



**Objectif :** L'Association canadienne de counseling et de psychothérapie (ACCP) vise à une plus grande sensibilisation au besoin urgent d'accroître et d'améliorer les services de soins de santé mentale auprès des populations autochtones du Canada. Le document de réflexion n°2 porte sur les services de soins de santé mentale auprès des Premières Nations et des Métis. Un document de réflexion ultérieur portera précisément sur les services de soins de santé mentale auprès des Inuits.

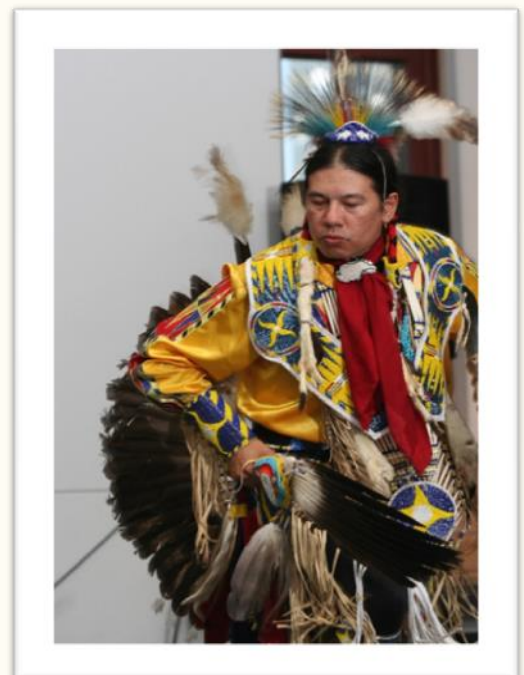
Les peuples autochtones du Canada constituent la population qui connaît la plus forte croissance au pays. Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) révèlent que 1 400 685 personnes se sont déclarées d'identité autochtone, soit 4,3 % de la population totale canadienne (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011). La population autochtone s'est accrue de 232 385 personnes ou de 20,1 % entre 2006 et 2011, comparativement à une croissance de 5,2 % de la population non autochtone. La croissance continue de la population autochtone du Canada se traduit par des besoins croissants en matière de services de santé mentale communautaires.



Chez les peuples autochtones, le bien-être mental est conçu comme étant un état d'équilibre, d'harmonie et d'interdépendance entre tous les aspects de la personne (physique, mental, affectif et spirituel) et son environnement (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Les effets conjugués des pensionnats et des autres formes de traumatismes associés au colonialisme, comme la délocalisation forcée et la rafle des années soixante, ont engendré une peine non résolue, une perte d'identité culturelle, des taux d'anxiété élevés, des états dépressifs, du stress post-traumatique, de la toxicomanie et des cas de suicide (Commission de vérité et

réconciliation du Canada, 2015). Ces tentatives d'assimilation ont contribué aux difficultés de santé mentale auxquelles doivent faire face les Premières nations et les Métis, et ont eu une importante incidence sur les communautés autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015).

Couplés à un contexte socioéconomique de pauvreté, de problèmes de logement et d'accès à l'eau potable, d'éducation sous-financée, de pénurie d'emplois et de dégradation de l'environnement, les problèmes de santé mentale comme la toxicomanie, la dépression et le suicide deviennent encore plus difficiles à régler (Shepherd, Li, Mitrou et Zubrick, 2012). C'est ainsi que le suicide est de 5 à 6 fois plus fréquent chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones. Dans le cadre d'un sondage national mené entre 2008 et 2010, les communautés des Premières nations participantes ont rapporté que dans le cas des collectivités vivant dans une réserve, les principaux problèmes sont l'alcoolisme et la toxicomanie (82 % des répondants, Santé Canada, 2011). Selon Mohan B. Kumar (2016), les femmes appartenant aux trois groupes autochtones (soit 25,8 % des femmes issues des Premières nations et vivant hors réserve et 23,4 % des femmes métisses) étaient plus susceptibles de déclarer des pensées suicidaires que les femmes non autochtones (13,8 %). Comparativement aux hommes non autochtones (11,1 %), les hommes des Premières nations vivant hors réserve (21,4 %) étaient plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires (Kumar, 2016).



