

LE SYNDROME DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE CHEZ LES PEUPLE
AUTOCHTONES DU CANADA :

*Examen des facteurs de risque, l'état actuel
des connaissances et orientations pour de plus
amples recherches*


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.

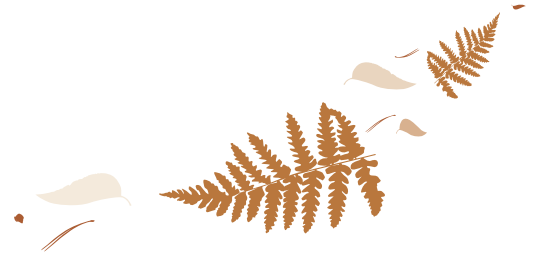
An English version is also available at www.nccah-censa.ca, under the title: *Post-Traumatic Stress Disorder in Aboriginal People in Canada: Review of Risk Factors, the Current State of Knowledge and Directions for Further Research.*

Référence : Bellamy, S. et Hardy, C. (2015). *Le syndrome de stress post-traumatique chez les Peuple autochtones du Canada : Examen des facteurs de risque, l'état actuel des connaissances et orientations pour de plus amples recherches*. 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	5
Une note sur la terminologie	6
SSPT CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES	9
La prévalence du SSPT chez les Peuples autochtones	9
Facteurs de risque pour le SSPT	9
Les facteurs de risque pré-traumatiques	9
Les facteurs de risque péri-traumatiques	12
Les facteurs de risque post-traumatiques	13
Sommaire.....	14
Le SSPT chez les enfants	14
Les enfants autochtones et le risque de SSPT	15
LES CONSÉQUENCES DU SSPT	16
Conséquences en termes de santé mentale et toxicomanie	16
Relations personnelles et familiales	17
TRAITEMENT DU SSPT	19
Les limites du diagnostic du syndrome de stress post-traumatique et du traitement parmi les populations autochtones	19
Risque et résilience	20
Options de traitement pour le SSPT	20
CONCLUSIONS	22
RESSOURCES	23
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	24



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



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







INTRODUCTION

La 5^e édition du manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM- V) (American Psychiatric Association [APA], 2013)¹ définit le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) comme un trouble lié au stress ou à un traumatisme à la suite duquel les symptômes ont commencé ou ont empiré après avoir vécu un ou plusieurs événements traumatisants (APA, 2013). Si on observe chez de nombreuses personnes, qui ont développé le SSPT, un déclin important des symptômes au cours de la première année, en revanche un tiers des personnes ressentent des symptômes persistants et courent le risque de voir apparaître des troubles supplémentaires tels qu'une toxicomanie problématique, une dépression, de l'anxiété, des crises de panique ou des risques de suicide (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2005). Les premiers chercheurs, ayant étudié le SSPT, pensaient que les réactions à des événements traumatisants survenaient de manière continue et que la sévérité de la réaction correspondait à celle de l'événement traumatisant vécu (Sherin & Nemeroff, 2011). Toutefois, au cours des années, on a constaté que de nombreuses personnes exposées à des événements traumatisants sévères ne développaient pas forcément le SSPT. On pense aujourd'hui que les réponses individuelles au traumatisme dépendent tant de la nature du traumatisme que des caractéristiques de la personne concernée (APA, 2013; Sherin & Nemeroff, 2011; Yehuda & LeDoux, 2007). Un aperçu modifié des critères de diagnostic de SSPT apparaît dans la zone de Figure 1.

