



LES TROUBLES ANXIEUX ET LES
PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA :
*L'état actuel des connaissances et les pistes
de recherches futures*

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.

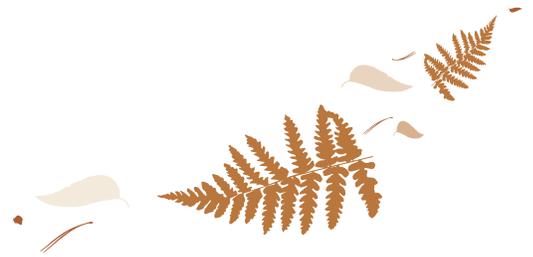
An English version is also available at www.nccah-ccnsa.ca, under the title: *Anxiety Disorders and Aboriginal Peoples in Canada: The Current State of Knowledge and Directions for Future Research*.

Référence : Bellamy, S. et Hardy, C. (2015). *Les troubles anxieux et les Peuples autochtones au Canada : L'état actuel des connaissances et les pistes de recherches futures*. 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
LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES	7
Modèles autochtones et occidentaux de la santé mentale et du bien-être	8
Les enfants et les troubles anxieux	10
Les facteurs de risque des troubles anxieux chez les enfants et les jeunes	11
Les enfants autochtones : les effets durables de la colonisation et le risque de troubles anxieux	11
Les programmes de prévention élaborés pour les enfants	12
Le risque d'anxiété dans les populations autochtones en milieu urbain	14
Comorbidité de l'anxiété et de la dépression	16
L'anxiété et la consommation d'alcool	16
Détermination des facteurs de résilience au sein des populations autochtones	17
L'évaluation, le diagnostic et le traitement pour les Peuples autochtones	18
CONCLUSIONS	22
RESSOURCES	23
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	24

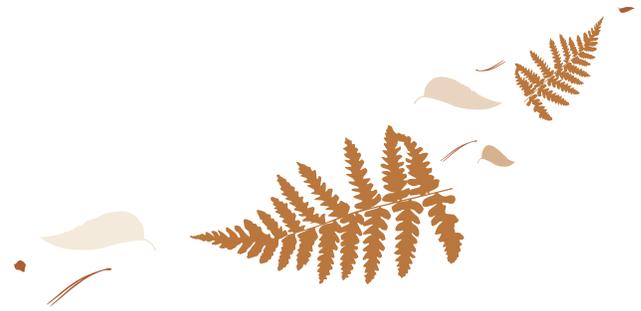


La version française est
également disponible au
[www.cnsa-nccah.ca/193/
Publications.nccah](http://www.cnsa-nccah.ca/193/Publications.nccah)



Download this publication
at [www.nccah-ccnsa.ca/34/
Publications.nccah](http://www.nccah-ccnsa.ca/34/Publications.nccah)

INTRODUCTION



La peur et l'anxiété font partie de la vie normale de tous les jours; mais pour certaines personnes, ces émotions peuvent devenir problématiques, nuire aux activités quotidiennes et diminuer sensiblement la qualité de vie et le bien-être (Anxiety BC, 2007-2014)¹. Les troubles anxieux sont caractérisés par une peur et une anxiété excessives liées à des troubles du comportement (c.-à-d. tenter d'éviter des objets ou des situations qui suscitent de l'anxiété) (American Psychiatric Association [APA], 2013). Si *la peur* est une réponse émotionnelle et autonome du système nerveux (lutte ou fuite) devant une menace qui peut être réelle ou perçue, *l'anxiété* est l'anticipation d'une menace qui peut se produire à l'avenir (APA, 2013). La distinction entre l'anxiété normale et l'anxiété problématique est déterminée par la gravité et par la durée de l'anxiété par rapport à la situation (Adermann & Campbell, 2010).

Le développement d'un trouble de l'anxiété peut survenir au cours de la vie, tant chez les hommes que chez les femmes (Anxiety Association Disorders of Canada, 2003). Chez les enfants, la peur et l'anxiété problématiques diffèrent de l'angoisse normale associée au développement et elles persistent au-delà des périodes de développement appropriées (APA, 2013). Par exemple, il est normal qu'un enfant éprouve un sentiment d'insécurité quand il est séparé pour la première fois de ses soignants, comme lorsqu'il

commence à aller à l'école. Cependant, généralement après l'âge de cinq ans, l'enfant commence à se sentir plus à l'aise. Si l'anxiété de l'enfant liée à la séparation d'avec ses soignants persiste et qu'elle interfère avec les activités de la vie quotidienne (c.-à-d. qu'il refuse d'être éloigné de sa mère et qu'il évite les activités scolaires ou les sorties avec ses amis), alors il est possible que l'enfant souffre d'angoisse de séparation (Anxiety BC, 2007-2014). De même, chez les adultes, l'anxiété peut être un problème si elle nuit au fonctionnement et aux activités de tous les jours. Par exemple, les adultes ayant un trouble anxieux peuvent éprouver de l'inquiétude chronique et du stress, lesquels peuvent aussi se manifester par des symptômes physiques tels que l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie et la tension (Ballenger et al., 2001). L'évaluation permettant de savoir si l'angoisse vécue par un individu est excessive et hors de proportion avec la situation doit toutefois être effectuée par un clinicien en mesure de tenir compte des facteurs contextuels et culturels (APA, 2013).

Le présent rapport présente un examen et une discussion de la documentation pertinente portant sur l'anxiété et les Peuples autochtones au Canada. Les données sur ces peuples sont toutefois extrêmement limitées; par conséquent, le présent rapport se fonde sur les connaissances acquises lors d'études conduites à la fois auprès de l'ensemble

de la population et des populations autochtones. Les chercheurs autochtones ont mis en évidence l'existence de limites importantes lors de l'utilisation des articles de recherche publiés dans le cadre du système occidental de connaissances pour accéder au savoir autochtone dans toute son ampleur et sa complexité (Battiste, 2002). Le savoir autochtone, de manière générale, n'est pas transmis aux générations suivantes par écrit, comme c'est le cas pour les traditions occidentales. Il est plutôt souvent de nature symbolique ou orale, et exprimé à travers la langue indigène et la modélisation (Battiste, 2002). Le présent rapport commence par un résumé de la prévalence de l'anxiété dans les populations occidentales et autochtones, folled par une discussion des modèles autochtones et occidentaux, et des modes de connaissance dans le contexte de la santé mentale. Ceci est suivi par d'une discussion des facteurs de risque de l'anxiété. La plupart des connaissances concernant les facteurs de risque de l'anxiété ont été établis à partir d'études guidées par la vision théorique du modèle occidental de la santé mentale et menées auprès de populations non autochtones. Parce que les troubles anxieux se déclarent souvent à l'enfance, le présent rapport se concentre sur les données probantes qui existent au sujet des facteurs de risque à l'enfance qui sont connus pour l'ensemble de la population, puis il les lie aux enfants autochtones. Il examine ensuite les liens entre l'anxiété et ses

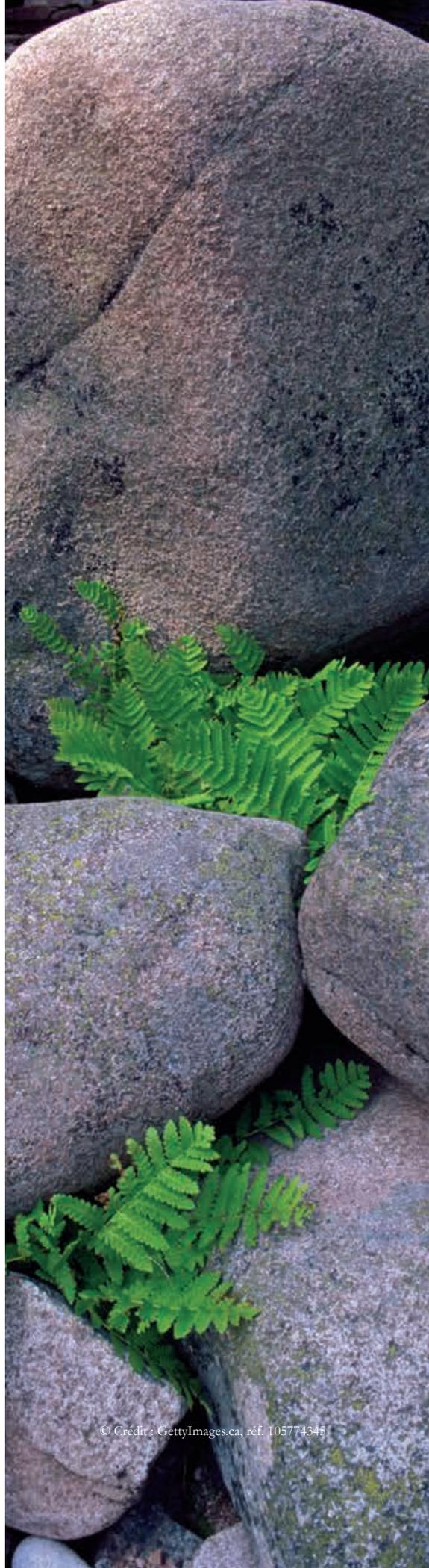
¹ Toutes les références dans ce rapport sont en anglais seulement.

répercussions chez les adultes, comme la consommation d'alcool et la dépression, grâce à des études menées à la fois auprès de l'ensemble de la population et des populations autochtones. Les problèmes de santé physique qui ont été liés à l'anxiété sont également abordés dans le contexte des populations autochtones. Le rapport examine ensuite les questions et les préoccupations relatives à l'évaluation de l'anxiété chez les populations autochtones, et il propose une discussion sur la nécessité d'identifier les facteurs de résilience au sein des collectivités et de la culture autochtones. Il se conclut par une discussion sur les programmes d'intervention, de prévention et de traitement pour les populations autochtones.

