

REMISE EN QUESTION DES HYPOTHÈSES CACHÉES: *Les normes coloniales en tant que déterminants de la santé mentale des Autochtones*

Sarah Nelson, M.A.

La santé mentale est un sujet de préoccupation qui a suscité un surcroît d'attention récemment pour de nombreux peuples autochtones au Canada. Le Conseil de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique (sans date) et Inuit Tapiriit Kanatami (2011), par exemple, se sont engagés à créer des plans de santé mentale et prennent des mesures précises pour améliorer la santé mentale des peuples autochtones. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006) a procédé à un examen détaillé de la santé mentale des Canadiens, et a consacré un chapitre aux circonstances propres aux peuples autochtones au Canada. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2011) comporte également des questions basées sur le

bien-être personnel, la consommation de substances illicites et le bien-être mental et social de l'enfant.

Les déterminants sociaux de la santé sont en train de devenir une approche reconnue pour définir les inégalités en santé. La recherche démontre que les personnes qui vivent dans des situations de pauvreté ou de stress, qui sont sans emploi ou victimes de discrimination font face à de plus graves problèmes de santé que celles qui sont plus aisées et plus en sécurité. Pour les peuples autochtones, le colonialisme est considéré comme un déterminant social de la santé (voir par exemple Gracey et King, 2009).

Le colonialisme est un processus qui a une longue histoire, et les fondements coloniaux de la nation ont façonné les services et les valeurs de santé mentale

au Canada. Ces fondements affectent la santé actuelle des peuples autochtones et ont eu comme conséquence le déplacement et la marginalisation d'individus et de communautés autochtones ainsi que la perpétuation de notions discriminatoires ou stéréotypées concernant l'identité autochtone.

Le présent essai examine l'influence de ce vestige d'idées coloniales sur la recherche et le discours sur les services de santé mentale qui, en ce sens, constituent un déterminant social de la santé mentale pour les peuples autochtones au Canada. Le document est organisé comme suit. Tout d'abord, nous décrirons brièvement les méthodes utilisées pour recueillir l'information. La deuxième section se penche sur les secteurs privilégiés par la recherche en ce qui concerne la santé mentale des Autochtones au Canada. Troisièmement, nous ferons

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

¹ Le terme « Autochtone », au sens de la *Loi constitutionnelle de 1982* (Canada), englobe les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces trois catégories, à leur tour, comprennent une grande variété de groupes culturels et linguistiques. Dans ce document, le terme « Autochtone » désigne ces groupes au Canada; le terme « Indigène » désigne les populations autochtones dans un contexte international.



un bref rappel historique sur la santé mentale et sa relation avec le colonialisme dans le monde, suivi d'un examen de quelques hypothèses cachées héritées du colonialisme qui apparaissent dans la documentation contemporaine dans le domaine de la santé mentale. La cinquième section étudie le concept des déterminants sociaux de la santé comme cadre qui permet de comprendre les inégalités en santé, et situe le colonialisme dans ce cadre. Par la suite, une section sur la compétence culturelle et l'humilité culturelle vise à offrir quelques pistes pour que la recherche en santé mentale au Canada améliore l'intégration des visions autochtones du monde. En conclusion, nous décrirons les affirmations des chercheurs autochtones sur la santé mentale et le colonialisme, et la transformation des services de santé mentale qui en découle.

Méthodologie

Ce document s'inspire d'un examen de la documentation pertinente sur le colonialisme et les divers déterminants

sociaux de la santé et de la santé mentale proposés dans des contextes autochtones. La documentation a été répertoriée en interrogeant les bases de données JStor, CINAHL, Medline, PsycInfo et la bibliographie sur les Autochtones d'Amérique du Nord, en utilisant les termes « mental health », « colonialism », « colonization », et « Aboriginal », « Native », « First Nations », « Indigenous », « Métis », « Inuit » et « Indian ». Des périodiques choisis, dont *Pimatisiwin*, *A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*; *The International Indigenous Policy Journal*; et *Social Science & Medicine* ont été passés en revue pour y recenser les articles pertinents. Nous avons également consulté les listes d'ouvrages de référence de publications pertinentes pour y puiser des sources supplémentaires. La majeure partie de la documentation provenait des sources canadiennes publiées dans les dix dernières années, toutefois, la documentation examinée inclut également les travaux de chercheurs réputés d'autres régions ou antérieures à

cette période. Soulignons qu'il ne s'agit pas d'une recension systématique, et que nous n'avons pas l'intention de procéder à un examen exhaustif de la documentation.

Une lacune importante qui mérite d'être signalée, étant donné les résultats de cet examen de la documentation, est le grave manque de recherche et de publications dans le domaine de la santé mentale des Métis. Nous avons utilisé le terme de recherche « Métis », mais n'avons trouvé aucun document portant spécifiquement sur la santé mentale de ces peuples. Il faudrait remédier à cette lacune.

Axes de la documentation et des recherches – qu'est-ce que la santé mentale et comment la mesure-t-on?

Historiquement, la recherche en santé mentale auprès des peuples autochtones repose sur un point de vue occidental – c.-à-d., parce que de tels efforts systématisés de recherche sont en grande partie le



produit de modes « occidentaux » de savoir, ils présupposent certaines hypothèses au sujet de la définition de la santé mentale (ou, ce qui est le plus souvent le thème central d'une telle recherche : la maladie mentale) et au sujet de la nature de la connaissance elle-même. Au cours de leur histoire, les peuples autochtones n'ont pas entrepris une forte proportion de la recherche en santé mentale concernant leurs communautés et n'y ont pas non plus participé (Waldram, 2004). De plus, une bonne part de cette recherche se fonde sur des hypothèses émises par des chercheurs plutôt que sur des preuves empiriques (Waldram, 2004). Ce déséquilibre au chapitre des auteurs de la recherche en santé mentale change à l'heure actuelle puisque davantage de chercheurs et d'organismes autochtones effectuent leurs propres recherches; cependant, en raison du déséquilibre précédent, l'évaluation de la prévalence de la santé mentale et de la maladie mentale dans les communautés autochtones ainsi que les solutions à apporter peuvent encore être difficiles.

Jusqu'ici, la recherche sur les communautés autochtones s'est concentrée essentiellement sur les types spécifiques de maladies mentales ou de problèmes de santé mentale. Aux fins de ce document,

« maladie mentale » désigne tout trouble décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) (Association américaine de psychiatrie [APA], 2000), mais implique également un certain degré de gravité dans le pourcentage de déficience subie par la personne. Des problèmes de santé mentale plus graves – ceux qui ont tendance à causer plus de souffrance que d'autres troubles cités dans le DSM-IV-TR, et ceux qui peuvent être plus difficiles à gérer par soi-même – sont désignés ici sous le nom de maladies mentales. Les « problèmes de santé mentale » désignent des problèmes moins graves qui, en soi, tendent à moins affecter le fonctionnement dans la vie quotidienne, mais qui peuvent tout de même affecter grandement la qualité de vie de la personne.

