise et la capacité nécessaire;
- nous commençons à peine à joindre les régions isolées (p. ex. le Nord) et certains groupes (p. ex. les Métis et les Inuits)⁶.

Comme l'indique la dernière raison ci-dessus, et M. Waldram pose bien la question, certains segments de la population sont difficiles à joindre. Par expérience, je sais qu'il est difficile de répondre aux besoins des Inuits, des Métis et des Autochtones du Nord.

Avant de me joindre à la FADG à l'automne 2007, j'occupais le poste de directeur du Centre des Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone, un centre conçu et dirigé par des Métis et qui « se consacre à l'amélioration de la santé mentale, physique, spirituelle, émotionnelle et sociale des Métis du Canada au moyen d'activités d'éducation publique et de promotion de la santé⁸ ». Cette expérience de travail m'a permis de retourner dans ma ville natale, Ottawa, après cinq ans de vie au Nunavut où j'ai appris bon nombre de leçons précieuses sur la santé et le bien-être dans des contextes inuits. J'y ai également travaillé dans les domaines de l'administration des arts, de la législation linguistique et de la promotion des langues, de la justice et de la prévention du crime, des revendications territoriales en général et bien sûr, surtout dans le contexte de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut.

Ces expériences de travail m'ont permis de comprendre des questions que j'avais déjà abordées durant mes études supérieures, axées sur l'étude de l'identité, des liens avec la culture et des forces de l'acculturation. En fait, j'avais commencé par déménager au Nunavut pour mener des recherches dans le cadre de ma thèse de doctorat. Cet environnement avait tant à m'offrir que je m'y suis senti comme chez moi pendant ces cinq années... sans compter que mes deux filles y sont nées. Or ce n'est ni ma *patrie*, ni la leur; c'est là un concept que devrait examiner attentivement toute personne qui souhaite étudier les concepts de collectivités en bonne santé dans les contextes des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le terme « patrie », qui revêt une importance particulière aux yeux des citoyensⁱ des nations Métis souches, ne devrait pas être confondu avec les termes « revendication territoriale », « titre » ou « assise territoriale ». Chacun de ces termes, bien qu'ils soient reliés, mérite une attention particulière.

La question est beaucoup trop complexe pour qu'on s'y attarde longuement dans cet article. Il convient toutefois de noter la façon dont elle est abordée dans le document *Le Nord : terre lointaine, terre ancestrale — Rapport de l'enquête sur le pipeline de la vallée du Mackenzie*⁹. Comme l'indique Thomas Berger, il existe deux visions distinctes du Nord : la frontière et la patrie⁹. Soulignons également le fait que le gouvernement du Canada a ouvert une enquête afin de déterminer les conséquences sociales, économiques et environnementales éventuelles d'un pipeline, et que M. Berger a demandé un moratoire de 10 ans jusqu'au règlement des revendications territoriales des Autochtones. Selon M. Berger, le choix que nous ferons déterminera si le Nord constitue d'abord une frontière pour l'industrie, ou une patrie pour les populations qui s'y trouvent. Pour le bien des populations du Nord et des générations futures, ajoute-t-il, nous devons réfléchir attentivement aux conséquences

i. Par ailleurs, la question de la citoyenneté ou de l'appartenance aux nations autochtones est complexe et mérite d'être étudiée. Pour en savoir plus sur les nations Métis souches, consultez la définition du Ralliement national des Métis (www.metisnation.ca) et la définition moins subjective mais similaire du *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, volume 4, Perspectives et réalités* à la section 5 intitulée « Les Métis » (http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/inac-a-inc/royal_comm_aboriginal_peoples-e/biblio92.html).

de tels projets avant de les mettre de l'avant⁹. M. Berger reconnaît que le développement économique doit être considéré dans un contexte social et environnemental. Selon lui, nous avons peut-être enfin commencé à réaliser que nous pouvons apprendre des peuples qui ont vécu dans le Nord pendant des siècles, peuples qui n'ont jamais tenté de modifier leur environnement, mais plutôt de vivre en harmonie avec lui⁹.