Une recherche de la documentation a été menée par la première auteure d'avril 2013 à septembre 2014 en vue d'établir l'étendue des connaissances sur l'anxiété et les Peuples autochtones au Canada. Les bases de données PsycINFO, PubMed et PsycArticles ont été parcourues au moyen des mots clés suivants et de leurs combinaisons : anxiété et prévalence; anxiété et autochtone; anxiété et risques; anxiété et enfance; anxiété et sexe; anxiété et traitement; anxiété et santé; culture et anxiété; anxiété et alcool; anxiété et dépression; autochtone et TCC. Les articles et les livres recommandés par les pairs examinateurs et par le personnel du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) ont également été examinés, ainsi que les documents et les rapports de recherche gouvernementaux et organisationnels pertinents. Étant donné le manque de recherche dans le domaine de l'anxiété au sein des Peuples autochtones au Canada, la première auteure a poursuivi la recherche initiale en suivant une technique d'effet boule de neige, par laquelle la bibliographie des articles clés a été parcourue afin d'y trouver autant de documentation pertinente que possible sur ce sujet peu étudié. On a

accordé la préférence à la recherche la plus actuelle et aux études s'attachant aux populations autochtones. 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 distincts de Peuples autochtones : les Premières Nations, les Métis et les Inuits (Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC], 2013). Au sein de ces groupes définis, une diversité importante existe, car chaque communauté possède sa propre histoire, ses savoirs traditionnels, sa culture et sa langue. En conséquence, dans le présent rapport, le terme « autochtone » ne fait pas référence à un groupe homogène de personnes, mais il respecte la diversité et les différences entre les nombreuses communautés autochtones au Canada et au sein de celles-ci. Toute recherche existante spécifique aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits sera signalée; cependant, étant donné le manque de données sur les Peuples autochtones du Canada, les auteures se sont basées non seulement sur les données disponibles sur les Peuples autochtones au Canada, mais également sur les données qui concernent l'ensemble de la population, ainsi que sur les recherches menées auprès des populations autochtones d'autres pays. Comme les populations autochtones sont désignées de nombreuses façons différentes dans la documentation, y compris des termes comme autochtones, indigènes, Indiens d'Amérique et Indiens d'Amérique du Nord, entre autres, et parce que ces termes sont parfois utilisés de façon interchangeable, les auteures du présent rapport ont conservé les termes utilisés dans la documentation citée.





LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES



L'anxiété et les troubles de stress sont parmi les maladies mentales les plus répandues chez les adultes, les enfants et les jeunes canadiens (Anxiety Disorders Association of Canada, 2003; Mood Disorder Society of Canada, 2009). Au Canada, un Canadien sur quatre âgé de 15 ans ou plus souffrira d'un trouble anxieux à un moment ou l'autre de sa vie (Anxiety Association Disorders of Canada, 2003). En 2012, 2,6 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus indiquaient souffrir des symptômes d'un trouble d'anxiété généralisé (Statistics Canada, 2013). On a découvert que les femmes présentent des taux plus élevés de prévalence des troubles de l'anxiété et qu'elles sont deux fois plus susceptibles que les hommes de souffrir d'un trouble anxieux (Canadian Mental Health Association, [CMHA] 2013). Les troubles anxieux ont tendance à apparaître chez les jeunes; les phobies et les troubles obsessionnels compulsifs sont communs chez les enfants, tandis que l'anxiété sociale et les troubles de panique se manifestent chez les adolescents (CMHA, 2013). En Colombie-Britannique, environ 6,5 % des jeunes souffrent d'un trouble anxieux (CMHA, 2013). En outre, la différence quant à la vulnérabilité à l'anxiété entre les sexes émerge à l'enfance, une étude indiquant qu'à l'âge de 6 ans, les filles sont déjà deux fois plus susceptibles que les garçons de développer un trouble anxieux (Lewinsohn et al., 1998).

Bien que quelques recherches aient été menées au sujet des troubles anxieux chez les Peuples autochtones au

Canada, à ce jour nous n'avons pas une idée claire des taux de membres des populations autochtones au Canada qui souffrent d'anxiété. Parce qu'un nombre limité d'études a été mené, les résultats obtenus sont mitigés; certaines études ont indiqué des taux plus élevés d'anxiété chez les Peuples autochtones au Canada par rapport à l'ensemble de la population, tandis que d'autres ont indiqué des taux inférieurs ou très similaires. Par exemple, une analyse provinciale du diagnostic et du traitement des troubles anxieux dans le système universel de soins de santé du Manitoba a indiqué que les Métis ont une prévalence plus élevée d'anxiété (9,3 %) par rapport à tous les autres Manitobains (8,0 %) (Sanguins et al., 2013). Cependant, une analyse régionale a indiqué que, dans certaines régions, les Métis présentaient des taux d'anxiété inférieurs, alors que dans d'autres régions, ils présentaient des taux d'anxiété similaires ou plus élevés par rapport à l'ensemble de la population (pour des renseignements plus détaillés sur les zones régionales concernées, veuillez consulter Sanguins et al., 2013). Au Nunavut, une étude menée en 2007 et 2008 auprès de 1 710 Inuits issus de 25 collectivités a indiqué que 14 % des répondants se sentaient anxieux tout le temps ou la plupart du temps. Bien que l'enquête ne permette pas de diagnostiquer un trouble anxieux et qu'elle ne compare pas cette situation à celle des populations non inuites environnantes, ses résultats donnent une idée du pourcentage d'Inuits qui souffrent d'un degré d'anxiété élevé (Galloway & Saudny, 2012). Enfin,

une étude menée à Bella Coola Valley, en Colombie-Britannique, a constaté des taux de dépression et d'anxiété diagnostiquées chez les adultes de la communauté des Premières Nations âgés de 18 ans et plus inférieurs à ceux de la population non autochtone du même groupe d'âge dans la même zone (Thommasen, Baggaley, Thommasen, & Zhang, 2005). Cependant, les résultats de l'étude de Bella Coola doivent être interprétés avec prudence, car l'échantillon visé ne comprenait que les cas diagnostiqués par un médecin local de premier recours et il excluait donc les personnes souffrant d'un degré d'anxiété élevé, mais ayant choisi de ne pas demander l'aide du médecin local.

Dans certains cas, les études disponibles pour évaluer la santé mentale des Peuples autochtones du Canada ne fournissent pas les renseignements nécessaires pour déterminer la prévalence de troubles mentaux spécifiques. Certaines enquêtes ont tendance à poser des questions très générales sur la détresse émotionnelle, qui sont ouvertes aussi bien à l'interprétation du participant qu'à celle du chercheur. Par exemple, les données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits a indiqué que 17 % des enfants souffriraient de « plus de problèmes émotionnels ou comportementaux que les garçons et les filles d'autres communautés » (MacMillan et al., 2009, p. 163). Bien que ces données indiquent que les enfants autochtones de certaines communautés peuvent éprouver des degrés plus élevés de détresse

... la combinaison des connaissances occidentales et autochtones et l'acceptation des modes de connaissance autochtones permettront la décolonisation et qu'elles conduiront à un processus de guérison des Peuples autochtones (Duran, 2006).



© Crédit : iStockPhoto.com, ref. 60873208

émotionnelle par rapport à l'ensemble de la population, les données recueillies ne fournissent pas d'information sur les types de problèmes spécifiques auxquels peuvent faire face ces enfants. En outre, l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits mesurait la détresse émotionnelle au sein des Premières Nations du Canada au moyen d'une échelle qui combine les symptômes d'anxiété et de la dépression. Bien que l'enquête ait indiqué que beaucoup plus de membres des Premières Nations éprouvent des degrés de détresse psychologique modérés (44,5 %) et élevés (6,2 %) par rapport à l'ensemble de la population, dont les degrés combinés de prévalence de détresse modérés et élevés s'élevaient à 33,5 %² (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2012), ces chiffres ne permettent pas d'estimer spécifiquement la prévalence de la dépression ou de l'anxiété au sein des communautés autochtones.

Modèles autochtones et occidentaux de la santé mentale et du bien-être

Il est bien établi que les modèles autochtones et occidentaux de la santé mentale présentent des différences importantes. En particulier, les modèles autochtones de la santé adoptent une approche holistique et ils considèrent la santé mentale comme étant liée à la santé spirituelle, cognitive, physique et émotionnelle de l'individu (par exemple, Blackstock, 2008). Les modèles de guérison autochtones considèrent également la santé mentale de l'individu comme étant liée à sa relation avec les autres et à ses liens à la terre (Blackstock, 2008). En revanche, la psychologie occidentale est largement fondée sur une compréhension de la personne comme un individu isolé et autonome. En outre, le modèle occidental de la santé mentale

examine l'individu dans le contexte de ses processus comportementaux, biologiques (neuroscience) et mentaux. *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition* (APA, 2013) définit un trouble mental comme étant « (...) une perturbation cliniquement significative de la connaissance d'un individu, de la régulation de ses émotions ou de son comportement, qui reflète un dysfonctionnement des processus biologiques, psychologiques ou développementaux qui sous-tendent le fonctionnement mental » (p.20).