La recherche et l'évaluation de la santé mentale dans les communautés autochtones ont eu tendance à se concentrer sur la prévalence des problèmes de santé mentale comme le taux de suicide, les blessures et la violence, et l'abus de substances illicites ou la toxicomanie. Il y a actuellement des lacunes dans la documentation liée aux taux de maladies mentales graves parmi les populations autochtones. Comme le précisent de

Leeuw, Greenwood et Cameron (2010), « les taux élevés de suicide (en particulier chez les jeunes), l'alcoolisme, la violence et la décadence morale semblent être les principales maladies mentales dans les communautés autochtones » (p. 284). De même, Kirmayer, Tait et Simpson (2009) constatent « des taux élevés de problèmes de santé mentale dans quelques communautés », indiquant que « le taux de suicide normalisé en fonction de l'âge chez les jeunes Autochtones est de trois à six fois plus élevé que celui de la population générale. » Ils poursuivent : « en 2001, les taux de détresse émotionnelle rapportés dans les enquêtes étaient de quelque 13 % parmi les populations des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, contre 8 % dans la population générale » (pp. 6-7). Le suicide, l'abus de substances illicites, la violence et la dépression ou l'anxiété (détresse émotionnelle ou décadence morale) sont les indicateurs employés en très grande majorité dans la documentation pour estimer les taux de problèmes de santé mentale chez les populations autochtones.

Certains laissent entendre que la meilleure façon de bien comprendre les problèmes majeurs dans les communautés autochtones n'est pas de les considérer comme l'expression de psychopathologies

² Le terme « occidental » désigne ce que l'on entend aujourd'hui par civilisation occidentale, un vaste ensemble nébuleux de traditions et de croyances qui ont pris naissance principalement en Europe de l'Ouest. On reconnaît généralement que le fondement des valeurs et de la conception du monde occidentales a pris forme entre la Renaissance (XIV^e-XVII^e siècles) et les Lumières (XVIII^e siècle) en Europe (Perry et coll., 2003). Les approches occidentales de la connaissance ont tendance à se fonder sur des idéologies séculaires, libérales et individualistes (Gone, 2009; voir Cannistraro et Reich, 1999 pour une discussion plus approfondie).



ou de maladies mentales graves, mais plutôt comme le résultat de niveaux relativement élevés de détresse sociale, mentale et affective qui entraînent une qualité de vie médiocre. Un témoin devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (ci-après le Comité sénatorial permanent) a déclaré que :

Il n'y a pas de raison de s'attendre à ce que la maladie mentale soit plus fréquente au sein de la collectivité autochtone qu'au sein de la population générale, et je n'en vois pas de preuve. C'est vrai que les Autochtones sont aux prises avec plus de troubles mentaux. C'est ce dont il est question. Il existe une très grande différence entre les deux. (Devlin, cité au Comité sénatorial permanent, 2006, sec. 14.2.1)

Il importe de se rappeler que la recherche dans le secteur de la santé mentale des Autochtones est trop souvent établie ou influencée par des hypothèses ancrées dans une conception stéréotypée des

peuples autochtones. Cela complique la détermination de la prévalence des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales chez ces peuples. L'oppression des peuples autochtones dans la société canadienne a eu comme conséquence des injustices sociales qui sont au cœur de bien des enjeux de santé mentale. La résolution de ces problèmes exige de prêter attention aux effets du colonialisme sur la santé de l'individu et de la communauté ainsi que la promotion de l'autodétermination et de la prise en charge relative à la gestion des soins de santé mentale.

Santé mentale dans les colonies – la relation entre colonialisme et santé mentale

Le terme « santé mentale » a été introduit au Canada avec le colonialisme, car un gouvernement d'origine européenne a imposé ses façons de penser aux peuples autochtones (Mussell, 2006). Aujourd'hui au Canada, la langue et la conception

du monde qui prédominent toujours au sein de la recherche et du discours sur les services de santé mentale trouvent leur fondement dans la pensée coloniale – une pensée qui repose sur des hypothèses inévitables sur les peuples colonisés, désavantageant foncièrement les peuples autochtones qui accèdent aux soins de santé mentale.

Kelm (1998) définit le colonialisme comme :

Un processus qui inclut l'incursion géographique, la dislocation socioculturelle, l'établissement de contrôles politiques externes et la dépossession économique, la prestation de services sociaux de bas niveau et enfin, la création de formulations idéologiques autour de la race et de la couleur de la peau qui placent le colonisateur à un niveau plus élevé d'évolution que le colonisé. (p. xviii)

Les conceptions coloniales de la maladie mentale ont toujours été indissociables des objectifs du colonialisme lui-même. Les



pratiques et les idéologies biomédicales ont servi à justifier la colonisation. Comme l'écrit Ernst (1997) au sujet du colonialisme en Inde :

Les mesures comme les soins de santé en sont venues à occuper une position idéologique essentielle dans la colonie. Elles sont devenues des moyens de justifier la domination coloniale et de convaincre la classe dirigeante blanche en Inde, autant que la population au pays, que les Anglais n'avaient pas (contrairement aux dirigeants orientaux dits despotiques) simplement usurpé le pouvoir, mais l'avaient pris de manière légitime au nom du progrès humain et sur la base de connaissances scientifiques rationnelles. Comme ils prétendaient améliorer le sort et diminuer la souffrance de tous les peuples, la médecine occidentale et sa division émergente, la psychiatrie, se prêtaient particulièrement bien aux objectifs de légitimation idéologique. (p. 169)

Les pratiques médicales et psychiatriques dans les colonies reflétaient également, de manière générale, les idéologies de la métropole. Un exemple en est la ségrégation raciale des établissements de santé mentale au Cap, en Afrique du Sud,

avant l'apartheid officiel. Deacon (1996) écrit que les patients du General Infirmary sur l'île de Robben « ont été séparés pour une gamme complexe de raisons médicales, sociales et administratives. Mais au sein des groupes déjà constitués selon le type de maladie et le sexe, les principales distinctions se faisaient en fonction des classes, isolant effectivement les patients de « classe supérieure » (tous des Blancs) du reste », une pratique clairement basée sur les idéologies victorienne en vigueur en Grande-Bretagne à l'époque (Deacon, 1996, p. 296).