Pour répondre à ce besoin, on a développé au sein de la profession un domaine de spécialisation axé sur la santé mentale chez les Autochtones (Thomas, 2006). Cependant, pour le moment, les services de soins de santé mentale sont considérablement sous-financés au Canada, et c'est encore plus vrai dans le cas des soins de santé mentale auprès des Autochtones (Groupe de travail sur la sécurisation culturelle, 2011). Bon nombre de communautés autochtones n'ont pas accès à des praticiens de la santé mentale communautaire; les collectivités vivant en territoires nordiques, ruraux et éloignés peuvent n'avoir accès aux services que quelques jours par mois (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011). Lorsque les personnes autochtones ont accès aux services dans le cadre du système classique de soins de santé, ils rencontrent souvent des praticiens qui ont peu ou pas de formation en ce qui concerne l'intervention culturellement sécurisée en santé mentale et adaptée au point de vue autochtone (Vukic, Gregory, Martin-Misener et Etowa, 2011).



### Pratique culturellement sécurisée en santé mentale

Les approches culturellement sécurisées en matière de services de santé mentale auprès des populations autochtones doivent se fonder sur une compréhension des déterminants sociaux de la santé qui sont propres au contexte autochtone, comme l'identité culturelle et la solidarité communautaire, le manque d'autodétermination et le racisme (Reading et Wien, 2009). La pratique culturellement sécurisée en santé mentale conjugue les modes de connaissance et de croyance autochtones au sujet de la santé, notamment la guérison traditionnelle, et les approches pratiquées dans le système public de soins de santé mentale (Groupe de travail sur la sécurisation culturelle, 2011). Il existe une approche, appelée « à double-vue » (*Two-Eyed Seeing*), qui permet de prendre en compte la blessure affective et psychologique et la douleur

cumulative et collective qui touchent plusieurs générations et qui sont aggravées par un racisme permanent et par les iniquités auxquelles les peuples autochtones sont encore confrontés (Brave Heart et Deschenie, 2005; Marsh, Coholic, Cote-Meek et Najavits, 2015).

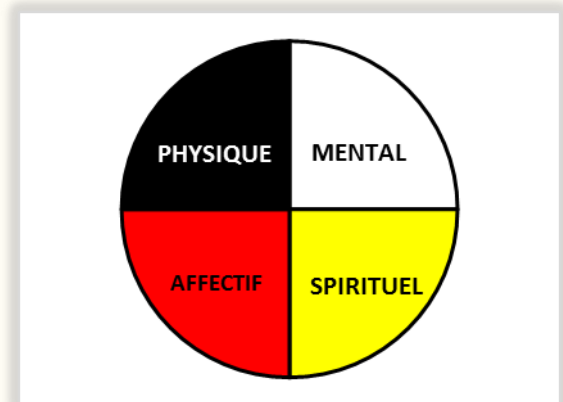
---

*« Les peuples autochtones de presque toutes les cultures croient que la santé est fonction de l'équilibre et de l'harmonie que l'on établit en soi et avec les autres, et qui sont soutenus et prescrits par la loi spirituelle et la générosité de la Terre mère » (Commission royale sur les peuples autochtones, Volume 3, 1996, p. 184.)*

---

la personne avec son langage culturel, tout en procurant des services dans les communautés où vit la population autochtone (Vukic et coll., 2011). Dans les milieux communautaires, les pratiques exemplaires en matière de services de santé mentale comportent un aspect d'intégration de la sagesse transmise par les Anciens et qui fait partie intégrante des langages autochtones. Lorsque les pratiques de guérison traditionnelles et culturelles sont intégrées aux services communautaires comportant de la thérapie individuelle, familiale et de groupe, ainsi qu'aux programmes de bien-être de la collectivité, il en résulte une résilience qui contribue à améliorer les résultats obtenus en santé mentale chez les peuples autochtones (Currie, 2009). Dans le cas des personnes autochtones qui vivent en milieu urbain, on peut s'efforcer d'intégrer des pratiques culturelles à la démarche de guérison (Thomas, 2006). Les pratiques exemplaires en soins de santé mentale auprès des collectivités inuialuites mettent l'accent sur l'importance de renouer avec la connaissance du territoire, la météo et les traditions ancestrales et la spiritualité (Kirmayer, Fletcher et Watt, 2009).

