



COMPRENDRE LA DÉPRESSION AU SEIN DES COMMUNAUTÉS ET DES FAMILLES AUTOCHTONES


Sherry Bellamy, M. Sc., B. Sc. et Cindy Hardy, Ph. D., psy. a.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

PRIORITÉS ÉMERGENTES



© 2015 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos réviseurs pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse : www.ccnsa-nccah.ca. Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

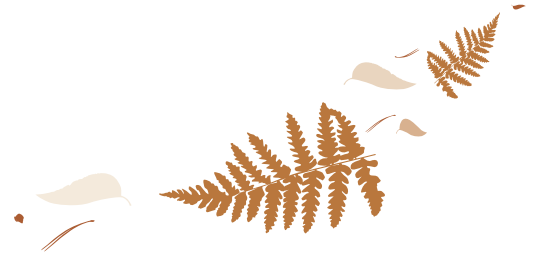
An English version is also available at www.nccah-ccnsa.ca, under the title: *Understanding Depression in Aboriginal Communities and Families*.

Référence : Bellamy, S. and Hardy, C. (2015). *Comprendre la dépression au sein des communautés et des familles autochtones*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
3333, University Way
Prince George, C.-B., V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : www.ccnsa-nccah.ca

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	4
COMPRENDRE LA DÉPRESSION	6
Caractéristiques du diagnostic de la dépression	6
Prévalence de la dépression chez les Peuples autochtones du Canada	6
La dépression d'une culture à l'autre	8
La culture et les modèles explicatifs de la dépression	8
LES CAUSES PROFONDES DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES	11
La colonisation et l'assimilation forcée : risque accru et perte des facteurs de protection contre la dépression	11
Rupture des relations d'attachement	11
La violence physique, psychologique, sexuelle et spirituelle	12
La transmission intergénérationnelle de la dépression	13
IMPACTS DE SANTÉ DE DÉPRESSION	15
LES VOIES VERS LE RÉTABLISSEMENT	16
CONCLUSIONS	18
RESSOURCES	19
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	20



La version française est également disponible au www.ccnsa-nccah.ca/193/Publications.nccah



Download this publication at www.nccah-ccnsa.ca/34/Publications.nccah

INTRODUCTION



La dépression est un trouble mental courant qui affecte les hommes et les femmes de tous âges et qui est présent dans toutes les cultures. Une enquête sur le fardeau de cette maladie a révélé que les troubles dépressifs sont la deuxième cause d'invalidité la plus courante au niveau mondial (Ferrari et al., 2013)¹. La dépression se caractérise par une combinaison de symptômes émotionnels, cognitifs, physiques et comportementaux (American Psychiatric Association [APA], 2013; Oltmanns, Emery, & Taylor, 2006). Les personnes déprimées sont souvent d'humeur triste, souffrent de troubles du sommeil, de manque de concentration, de sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, de perte d'intérêt dans les activités agréables, de perte marquée de la libido, de diminution de l'énergie, et dans les pires des cas, de pensées suicidaires (APA, 2013; World Health Organization [WHO], 2008). Ces symptômes peuvent devenir chroniques ou réapparaître tout au long de la vie et ils peuvent conduire à des déficiences fonctionnelles importantes entraînant une incapacité à participer aux activités et aux responsabilités quotidiennes (WHO, 2010). En plus de réduire considérablement la qualité de vie des malades et de leurs familles, les cas graves de dépression peuvent conduire au suicide. En raison du lourd fardeau

que la dépression représente pour ceux qui en souffrent, pour leur famille et pour les communautés, la prévention et le traitement de la dépression sont devenus un enjeu de santé publique important.

Le but de la présente étude est d'examiner la dépression selon une approche interculturelle et de reconnaître le point de vue des Peuples autochtones à travers le Canada dans le contexte de la santé mentale et du bien-être. La *culture* en tant que concept peut faire référence aux systèmes symboliques de valeurs, de croyances et de compréhensions partagées qui donnent sens au monde pour un groupe particulier de personnes (Birx, 2010). Le présent rapport commencera par un aperçu des symptômes de la dépression, suivi d'une discussion sur la dépression à travers les cultures et la reconnaissance de sa prévalence chez les Peuples autochtones du Canada. Certains facteurs de risque de la dépression seront également considérés dans le cadre du contexte historique des Peuples autochtones au Canada. Enfin, le document se conclura par l'examen des conséquences de la dépression sur la santé, ainsi que par une discussion sur les approches occidentales et autochtones à la guérison.

La recherche pertinente concernant la dépression et les Peuples autochtones a été déterminée par une recherche systématique de la documentation existante. Les bases de données PsycINFO, PubMed et PsycArticles ont été parcourues en utilisant des combinaisons des mots clés suivants : dépression et prévalence; dépression et autochtone; dépression et risque; dépression et sexe; dépression et traitement; dépression et santé; culture et dépression; dépression et attachement; intergénérationnel(le) et dépression; autochtone et guérison; autochtone et TCC; spiritualité et résilience; spiritualité et santé mentale; spiritualité et dépression. On a donné la préférence à la recherche la plus actuelle et aux études portant sur les populations autochtones. Les revues spécifiques *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* et *Transcultural Psychiatry* ont également été consultées à la recherche de ces mots clés. Des articles et des livres suggérés par des pairs examinateurs ont également été consultés. La recherche s'est limitée aux articles publiés en anglais.

Dans le présent rapport, le terme « Peuples autochtones » fait référence à tous les Peuples autochtones du Canada et à leurs descendants. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes

¹ Toutes les références dans ce rapport sont en anglais seulement.

distincts de Peuples autochtones : les Premières Nations, les Métis et les Inuits (Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC], 2013). Ces groupes représentent des peuples distincts ayant des antécédents, une langue, une culture, des pratiques spirituelles et des croyances uniques (AANDC, 2013). Au sein de ces trois groupes définis de Peuples autochtones, il y a une grande diversité, avec plus de 60 langues différentes issues de 12 grandes familles linguistiques (Statistics Canada, 2012). Les langues autochtones sont importantes, car elles font partie intégrante des identités, des histoires et des cultures distinctes. La langue représente également les liens à la terre, la famille, la communauté et le savoir traditionnel (Norris, 2007). L'utilisation du terme « Peuples autochtones » comme terme générique est source de confusion étant donné la grande diversité qui existe entre les groupes (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). Cependant, les premières phases de colonisation européenne et les politiques coloniales des gouvernements canadiens ont abouti à des défis politiques, sociaux et économiques communs à tous les Peuples autochtones du Canada, et elles ont créé, dans une certaine mesure, une identité collective pour de nombreux groupes autochtones variés (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009).