Dans ce document, on présente un aperçu des connaissances actuelles sur le SSPT chez les Peuples autochtones au Canada. Compte tenu des limites de ces connaissances, particulièrement en ce qui concerne l'occurrence du SSPT chez les Peuples autochtones, on exposera ici les facteurs de risque de développement du SSPT chez les Peuples autochtones et aussi les difficultés à déterminer le taux de prévalence du SSPT dans les communautés autochtones, les impacts du SSPT sur la santé et le bien-être des Peuples autochtones et l'importance des stratégies de traitement culturellement appropriées qui ont fait leurs preuves dans les communautés autochtones. On abordera aussi les limites au diagnostic de SSPT et le besoin de tenir compte tant des facteurs de risque que de ceux de protection trouvés dans de nombreuses communautés autochtones. L'étude se termine avec une liste de ressources qui peuvent s'avérer utiles pour les Peuples autochtones à la recherche d'informations et d'aide sur le SSPT.

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



La documentation utilisée pour rédiger cette étude a été constituée sur la base des recherches faites sur le SSPT chez les Peuples autochtones du Canada. On a interrogé les bases de données PsycINFO, Pub Med et PsycARTICLES en utilisant les combinaisons de mots clés suivantes : SSPT et Autochtone; SSPT et Risque; SSPT et Genre; SSPT et Prévalence; SSPT et Traitement; Complexe SSPT; SSPT et enfant; SSPT et Alcool; SSPT et Soutien social; Autochtone et Résilience; SSPT et Dépression; et SSPT et usage de drogues. Par ailleurs, la revue *Pimatisiwin : A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* (revue de la santé de la communauté autochtone et indigène) a été consultée et des informations sur la guérison, la thérapie, la santé mentale, le SSPT et le traumatisme ont été collectées manuellement. On a donné 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.

Une note sur la terminologie

Quand nous utilisons le terme « Peuples autochtones » dans ce document, nous faisons référence à tous les Peuples autochtones du Canada. Trois groupes séparés sont reconnus par la Constitution canadienne : Premières Nations, Inuit et Métis (Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC], 2013). Dans ces trois groupes autochtones, il y a une grande diversité avec plus de 60 langues différentes issues de 12 familles linguistiques (Statistics Canada, 2012a). Les langues autochtones reflètent des identités, des histoires et des cultures différentes et sont liées au savoir traditionnel et aux attaches avec la terre, la communauté et la famille (Norris, 2007). Il existe aussi de grandes différences culturelles, sociales et environnementales entre les communautés de même qu'une grande diversité dans le mode de vie, les valeurs et les perspectives au sein de chaque communauté autochtone (Kirmayer, Tait, & Simpson, 2009). En outre, les Premières Nations, les Inuit et les Métis

ont connu des histoires différentes dans leurs relations avec les premiers colons européens et avec le gouvernement canadien (Kirmayer et al., 2009).

Si l'utilisation du terme générique « Peuples autochtones » est source de confusion parce qu'il semble faire référence à un groupe homogène, il demeure que ces peuples dans l'ensemble du Canada partagent un héritage de colonisation avec pour conséquence des circonstances sociales, économiques et politiques sources d'enjeux significatifs pour leur santé et leur bien-être (Kirmayer et al., 2009). Si quelques communautés autochtones s'en sortent bien en dépit des multiples enjeux passés et actuels associés au colonialisme (Kirmayer, et al., 2009), on constate que de nombreux facteurs de risque pour le SSPT, spécifiques aux Peuples autochtones, sont, au Canada, une conséquence du traumatisme historique lié à la fréquentation forcée des pensionnats indiens et au traumatisme intergénérationnel continu qui a laissé des traces sur les familles et les communautés.

Figure 1 : Aperçu de critères SSPT

Caractéristiques du diagnostic de SSPT

Exposition à un ou plusieurs événements traumatisants

- L'événement doit constituer une réelle menace, comme une exposition à un décès ou à une menace de mort, la violence sexuelle véritable ou la menace de celle-ci, une blessure physique sérieuse
- Témoin – d'un événement traumatisant, ou apprendre que ce traumatisme concerne un tiers comme un ami proche ou un membre de la famille proche.
- Exposition répétée au traumatisme du fait des activités professionnelles en tant que premiers répondants exposés aux scènes d'accidents ou en apprenant les détails de la maltraitance d'un enfant.