Par la colonisation, le discours et la conception de la santé mentale et d'autres services de soins de santé ont été consciemment transplantés du pays de colonisation vers les colonies. Ernst (1997) écrit :

Les Anglais en Inde, au début du XIXe siècle, éprouvaient déjà un dédain envers la culture indienne. Ils en étaient venus à considérer presque n'importe quelle idée venue d'Europe comme l'aune définitive de mesure des politiques en Asie. Un processus aussi largement applaudi par les contemporains en Angleterre que la supposée « découverte de l'asile » ne pouvait donc que susciter des imitations

dans l'Empire britannique en constante expansion. (p. 154)

Il faut tenir compte de l'histoire du colonialisme pour comprendre les processus de guérison des peuples autochtones au Canada, tout comme ailleurs dans le monde. Duran et Duran (1995) décrivent les résultats de la colonisation et du colonialisme comme une « blessure de l'âme » (p.24). Ils expliquent que : « La notion de blessure de l'âme est au cœur d'une grande partie de la souffrance subie par les peuples autochtones pendant plusieurs siècles. Cette notion doit être comprise dans un contexte historique pour être utile au thérapeute moderne qui fournit des services et de la consultation thérapeutiques à la communauté amérindienne » (Duran et Duran, 1995, p. 24).

Rapports entre santé mentale et colonialisme dans la documentation autochtone actuelle sur la santé

Les idées coloniales imprègnent la société actuelle de manière difficilement

³ Dans le présent document, l'utilisation du terme « colonisation » désigne les processus géographiques et économiques de l'incursion, tandis que « colonialisme » aborde les aspects politiques, sociaux et idéologiques qui accompagnent la colonisation. Si les populations autochtones ont leurs propres conceptions des désordres de l'esprit ou des comportements anormaux, le terme « santé mentale » lui-même reste un construit occidental et l'analogie réelle entre les notions indigènes et le terme occidental est discutable (Mussell, 2006; pour une discussion sur les concepts indigènes spécifiques de santé mentale, voir Kirmayer, Fletcher, et Watt, 2009).



perceptible. Dans l'histoire, les objectifs et les idéologies du colonialisme ont influencé les soins de santé mentale au Canada, mais la persistance de ces idéologies dans la façon d'offrir les soins de santé mentale de nos jours n'est pas souvent reconnue. Dans le contexte canadien, Czyzewski (2011) évoque « la politique de l'effacement de l'histoire des relations entre les peuples autochtones et l'État colonial » et note, entre autres, que « cet effacement reflète une conscience publique ignorante de ce qui s'est passé dans les pensionnats et des lois qui ont été mises en place pour interdire la plupart des formes de recours possible aux familles autochtones » (p. 2).

Le processus de colonisation inclut la création de « formulations idéologiques » (Czyzewski, 2011), puis l'effacement – ou la récréation (voir Adams, 2000) – de l'histoire de l'État colonial. Ces processus revêtent d'autant plus d'importance qu'à la différence du déplacement des populations et de la dépossession de leurs terres, l'aspect idéologique du colonialisme baigne dans des mythes populaires qui sont tenus pour acquis dans la conscience publique, les rendant ainsi beaucoup plus difficiles à cerner.

Comme l'Inde et l'Afrique du Sud,

le Canada reflétait les idéologies de l'Empire britannique et demeure façonné, comme nation, par ces idéologies. La documentation sur la santé autochtone et la santé mentale qui provient des traditions et des épistémologies biomédicales conserve encore certaines hypothèses impériales ou coloniales. Par exemple, la soi-disant suprématie de la connaissance scientifique et l'hypothèse implicite que d'autres connaissances ou pratiques médicales sont inefficaces persistent. Nous allons décrire certaines de ces hypothèses évidentes dans la documentation.

Idées au sujet du passé

Une hypothèse courante dans la documentation en santé mentale est que les cultures autochtones sont en quelque sorte figées dans le temps ou coincées dans le passé. Cette hypothèse découle presque certainement en grande partie de l'usage généralisé du terme « traditionnel » pour décrire les pratiques et les connaissances propres aux Autochtones. Par exemple, même un groupe d'auteurs éclairés comme Waldram, Herring et Young (2006) fait la distinction entre la « guérison autochtone » (en général), qui « est principalement éclairée et guidée par les traditions du passé » et dans laquelle « l'accumulation de nouvelles

“La notion de blessure de l'âme est au cœur d'une grande partie de la souffrance subie par les peuples autochtones pendant plusieurs siècles. Cette notion doit être comprise dans un contexte historique pour être utile au thérapeute moderne qui fournit des services et de la consultation thérapeutiques à la communauté amérindienne ”

(Duran & Duran, 1995, p. 24)



connaissances est relativement lente » (p. 249) et la biomédecine, qui « est positiviste [et] basée sur la philosophie du scepticisme. On doit prouver que quelque chose fonctionne avant de l'accepter, et la méthode d'obtention de cette preuve est contrôlée avec soin » (p. 249). Bien que le contraste soit présenté de façon assez équitable, la preuve sur laquelle les auteurs basent leur caractérisation généralisée de la « guérison autochtone » (ou, en fait, de la biomédecine) n'est pas expliquée clairement. L'implication que la guérison autochtone se fonde exclusivement sur le passé, cependant, occulte le fait que le réseau des pensionnats indiens au siècle dernier a profondément perturbé l'acquisition de nouvelles connaissances dans les communautés autochtones. De plus, dans une société dans laquelle, comme le fait valoir Blackstock (2011), on accorde la priorité à la génération de nouvelles connaissances par rapport au savoir des ancêtres autochtones, un tel argument valorise la connaissance de pointe de la biomédecine dont l'évolution est rapide et dévalorise implicitement les méthodes autochtones de guérison.

En posant la question : « Est-ce que les méthodes autochtones de guérison fonctionnent? », Waldram, Herring et

Young (2006) font valoir que « l'efficacité des méthodes de guérison autochtones doit être examinée dans son contexte social et culturel pertinent » (p. 251). En d'autres termes, la réponse n'est pas un simple « oui », qui amènerait le lecteur à douter de l'efficacité de la guérison autochtone sans égard à son contexte culturel (voir Taylor, 2003, pour une discussion de la connaissance « réelle » par rapport à la connaissance « culturelle »).