COMPRENDRE LA DÉPRESSION



Caractéristiques du diagnostic de la dépression

Les directives cliniques pour le diagnostic des troubles dépressifs sont disponibles dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition* (APA, 2013). Il existe plusieurs catégories de troubles dépressifs, qui se différencient par la durée, par le moment d'apparition et par les causes présumées. Bien que couvrir tous les symptômes et toutes les directives de diagnostic pour chaque type de trouble dépressif ne soit pas possible dans le cadre de la présente étude, nous abordons les caractéristiques communes de la dépression. Pour tous les troubles dépressifs, on constate la présence d'humeur triste, de sentiment de vide ou d'irritabilité, accompagnés de changements physiques et cognitifs (APA, 2013). Les changements cognitifs peuvent comprendre une concentration et une attention réduites, une faible estime de soi et une réduction de la confiance en soi. Des prévisions pessimistes de l'avenir, des idées de culpabilité ou l'automutilation sont également des symptômes associés à la dépression (WHO, 2008). Les changements physiques qui accompagnent la dépression comprennent, sans s'y limiter, la perte d'appétit, la perte de poids, la perte de libido et les troubles du sommeil, y compris l'insomnie ou l'excès de sommeil (WHO, 2008). Des douleurs inexplicables accompagnent souvent la dépression, ainsi que la perte d'énergie, la fatigue et la léthargie (WHO, 2008).

Le diagnostic d'une dépression légère, modérée ou sévère repose sur un jugement clinique complexe qui prend en compte le type, le nombre et la gravité des symptômes présents (WHO, 2008). Bien qu'éprouver de la tristesse soit normal, des sentiments persistants et prolongés de dépression ne le sont pas (Oltmanns et al., 2006).

Prévalence de la dépression chez les Peuples autochtones du Canada

Des études ont révélé que, par rapport à l'ensemble de la population, les taux de dépression au sein des Peuples autochtones sont plus élevés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, qu'ils résident dans une réserve ou non. Par exemple, les données recueillies par l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* (2002-2003) ont indiqué que 25,7 % des hommes Premières Nations et 34,5 % des femmes Premières Nations qui vivent dans des réserves ont déclaré se sentir tristes ou déprimés pour des périodes de deux semaines ou plus durant l'année écoulée (National Aboriginal Health Organization [NAHO], 2006). Les Peuples autochtones qui résident hors réserve ont également montré des niveaux de dépression plus élevés que ceux de l'ensemble de la population (13,2 % par rapport à 7,3 %) (Tjepkema, 2002). Un examen de la race, de l'origine ethnique et de la dépression au Canada a révélé que les groupes autochtones signalent des niveaux plus élevés de

symptômes de dépression et plusieurs épisodes de dépression majeure par rapport à la population canadienne anglophone (de race blanche) (Wu, Noh, Kasper, & Schimmele, 2003). Cependant, le fait que les Peuples autochtones du Canada souffrent de taux de dépression plus élevés que ceux de l'ensemble de la population n'est pas prouvé par toutes les études. Dans une communauté rurale de la Colombie-Britannique, les résidents autochtones présentent des taux similaires de troubles de dépression/d'anxiété par rapport aux résidents non autochtones de la même région (Thommasen, Baggaley, Thommasen, & Zhang, 2005). Cependant, cette étude est fondée sur le diagnostic d'un seul médecin et elle ne prend en compte que les individus ayant cherché à obtenir de l'aide dans cette région. En conséquence, il est possible que ces résultats ne puissent être généralisés à la population plus large. Une étude sur les taux de dépression au Manitoba a constaté qu'à l'échelle provinciale, les Métis présentaient des taux similaires de dépression (22 %) par rapport à l'ensemble de la population (20,4 %); cependant, dans certaines régions, le taux de dépression chez les Métis était plus élevé (comme dans le centre urbain de Brandon, où le taux de dépression chez les Métis était de 28,9 % par rapport à 22,9 % pour l'ensemble de la population) (Martens et al., 2010). Au Nunavut, 9 % des membres d'un échantillon de 1 710 Inuits ont indiqué qu'ils étaient déprimés au point que rien ne pouvait leur remonter le moral. Ce taux est seulement légèrement

plus élevé que celui du diagnostic de dépression majeure pour l'ensemble de la population au Canada (8 %) (Galloway & Saudny, 2012). Bien qu'une enquête ne permette pas de diagnostiquer la dépression, ces résultats indiquent une variabilité importante dans les taux de dépression au sein des communautés autochtones du Canada.

Bien qu'il y ait peu de renseignements disponibles pour avoir une idée claire de la prévalence de la dépression au sein des populations autochtones au Canada, les taux élevés de suicide peuvent, dans certains cas, être un indicateur des taux élevés de dépression. La recherche a indiqué que le suicide au sein des populations autochtones est une question complexe, influencée par de nombreux facteurs personnels, historiques et contextuels différents (Kirmayer, Brass, Holton, Paul, Simpson, & Tait, 2007). On constate une grande variabilité des taux de suicide au sein des communautés autochtones au pays : certaines communautés présentent des taux extrêmement élevés, tandis que d'autres ne constatent aucun suicide (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). Néanmoins, dans l'ensemble, les taux de suicide sont beaucoup plus élevés pour les Peuples autochtones du Canada que pour l'ensemble de la population. Par exemple, le Centre de prévention du suicide (2013) signale que les taux de suicide chez les hommes autochtones âgés de 15 à 24 ans sont de 126 sur 100 000, par rapport à 24 sur 100 000 chez les jeunes hommes non

autochtones. Le taux de suicide chez les femmes autochtones du même groupe d'âge est de 35 sur 100 000, par rapport à 5 sur 100 000 chez les femmes non autochtones (Centre for Suicide Prevention, 2013). Le nombre de tentatives de suicide est également disproportionné chez les Inuits du Nunavut, 29 % des Inuits ayant tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie (Galloway & Saudny, 2012).

Le suicide n'est pas considéré comme le résultat d'une cause unique, mais il peut survenir chez certains individus en raison des relations complexes entre les facteurs personnels et sociaux (Kirmayer et al., 2007). Bien que les auteurs ne souhaitent pas présenter une vue simpliste selon laquelle le suicide au sein des communautés autochtones serait uniquement le résultat de la dépression, il a été prouvé que la dépression est associée à un risque plus élevé de suicide chez les Peuples autochtones d'Amérique du Nord et d'autres pays. Selon un examen de 23 études portant sur le suicide des jeunes autochtones en Amérique du Nord, en Nouvelle-Zélande et en Scandinavie, la dépression et le suicide d'un ami étaient les deux plus importants facteurs prédisposant un individu à des idées suicidaires, à des tentatives de suicide et au suicide (Harder, Rash, Holyk, Jovel, & Harder, 2012). Compte tenu des taux de suicide beaucoup plus élevés chez les jeunes autochtones, le cas des individus confrontés à la dépression est un sujet important de recherche et d'investigation.