Les symptômes du SSPT

Symptômes d'intrusion – Un ou plusieurs symptômes d'intrusion qui ont commencé ou empiré après l'événement traumatisant

- L'évitement constant de stimuli (les gens, les lieux, les conversations, les situations et/ou les activités associées à l'événement traumatisant)

Des altérations de la cognition et de l'humeur – deux altérations ou plus qui ont commencé ou empiré après l'événement traumatisant

- Incapacité à se souvenir d'aspects importants ou de l'événement traumatisant qui ne soit pas due à l'usage de drogues, d'alcool ou à une blessure à la tête
- Des convictions négatives, exagérées et persistantes sur soi-même et sur le monde (c.-à-d. on ne peut faire confiance à personne, mon système nerveux a été complètement ruiné)
- Des pensées déformées persistantes de l'événement traumatisant qui mènent à se blâmer soi-même ou les autres
- Les émotions continues – la crainte, l'horreur, la honte, la culpabilité ou la colère
- Un manque d'intérêt marqué dans les activités, des sentiments de détachement des autres et l'incapacité à éprouver des émotions positives

Les changements dans l'excitation – Deux ou plus des symptômes suivants qui ont commencé ou empiré après l'événement traumatisant et ont continué pendant un mois ou plus

- Comportement irritable ou explosions de colère sans qu'il y ait eu une provocation suffisante (c.-à-d. une agression verbale ou physique)
- Comportement autodestructeur ou imprudent
- Hypervigilance, réactions de surprise exagérées, difficultés de concentration, troubles du sommeil

Symptômes de dissociation – Le SSPT peut être associé ou non à des symptômes de dissociation. Le diagnostic de SSPT avec les symptômes de dissociation est établi si, en réponse au traumatisme, des symptômes de dissociation persistants et récurrents surviennent.

- Un sentiment de **dépersonnalisation** – une sensation d'observation détachée de soi-même (c.-à-d. se sentir en train d'observer ses processus mentaux ou ses sensations corporelles en étant à l'extérieur de soi-même)
- Un sentiment de **déréalisation** qui se traduit par une perte de sens de la réalité comme si l'on se trouvait dans un rêve ou que le monde était lointain et irréel ou déformé.

Source : *Manuel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-V] 5^e édition.*



SSPT CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES



La prévalence du SSPT chez les Peuples autochtones

Actuellement, la recherche est insuffisante pour fournir une image claire de la prévalence du SSPT chez les populations autochtones. La recherche effectuée fait état de variations importantes dans la prévalence du SSPT parmi les communautés autochtones, certaines montrant des taux très élevés de SSPT et d'autres des taux faibles. Par exemple, à la suite à un entretien diagnostique réalisé auprès de 109 adolescents indiens des États-Unis, on a trouvé que le taux de prévalence du SSPT n'était que de 3 % malgré les taux élevés de traumatisme rapportés pour cet échantillon (Jones, Dauphinais, Sack, & Somervell, 1997). Inversement, une autre étude portant sur 247 participants d'une communauté d'Indiens des États-Unis a montré que le taux de prévalence à vie du SSPT était de 21,9 %, avec 81,4 % de participants qui signalaient avoir éprouvé au moins un événement traumatisant dans leur vie (Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson, & Goldman, 1997).

Malheureusement, il y a très peu d'études qui s'intéressent à la prévalence du SSPT dans les communautés autochtones du Canada. Certaines estimations de la prévalence des troubles de santé mentale chez les Peuples autochtones du Canada sont fondées sur le nombre d'utilisateurs de services. Comme de nombreux des Peuples autochtones n'utilisent pas les services, il est peu probable que ces