Des chercheurs et des conseillers autochtones ont noté que l'omission de la dimension spirituelle dans la discipline de la psychologie est particulièrement pertinente pour les méthodes et les théories de guérison autochtones (par exemple, Duran, 2006; Gone, 2003; Linklater, 2014). Comme Duran (2006) le souligne, la racine du mot psychologie (psyché)

² L'enquête auprès de l'ensemble de la population combinait les pourcentages de détresse modérée et élevée.

est d'origine grecque et elle signifie littéralement « l'âme » ou « l'esprit ». Par extension, le mot psychopathologie se traduit par « souffrance de l'âme » et psychothérapeute par « guérisseur de l'âme » (2006). Le concept de blessure de l'âme est présenté par Duran (2006) comme la conséquence d'un traumatisme historique qui a été infligé aux Peuples autochtones au cours de la colonisation de l'Amérique du Nord. Une enquête auprès d'une communauté amérindienne de Californie a révélé que les préoccupations des aînés au sujet de leur communauté ne sont pas articulées en termes de symptômes de troubles mentaux ou de toxicomanie, mais qu'elles sont plutôt perçues comme étant les conséquences d'un mal ancestral et de blessures spirituelles (Duran, 2006).

On commence à mieux comprendre les conséquences du traumatisme historique grâce à l'accumulation de données probantes au sujet des effets continus d'un traumatisme parmi les générations nées de survivants de l'Holocauste (par exemple, Kellermann, 2001; Lev-Wiesel, 2007). En particulier, les études ont montré que les enfants des survivants de l'Holocauste ont tendance à développer certains des symptômes psychologiques du traumatisme vécu par leurs parents, même s'ils n'ont pas été exposés directement au traumatisme de la guerre ou de l'Holocauste (Kellerman, 2001). On trouve des données probantes supplémentaires concernant la transmission du traumatisme de génération en génération dans les études portant sur les relations d'attachement entre parents et enfants.

Plus précisément, des traumatismes non résolus du parent ont été liés à une vulnérabilité accrue de l'enfant aux troubles liés aux traumatismes psychologiques, comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), l'anxiété et la dépression (par exemple, Lyons-Ruth, Bronfman, & Atwood, 1999; Schore, 2002). Les théories occidentales portant sur la transmission intergénérationnelle du traumatisme ont déterminé des mécanismes tels que le développement du cerveau du nourrisson qui sont liés aux émotions et aux comportements du parent traumatisé (Feldman, 2007; Schore, 2002). Ces théories considèrent la transmission du traumatisme dans une optique de biologie partagée par le parent et l'enfant, le système nerveux du parent craintif ou triste façonnant le système nerveux de l'enfant en développement; ainsi, les deux systèmes nerveux n'en forment qu'un, qui équivaut à celui du parent. Des universitaires et des chercheurs autochtones se sont basés sur les résultats d'études sur l'Holocauste et sur l'attachement afin de comprendre l'impact du traumatisme historique associé à la colonisation et d'expliquer ainsi les problèmes de santé mentale et de toxicomanie présents aujourd'hui dans certaines communautés autochtones (par exemple, Duran, 2006; Haskell & Randall, 2009).

Cependant, l'utilisation de méthodes d'empirisme occidental pour valider le savoir autochtone en tant que pratique a été critiquée et considérée comme une stratégie continue de la colonisation (par exemple, Duran, 2006). Duran affirme que la discipline de la psychologie doit aller au-delà de la colonisation et accepter le savoir autochtone comme valable tout simplement parce qu'il l'est. Selon Duran, il est possible pour les modes de connaissance occidentaux et autochtones de coexister sans une hiérarchie dans laquelle la connaissance occidentale est perçue comme supérieure. Duran soutient également que c'est par la capacité de comprendre qu'il est possible de percevoir le monde de plus d'une façon et que des avantages peuvent être tirés de chaque système de connaissances. En outre, Duran fait valoir que la combinaison des connaissances occidentales et autochtones et l'acceptation des modes de connaissance autochtones permettront la décolonisation et qu'elles conduiront à un processus de guérison des Peuples autochtones (Duran, 2006).





En se penchant sur la santé et sur le bien-être des enfants autochtones, il est important de prendre en compte leur héritage de colonialisme ainsi que les conditions politiques et sociales uniques qui les influencent (Greenwood, 2005).

Les enfants et les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants (Colletti et al., 2009). Les taux élevés de prévalence de l'anxiété chez les enfants sont préoccupants, car on a découvert que l'apparition précoce de troubles anxieux peut avoir des répercussions à long terme; des données probantes indiquent que, souvent, les enfants ne surmontent pas leur anxiété en grandissant, et de nombreux adultes qui souffrent d'anxiété ont des antécédents d'anxiété qui remontent à l'enfance (Kendall & Ollendick, 2004). Les enfants qui souffrent de degrés d'anxiété élevés sont plus susceptibles d'avoir des difficultés d'apprentissage à l'école, des problèmes liés à leurs pairs et des déficiences de leurs compétences sociales (Adermann & Campbell, 2007a). À l'adolescence et à l'âge adulte, l'anxiété ou les troubles de stress continus peuvent avoir un éventail d'effets secondaires néfastes, tels que

la procréation à l'adolescence, un statut socioéconomique inférieur, l'instabilité conjugale et le dysfonctionnement (Kessler & Greenberg, 2002). En outre, les enfants anxieux courent un risque accru de développer une dépression au fil du temps, ce qui peut parfois conduire au suicide ou à des idées suicidaires à l'adolescence et à l'âge adulte (Kendall & Ollendick, 2004). Le lien entre l'anxiété et la dépression est fort, car il a été prouvé que l'anxiété précède la dépression et que les symptômes de ces deux troubles peuvent être vécus concurremment (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Les facteurs de risque des troubles anxieux chez les enfants et les jeunes

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés qui augmentent le risque d'une personne de développer un trouble anxieux, y compris des caractéristiques de tempérament ou de personnalité, l'héritabilité de l'anxiété et des troubles de l'humeur, ainsi que la maltraitance des enfants, qui comprend la violence psychologique, physique ou sexuelle (par exemple, Craske & Waters, 2005; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Young, Abelson, Curtis, & Nesse, 1997). Il a été prouvé que l'anxiété parentale est un facteur de risque important pour le développement de l'anxiété chez les enfants. Les enfants de parents anxieux courent un risque deux fois plus grand de développer un trouble anxieux que les enfants dont les parents ne souffrent pas d'un trouble anxieux (Merikangas, Dierker, & Szatmari, 1998). Il est difficile de savoir si le lien entre l'anxiété des parents et celle de l'enfant est dû à un risque génétique héréditaire ou à l'environnement partagé; toutefois, le risque accru est probablement le résultat d'une combinaison de génétique et d'environnement (Phal, Barrett, & Gullo, 2012).

Le tempérament, plus précisément l'« affectivité négative », que l'on décrit comme une tendance à éprouver des

émotions négatives dans une variété de situations, même sans facteur de stress évident, est associé à un risque accru d'anxiété excessive (Craske & Waters, 2005). Chez les enfants, les niveaux accrus d'affectivité négative sont liés à l'inhibition comportementale (Pérez-Edgar & Fox, 2005). L'inhibition comportementale est associée à des taux chroniquement élevés d'excitation du système nerveux et elle est caractérisée par la timidité et par le retrait social, ainsi que par un comportement craintif marqué lors du contact avec des personnes et des situations inhabituelles (Craske & Waters, 2005; Manassis, Hudson, Webb, & Albano, 2004). S'il est bien établi dans la documentation que l'inhibition comportementale chez les enfants est associée à une variété de troubles anxieux (Phal et al., 2012), il est important de souligner que l'inhibition comportementale devrait être considérée comme un marqueur de l'anxiété plutôt que comme un facteur causal du développement d'un trouble anxieux.

Enfin, l'adversité à la petite enfance (par exemple, la pauvreté, la négligence ou tout type de violence) a été associée à une grande variété de maladies physiques et mentales chez les enfants (Repetti et al., 2002). Une enquête sur les formes d'adversités qui mènent spécifiquement à des troubles anxieux a relevé que l'insatisfaction conjugale prénatale, les mères qui changent de partenaires au cours de l'enfance et la déviance des parents (problèmes avec la police) sont des facteurs qui augmentent le risque d'anxiété chez les adolescents et les jeunes adultes (Phillips, Hammen, Brennan, Najman, & Bor, 2005; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2002). Le stress parental associé à une variété de facteurs, comme la mort d'un être cher, un statut socioéconomique modeste, de faibles taux de soutien social, le conflit entre les parents et les problèmes quotidiens, a été associé à un risque accru d'anxiété de l'enfant (Phal et al., 2012).

Les enfants autochtones : les effets durables de la colonisation et le risque de troubles anxieux

Alors que les enfants et les jeunes de l'ensemble de la population semblent être particulièrement vulnérables au développement de l'anxiété, comme l'indiquent les taux de prévalence élevés, on en sait peu sur les taux de prévalence des troubles anxieux chez les enfants et les jeunes autochtones (Aderman & Campbell, 2007a). Néanmoins, aucune donnée probante ne suggère que les enfants et les jeunes autochtones subissent moins d'anxiété, beaucoup d'entre eux étant exposés à des facteurs de stress supplémentaires par rapport à l'ensemble de la population (Adermann & Campbell, 2007b).