La dépression d'une culture à l'autre

Les chercheurs qui étudient la dépression à travers les cultures sont confrontés à de nombreux défis en raison des systèmes de diagnostic et de classification occidentaux qui ont défini le trouble (Tsai & Chentsova-Dutton, 2009). Le point de vue occidental de l'individu autonome et indépendant a façonné le diagnostic de la dépression et il considère que la maladie vient de l'intérieur de la personne (APA, 2013). Le point de vue occidental sur la santé mentale affirme qu'un individu devrait avoir des émotions positives et se sentir bien à propos de sa personne (Tsai & Chentsova-Dutton, 2009). L'accent mis sur l'individu conduit à l'hypothèse que les symptômes dépressifs sont le produit de processus internes (pensées, perceptions et sentiments) qui sont distincts de l'environnement social (Tsai & Chentsova-Dutton, 2009). L'accent mis sur l'individu en psychologie ne tient pas compte du fait que bon

nombre des défis auxquels les gens font face sous-entendent des interactions avec la famille, la communauté et l'environnement social élargi (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). La vision occidentale de l'individu ne reflète pas les points de vue de cultures qui considèrent l'individu comme une entité interdépendante et connectée à sa société (Tsai & Chentsova-Dutton, 2009). Par conséquent, plusieurs chercheurs ont exprimé leurs préoccupations au sujet d'un diagnostic de la dépression généralisé aux sociétés non occidentales sans être remis en cause (Jenkins, Klienman, & Good, 1991).

Selon la perception du monde de nombreux Autochtones, les conceptualisations occidentales de la santé mentale sont trop simplistes et elles ne reflètent pas les conceptions holistiques et traditionnelles (Vukic, Gregory, Martin-Misener, & Etowa, 2011). Le point de vue autochtone de la santé mentale reconnaît le lien entre l'individu et la collectivité, et il reflète

l'équilibre atteint entre les dimensions physiques, émotionnelles, cognitives et spirituelles (Blackstock, 2008). En tant qu'approche intégrée et holistique, les interventions se concentrent sur le bien-être de l'individu dans le contexte des relations avec les autres et avec la terre (Blackstock, 2008). Ce modèle holistique de la guérison est souvent représenté par le cercle d'influences, au sein duquel chaque dimension reflète une fraction égale de l'ensemble; cependant, les différentes communautés autochtones peuvent exprimer le modèle de la guérison différemment selon leurs propres enseignements et leur culture (Blackstock, 2008).

La culture et les modèles explicatifs de la dépression

Dans le domaine de la psychologie, le modèle biopsychosocial a été adopté comme méthode d'explication de la maladie mentale selon laquelle les procédés biologiques, psychologiques et sociaux interagissent de façons



© iStockPhoto.com, réf. 58246500


complexes et uniques qui peuvent entraîner une vulnérabilité accrue à la maladie mentale (Koehn & Hardy, 2007). Bien que ce modèle soit plus complet que le modèle biomédical occidental traditionnel, il est encore considéré comme incomplet par rapport à une conception holistique de la santé et du bien-être. Dans un article devenu classique qui argumente la nécessité d'un nouveau modèle médical, Engel (1977) expliquait :

Au sens large, un modèle n'est rien de plus qu'un système de croyance utilisé pour expliquer des phénomènes naturels, pour donner un sens à ce qui est déroutant ou gênant. Plus le phénomène perturbe l'ordre social ou bouleverse l'individu, plus la nécessité que l'homme conçoive des systèmes explicatifs est pressante. (p. 196)

Le message prédominant de l'argumentation d'Engel est que le développement de modèles utilisés pour identifier et expliquer la maladie

se fonde sur les croyances et sur les perceptions du monde dérivées de la culture. La compréhension voulant que toute théorie de la connaissance, y compris les méthodes d'empirisme occidental, évolue selon un système de croyances permet de comprendre qu'aucun système de connaissances n'est supérieur à un autre. Duran (2006) soutient que l'utilisation de l'empirisme occidental pour valider le savoir autochtone est une méthode héritée de la colonisation, car ce processus suppose que le savoir occidental est supérieur au savoir autochtone. Duran explique en outre que le savoir autochtone devrait être accepté comme valable tout simplement parce qu'il l'est, et que la tentative des puissances coloniales de maintenir le contrôle sur la validation du savoir autochtone est un processus de colonisation. Il souligne que la spiritualité est un élément essentiel de la santé mentale et que, même si les termes « âme » et « esprit » peuvent mettre certains chercheurs mal à l'aise parce qu'ils sont dissociés de la psychologie occidentale, la racine du

mot psychologie (psyché) est d'origine grecque et il se traduit par « âme ». Par extension, psychologie se traduit par « l'étude de l'âme » et psychothérapeute se traduit par « guérisseur de l'âme » (p. 19). Bien que les chercheurs occidentaux aient expliqué l'augmentation du risque de maladie mentale dans les collectivités autochtones comme étant le résultat du colonialisme et du traumatisme historique (voir la section suivante), Duran (2006) a constaté que de nombreux Peuples autochtones décrivent les effets du colonialisme comme un mal ancestral ou une blessure spirituelle. En acceptant le fait qu'il existe plus d'une manière d'envisager le monde, les conseillers occidentaux pourront commencer à participer et à contribuer au processus de guérison des Peuples autochtones d'une manière culturellement appropriée (Duran, 2006).

A large, rounded rock formation, possibly a glacial erratic, dominates the foreground and middle ground. The rock is light-colored with some darker, possibly mineral-rich, patches. It sits on a gravelly or sandy surface. In the background, a vast, flat landscape stretches to the horizon under a sky filled with scattered, white and grey clouds. The lighting suggests a bright day, possibly late afternoon or early morning, with some shadows on the rock.

La colonisation et l'assimilation forcée des Autochtones canadiens sont considérées comme les causes profondes des niveaux élevés de détresse sociale et mentale constatés au sein de nombreuses collectivités autochtones contemporaines (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009).

LES CAUSES PROFONDES DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES



La colonisation et l'assimilation forcée : risque accru et perte des facteurs de protection contre la dépression

La colonisation et l'assimilation forcée des Autochtones canadiens sont considérées comme les causes profondes des niveaux élevés de détresse sociale et mentale constatés au sein de nombreuses collectivités autochtones contemporaines (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). L'arrivée des Européens au Canada a engendré des traumatismes de niveaux multiples chez les Peuples autochtones, en raison de la condamnation officielle de leurs religions et de leurs cultures, et de la perte de leurs droits d'élever et d'éduquer leurs propres enfants (Chandler & Lalonde, 1998). Les enfants autochtones sont devenus l'une des cibles principales de la stratégie d'éradication des cultures autochtones et, sur une période de 100 ans, de nombreux enfants autochtones ont été séparés de leurs parents et placés dans des pensionnats où ils ont été souvent soumis à de multiples formes d'abus (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). Le traumatisme associé au retrait des enfants autochtones de leur famille ne s'est pas limité aux enfants eux-mêmes, mais il a perturbé la cohésion de communautés entières (Corrado & Cohen, 2003).

L'expérience des pensionnats indiens contribue de multiples façons à un risque accru de dépression chez les

Peuples autochtones du Canada, y compris par la rupture de l'attachement ayant résulté de la séparation des enfants de leurs parents, de leur famille et de leur communauté étendue. En outre, de nombreux enfants ont été victimes de violences physiques, psychologiques, sexuelles et spirituelles (Corrado & Cohen, 2003). Ces expériences ont eu un fort impact sur l'estime de soi de ces enfants et sur leur capacité à affronter les périodes de stress. Par ailleurs, les impacts négatifs constatés sur les enfants autochtones et sur leur communauté à l'époque des pensionnats indiens ne sont pas limités aux générations qui les ont fréquentés (Bombay, Matheson, & Anisman, 2009). Une quantité considérable de données probantes démontre que les événements traumatisants qui ont eu lieu au niveau collectif sont souvent transmis de génération en génération et qu'ils ne touchent pas seulement les enfants, mais aussi les petits-enfants des victimes directes (Bombay et al., 2009).