estimations indiquent des taux réalistes de prévalence du SSPT (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000). Les quelques études effectuées indiquent des taux de SSPT plus élevés dans certaines communautés autochtones par rapport à la population canadienne générale. Par exemple, les résultats d'une enquête à grande échelle réalisée sur la population canadienne ont montré que 1,0 % de celle-ci avait été diagnostiquée comme souffrant de SSPT (Sareen et al., 2007), alors qu'une investigation sur l'état de santé mentale de 127 anciens étudiants autochtones des pensionnats en Colombie-Britannique révélait que 64,2 % d'entre eux présentaient des symptômes correspondant aux critères de diagnostic du SSPT (Corrado & Cohen, 2003). Toutefois, l'étude d'un groupe de survivants des pensionnats n'est pas significative de l'état de la santé mentale des Peuples autochtones dans l'ensemble du Canada ni de celui de tous les survivants des pensionnats. Il faut poursuivre les recherches si l'on veut obtenir une image claire du SSPT dans les communautés autochtones du Canada.

Facteurs de risque pour le SSPT


La vulnérabilité individuelle au développement du SSPT après un événement traumatisant varie considérablement. La 5^e édition du manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- V)* mentionne trois classes de facteurs temporels comme facteurs de risque

du développement du SSPT. Le risque temporel fait référence aux facteurs qui ont une influence sur la personne avant (pré-traumatique) pendant (péri-traumatique) et après (post-traumatique) la survenance de l'événement traumatisant. Il existe quelques facteurs de risque pour le SSPT qui augmentent la vulnérabilité avant et après l'événement traumatisant; toutefois, la fonction de chacun de ces facteurs de risque peut être différente selon le moment où survient l'événement traumatisant. Dans les sections suivantes, on examine les facteurs de risque en s'attachant à comprendre pourquoi ils constituent une inquiétude dans de nombreuses communautés autochtones au Canada.

Les facteurs de risque pré-traumatiques

Les facteurs de risque pré-traumatiques concernent les caractéristiques à la fois de la personne et de l'environnement dans lequel elle se trouve. Ils se répartissent entre facteurs démographiques, individuels et environnementaux.

Les facteurs démographiques de risque pour le SSPT incluent le fait d'être femme, les faibles niveaux de revenu et d'éducation, le divorce ou le veuvage, et l'appartenance à une minorité ethnique (Halligan & Yehuda, 2000). Même s'il y a beaucoup de spéculation sur ce point, les chercheurs ont suggéré que les facteurs démographiques de risque pour le SSPT constituaient également un risque d'exposition à un traumatisme (Halligan & Yehuda, 2000). Cette observation est importante



car la survenance du traumatisme est influencée par des facteurs sociaux affectant de nombreuses communautés autochtones, tels que la pauvreté et les mauvais résultats scolaires. Par conséquent, beaucoup de Peuples autochtones sont plus vulnérables au SSPT selon plusieurs facteurs démographiques.

Les Peuples autochtones ont des niveaux plus faibles de revenu et d'éducation par rapport aux non-autochtones. Ils sont surreprésentés chez les Canadiens aux prises avec la pauvreté (Wilson & Macdonald, 2010). En 2006, le revenu médian des Peuples autochtones au Canada était inférieur de 30 % au revenu médian des non-autochtones (Wilson & Macdonald, 2010). En dépit d'améliorations considérables des niveaux de réussite scolaire parmi les Peuples autochtones au cours des dix dernières années, il y a deux fois plus de Peuples autochtones qui ne terminent pas le secondaire (32 %) par rapport aux non-autochtones (15 %); il n'y a que 8 % de Peuples autochtones qui obtiennent un diplôme universitaire ou plus par rapport aux non-autochtones (22 %) (Wilson & Macdonald, 2010).