En se penchant sur la santé et sur le bien-être des enfants autochtones, il est important de prendre en compte leur héritage de colonialisme ainsi que les conditions politiques et sociales uniques qui les influencent (Greenwood, 2005). L'histoire de la colonisation et l'oppression continue des Peuples autochtones au Canada sont considérées par beaucoup comme les causes profondes des taux élevés de détresse sociale constatés dans de nombreuses collectivités autochtones (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). De nos jours, les parents autochtones sont touchés par l'histoire traumatique de leurs propres parents et de leurs ancêtres. Plusieurs axes de recherche ont indiqué que l'expérience du traumatisme au fil des générations peut être transmise de la même manière que la culture et la connaissance sont transmises d'une génération à l'autre (Bombay, Matheson, & Anisman, 2009). Les enfants de parents exposés à un traumatisme majeur démontrent souvent une plus grande réactivité au stress, indiquant une transmission des niveaux accrus d'anxiété et de détresse émotionnelle d'une génération à l'autre, même si les enfants ne sont pas exposés au traumatisme initial (Bombay et al., 2009).

Pour diverses raisons, de nombreux parents autochtones connaissent des niveaux élevés de stress qui peuvent exposer leurs enfants à un risque accru d'anxiété. Par exemple, le niveau de vie dans de nombreuses collectivités autochtones d'aujourd'hui est considéré comme bien en deçà de celui dont bénéficie la majorité des Canadiens; des taux élevés d'insalubrité des logements et de pauvreté sont constatés au sein de nombreuses collectivités autochtones (Salée, 2006). En outre, on a constaté qu'un grand nombre de ces collectivités souffrent de taux de violence en cadre familial, de suicide des jeunes, de moins bonne santé physique et de détresse psychologique plus élevés que ceux de l'ensemble de la population (Salée, 2006).

Avec l'éclatement de nombreuses familles, la probabilité que les mères autochtones changent de partenaires peut être plus élevée, et environ un tiers des familles autochtones ont à leur tête une mère célibataire (AANDC, 2012). En outre, la probabilité qu'un parent entre en contact avec le système judiciaire est également plus élevée pour les enfants autochtones; historiquement et encore de nos jours, les Peuples autochtones du Canada sont fortement surreprésentés dans le système judiciaire (Perreault, 2009). Les taux d'incarcération des Peuples autochtones au Canada sont actuellement 10 fois plus élevés que ceux des Canadiens non autochtones (Office of the Correctional Investigator, 2013). Les effets persistants de la colonisation et des pensionnats indiens, y compris les disparités socioéconomiques (revenus, emploi et éducation) et les antécédents familiaux de toxicomanie, de suicide et de violence ont été liés à la surreprésentation des Peuples autochtones dans le système judiciaire (Office of the Correctional Investigator, 2013). Considérées dans leur ensemble, les conditions de vie dans de nombreuses collectivités autochtones augmentent encore les taux de stress parental, qui peuvent accroître

à leur tour le risque que les enfants autochtones développent des troubles de l'anxiété ou y soient vulnérables.

Les programmes de prévention élaborés pour les enfants

Compte tenu des conséquences de l'anxiété chez les enfants et les jeunes, telles que des résultats scolaires médiocres, la vulnérabilité à développer une dépression et un risque accru d'abus d'alcool, les stratégies de prévention pour les enfants et les jeunes autochtones peuvent empêcher un coût personnel et social significatif associé aux troubles anxieux. De telles stratégies peuvent cibler les individus qui présentent une vulnérabilité ou une prédisposition à un trouble particulier, ou un groupe étendu de personnes qui sont à risque de développer un trouble (Adermann & Campbell, 2007b). Des programmes cognitivo-comportementaux de groupe ont été créés qui sont adaptés au développement des enfants anxieux. Par exemple, le programme « Coping Cat » est un programme de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) conçu pour aider les enfants à reconnaître les signes d'anxiété et à apprendre et à pratiquer des compétences qui peuvent les aider à faire face aux défis qui se présentent dans leur vie (Kendall, Furr, & Podell, 2003).

La possibilité d'adapter les interventions cognitivo-comportementales pour qu'elles soient utilisées auprès des populations autochtones a été étudiée et les résultats sont prometteurs. Par exemple, des chercheurs australiens ont proposé d'adapter l'intervention cognitivo-comportementale répandue intitulée « Cool Kids » pour répondre aux besoins des enfants autochtones d'Australie (Davies, 2011). Cool Kids est un programme éducatif qui utilise des histoires pour enseigner aux enfants ce que sont les sentiments d'anxiété et pour les aider à redévelopper leur attention et à penser à autre chose afin de réduire l'anxiété. L'efficacité de ce

programme a été démontrée : il aide les enfants à apprendre à mieux faire face à l'anxiété et à la peur (Davies, 2011). Il est tout à fait probable que Cool Kids soit bien accueilli par les populations autochtones en raison de son utilisation de récits et de contes comme technique pédagogique, et parce que le programme est souple, ce qui en permet la modification du contenu et de la prestation (avec l'aide des aînés et des parents de la communauté) afin d'assurer qu'il est culturellement approprié à chaque communauté (Davies, 2011). Bien que les programmes cognitivo-comportementaux comme Cool Kids ne semblent pas encore avoir été utilisés auprès d'enfants autochtones au Canada, si les considérations culturelles sont incorporées dans ces programmes comme le préconise Davies (2011), Cool Kids ou des programmes similaires présentent un réel potentiel d'aider efficacement les enfants autochtones à apprendre à faire face à l'anxiété.

En outre, l'on considère, aussi bien dans la culture occidentale que dans la culture autochtone, que le rôle de mentor permet de développer la résilience chez les enfants et les jeunes à risque (Klinck et al., 2005). Bien qu'il n'y ait pas de définition unique du mentorat et que chaque organisation ait son propre concept en la matière, la motivation générale des programmes de mentorat est d'offrir aux enfants et aux jeunes les services d'un adulte bienveillant en mesure d'apporter son soutien, son amitié, ses conseils, le renforcement et un modèle de comportement constructif (Klinck, et al., 2005; Vandenberghe, 2013). Dans la société occidentale, les programmes de mentorat ont été liés à un large éventail de résultats positifs, comme l'amélioration du bien-être social et émotionnel, l'amélioration de la motivation, ainsi qu'une plus grande réussite scolaire (Scrine & Reibel, 2012).

Bien que l'utilisation du terme « mentorat » ne soit pas typique dans

les cultures autochtones, ce concept a une longue histoire au sein des Peuples autochtones et il s'est développé autour de valeurs communes et de pratiques tribales coutumières alors que, traditionnellement, la communauté a contribué à élever les enfants et à assurer leur enseignement (Klinck et al., 2005). Dans les communautés autochtones précoloniales, les enfants apprenaient en regardant, en écoutant et en observant les modèles de leur collectivité (CAT Research and Professional Services, 2006). Compte tenu de l'adéquation naturelle entre les cultures autochtones et le mentorat, les chercheurs ont appelé à l'utilisation plus répandue de cette ressource importante pour les enfants et les jeunes autochtones potentiellement à risque. Cependant, l'élaboration de programmes de mentorat pour les enfants et les jeunes autochtones nécessite de porter une attention particulière à leurs besoins culturels et communautaires, car les programmes développés pour des jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve en Colombie-Britannique pourraient ne pas être appropriés pour des Métis vivant en milieu urbain (Klinck, et al., 2005). En conséquence, les programmes de mentorat doivent être adaptés aux besoins culturels et sociaux particuliers de la collectivité et des mentorés.

Les études portant sur les résultats des programmes de mentorat menées auprès de l'ensemble de la population ont démontré qu'ils sont efficaces pour aider les enfants et les jeunes à connaître de meilleurs résultats en améliorant

leur attitude vis-à-vis de l'école, en accroissant leur estime de soi et en augmentant la fréquentation scolaire (Vandenbergh, 2013). Cependant, les chercheurs ont appelé à ce qu'une plus grande importance soit accordée aux besoins en santé mentale des enfants à risque qui participent à des programmes de mentorat, puisque la recherche a démontré que le mentorat peut fournir certains avantages protecteurs pour la santé mentale (Herrera, DuBois, & Grossman, 2013). Par exemple, une enquête réalisée auprès de 1 300 jeunes qui ont participé à sept programmes de mentorat différents a relevé que le mentorat a permis d'améliorer les symptômes de dépression chez les jeunes qui présentaient des risques élevés (Herrera et al., 2013). Le mentorat a le potentiel de réduire les symptômes de la dépression, ce qui est encourageant, car l'étude a indiqué que presque un jeune sur quatre signalait au début des niveaux élevés de dépression. Bien que l'étude n'ait pas mesuré l'anxiété, il est bien établi dans la documentation que l'anxiété est souvent associée à la dépression chez les enfants, les jeunes et les adultes (Colletti et al., 2009; Seligman & Ollendick, 1998). Certaines données probantes étayaient l'argumentation en faveur de programmes de mentorat qui mettent l'accent sur la santé mentale. Un essai randomisé contrôlé mené au Colorado, aux États-Unis, a mis en œuvre une intervention de 30 semaines visant

à améliorer le fonctionnement de la santé mentale des enfants placés en famille d'accueil à la suite de mauvais traitements (Taussig & Culhane, 2010). Cette intervention a incorporé au programme une composante de groupe portant sur les compétences en matière de santé mentale. Ce groupe avait été conçu pour améliorer le fonctionnement en santé mentale par l'enseignement d'un éventail de compétences visant à améliorer le fonctionnement émotionnel et social, telles que la régulation des émotions, la gestion de la colère, la résolution de problèmes et la présentation de perspectives (Taussig & Culhane, 2010). Les résultats de l'intervention ont été encourageants : six mois après l'achèvement du programme, on a constaté parmi les membres du groupe de traitement une réduction significative des symptômes de santé mentale associés à la dépression, au traumatisme et à l'anxiété (Taussig & Culhane, 2010). Bien que l'étude ait été menée auprès de l'ensemble de la population, il est probable qu'un programme de mentorat culturellement approprié, qui incorpore les compétences destinées à améliorer la santé mentale et la résilience, serait bénéfique aux enfants et aux jeunes autochtones du Canada.