Il est permis de penser que le rapport de M. Berger a surtout eu des répercussions sur la façon dont les Canadiens du Sud non autochtones comprennent la relation des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis avec la terre. Cette compréhension est d'ailleurs encore ressentie aujourd'hui, non seulement grâce au rapport de Thomas Berger, mais aussi grâce à la saga actuelle du pipeline dans la vallée du Mackenzie. Cependant, la question n'en demeure pas moins complexe pour autant. Plus de 30 ans plus tard, le Canada n'a toujours pas résolu toutes les revendications territoriales en suspens dans cette région. Par ailleurs, bien que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis aient fait preuve d'une certaine solidarité dans leur dialogue avec M. Berger, leur désir de reconnaissance n'avait rien d'une approbation d'une identité panautochtone. Or, la question fait toujours obstacle à la prestation publique de services aux clients autochtones. En tant qu'identificateur, le terme « Autochtones » doit témoigner de la diversité au sein de la population des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Toutefois, dans la mesure du possible, les approches doivent être adaptées aux différentes collectivités qui composent cette population diversifiée.

Pour ma part, en tant que personne d'ascendance mixte élevée dans un milieu urbain multiculturel sans aucun lien tangible avec l'héritage culturel de mes ascendants des Premières Nations, et dans le cadre de la majeure partie de mes études et de mon parcours professionnel axée sur les Métis et les questions de prétendu sang-mêlé, j'ai constaté l'importance de mettre en évidence les difficultés auxquelles se heurtent ces segments oubliés et incompris de la population autochtone.

Je recommande au moins de passer rapidement en revue la nomenclature de l'ascendance mixte, en commençant par la section 5.1 « L'autre groupe de peuples autochtones » et la section 5.3 « Les autres Métis » du *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, volume 4, Perspectives et réalités*¹⁰. Selon moi, il est préférable de lire le rapport au complet, mais je recommande surtout ces sections qui soulignent un point important sur la collectivité et l'inclusion. Si le Métis est une personne d'ascendance Métis souche, qui s'identifie comme un Métis, qui se distingue des autres peuples autochtones et qui est acceptée par la nation métisse¹¹, et si la population Métis forme « une petite partie trop souvent oubliée de la plus grande minorité autochtone »¹⁰, les personnes d'autres ascendances mixtes « n'en constituent pas moins une minorité au sein d'une minorité au sein d'une minorité¹⁰ ».

La FADG a elle aussi déployé des efforts concertés pour répondre aux besoins spécifiques des Inuits et des Métis. Comme l'indique le premier volume de son rapport final, l'entente de financement posait entre autres conditions l'accès équitable à des fonds de guérison par une variété de peuples et de collectivités autochtones, assurant ainsi que le déboursement reflète et respecte la réalité géographique et démographique des Premières Nations, des Inuits et des Métis de partout au Canada, et de ceux qui ont été touchés par les abus sexuels et physiques, ce qui comprend les répercussions intergénérationnelles¹². La FADG a également tenté de sensibiliser le public à la diversité de la population autochtone à l'aide de ses publications, notamment les rapports *Histoire et expériences des Métis et les pensionnats au Canada*¹³ et *Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada*¹⁴. En partenariat avec Bibliothèque et Archives Canada, la FADG a également appuyé la nouvelle exposition de la Legacy of Hope Foundation intitulée "We Were So Far Away . . .": *The Inuit Experience of Residential Schools*¹⁵, qui a été lancée à Bibliothèque et Archives Canada le 29 janvier 2009. Une exposition identique fera l'objet d'une tournée canadienne. Les points de vue des Inuits et des Métis occupent également une place importante dans le rapport *De la vérité à la réconciliation, Transformer l'héritage des pensionnats*³, ainsi que la publication *Response, Responsibility, and Renewal: Canada's Truth and Reconciliation Journey*,¹⁶ qui a été diffusée le 11 juin 2009, un an après les excuses présentées aux survivants par le premier ministre à la Chambre des communesⁱⁱ.