Le fait d'être une femme augmente considérablement le risque du SSPT; en effet, les taux de prévalence pour les femmes sont près de deux fois plus élevés que chez les hommes (Halligan & Yehuda, 2000). Cette prévalence plus élevée chez les femmes peut être le résultat d'une plus grande vulnérabilité aux blessures causées lors d'une agression violente, les agressions étant en général commises par des hommes

qui ont une plus grande force physique (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, & Lucia, 1999b). Les femmes autochtones au Canada peuvent être particulièrement vulnérables au développement du SSPT car elles sont aussi probablement plus exposées à des risques plus élevés relativement à d'autres facteurs associés au SSPT comme la pauvreté et le statut marital. Les études ont montré qu'il y a deux fois plus de femmes autochtones qui vivent en situation de pauvreté que de femmes non-autochtones (AANDC, 2012). En outre, les femmes autochtones au Canada sont moins souvent mariées et vivent davantage en situation de conjoint de fait (AANDC, 2012). Les données sur les taux de divorce représentent des estimations peu fiables de la stabilité familiale. Le taux des familles monoparentales en constitue une meilleure mesure (Barsh, 1994). L'enquête auprès des ménages effectuée par Statistique Canada, en 2011, montrait qu'environ un tiers de familles autochtones sont des familles monoparentales, dont la plupart étaient dirigées par les femmes (Statistics Canada, 2013).

En plus de ce risque élevé sur les facteurs démographiques, les femmes autochtones au Canada sont beaucoup plus exposées au risque de violence entre conjoints ou exercée par d'autres membres de la famille que les femmes non-autochtones (Brennan, 2011). Par exemple, en 2009, 13 % de femmes autochtones âgées de 15 ans ou plus dans les 10 provinces canadiennes ont signalé avoir été victimes de violence (Brennan, 2011). L'étude a également démontré que près de six femmes

autochtones sur 10 indiquaient avoir été blessées au cours des cinq années précédentes contre quatre femmes sur 10 parmi les non-autochtones. L'agression commise par le conjoint affecte les femmes autochtones plus de trois fois plus souvent que les femmes non-autochtones (Native Women's Association of Canada [NWAC], n.d.). Les agressions commises contre les femmes autochtones sont plus susceptibles de mettre leurs vies en danger que celles perpétrées contre les femmes non-autochtones (NWAC, n.d.). De plus, il y a des preuves indiquant que le nombre d'agressions physiques et sexuelles commises pendant l'enfance sur les femmes autochtones est aussi très élevé. Par exemple, une étude sur l'état de santé des femmes autochtones en Ontario a mis en lumière que 55 % de femmes autochtones rapportaient avoir subi une agression physique et 45,4 % des abus sexuels alors qu'elles étaient enfants (Grace, 2003). Toutefois, une étude ne peut représenter toutes les communautés autochtones et il est très difficile de déterminer des taux précis d'abus sexuel sur les enfants, car ils n'étaient pas signalés ni par les auteurs ni les victimes de ces agressions (Hylton, 2002). La combinaison de taux élevés de maltraitance pendant l'enfance et de violence subie à l'âge adulte augmente substantiellement le risque de SSPT chez les femmes autochtones.

L'augmentation du risque sur les variables démographiques telles que la pauvreté, les mauvais résultats scolaires et le statut marital peut aggraver le risque chez les deux sexes parmi les populations autochtones. Cependant, le

risque pour les femmes autochtones peut être plus élevé puisque le fait de vivre en situation de pauvreté, associé à l'absence de conjoint, peut accroître leur risque de vivre un événement traumatisant. Même s'il y a spéculation sur ce point, l'absence de partenaire peut entraîner un effet double : en plus du risque croissant de vivre un événement traumatisant, il peut y avoir un niveau moindre de soutien social pour une femme qui n'a pas de partenaire.

Les facteurs individuels de risque incluent le tempérament, la personnalité ou les vulnérabilités en matière de santé mentale tels qu'un historique d'anxiété ou de dépression, des problèmes émotifs ou de comportement avant l'âge de 6 ans (APA, 2013). Quelques études indiquent que les personnes affectées par des plus hauts niveaux de dissociation ont un risque plus élevé de développer le SSPT en cas d'exposition à un traumatisme sévère (Shalev, Peri, Canetti, & Schreiber, 1996). La dissociation peut être vue comme un manque d'intégration des sensations, des pensées et des expériences dans la conscience et la mémoire (Bernstein & Putnam, 1986). Si tout le monde vit la dissociation dans une certaine mesure, ce symptôme est plus fréquent chez les personnes atteintes de maladie mentale (Bernstein & Putnam, 1986). La dissociation est considérée aussi comme un mécanisme de défense utilisé par les enfants victimes de maltraitance ou d'abus sexuel (Hetzel & McCanne, 2005). Dans ces cas, l'enfant utilise la dissociation comme un mécanisme lui permettant d'avoir la maîtrise d'un événement en contrôlant sa perception de celui-ci