Perceptions négatives de la différence

Les conceptions coloniales de la maladie mentale passent fréquemment par la médicalisation de la différence, ou la création de diagnostics basés sur l'écart par rapport à la norme. On pourrait affirmer, en fait, que la société occidentale ne possède aucune base pour définir les maladies mentales autrement que par rapport à cet écart perçu par rapport à la normalité. Cette manière de définir la maladie mentale n'est pas en soi problématique, mais elle peut entraîner des difficultés lorsque divers groupes de personnes ont des normes ou des standards différents, ou différentes manières de définir la maladie. Dick (1995) fait valoir cet argument dans son examen de la documentation sur le *pibloktoq*, ou « hystérie arctique », une maladie

dite culturelle qui, croyait-on, affligeait principalement les Inuits du Groenland (ou qui, de fait, était considérée comme inhérente à la « personnalité » inuite). La documentation danoise et américaine sur le *pibloktoq* est basée essentiellement sur une poignée de récits secondaires, et les chercheurs ont élaboré des hypothèses en se fondant sur un comportement qui semblait étrange aux observateurs de l'extérieur. Ils en ont attribué la cause à l'environnement arctique froid, au manque de lumière, à l'excès ou au manque de certaines vitamines – ou, souvent, au caractère infantile de l'esprit « primitif », ce qui est comparable aux incidences en Europe et en Amérique de l'« hystérie féminine », expliquée en termes tout aussi paternalistes (Dick, 1995, pp. 3-4; pour une discussion plus approfondie du *pibloktoq*, voir également Waldram, 2004). Ainsi il semblerait que le *pibloktoq* – qui figure encore dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 2000) – soit une pure invention américano-danoise non pertinente pour la population inuite elle-même. Il n'existe aucun avantage à poser un diagnostic qui ne signifie rien pour la personne diagnostiquée.



Transformation des problèmes sociaux en problèmes de santé

La discussion par Tait (2009) de la perception publique du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) dans les communautés autochtones fournit un exemple de la façon dont la situation coloniale des peuples autochtones peut devenir obscure et dont l'explication médicale des problèmes sanitaires et communautaires peut remplacer l'examen de la situation sociale. Comme elle l'écrit :

La perception du SAF comme une question de santé publique a stigmatisé et blâmé exagérément les femmes autochtones pauvres pour le taux élevé de détresse mentale et sociale dans leur communauté, tout en ignorant les facteurs historiques, sociaux et environnementaux qui pourraient expliquer les mêmes résultats. (p. 197)

Transformer des problèmes sociaux en problèmes médicaux équivaut à jeter le blâme de la maladie et la responsabilité de la guérison sur ceux qui souffrent. Dans le cas des peuples autochtones du Canada, ceci revient à placer le fardeau de la responsabilité de la santé et des problèmes sociaux sur les personnes qui sont simultanément privées des ressources qui leur permettraient de résoudre

adéquatement ces problèmes.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM]

Le DSM de l'Association américaine de psychiatrie, dont la cinquième version est actuellement en préparation et dont la publication est prévue en mai 2013, contient plusieurs hypothèses problématiques au sujet de la culture et de la santé mentale. Le DSM est universellement utilisé par les cliniciens au Canada. Un diagnostic tiré du DSM peut influencer l'accès d'une personne à des médicaments, ou son admissibilité à des indemnités d'invalidité ou d'accident de travail. Si on essaye de définir la maladie mentale en consultant le DSM-IV-TR (la dernière version publiée du manuel), on est rapidement confronté à une foule de questions sociales, culturelles et sexuelles. Plusieurs auteurs ont précisé que le DSM existe et a été rédigé dans un contexte culturel bien précis, et qu'il ne s'applique donc pas toujours aux personnes qui vivent dans d'autres contextes (voir Phillips, 2010; Mezzich et coll., 2008). Cependant, dans l'introduction du DSM-IV-TR, les auteurs déclarent sans ambages que « la participation de nombreux experts internationaux a assuré la mise à disposition du plus grand pool d'information qui

pourrait être applicable à toutes les cultures. » (APA, 2000, p. xxiii). Qu'ont donc fait les groupes de travail chargés de la rédaction du DSM-IV-TR pour rendre leur manuel « applicable à toutes les cultures? »

Le DSM-IV-TR tâche de rendre compte des différences culturelles en incluant, dans le texte concernant chaque trouble, une section décrivant les variantes culturelles qui peuvent être observées dans les symptômes ou l'interprétation des symptômes. Spécifiquement, comme précisé dans l'introduction, « Cette section décrit comment les différentes origines culturelles modulent le contenu et la forme de la présentation clinique..., les idiotismes préférés pour décrire la souffrance et des informations sur la prévalence, lorsqu'elles sont disponibles. » (APA, 2000, p. xxxiv). Les variations de l'interprétation des symptômes selon les cultures sont également mentionnées dans la section « Esquisse d'une formulation en fonction de la culture » de l'annexe, où on affirme que :

Un comportement anormal pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique traditionnelle pourrait être classé, par un clinicien utilisant le DSM-IV, dans plusieurs catégories



diagnostiques, et les tableaux cliniques pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique par un clinicien utilisant le DSM-IV pourraient être classés dans plusieurs catégories par un clinicien autochtone. (APA, 2000, p. 898)

Cette tentative d'intégration des diverses cultures reflète toujours une polarisation culturelle très précise. Par exemple, qui est le « clinicien » visé dans ce passage? Il n'y a aucune référence à la culture de ce dernier. D'une part, on présuppose que les catégories « traditionnelles » sont celles utilisées par le « clinicien autochtone » qui est défini par sa culture, ce qui laisse entendre que son expertise n'est valable que dans un contexte culturel précis. On ne lui accorde pas l'universalité que possède le diagnosticien.

Une autre annexe du manuel présente un « glossaire de syndromes propres à la culture » (APA, 2000, p. xxxiv). L'inclusion de cette information dans une annexe à la fin du manuel laisse entendre que les diagnostics qui sont limités à une culture spécifique sont moins dignes de considération. Cela donne l'impression que les diagnostics dans le corps du manuel sont importants, tandis que ceux contenus dans l'annexe sont de moindre importance,

en quelque sorte. De plus, il y a un manque significatif de détails dans les descriptions de ces « syndromes », chacune se composant d'un court paragraphe, comparé aux pages de description classées par catégorie présentées dans le corps du manuel. Par exemple, cette annexe inclut la description qui suit du *pibloktoq*, le syndrome propre à la culture évoqué ci-dessus :

Pibloktoq : épisode dissociatif aigu accompagné d'agitation extrême, pouvant durer jusqu'à 30 minutes et suivi fréquemment de convulsions et de coma pouvant durer jusqu'à 12 heures. Bien que des variations régionales existent dans la terminologie du trouble, il a essentiellement été observé dans les collectivités esquimaudes arctiques et subarctiques. L'individu peut se replier sur lui-même ou être légèrement irritable quelques heures ou quelques jours avant la crise dont, typiquement, il gardera une amnésie complète. Pendant la crise, l'individu peut arracher ses vêtements, casser des objets, crier des obscénités, manger des excréments, s'enfuir d'un abri protecteur ou réaliser d'autres actes irrationnels ou dangereux. (APA, 2000, p. 901).