En réalité, il y a toujours eu et il y a encore, chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les autres réalités autochtones au Canada, une marginalisation systématique et incomprise au sein des collectivités et entre celles-ci. Comme le décrit M. Waldram, il est souvent difficile de distinguer son reflet dans le paysage d'un environnement urbain. Un centre urbain n'est pas une patrie, et ne peut sans doute pas en être une dans le sens traditionnel du terme, celui-là même défini par les répondants à l'enquête de M. Berger. Cependant, de nombreux membres des Premières Nations, Inuits et Métis y habitent; ils y sont souvent heureux, mais parfois en détresse. Par ailleurs, ils représentent souvent une option de dernier recours. Qu'il s'agisse de bouleversements attribuables aux séquelles laissées par les pensionnats ou à d'autres facteurs, ou de caractéristiques associées à la nature changeante de l'ascendance mixte, cette réalité fait partie intégrante des Autochtones et réunit les composantes de leur famille et leur collectivité. Elle doit donc être comprise en ces termes, dans toute sa complexité.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels l'auteur est associé, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

ii. La prochaine publication de la taille d'un livre s'intitulera *Inuit History and Experience and Residential Schools in Canada* (titre provisoire).

Références

1. L. Archibald, *Final Report of the Aboriginal Healing Foundation, Volume III: Promising Healing Practices in Aboriginal Communities*, Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2008.
2. Fondation autochtone de guérison, *About Us: Mission, Vision, Values*, 2009. Internet : <<http://www.ahf.ca/about-us/mission>>.
3. M. B. Castellano, M. DeGagné et L. Archibald (dir.), *From Truth to Reconciliation: Transforming the Legacy of Residential Schools [De la vérité à la réconciliation : transformer l'héritage des pensionnats]*, Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2008.
4. The Anglican Church of Canada, *Remembering the Children: An Aboriginal and Church Leaders' Tour to Prepare for Truth and Reconciliation*, Toronto (Ont.), ACC, mis à jour le 16 janvier 2009. Consulté le 11 février 2009. Internet : <<http://rememberingthechildren.ca/>>.
5. Cabinet du premier ministre du Canada, *Prime Minister Harper Offers Full Apology on Behalf of Canadians for the Indian Residential Schools System [Le premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens]*, mis à jour le 12 juin 2008. Consulté le 28 février 2009. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=2149>>.
6. Fondation autochtone de guérison, *The Healing Has Begun: An Operational Update From the Aboriginal Healing Foundation*, Ottawa (Ont.), FADG, 2002.
7. J. B. Waldram, « The Models and Metaphors of Healing », *Aboriginal Healing in Canada: Studies in Therapeutic Meaning and Practice*, J. B. Waldram (dir.), Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2008. Internet : <<http://www.ahf.ca/publications/research-series>>.
8. Organisation nationale de la santé autochtone, *Welcome to the Métis Centre of NAHO [Bienvenue au Centre des Métis de l'ONSA]*, Ottawa (Ont.), ONSA, 2008. Consulté le 11 février 2009. Internet : <<http://www.naho.ca/metiscentre/english/index.php>>.
9. T. Berger, *Northern Frontier, Northern Homeland: The Report of the McKenzie Valley Pipeline*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1988.
10. Commission royale sur les peuples autochtones, *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples [Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones]*, Ottawa (Ont.), Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996. Consulté le 24 juin 2009. Internet : <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/inac-ainc/royal_comm_aboriginal_peoples-e/biblio92.html>.
11. Métis National Council, *National Definition of Métis*. Consulté le 2 février 2009. Internet : <<http://www.metisnation.ca/who/definition.html>>.
12. Fondation autochtone de guérison, *Final Report of the Aboriginal Healing Foundation, Volume I: A Healing Journey: Reclaiming Wellness*, Ottawa (Ont.), FADG, 2006.