(Hetzel & McCanne, 2005). Alors que les chercheurs sont incertains sur le fait de considérer la dissociation comme un trait de personnalité ou une réponse au traumatisme, les études ont montré que la présence de dissociation en réponse à l'événement traumatisant lui-même est un bon indicateur du développement du SSPT (Halligan & Yehuda, 2000). À la connaissance des auteurs, il n'existe aucune recherche portant sur la présence de la dissociation en réponse à un traumatisme chez les Peuples autochtones, ce qui représente une lacune importante des connaissances.

Les Peuples autochtones du Canada présentent des taux plus élevés de facteurs individuels de risque car les troubles de maladie mentale sont plus répandus dans les communautés autochtones par rapport à la population générale (Kirmayer et al., 2007; Kirmayer et al., 2000). Les études ont indiqué des taux élevés de dépression (Tjepkema, 2002), d'abus d'alcool et de dépendance (Clarke, Colantonio, Rhodes, & Escobar, 2008) dans les communautés autochtones. Les taux plus élevés de troubles de santé mentale parmi les communautés autochtones ont été attribués aux effets continus des politiques de colonisation passées qui ont conduit les Peuples autochtones à endurer des pratiques d'assimilation forcées traumatisantes et opprimantes culturellement (Kirmayer, Simpson, & Cargo, 2003). Le traumatisme historique et intergénérationnel a eu pour conséquences des niveaux élevés de détresse continue dans de nombreuses communautés autochtones et a été identifié comme une cause directe

de prévalence élevée de désordres psychiatriques (Kirmayer et al., 2009; Mitchell & Maracle, 2005).

Les facteurs environnementaux de risque incluent l'exposition répétée au traumatisme, l'instabilité de la famille, et les situations adverses rencontrées dans l'enfance telles que la séparation des parents, la pauvreté, et le dysfonctionnement familial (APA, 2013; Halligan & Yehuda, 2000; King, King, Gudanowski, & Foy, 1996). L'exposition au traumatisme est à la fois un facteur de risque et une cause directe de SSPT. Plus le nombre d'événements traumatisants vécus par une personne est important et plus sa vulnérabilité future à développer un SSPT en réponse à un traumatisme spécifique est grande (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999a). Le moment où le traumatisme survient et les traumatismes vécus antérieurement sont aussi des facteurs importants. Le fait de vivre un traumatisme tôt dans sa vie, comme l'abus sexuel, ou la maltraitance, au cours de l'enfance est lié à un risque plus élevé de développer un SSPT en réaction à un autre événement traumatique à l'âge adulte (Breslau et al., 1999a).

Les Peuples autochtones du Canada sont davantage exposés à des facteurs environnementaux de risque de SSPT du fait de taux plus élevés d'instabilité familiale, de traumatisme et de situations difficiles vécus dans l'enfance. À la suite de l'étude des facteurs concernant la santé et le bien-être des Peuples autochtones, les chercheurs ont trouvé un chiffre d'incidences d'abus sexuels et de maltraitance pendant

l'enfance dans ces communautés, plus élevé que dans tous les autres groupes ethniques (Söchting, Corrado, Cohen, Ley, & Brasfield, 2007). En outre, il y a davantage de cas de violence domestique rapportés par les membres des communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis comparativement à la population non-autochtones (Andersson, Shea, Amaratunga, McGuire, & Sioui, 2010). Les enfants autochtones sont plus susceptibles d'être séparés de leurs parents que les enfants non-autochtones. Le nombre de familles monoparentales et de familles dont des enfants ont été placés dans des familles d'accueil ou élevés par d'autres membres de la famille indique un haut taux d'instabilité familiale parmi les Peuples autochtones au Canada. Les enfants autochtones sont surreprésentés dans le système des services à l'enfance et plus susceptibles d'être placés en famille d'accueil. Les Peuples autochtones ne représentent que 4,3 % de la population canadienne, pourtant en 2011, la moitié des enfants placés en famille d'accueil étaient des Peuples autochtones (Statistics Canada, 2013).