Le risque d'anxiété dans les populations autochtones en milieu urbain

Le déplacement des Peuples autochtones au Canada des territoires des réserves vers les centres urbains est un domaine d'étude important, car la proportion de Peuples autochtones au Canada vivant dans des centres urbains n'a cessé d'augmenter depuis soixante ans (Browne, McDonald, & Elliot, 2009). Le Recensement du Canada de 1951 a indiqué que 6,7 % des Autochtones au Canada vivaient dans des centres urbains; ce pourcentage est toutefois passé à 49 % en 2001 (Wotherspoon, 2003) et à 54 % en 2006 (Place, 2012). En 2006, parmi les 54 % d'Autochtones s'étant relocalisés dans un centre urbain, 50 % étaient issus des Premières Nations, 43 % étaient

Métis et 17 % étaient Inuits (Place, 2012). Cependant, il est important de noter les difficultés que présentent la définition et la mesure de la population autochtone urbaine, puisque les données auxquelles les chercheurs ont accès ne reflètent pas adéquatement la population (Browne et al., 2009). Par exemple, les données ne peuvent pas être clairement sous-divisées entre les membres des Premières Nations qui vivent en milieu urbain et ceux qui vivent dans une réserve étant donné que de nombreux membres des Premières Nations se déplacent fréquemment entre les zones urbaines et rurales (Browne et al., 2009). En outre, de nombreuses enquêtes menées au niveau de la population qui portent sur la santé des Autochtones partout au Canada ne distinguent pas les populations des milieux urbains, ruraux et des réserves (Browne et al., 2009). En conséquence, le lecteur doit

en interpréter les résultats en gardant à l'esprit leurs limitations.

De nombreux facteurs expliquent le déplacement des Peuples autochtones des réserves vers les centres urbains. Les causes elles vont de la poursuite de meilleures possibilités d'éducation à l'accès aux services médicaux, au désir d'échapper à la violence domestique ou à la perception que la vie en ville est plus stimulante (Place, 2012). En conséquence, il est important de comprendre que la population autochtone qui déménage dans des centres urbains est très diversifiée et qu'elle ne constitue pas un groupe homogène. Elle diffère considérablement en fonction d'une série d'indicateurs socioéconomiques, dont l'éducation, l'emploi, le revenu et la structure familiale. Néanmoins, de nombreuses données probantes attestent

d'un large fossé socioéconomique entre les Peuples autochtones qui vivent en milieu urbain, certains d'entre eux vivant dans des conditions extrêmement défavorisées et d'autres dans des conditions plus favorables (Browne et al., 2009). En conséquence, les facteurs de risque qui ont été déterminés pour certains Peuples autochtones vivant en milieu urbain ne s'appliquent pas forcément à tous les Peuples autochtones qui y vivent.

Malgré les limites des données accessibles, il est clair que bon nombre d'Autochtones au Canada qui déménagent vers des centres urbains font face à des défis uniques qui ont été associés à un risque plus élevé de troubles de santé mentale, y compris l'anxiété. L'augmentation des niveaux de risque peut être le résultat des effets cumulés de défis tels que les taux élevés de pauvreté et la difficulté à trouver un logement adéquat. Par exemple,

une étude des peuples des Premières Nations vivant à Hamilton, en Ontario, a montré que 73,7 % de l'échantillon vivait dans des logements surpeuplés, 63 % ont indiqué avoir dû renoncer à l'achat de choses importantes (comme la nourriture) afin de payer leur loyer et 13 % ont déclaré qu'ils étaient actuellement sans abri ou qu'ils cherchaient un logement (Urban Aboriginal Health Database Research Project, 2011). En outre, les Peuples autochtones qui se déplacent vers des centres urbains sont particulièrement vulnérables s'ils font face à des difficultés financières, car leur délocalisation s'accompagne d'un isolement des réseaux sociaux protecteurs de la réserve (Wotherspoon, 2003). La perte de ces réseaux sociaux fait courir aux Peuples autochtones un risque élevé d'itinérance, car ils n'ont nulle part où aller s'ils perdent leur emploi ou s'ils sont confrontés à la rupture d'une relation (Wotherspoon, 2003).

En outre, les enfants autochtones dont les familles ont déménagé vers des centres urbains risquent de connaître des conditions de vie incertaines ou stressantes, et ils peuvent être exposés à des facteurs dont on sait qu'ils augmentent le risque d'anxiété. Par exemple, il est reconnu que la pauvreté et le stress parental, ainsi que d'autres facteurs difficiles, dont l'itinérance, la séparation ou le divorce des parents, augmentent le risque d'anxiété chez les enfants (Merikangas et al., 1998; Repetti et al., 2002; Phillips et al., 2005). Une sensibilisation accrue et plus de recherches sont nécessaires afin d'élaborer des programmes qui appuieront les familles autochtones qui déménagent en milieu urbain et qui y font face à des défis uniques pouvant faire courir à leurs enfants un risque plus élevé de problèmes de santé mentale.

Malgré les limites des données accessibles, il est clair que bon nombre d'Autochtones au Canada qui déménagent vers des centres urbains font face à des défis uniques qui ont été associés à un risque plus élevé de troubles de santé mentale, y compris l'anxiété.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 44335262



Comorbidité de l'anxiété et de la dépression

Le terme comorbidité fait référence à la cooccurrence de deux ou plusieurs troubles chez le même individu, qui peuvent se produire en même temps ou à des moments différents au cours de sa vie (Seligman & Ollendick, 1988). Les résultats de nombreuses études ont indiqué des taux élevés de cooccurrence de la dépression et de l'anxiété chez les enfants, les adolescents et les adultes (Colletti et al., 2009). Des données probantes suggèrent cependant que l'anxiété précède souvent l'apparition de la dépression (Seligman & Ollendick, 1988). En règle générale, l'apparition des troubles anxieux se produit le plus souvent à l'enfance, tandis que l'apparition de la dépression survient le plus fréquemment à l'adolescence ou à l'âge adulte (Wittchen, Kessler, Pfister, & Lieb, 2000). Une étude qui a suivi sur une période de quatre à cinq ans un large échantillon d'adolescents et de jeunes adultes au sein de l'ensemble de la population a révélé que, selon le type de trouble anxieux, le risque de développer une dépression subséquente avait quadruplé sur la période de l'étude (Wittchen et al., 2000).

Bien qu'il y ait peu d'information sur la prévalence de la dépression et

de l'anxiété au sein des populations autochtones du Canada, Duran, un psychologue clinicien indigène dont le travail a porté pendant plus de vingt ans sur le traumatisme historique et sur les Peuples autochtones de Californie, a observé qu'un grand nombre de ses clients souffraient de dépression et d'anxiété (Duran, 2006). Duran a souligné que la dépression et l'anxiété devaient être considérées dans le contexte familial et tribal du client. Étant donné les similitudes entre le processus de colonisation aux États-Unis et au Canada, le nombre élevé de cas de dépression et d'anxiété constatés par Duran au sein de la communauté peut indiquer que certaines communautés autochtones du Canada connaissent elles aussi des taux élevés de comorbidité de l'anxiété et de la dépression. Il est important de mener des recherches auprès des communautés autochtones du Canada afin d'obtenir une meilleure compréhension des besoins de chacune d'entre elles.

L'anxiété et la consommation d'alcool

Dans l'ensemble de la population, on a souvent constaté que les troubles anxieux accompagnent la consommation d'alcool ou de drogues. Les enquêtes sur les voies qui mènent

à la comorbidité de l'anxiété et de l'abus d'alcool et de drogues indiquent que la présence d'un trouble lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues peut conduire au développement de l'anxiété; cependant, dans la majorité des cas, le trouble anxieux se produit avant le développement d'un problème d'abus d'alcool et de drogues (Smith & Book, 2008). Par exemple, une étude a révélé que les filles et les garçons qui présentaient des taux plus élevés de symptômes d'anxiété durant l'enfance présentaient également un risque accru de consommation d'alcool à l'adolescence (Kaplow, Curran, Angold, & Costello, 2001). On pense que le développement et le maintien des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues peuvent être le résultat d'une stratégie d'automédication, par laquelle ces substances sont utilisées pour soulager les symptômes anxieux (Smith, & Book, 2008).

Les populations autochtones du monde entier qui ont connu la colonisation et la perte de leur propre culture ont montré leur vulnérabilité face à une variété de disparités en santé, y compris la consommation problématique d'alcool (Kirmayer, Brass & Tait, 2000). Il a été déterminé que la surconsommation d'alcool chez les Autochtones au Canada est le résultat du traumatisme passé de la fréquentation des pensionnats indiens

et du traumatisme intergénérationnel (Chansonneuve, 2007), ainsi que de la perte de la culture et du lien à la terre (Kirmayer et al., 2000). Il a également été prouvé que la consommation d'alcool est associée à l'anxiété chez les jeunes autochtones du Canada. Une étude récente réalisée au sein de plusieurs groupes autochtones différents du Canada et s'intéressant au lien entre les traits de personnalité, les motivations à boire et la consommation d'alcool a révélé que les jeunes autochtones étaient souvent motivés à boire de l'alcool par un mécanisme d'adaptation et par un désir d'améliorer leur humeur plutôt que pour des raisons sociales (Mushquash, Stewart, Mushquash, Comeau, & McGrath, 2014). En outre, les jeunes autochtones confrontés à la sensibilité liée à l'anxiété étaient plus susceptibles de boire dans le but de réduire la tension associée aux contextes sociaux (Mushquash et al., 2014). La sensibilité à l'anxiété peut être comprise comme une peur des symptômes liés à l'anxiété ou des sensations physiques (Zvolensky, McNeil, Porter, & Stewart, 2001). Cette peur est fondée sur la conviction que les sensations d'anxiété peuvent avoir des conséquences physiques, psychologiques ou sociales négatives et qu'elles précèdent des attaques de panique inattendues (Zvolensky et al., 2001). Cet axe de recherche suggère que les jeunes Autochtones qui sont sensibles aux

sensations corporelles liées à l'anxiété ou qui en ont peur boivent peut-être pour soulager la tension physique (Mushquash et al., 2014).