Rupture des relations d'attachement

Le retrait de plusieurs générations consécutives d'enfants de leurs familles est un facteur important du développement de la dépression chez de nombreux Peuples autochtones du Canada. Des études ont démontré que la séparation d'un parent durant l'enfance est associée à un risque accru de dépression à l'âge adulte (Amato, 1991). Le lien entre la dépression et la rupture des relations d'attachement parent-enfant peut être constaté de deux façons

: premièrement, le développement des systèmes biologiques de l'enfant qui sont responsables de la résistance au stress, et deuxièmement, le développement de la perception de soi de l'enfant par rapport à celle qu'il a des autres. Pendant l'enfance, la relation d'attachement permet de réguler le niveau de stress du nourrisson en réduisant le stress et les émotions négatives par le contact rassurant avec le parent (Schore, 2001a). Ce processus est essentiel au développement de la résilience face au stress plus tard dans la croissance, car la relation précoce avec les parents est le pilier fondamental du développement de l'autorégulation des émotions négatives et du stress (Schore, 2001b). Les enfants qui n'ont pas la possibilité de développer des relations d'attachement sécurisantes ont des difficultés à réguler l'intensité et la durée de leurs émotions négatives (Schore, 2001b). Les enfants qui ont des difficultés à gérer leurs émotions négatives, telles que la frustration et l'anxiété, sont plus vulnérables à la dépression, car ils risquent de rester passifs et d'être impuissants face au stress (Weinfeld, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008). En outre, ces enfants peuvent également éprouver des sentiments d'aliénation des autres, car les difficultés qu'ils ont à gérer leurs émotions négatives restreignent souvent leurs relations sociales (Weinfeld et al., 2008).

La relation d'attachement pendant la petite enfance joue aussi un rôle important dans la façon dont les enfants apprennent à se percevoir dans le contexte de leurs relations. Par exemple, Cicchetti et Toth (1998) affirment que

l'accessibilité et la participation des parents dans le cadre d'une relation saine sont associées au développement de sentiments d'acceptation et d'estime de soi chez l'enfant. En revanche, l'indisponibilité ou le rejet des parents conduisent l'enfant à penser et à éprouver qu'il ne mérite pas les soins et l'amour des autres. Par conséquent, la perturbation des relations d'attachement et l'incapacité à développer une relation saine avec les parents ou d'autres adultes proches peuvent entraîner une augmentation de la vulnérabilité future aux troubles mentaux due à des déficits de la gestion du stress et des émotions négatives (Schore, 2001a).

À l'époque des pensionnats indiens, les enfants autochtones avaient rarement accès à leurs parents, à la famille élargie ou aux membres de leur communauté pour les aider à faire face au stress et à développer une saine estime de soi leur permettant de se considérer comme une personne de valeur méritant d'être acceptée. En outre, les témoignages d'un environnement violent dans les pensionnats indiens indiquent que les enfants n'y avaient pas accès à des adultes capables de les soutenir, de leur apporter une relation d'attachement saine et de les aider à apprendre à se considérer acceptés et dignes d'amour et de soutien. En conséquence, plusieurs générations d'Autochtones n'ont pas eu la possibilité de développer une perception de soi saine ni une résilience au stress. La perte de ces importants facteurs de protection a contribué à une vulnérabilité accrue de développer une dépression au fil des générations.

La violence physique, psychologique, sexuelle et spirituelle

Les survivants des pensionnats indiens ont partagé leurs récits de violences physiques, psychologiques et sexuelles à des degrés destructeurs qu'ils ont subies aux mains du personnel des pensionnats (Corrado & Cohen, 2003).

Les produits de première nécessité pour la survie étaient souvent refusés aux enfants et bon nombre d'entre eux ont souffert de malnutrition (Milloy, 1999). Des conditions de vie insalubres et dangereuses ont abouti à des maladies aux proportions épidémiques, qui ont entraîné la mort de beaucoup d'élèves de la tuberculose (les chiffres exacts ne sont pas connus)(Milloy, 1999). Les enfants subissaient des punitions corporelles souvent imprévisibles, utilisées comme méthode de mise en œuvre des règlements scolaires, augmentant la peur et l'anxiété qu'ils éprouvaient (Corrado & Cohen, 2003). Cette violence psychologique, aggravée par la solitude des enfants résultant de l'isolement de leur famille et de leur communauté, et par le fait d'être sujets aux moqueries et à un traitement cruel, a exposé ces enfants à un risque important de développer une dépression. La violence sexuelle était aussi extrêmement commune. Bien que les taux exacts d'abus ne soient pas connus (Corrado & Cohen, 2003), d'anciens élèves ont signalé un large éventail de violences allant des attouchements, au viol et à la sodomie (Haig-Brown, 1988). Une analyse des différentes formes de maltraitance des enfants et des liens avec la dépression dans la société en général a révélé que les adultes qui ont des antécédents d'abus sexuel sont les plus à risque de développer une dépression (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999). En outre, le risque de tentatives de suicide est huit fois plus élevé chez les jeunes qui ont des antécédents d'abus sexuels (Brown et al., 1999).

De plus, il est important de mentionner qu'un niveau significatif de traumatisme spirituel a également été infligé aux enfants qui ont fréquenté les pensionnats indiens. Les enseignements de ces organisations religieuses étaient non seulement axés sur l'enseignement général, mais ils visaient aussi à supprimer l'identité culturelle, les traditions spirituelles et la langue des Peuples autochtones

(Quinn, 2007). Comme l'a rappelé un élève des pensionnats, on leur a appris que tous les aspects de la culture et des traditions autochtones étaient mauvais et honteux. Il leur était interdit de parler leur langue, de danser, de chanter ou de pratiquer leurs coutumes (Haig-Brown, 1988). D'autres élèves des pensionnats ont raconté qu'on leur avait enseigné à avoir honte d'eux-mêmes et de leur famille (Haig-Brown, 1988). En outre, le fait d'avoir été l'objet de violences sexuelles alors qu'on leur enseignait simultanément que l'acte sexuel est sale et immoral a accru considérablement le traumatisme subi par ces enfants.

Les chercheurs commencent à reconnaître l'importance de la spiritualité pour la résilience aux troubles mentaux. Hatala (2013) fait valoir que la spiritualité est un facteur protecteur important qui augmente non seulement la résilience pendant les périodes de stress et de difficultés, mais qui contribue également à la guérison. De même, dans un compte rendu de ses expériences dans un camp de concentration, Frankl (1984) a suggéré que la liberté spirituelle donne un sens et un but à la vie, et qu'elle est essentielle à la capacité de l'être humain à faire face à des situations de stress. Malheureusement, il est probable que l'enseignement spirituel dans les pensionnats indiens ait été utilisé pour susciter la peur et la culpabilité afin de contrôler les enfants, et qu'il ait été une source supplémentaire de traumatisme pour certains d'entre eux. En conséquence, le potentiel de la religion à servir de facteur de protection dans la vie des enfants fréquentant les pensionnats indiens a probablement été perdu.