Les recherches de Waldram (2004) et de Dick (1995) sur la documentation concernant le *pibloktoq* traitent de l'absence significative de preuve de l'existence même d'un tel syndrome – qui nous amène à nous demander d'où viennent les chiffres très précis cités dans ce passage, ou ce que l'on entend par épisode « typique ». Les données probantes obtenues par Waldram et Dick indiquent également que le *pibloktoq* est une invention des premiers voyageurs européens, mettant en question ce que signifie véritablement l'expression « propre à une culture ». En fait, tous les diagnostics cités dans le corps du DSM-IV-TR pourraient être considérés comme propres à une culture donnée, et les raisons d'inclure un trouble en particulier dans la section « propre à une culture » plutôt que dans le corps de l'ouvrage sont floues.

Le DSM-IV-TR (et, en fait, plusieurs des changements proposés dans le DSM-5; voir l'APA, 2010) implique la médicalisation de la différence; en d'autres termes, ceux qui sont considérés comme déviant de certaines normes spécifiques sont étiquetés comme souffrant d'un trouble mental. Cela est clair dans le contraste entre « normalité et pathologie » où la pathologie – ou l'existence de la maladie – est considérée comme l'absence de normalité (APA,



2000, p. xxxi). On se demande alors quels sont les critères de normalité; ils sont vraisemblablement laissés à la discrétion du clinicien. Étant donné la prépondérance de cliniciens d'ascendance européenne en Amérique du Nord (Gone, 2009), il semble probable que ce sont leurs points de vue sur la normalité qui prédominent.

Un autre exemple de la médicalisation de la différence se trouve dans le diagnostic du « trouble de l'identité sexuelle » (APA, 2000, p. 849). La notion de sexe elle-même est un construit social que de nombreuses personnes considèrent comme restrictive et accordant des avantages injustes à certaines personnes (voir, par exemple, Torr et Bottoms, 2010; Hooks, 1988). Le diagnostic d'une identité sexuelle confuse en tant que pathologie donne l'impression d'étouffer les protestations; de restreindre ceux qui contesteraient – ou qui seraient déconcertés par – les rôles établis. De plus, si l'homosexualité n'est plus classifiée comme un trouble mental (Calabrese, 2008), un des critères du trouble de l'identité sexuelle est l'attirance envers les personnes du même sexe; ce qui, en impliquant la pathologie, semble contredire la récente déclaration de l'APA en faveur de la légalisation du mariage homosexuel aux États-Unis (Levine, 2011).

Le DSM est utilisé couramment par les fournisseurs de soins de santé mentale au Canada; c'est le seul manuel en son genre. Les hypothèses qu'il contient sont souvent remises en question, mais dans le document lui-même, la supériorité du contexte culturel (colonial) règne.

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances et les forces sociales globales qui affectent la capacité des individus à jouir d'une bonne santé (OMS, 2011). Pour les peuples autochtones au Canada, le colonialisme limite les ressources disponibles et les possibilités, nuisant ainsi au maintien d'une bonne santé. Plus directement, le colonialisme a eu une incidence sur la santé mentale des peuples autochtones par l'expérience des pensionnats, comme les restrictions gouvernementales concernant les cérémonies et la circulation à l'intérieur et à l'extérieur des réserves (voir Laliberte et coll., 2000). Le colonialisme est en soi un déterminant de la santé, qui peut à son tour influencer sur d'autres déterminants de la santé.

L'Organisation mondiale de la Santé (2011) définit ainsi les déterminants

sociaux de la santé :

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi [que les] systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques. (sans numéro de page)

Ces circonstances et ces forces comprennent notamment : les gradients sociaux, le stress, la jeune enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, la toxicomanie, l'alimentation et le transport (Wilkinson et Marmot, 1998). Elles comprennent également « l'émancipation politique – la participation et la possibilité de s'exprimer » (OMS, 2008, p. 18). Selon la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, « Participation, représentation et maîtrise sont importantes pour le développement social, la santé et le bien-être » (ibid.). Les mesures qu'elle recommande sont, entre autres, de « renforcer les systèmes politiques et juridiques pour protéger les droits, garantir l'identité juridique et tenir compte des besoins et des revendications



des groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones » (ibid.).

Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir un effet cumulatif. Comme l'affirment Loppie Reading et Wien (2009) : « Non seulement les déterminants sociaux influencent les diverses dimensions de la santé, mais ils créent également des problèmes de santé qui entraînent souvent des circonstances et des contextes qui, à leur tour, deviennent subséquemment des déterminants de la santé » (p. 2). L'exemple qu'ils donnent est la manière dont le fait d'avoir de faibles revenus peut aggraver l'expérience de la maladie ou de l'invalidité qui influencent à leur tour la capacité d'une personne à travailler et par conséquent à gagner sa vie.

Le colonialisme a une incidence importante sur l'émancipation politique, la participation et la possibilité de s'exprimer, et est fréquemment cité comme un déterminant de la santé des peuples autochtones (voir Czyzewski, 2011; Gracey et King, 2009; Loppie Reading et Wien, 2009). Loppie Reading et Wien (2009) distinguent trois niveaux de déterminants sociaux de la santé : les facteurs proximaux, comme le milieu physique et l'emploi, qui ont une incidence

directe sur la santé personnelle; les facteurs intermédiaires, y compris les systèmes de santé et l'infrastructure communautaire, qui sont à l'origine des déterminants proximaux; et les facteurs distaux, qui sont des facteurs systémiques, institutionnels, économiques ou politiques généraux qui « construisent les déterminants intermédiaires et proximaux » (p. 20). Selon leur formulation, « dans le cas des peuples autochtones... dans une large mesure, le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, ainsi que la répression de l'autodétermination, agissent comme des déterminants distaux dans lesquels se construisent tous les autres déterminants » (Loppie Reading et Wien, 2009, p. 20).