13. Fondation autochtone de guérison, *Métis History and Experience and Residential Schools in Canada* [*Histoire et expériences des Métis et les pensionnats au Canada*], Ottawa (Ont.), FADG, 2006.
14. Fondation autochtone de guérison, *A Brief Report of the Federal Government of Canada's Residential School System for Inuit* [*Bref compte-rendu du régime de pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada*], Ottawa (Ont.), FADG, 2006.
15. Legacy of Hope Foundation, *We Were So Far Away . . .* Consulté le 2 février 2009.
Internet : <<http://www.legacyofhope.ca/WeWereSoFarAway.aspx>>.
16. G. Younging, J. Dewar et M. DeGagné (dir.), *Response, Responsibility, and Renewal: Canada's Truth and Reconciliation Journey*, Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2009.

Peut-on dire d'une collectivité qu'elle est « en bonne santé mentale »? Peut-être, mais seulement si la réalité entière est plus grande que la somme de ses parties

Christopher E. Lalonde

Departement de psychologie
Université de Victoria

Christopher Lalonde est professeur agrégé de psychologie à l'Université de Victoria. Il est également directeur de la Vancouver Island Node of the Network Environments for Aboriginal Health Research et codirecteur du Centre for Aboriginal Health Research à l'Université de Victoria.

Les articles du présent recueil traitent d'une question qui, a priori, peut paraître simple : Quels facteurs contribuent à la santé mentale des collectivités autochtones? L'une des interprétations, trop littérale peut-être, de cette question donne à penser que nous risquons d'être en proie à un faux raisonnement dès le début.

Il en est ainsi parce que la santé mentale est habituellement perçue comme appartenant à la personne et faisant partie de ses caractéristiques. On peut donc dire d'une personne qu'elle est en bonne ou en mauvaise santé mentale ou que sa santé mentale, jusqu'à un certain point, peut fluctuer avec le temps. Par contre, le fait de dire qu'une collectivité entière est en bonne ou en mauvaise santé mentale constitue en quelque sorte une erreur de catégorie, qui consiste à traiter l'ensemble des différences individuelles comme une caractéristique psychologique de la collectivité. Affirmer qu'une collectivité est en bonne santé, c'est commettre une erreur de généralisation. C'est donc tenir pour acquis qu'une caractéristique de l'un des membres d'un groupe est attribuée à tous les membres du groupe (si par exemple un adolescent est impoli, tous les adolescents sont donc impolis). L'erreur d'individualisation correspond au concept contraire, c'est-à-dire que les affirmations vraies pour un groupe sont également considérées vraies pour chacun des membres du groupe (par exemple, Whistler est une station de ski, donc tous les habitants de Whistler doivent faire du ski).

Je cite ces concepts non parce que je me considère comme un spécialiste de la langue ou un logicien, mais parce que le risque de glissement de sens est bien réel. Le fait d'imaginer qu'il est possible de trouver des collectivités autochtones en bonne santé mentale et de les comparer avec des collectivités en mauvaise santé mentale risque de devenir une nouvelle variante dans la pratique historique prolongée de la pathologisation et de la marginalisation des collectivités autochtones.

Dans la recherche sur la santé, on évite généralement ce type d'erreur en mesurant l'incidence de la maladie mentale au sein d'une population et en déclarant la population en bonne santé mentale si le taux de maladies tombe sous un seuil calculé et établi de façon plus ou moins arbitraire à 1 000 personnes. Nous devons reconnaître, et pouvons peut-être même quantifier, l'influence des forces au-delà de l'individu (par exemple, les déterminants sociaux de la santé), mais toutes qualifications à part, nous devons être particulièrement vigilants dans notre utilisation de la langue lorsque vient le moment d'examiner la différence grave et réelle entre les collectivités ayant des taux élevés de bonne santé mentale et les collectivités « en bonne santé mentale ».