Il est important de déterminer les éventuelles motivations sous-jacentes de la consommation d'alcool chez les jeunes Autochtones au Canada, puisque cela contribue à l'élaboration de programmes de prévention. Le lien établi entre l'anxiété et la consommation d'alcool permet aux développeurs de programmes de cibler la réduction de l'anxiété comme mécanisme potentiel de prévention de la consommation problématique d'alcool. La prévention de la consommation problématique d'alcool chez les jeunes est un objectif valable, des études ayant montré que les jeunes qui abusent de l'alcool sont plus susceptibles de développer un problème d'alcoolisme à l'âge adulte (Mushquash et al., 2014).

Détermination des facteurs de résilience au sein des populations autochtones

Alors que de nombreux Peuples autochtones font face à des facteurs de stress supplémentaires par rapport à l'ensemble de la population, les recherches suggèrent qu'ils présentent peut-être aussi un degré élevé de

résilience (Bowen et al., 2014). Une enquête sur l'humeur et sur les troubles anxieux réalisée auprès de femmes autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et au Canada a révélé que, malgré l'exposition accrue à divers facteurs de risque, la majorité de ces femmes ne développent pas de problèmes d'humeur (Bowen et al., 2014). En outre, au Canada, l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations a révélé que la majorité des membres des Premières Nations déclarent se sentir équilibrés la plupart du temps ou tout le temps. Plus précisément, 73 % ont déclaré se sentir physiquement équilibrés, 73,1 % ont déclaré se sentir émotionnellement équilibrés, 75 % ont déclaré se sentir mentalement équilibrés et 71,1 % ont déclaré se sentir spirituellement équilibrés (FNIGC, 2012). Ces résultats sont encourageants, car ils aident à mettre en évidence la force et la résilience des Peuples autochtones en dépit des degrés élevés de traumatisme historique et de l'adversité actuelle en matière de pauvreté, de racisme, de toxicomanie et de violence familiale que certains Peuples autochtones connaissent.

En outre, les recherches menées auprès de l'ensemble de la population ont indiqué qu'un soutien social de qualité aide à protéger contre les effets du stress



et qu'il peut accroître la résilience aux symptômes de troubles mentaux liés au traumatisme (Ozby et al., 2007). Le lien entre le soutien social et la santé a également été prouvé par des études menées auprès des populations autochtones. Par exemple, une analyse de l'Enquête auprès des Peuples autochtones (EAPA), comprenant des données sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis de partout au Canada, a souligné qu'un fort soutien social est lié à une santé florissante (Richmond, Ross, & Egeland, 2007). En outre, on a également prouvé que le soutien social a des effets importants sur la santé mentale. Une étude portant sur la relation entre les réseaux sociaux, le soutien social et le fonctionnement psychosocial réalisée auprès d'un groupe de 159 femmes indiennes aux États-Unis suivant un programme de traitement de la toxicomanie pour les victimes des pensionnats indiens a constaté que les patients qui ont indiqué avoir des niveaux plus élevés de soutien social perçu avaient aussi des degrés inférieurs d'anxiété, de dépression et d'hostilité (Chong & Lopez, 2005). Cependant, il est également important de reconnaître que les réseaux sociaux peuvent avoir un impact négatif sur la santé si les exigences de ces réseaux

augmentent le stress qu'éprouvent les individus ou qu'elles les conduisent à être exposés à des influences négatives, comme la toxicomanie ou la violence (Richmond et al., 2005). De plus amples recherches sont nécessaires pour étudier les facteurs qui accroissent la résilience des populations autochtones. Les experts ont fait valoir qu'il serait utile pour les chercheurs d'explorer les facteurs qui influencent positivement la santé des Peuples autochtones, plutôt que de se concentrer principalement sur la marginalisation ou sur la perte de la santé (Browne et al., 2009). Avec une meilleure connaissance des facteurs de résilience, plus de ressources pourraient être orientées vers la compréhension et l'appui des Peuples autochtones afin qu'ils développent un sens d'appartenance à la communauté et d'identité culturelle, car il s'agit de déterminants importants de la santé des Peuples autochtones (Browne et al., 2009).

Dans l'ensemble, il est nécessaire d'identifier les facteurs de résilience dans les collectivités autochtones en vue d'avoir un portrait global des facteurs de risques et de protection influant la santé des Autochtones au Canada. Avec la clarification des facteurs de risque et de

résilience, il serait possible d'élaborer des interventions culturellement appropriées et des programmes de prévention. L'intégration de programmes de mentorat culturellement appropriés pourrait contribuer à la résilience contre l'anxiété et d'autres troubles de santé mentale chez les enfants et les jeunes autochtones. En outre, les programmes qui promeuvent les liens de la communauté et qui encouragent les réseaux de soutien social positifs pourraient également contribuer à une plus grande résilience en matière de santé mentale et de santé physique.

L'évaluation, le diagnostic et le traitement pour les Peuples autochtones

Afin de déterminer si les Peuples autochtones du Canada connaissent des taux accrus de troubles de l'anxiété, des outils d'évaluation culturellement appropriés sont nécessaires. Bien que l'on sache que les troubles anxieux apparaissent dans toutes les cultures, les conceptions de la santé mentale et du bien-être spécifiques à chaque culture peuvent engendrer des symptômes différents, et des significations différentes peuvent être rattachées à ces

symptômes (Adermann & Campbell, 2010). L'évaluation de la santé mentale est influencée par des facteurs sociaux et culturels, et une mesure complète de la complexité et de la diversité des Peuples autochtones est nécessaire pour évaluer l'anxiété chez ces peuples, car ceux-ci sont susceptibles d'avoir des croyances, des opinions et des expériences différentes en matière d'anxiété (Drew, Adams, & Walker, 2010). Qui plus est, une évaluation inexacte peut aboutir à l'utilisation de questionnaires culturellement biaisés, conçus pour mesurer les symptômes de l'anxiété dans des cultures occidentales (Adermann & Campbell, 2007b). En outre, une mauvaise communication entre le client et l'évaluateur peut également se produire si leurs visions du monde divergent (Adermann & Campbell, 2007b). La nécessité de créer des outils d'évaluation de la santé mentale culturellement appropriés a été reconnue et de tels outils ont été développés avec des groupes autochtones (Drew, Adams, & Walker, 2010). Cependant, parce que les communautés autochtones

sont de culture, de langue et de tradition diverses, il est nécessaire d'agir prudemment afin de s'assurer que les évaluations sont culturellement valables et appropriées pour les groupes ou les individus particuliers qui sont évalués.

En outre, l'utilisation de modèles occidentaux du diagnostic et du traitement des troubles de santé mentale pour les clients autochtones a suscité une variété de réponses des thérapeutes qui travaillent auprès de clients autochtones. Certains praticiens auprès des Autochtones ont constaté que les méthodes de guérison occidentales ont aidé leurs clients (par exemple, Gone, 2010), tandis que d'autres soutiennent que les approches occidentales sont souvent inefficaces (par exemple, Blackstock, 2008) ou causent des torts supplémentaires aux clients (Duran, 2006). Parce que la réaction au traumatisme dans les collectivités autochtones a été diagnostiquée par des professionnels travaillant dans un cadre occidental de la santé et de la maladie, les critiques ont fait valoir que

le contact avec les professionnels de la santé mentale sont tout simplement une autre forme de colonisation des Peuples autochtones (Linklater, 2014). Les experts ont soutenu que la prestation de services de santé mentale occidentaux peut être considérée comme une forme de colonisation, simplement parce qu'elle exige des clients qu'ils embrassent des traditions telles que le dualisme corps-esprit, l'individualisme et l'exclusion de la spiritualité comme étant des facteurs du bien-être mental (par exemple, Duran, 2006; Gone, 2003). De cette façon, les services de santé mentale peuvent saper les intentions de restaurer et de préserver les traditions et la culture de nombreuses communautés autochtones (Duran, 2006; Gone, 2003).