La persistance des attitudes favorisées par le colonialisme a une incidence négative sur tous les peuples dans les sociétés coloniales, y compris les colonisateurs, en créant une société divisée et en discréditant de nombreuses sources valables de connaissances et de compréhension; mais sans l'ombre d'un doute, les peuples autochtones subissent les incidences les plus graves du colonialisme sur la santé. Comme le précise un participant aux travaux de Stewart (2008) :

Le fait est que si vous n'avez pas une once

de compréhension de vous-même en tant que personne sur la planète qui a de la valeur et un sentiment d'identité culturelle, il est très difficile de changer de comportement, de tirer parti de son comportement, de changer une mentalité ou de renforcer diverses compétences ou aptitudes qui changeront votre vécu quotidien. (p. 15)

En d'autres termes, lorsque la culture, le comportement et les normes d'une personne sont critiqués et dévalorisés, il devient beaucoup plus difficile pour cette personne d'être en bonne santé.

Compétence culturelle et humilité culturelle

La compétence culturelle a été conçue comme une méthode visant à former des praticiens de soins de santé dotés d'une sensibilité interculturelle dans divers milieux. Elle est comprise de diverses manières – entre autres comme un spectre qui comporte divers niveaux de compréhension – et porte diverses appellations. De façon générale, cependant, la formation en compétence culturelle a pour but d'enseigner à des personnes – généralement des professionnels de la santé



– l’histoire, les croyances et les pratiques des groupes de personnes avec qui ils n’ont eu que peu de contacts antérieurs, de sorte que le professionnel puisse dispenser des soins d’une manière qui permettra au patient de se sentir en sécurité, respecté et compris.

Le taux d’atteinte de l’objectif avoué des programmes de formation en compétence culturelle est variable. Ces programmes risquent d’attribuer des valeurs culturelles statiques et uniformes à des groupes (comme les peuples autochtones au Canada) qui sont loin d’être homogènes. Les meilleurs programmes sont ceux qui introduisent le participant à l’histoire de la colonisation au Canada, et à ses effets sur les positions sociales et la santé des peuples autochtones d’une manière respectueuse et honnête, en évitant les généralisations au sujet de la manière d’être des gens (pour un bon exemple, voir l’Université de Victoria, sans date).

Le concept qui pourrait être d’une plus grande utilité que la compétence culturelle, pour ce qui est de confronter les idées coloniales persistantes dans les soins de santé mentale, est celui de l’humilité culturelle. L’humilité culturelle est définie comme : « un engagement perpétuel à

l’autoévaluation et à l’autocritique visant à remédier aux déséquilibres de pouvoir et à forger et à maintenir des partenariats dynamiques basés sur la confiance et le respect mutuel » (Minkler et Wallerstein, 2008, p. 100). La condition centrale de l’humilité culturelle est « que le soignant entreprend un processus d’autoévaluation dans lequel la culture et les hypothèses de chaque personne sont reconnues » (Walker et coll., 2010, p. 60).

Taylor (2003) aborde certaines des difficultés liées à l’autoévaluation qu’elle observe dans le milieu médical. La biomédecine, fait-elle valoir, est considérée par ceux qui la pratiquent comme une « culture sans culture » (ibid., p. 556); ainsi, la compétence culturelle est vue comme l’acquisition de connaissances au sujet d’autres personnes plutôt que de soi-même. L’absence perçue de culture en biomédecine est expliquée ainsi : « on comprend que la connaissance médicale n’est pas simplement une connaissance ‘culturelle’, mais la connaissance réelle » (ibid., p. 556, italique dans l’original). Comme nous l’avons vu ci-dessus, la rédaction du DSM et son utilisation dans les soins de santé mentale semblent également refléter cette manière de voir le monde, dans laquelle le clinicien est

vraisemblablement libre de toute culture, et son savoir est universellement applicable.

S’imaginer que certaines personnes sont sans culture et que d’autres sont définies par leur culture est un problème similaire à ce que Dyer (1997) décrit en ce qui concerne la race. Il affirme que « tant que la race est une notion qui s’applique seulement aux non-Blancs, tant que les Blancs ne sont pas perçus comme une race et désignés comme tels, ils/nous fonctionneront comme une norme humaine. D’autres personnes sont racialisées, nous sommes des personnes tout simplement » (Dyer, 1997, p. 1). Gone (2009) évoque cette tendance quand il observe qu’il vaudrait peut-être mieux désigner « les notions occidentales modernes au sujet de l’esprit, du corps et de la personne... par l’expression « *ethnothéories* » de l’esprit et du comportement » (p. 427, c’est nous qui soulignons), un terme habituellement réservé à l’« autre » racialisé ou appartenant à une culture. Il est important que les professionnels et les chercheurs en santé mentale non autochtones soient conscients de ce type de problème et fassent des efforts d’autoévaluation et de compréhension honnêtes.



Perspectives autochtones au sujet de la santé mentale et du colonialisme dans la documentation

Les peuples autochtones se sont exprimés éloquemment au sujet de l’incidence du colonialisme sur la santé mentale et sur la santé en général. Par exemple, le Conseil canadien de la santé (2011) a amorcé un dialogue avec les intervenants de première ligne et les membres de la communauté au sujet de la santé maternelle et infantile dans les communautés autochtones et a été quelque peu étonné par les sujets sur lesquels les participants se sont concentrés. Les intervenants et les membres ont fait l’observation suivante :

Certains sujets ont bénéficié de moins d’attention que nous l’aurions pensé (on a peu discuté des problèmes bien connus de santé maternelle et infantile chez les Autochtones, comme le diabète, l’insuffisance de poids à la naissance ou les difficultés d’allaitement), tandis que les problèmes plus généralisés qui frappent les collectivités autochtones dans leur ensemble ont monopolisé les discussions. Nous avons plus particulièrement entendu des commentaires sur l’expérience traumatisante de la colonisation – le fait

de se faire imposer des valeurs et un mode de vie occidentaux – et des pensionnats. (p. 6)

Stewart (2008), dans ses entrevues avec les conseillers et les travailleurs de soutien autochtones d’une agence de service social autochtone, a également constaté que les expériences de la colonisation et du colonialisme occupent une grande place dans les expériences des conseillers autochtones en matière de santé mentale. La guérison des effets du colonialisme au niveau communautaire a été considérée comme essentielle pour que la guérison individuelle ait lieu.

Beaucoup de chercheurs autochtones écrivent que les soins de santé, y compris la santé mentale, englobent un cadre et des idées précises au sujet de la façon de comprendre le monde qui ne correspondent pas toujours aux idées des patients ou des fournisseurs de soins autochtones. Comme l’expliquait un participant à l’étude de Stewart (2008) :

J’aimerais que davantage de pratiques culturelles [autochtones] en santé mentale et en guérison soient admises et généralisées au lieu que le modèle traditionnel de la santé soit imposé de manière aussi arrogante dans les domaines

d’aide. (p. 16)

« L’imposition arrogante » des idées occidentales est un vestige du colonialisme, qui nuit à la guérison et à la santé mentale des communautés autochtones.