De manière générale, le système des pensionnats indiens a privé les enfants qui l'ont fréquenté d'importants facteurs de protection nécessaires à leur bien-être, tout en les exposant à des risques de dépression et d'autres troubles mentaux de niveaux variés. Ayant été isolés de leurs parents, ces

enfants n'ont pas eu la possibilité de développer la résilience face au stress, et de développer et de maintenir une perception positive et saine de leur personne. Les enseignements spirituels des pensionnats indiens ont porté sur l'introduction de forts sentiments de culpabilité et de honte chez les enfants et, par conséquent, ils ont potentiellement aggravé les effets des violences psychologiques, physiques et sexuelles, et des traumatismes vécus. Le fait d'avoir privé ces enfants de plusieurs facteurs de protection importants associés à de multiples formes de traumatismes a fait courir aux générations passées un risque énorme de développement de la dépression. Malheureusement, ces effets ne sont pas limités aux individus. Des données probantes ont démontré que la dépression a également un impact profond sur la parentalité et qu'elle fait donc courir aux générations futures le risque important de développer une dépression.

La transmission intergénérationnelle de la dépression


Les conséquences des traumatismes associés aux pensionnats indiens ne se limitent pas à la santé mentale des générations passées (Quinn, 2007). Les taux élevés de dépression dans les communautés autochtones menacent les enfants et les familles. De nombreuses études sur la population générale ont lié la dépression maternelle à des taux plus élevés de dépression chez les enfants (par exemple, Goodman & Tully, 2008), ainsi qu'à l'augmentation des taux de problèmes comportementaux (Brennan, Hammen, Andersen, Bor, Najman, & Williams, 2000). Certaines des explications sur la raison pour laquelle les enfants de mères déprimées courent à un risque accru de souffrir d'une variété de problèmes se concentrent sur l'environnement social du foyer. Par exemple, les enfants de parents dépressifs sont exposés



© Crédit : iStockPhoto.com, ref. 8486999

aux comportements, aux émotions et à la perception du monde négatifs ou inadaptes de leur mère ou de leur père, et ils en tirent des leçons dangereuses (Goodman & Gotlib, 1999). En outre, les enfants de parents dépressifs sont exposés à des niveaux accrus de conditions stressantes à la maison, comme l'augmentation des niveaux de conflit parental, la séparation et le divorce (Goodman & Gotlib, 1999). En outre, des études suggèrent qu'il est fréquent que les enfants de parents dépressifs ne développent pas une estime de soi saine et qu'ils éprouvent des difficultés à entretenir des relations sociales saines. Par exemple, Hammen et Brennan (2001) ont constaté que les adolescents déprimés qui ont été élevés par des mères déprimées souffrent d'un plus grand dysfonctionnement interpersonnel et de niveaux plus élevés de conflit dans leurs relations, et qu'ils vivent un plus grand nombre d'événements stressants. On a observé que ces adolescents déprimés souffrent de cognitions (pensées) dysfonctionnelles sur le monde social et sur le rôle qu'ils y jouent. Ils ont également moins d'amis et ils se sentent rarement en sécurité au sein de leurs relations.

En outre, les données recueillies à partir d'études de la population générale ont révélé que les enfants de mères déprimées présentent un taux élevé de cortisol en raison de la dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) (Guerry & Hastings, 2011). Plus précisément, dans une analyse de plusieurs études portant sur le fonctionnement de l'axe HHS chez les enfants de mères déprimées, Guerry et Hastings (2011) ont trouvé des niveaux élevés de cortisol chez les enfants à partir de six mois jusqu'à l'âge adulte. Ces résultats indiquent que la dépression parentale est associée à des vulnérabilités de la régulation physiologique du stress chez les enfants de mères déprimées. Les adolescents déprimés présentent une augmentation de l'activité de l'axe HHS en réponse au stress, et une récupération plus lente en comparaison aux adolescents non déprimés qui présentent une dérégulation de la réponse biologique au stress (Lopez-Duran, Kovacs, & George, 2009). La dérégulation continue du stress risque donc de mener au développement de la dépression chez les enfants de parents dépressifs.



*... les personnes déprimées ont plus de difficulté
à prendre en charge leurs soins si elles sont déjà
malades et elles sont moins susceptibles d'adhérer au
traitement et aux changements de mode de vie
(Lichtman et al., 2008).*

IMPACTS DE SANTÉ DE DÉPRESSION



La santé, telle que définie par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, « est un état de bien-être physique, mental et social complet ». (WHO, 2006, p. 1) En 1954, le Dr Brock Chisholm, le premier directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, a attiré l'attention sur l'importance du lien entre la santé mentale et la santé physique, quand il a déclaré que « sans la santé mentale, la santé physique est impossible » (Kolappa, Henderson, & Kishore, 2013, p. 3). Au cours des dernières décennies, des preuves substantielles ont émergé qui mettent en évidence la forte relation entre la santé mentale et la santé physique, en particulier par rapport à la dépression et à l'anxiété. Par exemple, les études portant sur la population générale ont indiqué que les personnes déprimées sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer et qu'elles présentent un taux plus faible de réussite d'abandon du tabac autodéclarée par rapport aux fumeurs qui ne souffrent pas de dépression (Lasser, Boyd, Woolhandler, Himmelstein, McCormick, & Bor, 2000).

Globalement, les études sur la population générale nous ont appris que la dépression a une incidence négative sur la santé physique, car elle augmente le risque d'un éventail de maladies physiques. Il a été prouvé que la dépression augmente le risque de développer le diabète de type 2

(Cosgrove, Sargeant, & Griffin, 2008), et qu'elle est associée à une augmentation des taux de morbidité et de mortalité chez les patients atteints de maladie cardiaque (Lichtman et al., 2008). En outre, les personnes déprimées ont plus de difficulté à prendre en charge leurs soins si elles sont déjà malades et elles sont moins susceptibles d'adhérer au traitement et aux changements de mode de vie (Lichtman et al., 2008).

Le lien entre la maladie mentale et la maladie physique est particulièrement préoccupant pour les Peuples autochtones, étant donné la prévalence nettement plus élevée de maladies physiques chroniques dont ils souffrent par rapport à l'ensemble de la population (Reading, 2009). Bien qu'il existe des variations entre les régions et parfois au sein même des régions, la prévalence du diabète au cours des deux dernières décennies a considérablement augmenté chez les Peuples autochtones (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2011). Ainsi, les membres des Premières Nations vivant dans des réserves représentaient la plus grande proportion de la population canadienne à signaler un diagnostic de diabète, suivie par les membres des Premières Nations vivant hors réserve (PHAC, 2011). Le taux de prévalence du diabète chez les Métis était similaire à celui des membres des Premières Nations vivant hors réserve; toutefois, le taux de diabète chez les Inuits était

comparable à celui de l'ensemble de la population (PHAC, 2011). Les enfants des Premières Nations et métis reçoivent également un diagnostic de diabète de type 2 à un âge précoce par rapport à l'ensemble de la population (PHAC, 2011). En outre, les Peuples autochtones du Canada présentent des taux plus élevés de cardiopathie ischémique par rapport à l'ensemble de la population, et l'on constate surtout que leurs taux de cardiopathie ischémique ne diminuent pas, alors que ceux de l'ensemble de la population diminuent (Reading, 2009).