Compte tenu des limites que présentent les méthodes de guérison occidentales pour de nombreux Peuples autochtones, certains guérisseurs autochtones affirment qu'il est crucial que les Peuples autochtones aient accès à des méthodes et à des théories de guérison

... les recherches menées auprès de l'ensemble de la population ont indiqué qu'un soutien social de qualité aide à protéger contre les effets du stress et qu'il peut accroître la résilience aux symptômes de troubles mentaux liés au traumatisme

(Ozbay et al., 2007).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 59464474



...de nombreux conseillers qui militent pour l'offre de thérapies culturellement appropriées aux clients autochtones affirment également qu'il est important d'offrir un choix à ces patients quant au type de thérapie ou d'approche qui leur convient le mieux (par exemple, Linklater, 2014).

traditionnelles (par exemple, Linklater, 2014, Duran, 2006). Selon Duran (2006), l'une des premières tâches du guérisseur autochtone est de travailler avec le client dans le but de supprimer l'identité pathologique dans le cadre du processus de guérison. Duran fait valoir que l'application d'un diagnostic DSM à une personne autochtone s'apparente à une cérémonie de baptême donnant littéralement à la personne une identité pathologique. D'autres guérisseurs travaillant avec des clients autochtones avancent que les diagnostics fournis selon le DSM ne sont pas pertinents à l'expérience des Peuples autochtones, car ils sont tout simplement trop limités pour refléter de manière adéquate les défis des patients, qui sont enracinés dans l'histoire familiale et communautaire (Linklater, 2014). Selon certains guérisseurs autochtones, parce que les diagnostics DSM sont basés sur les symptômes, ils ne permettent pas la compréhension des antécédents d'une personne et de la façon dont elle est venue à vivre la situation qu'elle connaît (Linklater, 2014). Cependant, certains ont également fait valoir que l'aide d'un diagnostic est souvent nécessaire et utile

lorsque le travail est effectué au sein de systèmes de santé occidentaux, comme lorsque des guérisseurs culturellement compétents qui travaillent auprès de clients autochtones sont formés à la médecine et à la psychologie occidentales; le diagnostic fournit un point de départ qui permet d'entamer le dialogue avec le patient et il sert de guide pour savoir comment aller de l'avant avec le traitement (Linklater, 2014).

En outre, alors que certains thérapeutes qui travaillent avec les Peuples autochtones affirment que les approches traditionnelles de guérison qui intègrent un modèle global de la guérison sont nécessaires pour être efficaces auprès des populations autochtones (par exemple, McCormick, 1996), d'autres thérapeutes ont rencontré des clients autochtones (dans ce cas-ci, un guérisseur torontois issu des Premières Nations) qui n'étaient pas à l'aise avec les méthodes traditionnelles de guérison (Linklater, 2014). Il est important de considérer que, au sein de certaines familles autochtones, de nombreuses générations ont adopté des formes de

culte occidentales et qu'elles ne sont pas à l'aise avec les méthodes de guérison autochtones (Linklater, 2014). En conséquence, de nombreux conseillers qui militent pour l'offre de thérapies culturellement appropriées aux clients autochtones affirment également qu'il est important d'offrir un choix à ces patients quant au type de thérapie ou d'approche qui leur convient le mieux (par exemple, Linklater, 2014).

Duran préconise de combiner les approches occidentale et autochtone de la guérison des troubles émotionnels, comme la dépression et l'anxiété (2006), car il affirme que les Peuples autochtones vivent dans un monde essentiellement occidental et qu'ils bénéficient d'une approche de guérison bien équilibrée qui intègre les connaissances des deux traditions. Par exemple, il a été prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une stratégie de traitement efficace de l'anxiété et de la dépression (Otto, Smits, & Reese, 2004) et qu'elle est compatible avec l'intégration du savoir autochtone (Bennett-Levy et al., 2012). Des données probantes indiquent que la TCC est utile

pour les personnes qui préfèrent ne pas prendre de médicaments prescrits pour l'anxiété, pour celles qui ne réagissent pas bien à ces médicaments, ou pour celles qui ont besoin d'un « remontant » et qui reçoivent une combinaison de médicaments et de TCC (Otto et al., 2004). Une étude récente a démontré l'efficacité de la TCC auprès des adultes autochtones en Australie. Afin d'éviter les barrières culturelles entre thérapeutes et patients, l'étude a formé cinq conseillers autochtones pour offrir la TCC à leurs patients autochtones. Ils ont été invités à faire rapport de son efficacité et à suggérer des adaptations qui pourraient améliorer son efficacité auprès de cette population (Bennett-Levy et al., 2012). Les conseillers ont indiqué avoir eu l'impression qu'incorporer la TCC à leur pratique avait amélioré le bien-être de leurs patients. En outre, ils ont indiqué avoir acquis de nouvelles compétences et avoir amélioré leur propre bien-être grâce à la TCC. Les

conseillers autochtones ont rapporté que la structure de la TCC avait établi un sentiment de sécurité dans le cadre des séances et qu'elle avait fait la promotion de sentiments d'autonomisation et d'autogestion auprès de leurs patients (Bennett-Levy et al., 2012). Cependant, ils ont également indiqué que la structure de la TCC devait être adaptée aux conditions sociales et culturelles locales. Des facteurs tels que la langue, l'alphabétisation, l'âge et l'origine ethnique doivent être pris en compte afin d'en accroître l'efficacité et de s'assurer que la pratique est culturellement appropriée aux communautés ciblées (Bennett-Levy et al., 2012). Les chercheurs ont également suggéré que l'intégration d'une composante spirituelle, ainsi que des délais supplémentaires visant à établir un rapport de confiance, augmenterait l'efficacité de la TCC pour le traitement de l'anxiété des patients autochtones (DeCoteau, Anderson, & Hope, 2006). Il a été suggéré que l'identification au

client en tant qu'égal digne de respect permettrait d'augmenter la réceptivité du thérapeute et d'établir efficacement une relation de confiance (DeCoteau et al., 2006).

Globalement, les résultats des études portant sur l'utilité de la TCC auprès des populations autochtones sont prometteurs. L'adaptabilité de la TCC pour les populations autochtones permet l'intégration de composantes supplémentaires, comme la spiritualité, afin d'améliorer sa pertinence culturelle pour les patients autochtones. Toutefois, les suggestions visant à améliorer la TCC doivent provenir des communautés autochtones elles-mêmes afin de s'assurer que les adaptations sont appropriées à chaque communauté. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour déterminer si la TCC serait efficace auprès des collectivités autochtones du Canada.



CONCLUSIONS

Les troubles anxieux sont les troubles de santé mentale les plus répandus dans l'ensemble de la population et ils peuvent également l'être au sein des communautés autochtones du Canada. De nombreux enfants et jeunes autochtones au Canada sont exposés à de multiples facteurs de risque d'anxiété, comme des conditions de vie insalubres, la pauvreté, la dépression ou l'anxiété des parents, et l'augmentation des niveaux de stress parental. En outre, les Autochtones du Canada qui déménagent des réserves vers les centres urbains peuvent être particulièrement vulnérables, car ils sont potentiellement coupés du soutien de leurs réseaux sociaux. Toutefois, à la connaissance des auteures, aucune étude de la population à grande échelle n'a fourni des renseignements concernant les taux de prévalence de l'anxiété au sein des Peuples autochtones du Canada. Bien que certains chercheurs soutiennent qu'aucune donnée probante ne suggère que les Peuples autochtones du Canada sont moins susceptibles de souffrir d'un trouble anxieux, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si l'anxiété est un problème pour les Peuples autochtones.

L'anxiété est préoccupante si elle apparaît à l'enfance, car elle peut avoir des répercussions sur le bien-être de l'enfant tout au long de sa vie. Souvent, les enfants ne parviennent pas à vaincre l'anxiété en grandissant et, dans certains cas, celle-ci peut accroître le risque de développer une dépression ou engendrer l'abus d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes. Les chercheurs ont suggéré que des interventions comportementales et cognitives culturellement appropriées pourraient permettre de prévenir et de traiter l'anxiété au sein des populations autochtones. Avec la prise de conscience de l'impact de la colonisation et du traumatisme historique sur la santé mentale des Peuples autochtones, certains thérapeutes appellent non seulement à des pratiques de guérison culturellement appropriées, mais aussi à un regard critique sur les systèmes occidentaux de connaissances et sur l'intégration des savoirs traditionnels à la discussion portant sur la santé mentale. Le fait de combiner les savoirs occidentaux et autochtones, sans idées de supériorité occidentale, dans les services canadiens de santé mentale pourrait mettre les Peuples autochtones du Canada sur le chemin de la guérison et de la décolonisation.

Le fait de combiner les savoirs occidentaux et autochtones, sans idées de supériorité occidentale, dans les services canadiens de santé mentale pourrait mettre les Peuples autochtones du Canada sur le chemin de la guérison et de la décolonisation.

RESSOURCES

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)

Anxiety BC

Anxiety BC repose sur un modèle occidental de guérison. Toutefois, le site Web donne des informations sur l'anxiété et inclut une section de stratégies d'auto-assistance qui visent à enseigner des compétences de gestion de son anxiété.

http://www.anxietybc.com/sites/default/files/adult_hmptsd.pdf (anglais seulement)



BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)