Deux thèmes se retrouvent dans une bonne partie de la documentation sur la santé mentale autochtone : premièrement, la grande incidence de la colonisation et du colonialisme sur la santé mentale des peuples autochtones et en second lieu, le fait que les services de santé mentale au Canada sont basés sur des idées coloniales et peuvent donc ne pas traiter adéquatement les problèmes de santé mentale des peuples autochtones.

Traumatisme historique ou intergénérationnel

Un important secteur dans lequel on entreprend à l’heure actuelle des recherches sur les liens entre le colonialisme et la santé mentale concerne ce que l’on appelle le traumatisme historique ou intergénérationnel (voir, par exemple, Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). Le traumatisme historique est décrit comme un processus par lequel les séquelles des expériences traumatiques sont transmises de ceux qui ont vécu ces



expériences (par exemple, les survivants des pensionnats) aux membres de leur famille, en particulier leurs enfants – que ces derniers aient vécu directement ou non le même traumatisme. Le concept est semblable à la blessure de l'âme de Duran et Duran (1995, p. 24), qui décrit un phénomène dans lequel une population entière est affectée pour des générations par l'expérience de la violence systématique, par l'oppression et de la peine généralisée.

On s'entend largement pour dire que, en raison des expériences du colonialisme et du traumatisme historique qui en a résulté, le traitement de nombreux problèmes de santé mentale pour les peuples autochtones exige de se pencher sur les contextes sociaux, économiques et historiques plus vastes dans lesquels les gens et les communautés vivent (Mitchell et Maracle, 2005). En réponse, des changements sont faits dans la manière de fournir des services de santé mentale aux populations et aux communautés autochtones dans plusieurs régions du Canada.

Ce qui est fait sur le plan des changements dans les services

Plusieurs centres de santé à travers le Canada modifient leur manière de fournir des services de santé mentale aux

peuples autochtones afin d'essayer de tenir compte de ces contextes. Dans certains cas, on décrit les services dans les langues autochtones et on les met au point en utilisant comme cadre des concepts propres à une langue et à une nation autochtone. Par exemple, au Centre d'accès aux soins de santé Noojmowin Teg en Ontario, au lieu de parler de « clients » ou de « patients », on appelle les personnes qui cherchent à obtenir des soins traditionnels des « membres de la famille ». accentuant ainsi le partenariat d'égal à égal entre le guérisseur et la personne en cours de guérison, une notion qui fait partie intégrante de la pratique en matière de guérison Anishinabe de la région de Manitoulin (Maar et Shawande, 2010, pp. 21-22).

La disponibilité des guérisseurs traditionnels dans les centres de santé mentale est un autre signe de l'évolution des services de soins de santé mentale afin de répondre aux besoins des peuples autochtones. Malgré certaines difficultés d'intégration des pratiques de guérison biomédicales aux pratiques de guérison autochtones (Maar et Shawande, 2010), en général, l'accès à un guérisseur traditionnel dans un centre de santé reçoit un accueil favorable et est considéré comme une

bonne approche des soins de santé mentale pour les peuples autochtones Anishnawbe Health Toronto, 2010, 2005; Skye, 2006).

L'organisation et la conceptualisation de la prestation des services de santé mentale sous diverses approches et la création d'espaces dans lesquels les soins autochtones et les soins biomédicaux peuvent fonctionner ensemble permettent d'offrir des soins reflétant un cadre qui s'écarte du cadre strictement biomédical et, dans le meilleur des cas, évite de perpétuer les hypothèses coloniales au sujet de la santé mentale autochtone et des soins de santé mentale en général.

En guise de conclusion

La manière dont les services de santé mentale sont offerts – et dont les recherches dans ce domaine se font – au Canada est basée sur une conception particulière du monde : celle des puissances coloniales qui ont imposé cet État-nation aux territoires autochtones. En raison des mythes populaires qui affirment que cette conception du monde est universelle, on ne reconnaît généralement pas qu'elle est en fait propre à une culture donnée. Par conséquent, il est souvent difficile pour d'autres de bien



comprendre pourquoi tant d'Autochtones ont une expérience désagréable ou sont découragés lorsqu'ils tentent d'accéder à des services de santé mentale.

Les idées coloniales qui imprègnent aujourd'hui la recherche et le discours sur les services de santé mentale au Canada remontent aux débuts mêmes du colonialisme dans le monde. Les hypothèses à la base de ces idées doivent être explicitées de sorte qu'elles puissent être examinées et remises en question. Les hypothèses cachées basées sur le colonialisme comportent des risques pour les peuples autochtones qui ont accès aux services de santé mentale au Canada aujourd'hui – de telles idées doivent être considérées comme un déterminant social de la santé mentale des Autochtones et doivent être étudiées.

Les peuples autochtones n'ont pas été silencieux ni passifs sur cette question. Les chercheurs, les cliniciens et les décideurs politiques devraient réfléchir à ce qui est perçu comme la connaissance « réelle », et aux raisons pour lesquelles une telle connaissance est perçue comme étant dénuée de culture. Toutes les théories sont des « ethnothéories »; tous les êtres humains possèdent une culture. De fait,

nous appartenons tous à plusieurs cultures simultanément. L'humilité, le respect, la volonté de remettre en cause le statu quo, et une ouverture envers l'apprentissage ont le potentiel de créer davantage de bien-être pour nous tous.

Travaux cités

Adams, H. (2000). Challenging Eurocentric History. In R.F. Laliberte, P. Settee, J.B. Waldram et al. (Eds.), *Expressions in Canadian Native Studies* (pp. 40-53). Saskatoon, SK: University Extension Press.

American Psychiatric Association (APA) (2010). "DSM-5: The future of psychiatric diagnosis." Retrieved August 11, 2011 from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anishnawbe Health Toronto (2010). *Anishnawbe Health Toronto 2010 client satisfaction survey: Final report*. Toronto,

ON: Anishnawbe Health Toronto.

Anishnawbe Health Toronto (2005). *Anishnawbe Health Toronto Aboriginal mental health strategy*. Toronto, ON: Anishnawbe Health Toronto.

Blackstock, C. (2011). The emergence of the Breath of Life Theory. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(1).