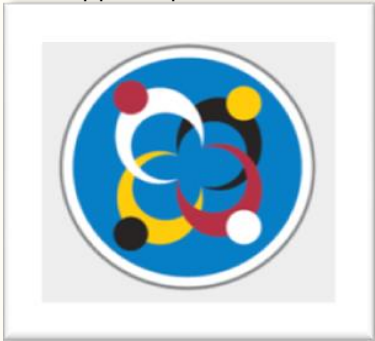
De nombreuses communautés autochtones peuvent entretenir leurs propres enseignements au sujet de la santé mentale. Pour les populations des Premières Nations et des Métis, la Roue de médecine est largement reconnue comme outil de guérison et d'enseignement qui permet de conceptualiser le point de vue des Autochtones sur le bien-être grâce à l'approche holistique. Le cercle représente la plénitude et la nature cyclique de la vie. Chacune des dimensions (physique, mentale, affective et spirituelle)



comporte ses propres enseignements et, bien que ces aspects correspondent à des significations et à des expressions différentes d'une collectivité à l'autre, certains principes sont universels (Graham et Stamler, 2010; Svenson et Lafontaine, 2003). Lorsqu'un élément de la Roue de médecine est mal en point, alors les autres aspects sont eux aussi touchés, ce qui provoque un déséquilibre. Le rétablissement du bien-être passe alors par l'identification et la reconnaissance du déséquilibre dans la vie de la personne et par la résolution de chacune des quatre orientations (Chansonneuve, 2005). Étant donné que du point de vue autochtone, la santé mentale ne représente qu'un aspect du bien-être, il faut que les praticiens et les décideurs accordent une même importance à chacune des orientations de la Roue de médecine et qu'ils intègrent davantage d'approches holistiques à titre de pratiques exemplaires dans le cadre du programme de prestation des services de santé mentale auprès des Autochtones (Twigg et Hengen, 2009).

### Ce que fait l'ACCP

L'ACCP s'est engagée à améliorer la santé mentale chez les populations autochtones du Canada et s'efforce constamment de trouver des façons de mieux répondre aux besoins en matière de santé et de bien-être holistiques. La Section du Cercle autochtone (SCA) de l'ACCP fournit une tribune aux Autochtones au sein de l'Association, contribuant ainsi à une meilleure sensibilisation et à la création d'un réseau de conseillers autochtones et non autochtones, pour qu'ils travaillent ensemble aux dossiers touchant les clientèles, les familles et les communautés autochtones. La SCA propose aux membres des occasions de partager des pratiques et des ressources efficaces afin que des réseaux puissent se mettre en place et se développer à partir d'une connaissance collective dans un contexte autochtone et ainsi contribuer à l'évolution dans ce



Logo du Cercle Autochtone, ACCP

domaine des soins de santé mentale. L'ACCP appuie fortement le développement professionnel permanent pour tous les membres et fait la promotion de la poursuite des possibilités d'apprentissage qui favorisent l'acquisition diversifiée et en profondeur de connaissances, ainsi que le perfectionnement des compétences. La SCA organise des webinaires gratuits et des activités de développement professionnel en lien avec le domaine particulier de la santé mentale chez les Autochtones, en conjuguant les approches de guérison autochtones traditionnelles avec les approches thérapeutiques occidentales. Le poste d'administrateur autochtone au sein du Conseil national d'administration de l'ACCP permet de garantir que les enjeux autochtones sont pris en compte dans la politique nationale et dans les décisions relatives aux programmes.