La différence entre ces deux expressions est particulièrement évidente dans les comptes rendus sensationnalistes des médias sur l'épidémie de suicides dans la population autochtone. Ce faux raisonnement place tous les jeunes Autochtones à un même niveau de risque et brosse un portrait large et méprisant de l'ensemble des Premières Nations. Mais il y a pire encore. Selon nos recherches, si le risque de suicide n'est *pas* réparti de façon égale entre les Premières Nations, les efforts de prévention à l'échelle de la population entraîneront invariablement un gaspillage des ressources au sein des collectivités qui n'en ont pas besoin, et un manque de ressources dans celles qui en ont le plus besoin.

Malgré ma mise en garde sur l'utilisation de telles expressions, je dois ajouter qu'en réalité, dans certaines circonstances spéciales du moins, il *est* permis de parler de collectivités en bonne santé mentale et il n'est *pas* toujours fautif d'appliquer des concepts individuels à des collectivités culturelles, et vice versa.

Pendant plus de 15 ans, Michael Chandler et moi avons participé à un programme de recherche qui examine l'influence de la culture sur la formation de l'identité et le bien-être chez les adolescents et les jeunes adultes. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés au concept du sens de la continuité ou de la persistance personnelle. Nous avons tenté de déterminer de quelle façon les adolescents construisent et maintiennent un sentiment durable d'identité pendant une période de changements développementaux rapides et souvent majeurs. Si l'adolescence a pour véritable raison d'être, comme plusieurs l'ont suggéré, la création d'une identité personnelle et que le changement caractérise cette période de la vie (attentes et rôles sociaux changeants, puberté et changements psychosexuels, relations différentes avec les parents et les pairs), comment les adolescents comprennent-ils qu'ils doivent en quelque sorte tenter de rester la *même* personne malgré (ou pendant) cette tempête de changements?

Nous appelons ce phénomène le paradoxe de la persistance personnelle : pour que le soi constitue un exemple de ce que nous concevons normalement comme étant le soi, il faut comprendre que le soi doit persister au fil du temps. Si le soi n'a pas la propriété de persistance ou de continuité, la possibilité en vertu de toute autorité morale ou légale de tenir les personnes responsables de leurs actes serait irrémédiablement perdue, ainsi que toute raison d'espérer un jour récolter le fruit de nos efforts actuels en vue d'atteindre notre vision personnelle de l'avenir.

Cependant, si la continuité constitue ou définit le soi de quelque façon, comment les jeunes résolvent-ils ce paradoxe de la persistance et arrivent-ils à rester les mêmes pendant une période de changement intense? Comme les adolescents n'ont pas de réponses claires à ces questions qu'ils ont sur le bout de la langue, nous avons dû trouver un moyen de demander à des adolescents taciturnes d'expliquer au mieux leur continuité personnelle. L'un des éléments du processus que nous avons finalement mis au point consistait à présenter aux jeunes des vidéos et des bandes dessinées inspirées d'œuvres littéraires qui racontaient des histoires de transformation personnelle (p. ex. le personnage de Scrooge dans *Un chant de Noël* et celui de Jean Val Jean dans *Les Misérables*). Nous leur avons par la suite demandé d'expliquer comment le protagoniste peut être perçu comme la même personne au début et à la fin de l'histoire. Nous avons ensuite demandé aux participants de décrire comment ils ont eux-mêmes changé au fil du temps et comment, malgré ces changements, ils devraient encore être perçus comme la même personne.