Compte tenu des données probantes qui prouvent l'interrelation entre la santé mentale et la santé physique, un appel à l'élaboration d'une stratégie globale a été lancé, visant la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles afin d'intégrer les interventions de santé mentale aux soins primaires (Kolappa et al., 2013). L'incorporation des interventions de santé mentale, en particulier celles qui portent sur la dépression et sur l'anxiété, permettra de réduire le fardeau mondial des maladies non transmissibles (Kolappa et al., 2013). Au Canada, l'intégration d'interventions de santé mentale adaptées à la culture des Peuples autochtones est importante, non seulement pour permettre de réduire le fardeau de la maladie mentale, mais aussi pour aider à réduire celui des maladies physiques chroniques.

LES VOIES VERS LE RÉTABLISSEMENT



Il existe de nombreux traitements efficaces de la dépression. Alors que l'approche occidentale a porté essentiellement sur l'utilisation d'antidépresseurs (Arroll et al., 2005), d'autres options de traitement sont possibles, y compris la thérapie cognitive comportementale (TCC) et le soutien psychosocial. Il a été prouvé que la TCC est plus efficace que les antidépresseurs (Dobson, 1989). Cependant, de nombreux Autochtones envisagent avec méfiance les approches occidentales du traitement de la maladie mentale, en raison de l'histoire de la colonisation oppressive au cours de laquelle les perceptions du monde autochtones ont été déstabilisées (Blackstock, 2008). Bien que la recherche indique que les Peuples autochtones d'Amérique du Nord présentent des taux plus élevés de dépression, de suicide et de toxicomanie, ils ne cherchent que rarement l'aide des services fournis par la culture dominante (McCormick, 1996). En outre, lorsque les Peuples autochtones participent à un traitement occidental, ils sont moins susceptibles de bien y réagir et ils présentent des taux d'abandon plus élevés par rapport à d'autres minorités ethniques (McCormick, 1996). Par conséquent, les chercheurs dans le domaine de la santé des Autochtones affirment qu'il est crucial que toute approche de la guérison ou de l'aide à la dépression pour les Peuples autochtones soit culturellement appropriée et pertinente.

Les programmes élaborés pour les Peuples autochtones devraient aborder la guérison à la fois au niveau communautaire et au niveau individuel. Récemment, on a constaté une augmentation de la compréhension du fait que, si l'on veut que les méthodes de guérison soient efficaces, il convient qu'on les adapte aux réalités culturelles locales et qu'elles reflètent les valeurs fondamentales (Kirmayer, Fletcher, & Watt, 2009). Alors que toutes les cultures aujourd'hui sont ouvertes à diverses sources d'information qui permettent aux individus de découvrir de nombreux points de vue différents, et qu'elles sont influencées par elles, il est généralement admis que les collectivités des Peuples autochtones partagent certains principes directeurs et certaines croyances fondées sur des perspectives holistiques de bien-être mental (van Gaalen, Wiebe, Langlois, & Costen, 2009).

Dans le contexte d'une analyse des facteurs identifiés comme importants pour la guérison par un échantillon de 50 personnes des Premières Nations issues de 40 collectivités de la Colombie-Britannique, McCormick (1997) a identifié un thème global d'interdépendance. Les participants estiment que les liens avec la famille, les amis, les membres de la communauté, la nature et la culture facilitent la guérison. En outre, de nombreux participants ont indiqué que la guérison est facilitée

par le développement d'une dimension spirituelle de leur personne, rendue possible par l'établissement d'un lien avec le Créateur. Les sujets étudiés ont cité la participation à des cérémonies et la prière comme des processus utiles pour faciliter la guérison (McCormick, 1997). Ces résultats impliquent que des services de counseling et d'intervention qui intègrent la culture et qui s'appuient sur celle-ci, par exemple en intégrant la connectivité et la guérison spirituelle à la pratique, auront plus de succès.

En outre, certains chercheurs affirment qu'il est possible, dans le cas de patients autochtones, d'intégrer ou de mêler les approches traditionnelles autochtones de la guérison aux approches les plus répandues (Nabigon & Wenger-Nabigon, 2012). Par exemple, la TCC peut être menée en parallèle aux approches autochtones de la guérison, car elle met en œuvre des stratégies qui visent à engendrer des changements émotionnels et comportementaux par la modification de la pensée (Nabigon & Wenger-Nabigon, 2012). Un soignant qui est formé à la TCC peut intégrer des approches traditionnelles pour l'aider à évaluer un patient, à mettre en œuvre les stratégies de thérapie et à planifier le traitement. Ces processus peuvent être construits autour de la structure des enseignements traditionnels et intégrer le savoir traditionnel (Nabigon & Wenger-Nabigon, 2012). La combinaison des outils fournis par la

TCC et des enseignements traditionnels qui incorporent la compréhension d'une vie spirituelle permettra aux deux approches de mener à des changements positifs pour les patients autochtones (Nabigon & Wenger-Nabigon, 2012).

Alors que certains Peuples autochtones du Canada font face à des défis pour trouver des soins à la dépression adaptés, il est crucial qu'ils cherchent à obtenir de l'aide, car la dépression est traitable et la restauration du bien-être est possible. De nombreux thérapeutes traditionnels reçoivent maintenant une formation culturellement appropriée afin de pouvoir répondre aux besoins des Peuples autochtones (Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2006). En outre, l'élaboration de programmes qui mêlent les modèles de guérison autochtones traditionnels et les approches courantes semble prometteuse pour répondre aux besoins des Peuples autochtones. Le succès du traitement de la dépression permettra non seulement d'améliorer la vie de ceux qui en souffrent et de leur famille, mais aussi de protéger la santé mentale et le bien-être des générations futures.



... que des services de counseling et d'intervention qui intègrent la culture et qui s'appuient sur celle-ci, par exemple en intégrant la connectivité et la guérison spirituelle à la pratique, auront plus de succès.



CONCLUSIONS

La dépression est un trouble mental courant qui se produit chez les hommes et les femmes de tous âges, et elle a une incidence importante sur les invalidités à l'échelle mondiale. À l'heure actuelle, la prévalence de la dépression chez les Peuples autochtones n'est pas claire, puisque si certaines études indiquent des taux de dépression plus élevés, d'autres révèlent des taux de dépression chez les Peuples autochtones du Canada semblables ou inférieurs à ceux de l'ensemble de la population. Certains chercheurs ont formulé l'hypothèse que les niveaux élevés de détresse dans de nombreuses collectivités autochtones sont le résultat direct des effets durables de la colonisation et de l'assimilation forcée. La rupture des relations d'attachement et l'expérience de violences psychologiques, sexuelles et spirituelles ont accentué le risque couru par les générations passées de développer une dépression. En conséquence, les enfants de parents dépressifs courent également un risque accru de développer une dépression, par l'exposition aux comportements, aux émotions et à la perception du monde négatifs et inadaptés de leurs parents, et par l'augmentation des niveaux de stress dans le foyer familial.