Calabrese, J.D. (2008). Clinical paradigm clashes: Ethnocentric and political barriers to Native American efforts at self-healing. *Ethos*, 36(3), pp. 334-353. doi: 10.1111/j.1548-1352.2008.00018.x

Cannistraro, P.V. & Reich, J.J. (1999). *The Western perspective: A history of civilization in the West*. Orlando, FL: Harcourt Brace College Publishers.

Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *The International Indigenous Policy Journal* 2(1).

De Leeuw, S., Greenwood, M., & Cameron, E. (2010). *Deviant constructions: How governments preserve colonial narratives of addictions and poor*



mental health to intervene into the lives of Indigenous children and families in Canada. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, pp. 282-295.

Deacon, H. (1996). Racial segregation and medical discourse in nineteenth-century Cape Town. *Journal of South African Studies*, 22(2), pp. 287-308.

Dick, L. (1995). "Pibloktoq" (Arctic Hysteria): A construction of European-Inuit relations? *Arctic Anthropology*, 32(2), pp. 1-42.

Duran, E. & Duran, B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press.

Dyer, R. (1997). *White: Essays in race and culture*. New York, NY: Routledge.

Ernst, W. (1997). Idioms of madness and colonial boundaries: The case of the European and "Native" mentally ill in early nineteenth-century British India. *Comparative Studies in Society and History*, 39(1), pp. 153-181.

First Nations Information Governance

Centre (2011). First Nations regional health survey: RHS Phase 2 (2008/10) preliminary results. Ottawa, ON: First Nations Information Governance Centre. Retrieved October 26, 2011, from <http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/RHSPrelimReport.pdf>

First Nations Health Council (n.d.). Mental health and wellness. Retrieved October 26, 2011, from http://www.fnhc.ca/index.php/health_actions/mental_health_wellness/

Gone, J. P. (2009). Encountering professional psychology: Re-envisioning mental health services for Native North America. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 419-439). Vancouver, BC: UBC Press.

Gracey, M. & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet*, 374, pp. 65-75.

Health Council of Canada (2011). *Understanding and improving Aboriginal maternal and child health in Canada: Conversations about promising practices*

across Canada. Health Council of Canada. Retrieved August 24, 2011 from http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/abhealth/HCC_AboriginalHealth_FINAL1.pdf

Hooks, B. (1988). *Talking back: Thinking feminist, thinking black*. Toronto, ON: Between the Lines.

Inuit Tapiriit Kanatami (2011). *Publications*. Retrieved October 26, 2011, from <http://www.itk.ca/publications>

Kelm, M.-E. (1998). Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia 1900-50. 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 Kirmayer, L.J. & Valaskakis, G.G. (Eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 3-35). Vancouver: UBC Press.

Kirmayer, L.J., Fletcher, C., & Watt, R. (2009). Locating the ecocentric self: Inuit concepts of mental health and illness. In

Kirmayer, L.J. & Valaskakis, G.G. (Eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 289-314). Vancouver: UBC Press.

Laliberte, R. F., Settee, P., Waldram, J. B., Innes, R., Macdougall, B., McBain, L. et al. (2000). *Expressions in Canadian Native Studies*. Saskatoon, SK: University Extension Press.

Levine, A.M. (August 4, 2011). Psychological association calls for legalization of same-sex marriage. Cable News Network (CNN). Retrieved August 12, 2011 from http://www.cnn.com/2011/US/08/04/psychologists.gay.marriage/index.html?hpt=hp_r2

Loppie Reading, C. & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Maar, M.A. & Shawande, M. (2010). Traditional Anishnabe healing in a clinical setting: The development of an Aboriginal interdisciplinary approach to community-based Aboriginal mental health care. *Journal of Aboriginal Health*, January, pp. 18-27.

Mezzich, J.E., Kirmayer, L.J., Kleinman, A., Fabrega, H., Parron, D.L., Good, B.J., Lin, K.M., et al. (2008). The place of culture in DSM-IV. In J.E. Mezzich & G. Caracci (Eds.), *Cultural formulation: A reader for psychiatric diagnosis* (pp. 167-181). Jason Aronson, Inc.

Minkler, M. & Wallerstein, N. (2008). Introduction to community-based participatory research: New issues and emphases. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community-based participatory research for health: From process to outcomes* (pp. 5-23). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

Mitchell, T.L. & Maracle, D.T. (2005).

Healing the generations: Post-traumatic stress and the health status of Aboriginal populations in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, March, pp. 14-24.

Mussell, W. (2006). *Restoration of well-being for Canada's First Peoples*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.

Perry, M., Peden, J.R., & Von Laue, T.H. (2003). *Sources of the Western tradition: Volume II: From the Renaissance to the present*. (5th ed.) Boston, MA: Houghton Mifflin Company.

Phillips, J. (2010). The cultural dimension in DSM-5: PTSD. *Psychiatric Times*.
Skye, J. S. (2006). An orchid in the swamp: Traditional medicine, healing and identity at an urban Aboriginal community health center. Hamilton, ON: Unpublished Master of Arts thesis, McMaster University.

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Ottawa, ON: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Retrieved August 30, 2011 from http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06part5-e.htm#_Toc133223307

Stewart, S.L. (2008). Promoting Indigenous mental health: Cultural perspectives on healing from Native counsellors in Canada. *International Journal of Health Promotion & Education*, 46(2), pp. 12-19.

Tait, C. (2009). Disruptions in nature, disruptions in society: Aboriginal peoples of Canada and the "making" of fetal alcohol syndrome. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of*

Aboriginal peoples in Canada (pp. 196-218). Vancouver, BC: UBC Press.

Taylor, J. S. (2003). Confronting "culture" in medicine's "culture of no culture". *Academic Medicine* 78(6), pp. 555-559.

Torr, D. & Bottoms, S.J. (2010). *Sex, drag, and male roles: Investigating gender as performance*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

University of Victoria (n.d.). *Cultural safety: Module 1: Peoples' experiences of colonization*. Retrieved August 31, 2011, from <http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod1/index.htm>

Waldram, J.B., Herring, D.A., & Young, T.K. (2006). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*. [2nd ed.] Toronto, ON: University of Toronto Press.

Waldram, J. B. (2004). *Revenge of the Windigo: The construction of the mind and mental health of North American Aboriginal peoples*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Walker, R., Cromarty, H., Linkewich, B., Semple, D., St. Pierre-Hansen, N., & Kelly, L. (2010). Achieving cultural integration in health services: Design of comprehensive hospital model for traditional healing, medicines, foods and supports. *Journal of Aboriginal Health*, January, pp. 58-69.

Wesley-Esquimaux, C.C., & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (Eds.) (1998). *Social determinants of health: The solid facts*. World Health Organization.

World Health Organization (2011).