Nous avons réalisé ce processus auprès de plus de 800 adolescents et trois éléments nous apparaissent maintenant plus clairs. Premièrement, au cours de leur adolescence, les jeunes passent habituellement par cinq étapes de raisonnement différentes et de plus en plus complexes. Deuxièmement, les coûts de l'échec du processus de formation de l'identité sont élevés : seuls les participants reconnus comme étant suicidaires au moment de l'entrevue n'ont pu conserver un sens de persistance au fil du temps. L'association entre la suicidabilité et l'incapacité de voir son identité persister au fil du temps résulte, selon nous, du fait que la continuité personnelle nous donne un sentiment d'appartenance à notre passé et la volonté d'investir dans notre avenir. Une fois cette conviction perdue, il est difficile d'empêcher un jeune d'agir sous le coup d'impulsions autodestructrices, aussi passagères soient-elles. Bien que ces travaux de recherche nous aident à comprendre pourquoi les taux de suicides grimpent en flèche pendant l'adolescence, ils expliquent bien peu les taux de suicides terriblement élevés chez les jeunes Autochtones.

Troisièmement, les résultats de notre programme de recherche ont démontré que le style de raisonnement des jeunes est fortement influencé par leur héritage culturel. La majorité des jeunes membres des Premières Nations que nous avons interviewés adoptent un style narratif, c'est-à-dire que la continuité personnelle se trouve dans l'histoire de leur vie qui se compose de périodes de transformation personnelle. Ce style de raisonnement est rare chez les jeunes non autochtones. En effet, la plupart d'entre eux adoptent un style essentialiste selon lequel le changement est considéré superficiel et la continuité occupe une place au cœur de la structure fondamentale immuable de la personnalité ou d'un ensemble de valeurs qui demeure intact malgré les changements en surface.

Cette différence observée est peut-être attribuable, entre autres, au fait que le style narratif (dont l'emphase est sur les relations humaines et l'importance de l'endroit et du temps) cadre tout simplement davantage avec les visions du monde des Premières Nations que le style essentialiste. De plus, étant donné que le style narratif assure une meilleure répartition de la notion du soi, il favorise une relation plus solide entre les individus et leurs univers culturels. Contrairement au style narratif qui consiste à relier son histoire à la vie des autres, le style essentialiste propose que l'essence même de l'être est enfouie dans chaque personne. Cependant, même si les échecs dans la continuité personnelle peuvent nous aider à comprendre le risque accru de suicide pendant l'adolescence, comment peuvent-ils nous aider dans nos recherches sur les collectivités en bonne santé mentale?

Nous avons abordé ce problème en faisant ce que j'ai dit qu'il ne fallait *pas* faire : nous avons pris un concept psychologique élaboré à l'échelle de l'individu et nous avons tenté de l'appliquer à l'échelle de groupes culturels. Pourquoi? La raison est simple. Si l'identité personnelle des adolescents doit persister au fil du temps, ils doivent trouver une façon d'assumer leur passé tout en continuant à investir dans l'identité personnelle qu'ils sont à bâtir. Cette même logique s'applique à tous les groupes culturels. Pour qu'une culture maintienne une continuité, il faut trouver des moyens d'assumer le passé collectif et de partager un sentiment d'engagement envers la vision d'un avenir collectif.

Nous avons pour objectif de pousser le concept de la continuité personnelle à un niveau plus élevé d'abstraction. Nous devons donc trouver, au risque de se heurter à un faux raisonnement logique, une façon quelconque de mesurer le sentiment d'appartenance au passé et l'engagement envers l'avenir, non pas à l'échelle psychologique, mais à l'échelle épidémiologique, avec des collectivités entières comme unité d'analyse. À cette fin, nous avons élaboré un ensemble d'indicateurs, à l'échelle des collectivités, qui permettent d'évaluer la continuité culturelle et de mesurer dans quelle mesure les collectivités des Premières Nations ont réussi à maintenir leurs pratiques culturelles traditionnelles (appartenance à un passé culturel) et le contrôle local de leur vie communautaire (engagement envers un avenir commun).