Il existe de nombreux traitements efficaces de la dépression. Bien que les médicaments antidépresseurs aient prouvé leur efficacité auprès de l'ensemble de la population, d'autres options dont l'efficacité au sein des communautés autochtones a été

démontrée sont possibles. Certains conseillers ont ainsi constaté les résultats prometteurs de la TCC auprès de patients autochtones. L'incorporation de stratégies de guérison traditionnelles au modèle de TCC permet un traitement culturellement approprié aux Peuples autochtones qui souhaitent suivre une approche traditionnelle de la guérison. Alors que certains Autochtones rencontrent des difficultés lorsqu'ils cherchent un traitement culturellement approprié, il est essentiel qu'ils ne renoncent pas et qu'ils continuent à demander de l'aide, car la guérison est possible et elle conduira à des améliorations substantielles de leur santé physique et émotionnelle.

Bien que la dépression soit présente dans toutes les cultures, les modèles explicatifs occidentaux de la dépression ont des limitations importantes lorsqu'ils sont appliqués à des cultures qui ont une compréhension holistique de la santé. De nombreux chercheurs pensent que les modèles explicatifs conçus pour traiter les facteurs de risque associés à la dépression chez les populations autochtones devraient adopter une perspective holistique qui intègre les dimensions spirituelle, physique, cognitive et émotionnelle. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour intégrer pleinement la compréhension holistique de la santé au processus de guérison; l'élaboration de modèles explicatifs des risques de dépression chez les Peuples autochtones du Canada est également nécessaire.

RESSOURCES



Il est important de ne pas oublier que la dépression est une maladie qui affecte tous les membres de la communauté au sens large; l'éducation au sujet de ce trouble et du soutien à ceux qui en souffrent est donc essentielle pour améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés. Les professionnels de la santé commencent à comprendre la nécessité de fournir aux Peuples autochtones des stratégies de traitement qui leur soient culturellement appropriées. Les ressources suivantes peuvent aider à la recherche de sources de soutien appropriées.

Réseau de recherche en santé mentale chez les Autochtones

Ce site Web propose une base de données pour la promotion de la santé mentale, ainsi que pour la prévention et les modèles et programmes d'intervention auprès des Peuples autochtones. Elle permet aux utilisateurs de chercher des types spécifiques de services de santé et des options supplémentaires pour préciser leur recherche, comme l'âge, l'emplacement, l'origine ethnique, le type de traitement demandé et d'autres critères pertinents. <http://www.namhr.ca/> (anglais seulement)

Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Bien que ce site n'ait pas été conçu spécifiquement pour les Peuples autochtones, il présente de précieux renseignements au sujet de la dépression et d'autres troubles de l'humeur, tels que les troubles bipolaires. Les coordonnées de services de santé mentale sont également fournies.

<http://www.troubleshumeur.ca/index.php/>

Le Centre de guérison EYAA-Keen

Le Centre de guérison EYAA-Keen fournit un programme de traitement autochtone pluridisciplinaire aux adultes autochtones. Il donne accès à un spécialiste de la santé comportementale autochtone, à un aîné ou à un guérisseur traditionnel afin d'aider à faire face à un traumatisme ou à une perte importante. Le soutien individuel, le travail de groupe et la formation à la thérapie sont proposés afin de faciliter la guérison personnelle et collective.

<http://eyaa-keen.org/about/> (anglais seulement)

Za-geh-do-win

Aboriginal Mental Health Services/ Support Directory (Répertoire de services de santé mentale autochtone et soutien)

Ce document est un répertoire des services de santé mentale auxquels les Premières Nations de l'Ontario ont accès.

<http://www.za-geh-do-win.com/PDF/The%20Key.pdf> (anglais seulement)

My Right Care.ca de l'Autorité sanitaire régionale de Winnipeg

Ce site Web est un annuaire utile pour les personnes de la région de Winnipeg qui cherchent des services de soins de santé. Il offre l'accès aux services de santé mentale, y compris à un centre d'intervention d'urgence et à une unité de santé mentale mobile. Ce site Web comprend également une section sur la santé autochtone où les utilisateurs peuvent trouver un accès à des soins spirituel et culturels, ainsi que bien d'autres renseignements adaptés aux Peuples autochtones qui sont en quête de soins dans la région de Winnipeg. <http://www.wrha.mb.ca/aboriginalhealth/services/index.php> (anglais seulement)

Indigenous cultural competency training program (Programme de formation aux compétences culturelles autochtones)

Ce site Web fournit des renseignements sur le programme de formation aux compétences culturelles autochtones qui est livré par la Provincial Health Authority of British Columbia. Une section du site propose aux utilisateurs des ressources portant sur des services culturellement spécifiques pour la santé mentale et la toxicomanie. Les ressources culturelles spécifiques sont regroupées et elles concernent les Autochtone, les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

<http://www.culturalcompetency.ca/home> (anglais seulement)

BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)

- 
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2013). *Aboriginal peoples and communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 18, 2014 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100013785/1304467449155>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Arroll, B., Macgillivray, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B., & Crombie, I. (2005). Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 3(5): 449-56.
- Amato, P.R. (1991). Parental absence during childhood and depression in later life. *The Sociological Quarterly*, 32(4): 543-56.
- Birx, J. (2010). *21st century anthropology: A reference handbook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Blackstock, C. (2008). *Rooting mental health in an Aboriginal world view*. Ottawa, ON: Prepared for the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO. Retrieved June 3, 2014 from http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/position_aboriginal_world_view.pdf
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3): 6-47.
- Brennan, P.A., Hammen, C., Andersen, M.J., Bor, W., Najman, J.M., & Williams, G.M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at 5. *Developmental Psychology*, 36(6): 799-66. DOI:10.1037//0012-1649.36.6.759
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12): 1490-6.
- Canadian Collaborative Mental Health Initiative. (2006). *Pathways to healing: A mental health guide for First Nations people*. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative. Retrieved June 3, 2014 from http://camimh.ca/wp-content/uploads/2012/04/MIAW_EN_PathwaystoHealing.pdf
- Centre for Suicide Prevention. (2013). *Suicide prevention resource toolkit*. Calgary, AB: Author. Retrieved June 3, 2014 from <https://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?fileticket=MVlyGo2V4YY%3D&tabid=563>
- Chandler, M.J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2): 191-219.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2): 221-41.
- Corrado, R.R., & Cohen, I.M. (2003). *Mental health profiles for a sample of British Columbia's Aboriginal survivors of the Canadian residential school system*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Cosgrove, M.P., Sargeant, L.A., & Griffin, S.J. (2008). Does depression increase the risk of developing type 2 diabetes? *Occupational Medicine*, 58(1): 7-14. DOI:10.1093/occmed/kqm105
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3): 414-19.
- Duran, E. (2006). *Healing the soul wound: Counseling with American Indians and other Native peoples*. New York and London: Teachers College, Columbia University
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: The challenge for biomedicine. *Science*, 96: 129-136.
- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J.L., Vos, T. et al. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904): 1575-86.
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning*. New York, NY: Pocket Books.
- Galloway, T., & Saudny, H. (2012). *Inuit health survey 2007-2008: Nunavut community and personal wellness*. Montreal, QC: Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment, McGill University. Retrieved January 26, 2015 from http://www.tunngavik.com/files/2012/09/IHS_NUNAVUT-FV-V11_FINAL_AUG-15_2012.pdf
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3): 458-90.
- Goodman, S.H., & Tully, E. (2008). Children of depressed mothers: Implications for the etiology, treatment, and prevention of depression in children and adolescents. In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (Eds.), *The handbook of depression in children and adolescents* (pp. 415-50). New York: Guilford Press.
- Guerry, J.D., & Hastings, P.D. (2011). In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2): 135-60.
- Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and renewal: Surviving the Indian Residential School*. Vancouver, BC: Tillacum Library.
- Hammen, C., & Brennan, P.A. (2001). Depressed adolescents of depressed and non-depressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2): 284-94.