### Ce que vous pouvez faire

Étant donné l'importance de la santé mentale pour tous les Canadiens et la présence de la maladie mentale à l'échelle du pays, l'ACCP recommande que soient effectués des investissements ciblés afin de procurer un accès plus facile et plus équitable à des services de santé mentale offerts par des professionnels dotés de compétences adéquates, notamment des conseillers et psychothérapeutes travaillant auprès des Premières nations, des Métis et de, de leurs familles et de leurs collectivités. La collaboration avec d'autres organismes est essentielle afin de régler la pénurie de ressources en santé mentale au Canada. Plus précisément :

1. Grâce à la consultation d'organismes autochtones et en partenariat avec le gouvernement du Canada ainsi qu'avec les ministères provinciaux et territoriaux, fournir un financement durable pour la prestation locale et régionale de services adaptés de soins de santé mentale et de services de counseling connexes auprès des populations autochtones vivant dans des réserves et hors réserves et dans les collectivités nordiques, rurales et éloignées.
2. Travailler avec les provinces et territoires à soutenir un cadre de santé mentale culturellement sécurisé à l'intention des peuples autochtones, qui intègre des approches autochtones à la connaissance et aux croyances au sujet de la santé et de la guérison traditionnelle et des approches issues du système principal de soins de santé.
3. Assurer le financement de l'éducation, du développement des habiletés et des initiatives d'emploi connexes qui permettront d'accroître le nombre d'étudiants autochtones ayant acquis les compétences leur permettant de travailler dans le domaine du counseling et de la psychothérapie autochtones, l'accent étant mis sur les zones rurales, éloignées et nordiques du Canada.

## Références

- Brave Heart, M.Y.H. et Deschenie, T. (2006). Historical trauma and post-colonial stress in American Indian populations. *Tribal College Journal of American Indian Higher Education*, 17(3), 24-27.
- Chansonneuve, D. (2005). *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison.
- Groupe de travail sur la sécurisation culturelle, Comité consultatif de la Commission de la santé mentale du Canada sur les Premières nations, les Inuits et les Métis (2011). « One focus; many perspectives » – A curriculum for cultural safety and cultural competence education. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada.
- Currie, A. (2009). Resilience as a factor in the mental health of Indigenous Peoples: Stories from We'koqma'q. Document non publié, Centre for American Indian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD.
- Graham, H. et Stamler, L. L. (2010). Contemporary perceptions of health from an Indigenous (Plains Cree) perspective. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 6-17.
- Santé Canada. (2011). *Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes 2011-2012*. Ottawa, ON : gouvernement du Canada. H34-178/2011E-PDF.
- Santé Canada (2015). *Santé des Premières nations et des Inuits – Santé mentale et bien-être* Tiré de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php>.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C. et Watt, R. (2009). Locating the ecocentric self: Inuit concepts of mental health and illness. Dans L. J. Kirmayer et G. Guthrie Valaskakis (Éds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 289-314). Vancouver, C.-B. : UBC Press.
- Kumar, M.B. (2016). Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes. Tiré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016008-fra.htm>.
- Marsh, T. N., Coholic, D., Cote-Meek, S. et Najavits, L. M. (2015). Blending Aboriginal and Aboriginal healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal Peoples who live in Northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduction Journal*, 12(14), 1-12.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011). *Les déterminants sociaux de la santé : Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis*. Prince George, C.-B. : Université Northern British Columbia.
- Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Commission royale sur les Peuples autochtones (1996). *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*. Ottawa, ON : gouvernement du Canada.
- Shepherd, C.C., Li, J., Mitrou, F. et Zubrick, S. R. (2012). Socio-economic disparities in the mental health of Indigenous children in Western Australia. *BMC Public Health*, 12(756), 1-12.
- Svenson, K. A. et Lafontaine, C. (2003). *The search for wellness - First Nations and Inuit regional health survey*. Ottawa, ON : First Nations and Inuit Regional Health Survey Steering Committee.
- Thomas, W. (2006). *An evidence-based formative evaluation of a cross cultural Aboriginal mental health program in Canada*. Université Northern British Columbia : Prince George, C.-B.
- Twigg, R.G. et Hengen, T. (2009). Going back to the roots: Using the medicine wheel in the healing process. *First Peoples Child & Family Review*, 4(1), 10-19.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Winnipeg, MB : Commission de vérité et réconciliation du Canada.
- Vukic, A., Gregory, D., Martin-Misener, R. et Etowa, J. (2011). Aboriginal and Western conceptions of mental health and illness. *Pimatiswin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 9(1), 65-86.