Ces facteurs comprennent les mesures de l'historique des négociations et des litiges liés aux revendications territoriales des Premières Nations (qui se veulent un indice de la conservation de l'accès aux terres et aux ressources traditionnelles), les efforts de préservation et de promotion des langues traditionnelles et la construction d'aménagements culturels au sein de la collectivité. D'autres facteurs permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs liés à l'autodétermination dans la collectivité : le contrôle des services de santé, de l'éducation, des services de police et des services d'incendie, la participation des femmes à la gouvernance locale et des programmes à l'intention des jeunes (comprenant la formation culturelle et professionnelle), particulièrement des programmes qui créent un lien entre les jeunes et les personnes âgées et qui encouragent l'inclusion dans les écoles locales d'un programme scolaire adapté à la culture.

Nos recherches ont démontré que les collectivités des Premières Nations qui ont connu du succès dans ces domaines affichent des taux de suicides et de préjudices moins élevés et des taux d'obtention de diplôme plus élevés que les autres collectivités. Non seulement chacun des facteurs mentionnés était-il associé à des taux inférieurs de suicide, mais en plus, dans les collectivités où tous les facteurs étaient présents, le suicide était totalement absent^{1,2}.

Notre recherche a permis de dégager plusieurs messages à retenir. Il est non seulement incorrect, mais aussi insultant et dangereux d'affirmer qu'il y a épidémie de suicides dans la population autochtone. En effet, selon nos données, les taux de suicides varient grandement d'une collectivité à l'autre. D'après un ensemble de données qui couvrent près de deux décennies, il semble évident que l'épidémie est très sélective; par exemple, certaines collectivités de la Colombie-Britannique affichent des taux de suicides beaucoup plus élevés que la moyenne provinciale, tandis que d'autres collectivités ont réussi à résoudre efficacement le problème du suicide. Dans notre ensemble de données, la différence entre les collectivités en bonne santé mentale et celles en mauvaise santé mentale ne provient pas d'une tendance répartie au hasard concernant le risque changeant de suicide. Elle semble plutôt fortement liée aux efforts continus déployés dans chaque collectivité pour préserver et protéger leur héritage culturel et pour contrôler leur avenir collectif. La vision épidémique de la situation est également insultante parce qu'elle fait abstraction de la diversité qui existe au sein des Premières Nations et met l'accent sur l'aboriginalité comme variable explicative. Pire encore, elle est dangereuse, car elle encourage la mise en œuvre à l'aveuglette de solutions passe-partout d'intervention et de prévention, ainsi que l'utilisation de mêmes ressources externes chez *toutes* les collectivités autochtones sans égard pour les besoins réels de ces collectivités.

Pour terminer, nos études ont démontré que les concepts habituellement utilisés pour comprendre la réalité psychologique de chaque personne *peuvent* parfois être utiles et appliqués de façon pertinente à l'échelle des groupes culturels. L'étude des relations entre les diverses pratiques visant à préserver la continuité tant à l'échelle des individus qu'à l'échelle des collectivités peut éclairer la recherche de collectivités autochtones en bonne santé mentale. Lorsqu'une personne éprouve un sentiment d'appartenance à son passé et qu'elle investit dans son avenir, elle s'en trouve protégée contre le risque de suicide. De plus, lorsque des collectivités entières voient couronnés de succès leurs efforts pour préserver leur culture et le contrôle de leur destin, les taux de suicides baissent. La santé et le bien-être individuels sont liés à la santé culturelle et collective, du moins chez les collectivités des Premières Nations. C'est ce que n'importe quelle grand-mère aurait pu nous dire.

Les opinions exprimées dans le présent article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes auxquels l'auteur est associé, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. M. J. Chandler et C. E. Lalonde, « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1998), p. 191-219.
2. M. J. Chandler et C. E. Lalonde, « Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk Among Canada's First Nations », *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, L. K. Kirmayer et G. G. Valaskakis (dir.), Vancouver (C.-B.), University of British Columbia Press, 2008, p. 221-248.

Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.