- Harder, H.G., Rash, J., Holyk, T., Jovel, E., & Harder, K. (2012). Indigenous youth suicide: A systematic review of the literature. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 10(1): 125-42.
- Hatala, A.R. (2013). Towards a biopsychosocial-spiritual approach in health psychology: Exploring theoretical orientations and future directions. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(4): 256-76.
- Jenkins, J.H., Kleinman, A., & Good, B.J. (1991). Cross-cultural studies of depression. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression*. (pp. 67-99). Hillsdale, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal People in Canada*. Ottawa, ON: The Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/suicide.pdf>
- Kirmayer, L.J., Fletcher, C., & Watt, R. (2009). Locating the ecocentric self: Inuit concepts of mental health and illness. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 289-314). Vancouver, BC: UBC Press.
- Kirmayer, L.J., Tait, C.L., & Simpson, C. (2009). The mental health of Aboriginal peoples in Canada: Transformations of identity and community. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis, (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 1-26). Vancouver, BC: UBC Press.
- Koehn, C., & Hardy, C. (2007). Depression and problem substance use in women. In N. Poole & L. Greaves (Eds.), *Highs and lows: Canadian perspectives on women and substance use* (pp. 129-41). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
- Kolappa, K., Henderson, D.C., & Kishore, S.P. (2013). No physical health without mental health: Lessons unlearned? *Bulletin of the World Health Organization*, 91:3-3A. DOI: 10.2471/BLT.12.115063
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *The Journal of the American Medical Association*, 284(20): 2606-10.
- Lichtman, J.H., Bigger, T., Blumenthal, J.A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P.G., Lespérance, F., Mark, D., et al. (2008). Depression and coronary heart disease. *Circulation*, 118: 1768-75. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108190769
- Lopez-Duran, N.L., Kovacs, M., & George, C.J. (2009). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 34: 1272-83.
- Martens, P., Bartlett, J., Burland, E., Prior, H., Burchill, C., Huq, S., Romphf, L. et al. (2010). *Profile of Métis health status and health care utilization in Manitoba: A population-based study*. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba. Retrieved January 9, 2015 from [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_\(WEB\)_update_aug11_2011\).pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/MCHP-Metis_Health_Status_Full_Report_(WEB)_update_aug11_2011).pdf)
- McCormick, R.M. (1996). Culturally appropriate means and ends of counseling as described by the First Nations people of British Columbia. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 18: 163-72.
- McCormick, R.M. (1997). Healing through interdependence: The role of connecting in First Nations healing practices. *Canadian Journal of Counselling*, 31(3): 172-84.
- Milloy, J.S. (1999). *A national crime: The Canadian government and the residential school system, 1879 to 1986*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Nabigon, H., & Wenger-Nabigon, A. (2012). "Wise practices": Integrating traditional teachings with mainstream approaches. *Native Social Work Journal*, 8: 43-55.
- National Aboriginal Health Organization [NAHO]. (2006). *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS), 2002/03. Report on selected indicators by gender*. Ottawa, ON: NAHO.
- Norris, M.J. (2007). Aboriginal languages in Canada: Emerging trends and perspectives on second language acquisition. *Canadian Social Trends*, 1: 19-27. Retrieved June 3, 2013 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007001/pdf/9628-eng.pdf>
- Oltmanns, E.F., Emery, R.E., & Taylor, S. (2006). *Abnormal Psychology* (2nd ed.). Toronto, ON: Pearson Education.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2011). Diabetes among First Nations, Inuit and Métis populations. In *Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective* (Chapter 6). Ottawa, ON: Author. Retrieved January 5, 2015 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap6-eng.php>
- Quinn, A. (2007). Reflections on intergenerational trauma: Healing as a critical intervention. *First Peoples Child & Family Review*, 3(4): 72-82.
- Reading, J. (2009). *The crisis of chronic disease among Aboriginal Peoples: A challenge for public health, population health and social policy*. Victoria, BC: Centre for Aboriginal Health Research.
- Schore, A.N. (2001a). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2): 7-66.
- Schore, A.N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental Health*, 22(1-2): 201-69.
- Statistics Canada. (2012). *Aboriginal languages in Canada: Language, 2011 census of population*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 98-314-X2011003. Retrieved June 3, 2014 from http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011003_3-eng.pdf
- Thommasen, H.V., Baggaley, E., Thommasen, C., & Zhang, W. (2005). Prevalence of depression and prescriptions for antidepressants, Bella Coola Valley, 2001. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6): 346-52.
- Tjepkema, M. (2002). The health of the off-reserve Aboriginal population. *Health Reports Supplement*, 13: 1-17.
- Tsai, J.L., & Chentsova-Dutton, Y. (2009). Understanding depression across cultures. In I. H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-91). New York: The Guilford Press.

- van Gaalen, R., Wiebe, P.K., Langlois, K., & Costen, E. (2009). Reflections of mental wellness in First Nations and Inuit communities. In Canadian Institute for health Information [CIHI], *Mentally healthy communities: Aboriginal perspectives* (pp. 9-16). Ottawa, ON: CIHI.
- Vukic, A., Gregory, D., Martin-Misner, R., & Etowa, J. (2011). Aboriginal and Western conceptions of mental health and illness. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 9(1): 65-86.
- Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. (pp. 78-101). New York, NY: The Guilford Press.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: Author. Retrieved June 3, 2014 from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2008). *The international classification of mental and behavioural disorders* [ICD] (10 Rev. ed). New York, NY: Author. Retrieved January 9, 2015 from <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2010). Depression. Geneva: Author. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wu, Z., Noh, S., Kaspar, V., & Schimmele, C.M. (2003). Race, ethnicity, and depression in Canadian Society. *Journal of Health and Social Behavior*, 44: 426-41.





sharing knowledge · making a difference
partager les connaissances · faire une différence

ᑭᓐᓂᓄᓐᓂᓐ ᓂᓄᓐᓂᓐᓂᓐ ᓂᓄᓐᓂᓐᓂᓐ · ᓂᓄᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333 UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE (C.-B.) V2N 4Z9

1 250 960 5250

CCNSA@UNBC.CA

WWW.CCNSA-NCCAH.CA