- 
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2012). *Aboriginal women in Canada: A statistical profile from the 2006 census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 13, 2015 from http://www.aandc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/ai_rs_pubs_ex_abwch_pdf_1333374752380_eng.pdf
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2013). *Aboriginal peoples and communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 18, 2014 from <https://www.aandc-aandc.gc.ca/eng/1100100013785/1304467449155>
- Adermann, J., & Campbell, M. (2007a). Big worry: Implications of anxiety in Indigenous youth. *The Australian Journal of Indigenous Education*, 36: 74-9.
- Adermann, J., & Campbell, M. (2007b). Anxiety prevention in Indigenous youth. *Journal of Student Wellbeing*, 1(2): 34-47.
- Adermann, J., & Campbell, M. (2010). Anxiety and Aboriginal and Torres Strait Islander young people. In N. Purdie, P. Dudgeon, & R. Walker (Eds.), *Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice* (pp. 105-16). Canberra, AU: Commonwealth of Australia.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Anxiety BC. (2007-2014). Separation anxiety disorder. Burnaby, BC: Author. Retrieved March 13, 2015 from <http://www.anxietybc.com/parent/separation.php>
- Anxiety Disorders Association of Canada. (2003). Mental health and mental illness. Retrieved March 13, 2015 from <http://anxietycanada.ca/english/pdf/kirby.pdf>
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Borkovec, T.D., Rickels, K., Stein, D.J. et al. (2001). Consensus statement on Generalized Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal Clinical of Psychiatry*, 62(suppl 11): 53-8.
- Battiste, M. (2002). *Indigenous knowledge and pedagogy in First Nations education: A literature review with recommendations*. Ottawa, ON: Report prepared for the National Working Group on Education and the Minister of Indian Affairs, Indian and Northern Affairs Canada. Retrieved March 13, 2015 from http://www.afn.ca/uploads/files/education/24_2002_oct_marie_battiste_indigenousknowledgeandpedagogy_lit_review_for_min_working_group.pdf
- Bennett-Levy, J., Wilson, S., Nelson, J., Stirling, J., Ryan, K., Rotumah, D., Budden, W. et al. (2012). Can CBT be effective for Aboriginal Australians? Perspectives of Aboriginal practitioners trained in CBT. *Australian Psychologist*, 49: 1-7.
- 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 January 10, 2015 from http://www.excellenceforchildandadolescence.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.
- Bowen, A., Duncan, V., Peacock, S., Bowen, R., Schwartz, L., Campbell, D., & Muhajarine, N. (2014). Mood and anxiety problems in perinatal Indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. *Transcultural Psychiatry*, 51(1): 93-111.
- Browne, A. J., McDonald, H., & Elliot, D. (2009). *First Nations Urban Aboriginal Health Research Discussion Paper. A report for the First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- Canadian Mental Health Association. (2013). *Anxiety disorders*. Vancouver, BC: Author. Retrieved March 13, 2015 from <http://www.cmha.bc.ca/get-informed/mental-health-information/anxiety-disorders#who>
- CAT Research and Professional Services (2006). *Aboriginal Mentoring Pilot Projects Evaluation Report*. Edmonton, AB: CAT Research and Professional Services.
- Chansonneuve, D. (2007). *Addictive behaviours among Aboriginal people in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Chong, J., & Lopez, D. (2005). Social networks, support, and psychosocial functioning among American Indian women in treatment. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research; The Journal of the National Center*, 12(1), 62-85
- Colletti, C.J.M., Forehand, R., Garai, E., Rakow, A., McKee, L., Fear, J.M., & Compas, B.E. (2009). Parent depression and child anxiety: An overview of the literature with clinical implications. *Child Youth Care Forum*, 38: 151-60.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and developmental of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60: 837-44.
- Craske, M.G., & Waters, A.M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 197-225.
- Davies, M. (2011). Anxiety in children: Remote area sensitivities and considered changes in structuring a Cool Kids approach. *Australasian Psychiatry*, 19(suppl 1): S23-S25.
- DeCoteau, T., Anderson, J., & Hope, D.A. (2006). Adapting manualized treatments: Treating anxiety disorders among Native Americans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13: 304-9.
- Drew, N., Adams, Y., & Walker, R. (2010). Issues in mental health assessment with Indigenous Australians. In N. Purdie, P. Dudgeon, & R. Walker (Eds.), *Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice* (pp. 191-210). Canberra, AU: Commonwealth of Australia.

- Duran, E. (2006). *Healing the soul wound: Counseling with American Indians and other Native peoples*. New York and London: Teachers College, Columbia University.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4): 329-54.
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (2012). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in first nations communities*. Ottawa, ON: Author.
- 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 March 13, 2015 from http://www.tunnngavik.com/files/2012/09/IHS_NUNAVUT-FV-V11_FINAL_AUG-15_2012.pdf
- Gone, J.P. (2003). American-Indian mental health service delivery: Persistent challenges and future prospects. In J.S. Mio & G.Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally diverse mental health: The challenges of research and resistance* (pp. 211-29). New York, NY: Routledge.
- Gone, J.P. (2010). Psychotherapy and traditional healing for American Indians: Exploring the prospects for therapeutic integration. *The Counseling Psychologist*, 38(2): 166-235.
- Greenwood, M. (2005). Children as citizens of First Nations: Linking Indigenous health to early childhood development. *Paediatrics & Child Health*, 10(9): 553-55.
- Haskell, L., & Randall, M. (2009). Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3): 48-99.
- Herrera, C., DuBois, D.L. & Grossman, B.J. (2013). *The role of risk: Mentoring Experiences and outcomes for youth with varying risk profiles*. New York, NY: A Public Private Ventures Project distributed by MDRC.
- Kaplow, J.B., Curran, P.J., Angold, A., & Costello, E.J. (2001). The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3): 316-26.
- Kellermann, N.P.F. (2001). Transmission of Holocaust trauma: An integrative review. *Psychiatry*, 64(3): 256-67.
- Kendall, P.C., Furr, J.M., & Podell, J.L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 45-60). New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C., & Ollendick, T.H. (2004). Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescence: A topic comes of age. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11: 65-74.
- Kessler, R.C., & Greenberg, P.E. (2002). The economy burden of anxiety and stress disorders. In K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle & C. Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology – 5th generation of progress* (pp. 981-92). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45: 607-16.
- 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. 289-314). Vancouver, BC: UBC Press.
- Klinck, J., Ardinal, C., Edwards, K., Gibson, N., Bisanz, J., & Da Costa, J. (2005). Mentoring programs for Aboriginal youth. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 3(2): 110-30.
- Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, 6(1): 75-94.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., Lewinsohn, M., Seeley, J.R., Allen, J.R., & Nicholas, B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1): 109-17.
- Linklater, R. (2014). *Decolonizing trauma work: Indigenous stories and strategies*. Halifax, NS & Winnipeg, MB: Fernwood Publishing.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G., (1999). A relational diathesis model of hostile helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, pp. 33-70. New York: Oxford Press.
- MacMillan, H.L., Jamieson, E., Walsh, C., Boyle, M., Crawford, A., & MacMillan, A. (2009). The health of Canada's Aboriginal children: Results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2): 158-67.
- Manassis, K., Hudson, J.L., Webb, A., & Albano, A.M., (2004). Beyond behavioral inhibition: Etiological factors in childhood anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11: 3-12.
- 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.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5): 711-20.
- Mood Disorders Society of Canada. (2009). *Quick facts: Mental illness and addiction in Canada*. Guelph, ON: Author. Retrieved March 13, 2015 from <http://www.mooodisorderscanada.ca/documents/Media%20Room/Quick%20Facts%203rd%20Edition%20Eng%20Nov%202012%2009.pdf>
- Mushquash, C.J., Stewart, S.H., Mushquash, A.R., Comeau, M.N., & McGrath, P.J. (2014). Personality traits and drinking motives predict alcohol misuse among Canadian Aboriginal youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12: 270-82.
- Office of the Correctional Investigator. (2013). *Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2012-2013*. Ottawa, ON: Government of Canada.
- Otto, M.W., Smits, J.A.J., & Reese, H.E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 65(suppl 5): 34-41.
- Ozbay, F., Johnson, D.C., Dimoulas, E., Morgan III, C.A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35-40
- Pérez-Edgar, K., & Fox, N.A. (2005). Temperament and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14: 681-706.
- Perreault, S. (2009). The incarceration of Aboriginal people in adult correction services. *Juristat*, 29(3): 1-27.
- Phal, K.M., Barrett, P.M., & Gullo, M.J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26: 311-20.

- Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M., & Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1): 13-24.
- Place, J. (2012). *The health of Aboriginal people residing in urban areas*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2): 330-66.
- Richmond, C.A.M., Ross, N.A., & Egeland, G.M. (2007). Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of Indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1-7
- Salée, D. (2006). Quality of life of Aboriginal people in Canada: An analysis of current research. *IRPP Choices*, 12(6): 1-38.
- Sanguins, J., Bartlett, J.G., Carter, S., Hoepfner, N., Mehta, P., & Bassily, M. (2013). *Depression, anxiety disorders, and related health care utilization in health care utilization in the Manitoba Métis population*. Winnipeg, MB: Manitoba Métis Federation.
- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 9-30.
- Scrine, C., & Reibel, T. (2012). *Key findings of the literature on effective mentoring programs for young people*. Telethon Institute for Child Health Research.
- Seligman, L.D., & Ollendick, T.H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2): 125-44.
- Smith, J.P., & Book, S.W. (2008). Anxiety and substance use disorders: A review. *Psychiatric Times*, 25(10): 19-23.
- Spence, S.H., Najman, J.M., Bor, W., O'Callaghan, M.J., & Williams, G.M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depression in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4): 457-69.
- Statistics Canada. (2013). Canadian community health survey: Mental health, 2012. *The Daily*, September 18. Retrieved March 13, 2015 from: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-eng.pdf>
- Taussig, H.N., & Culhane, S.E. (2010). Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(8), 739-746.
- 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.
- Urban Aboriginal Health Research Database Research Project (2011). *Our health counts: Urban Aboriginal health research project, Community research report. First Nations adults and children*: City of Hamilton.
- Vandenberghe, C. (2013). *Mentoring: A Review of the literature*. Calgary, AB: Alberta Centre for Child, Family & Community Research for Alberta's Promise.
- Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(suppl. 406): 14-23.
- Wotherspoon, T. (2003). *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal Peoples*, 147-66. Retrieved from <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP22-71-2003E.pdf>
- Young, E.A., Abelson, J.L., Curtis, G.C., & Nesse, R.M. (1997). Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 5: 66-72.
- Zvolensky, M.J., McNeil, D.W., Porter, C.A., & Stewart, S.H. (2001). Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 477-93.