Si les politiques colonialistes du passé ont exercé une influence sur les facteurs de risque au niveau individuel, avec l'augmentation des taux de troubles psychiatriques, les effets du traumatisme historique et intergénérationnel ont aussi contribué à accroître les facteurs environnementaux alors que de nombreuses communautés doivent faire face à des niveaux élevés de détresse sociale et mentale (Kirmayer et al., 2009). La maltraitance et les abus dans les familles et les communautés autochtones se répètent souvent sur plusieurs générations. Ces comportements trouvent leur origine dans les abus endurés par les enfants autochtones forcés de fréquenter les pensionnats indiens (Bopp, Bopp, & Lane, 2003). La violence familiale est jugée comme un problème illustrant les communautés malsaines qui ont perdu les valeurs autochtones traditionnelles permettant de protéger chaque

membre de la communauté (Bopp et al., 2003). Le lien entre la famille et la communauté permet de comprendre que la violence familiale n'est pas un problème isolé à l'intérieur d'une famille particulière. En effet, la communauté dans son ensemble et les facteurs sociaux exercent une influence sur toutes les familles autochtones.

Les facteurs de risque péri-traumatiques

Les facteurs péri-traumatiques de risque sont liés aux caractéristiques du traumatisme ainsi que la réponse individuelle et environnementale au traumatisme. Plus la sévérité ou l'importance du traumatisme sont grands et plus une personne est vulnérable au SSPT (Bisson, 2007). Si le traumatisme est particulièrement menaçant, s'il est perçu comme une menace à la vie ou une menace de blessure sérieuse ou d'agression sexuelle, il y a un plus grand risque de développement de SSPT. Il a été démontré que la mort soudaine d'un être cher est aussi une cause directe et importante de SSPT (Breslau et al., 1998). La violence interpersonnelle est plus nuisible pour les enfants que pour les adultes, surtout quand elle est le fait d'un parent ou tuteur, ce qui expose l'enfant à un plus grand risque de SSPT (APA, 2013). Si la maltraitance dans l'enfance constitue un facteur environnemental et pré-traumatique de risque car il expose l'enfant à un plus grand risque de souffrir de SSPT suite à un événement traumatisant, cet acte de violence interpersonnelle peut être aussi la cause directe de SSPT chez l'enfant.

L'incidence plus élevée de traumatisme parmi les Peuples autochtones au Canada les expose à un plus grand risque de vivre un événement traumatisant pouvant mener au développement du SSPT. Une étude à grande échelle menée dans le district sanitaire de Calgary fait état de l'incidence d'un événement traumatisant important qui était quatre fois plus élevée chez les Peuples autochtones que dans la population générale. Les Peuples autochtones sont plus susceptibles de connaître aussi bien

un traumatisme involontaire (par ex. un accident automobile, avec un objet ou un animal, une chute) que intentionnel (par ex. agression, homicide ou suicide) (Karmali et al., 2005). Dans cette étude, l'incidence des traumatismes chez les Peuples autochtones était plus élevée pour chaque catégorie d'âge et pour les deux sexes, même si le taux d'incidence des traumatismes sérieux était plus important chez les hommes autochtones (Karmali et al., 2005). Le nombre d'accidents automobiles constitue un fait particulièrement inquiétant car un accident grave peut entraîner un SSPT (Butler, Moffic & Turkal, 1999). Les accidents de la route constituent la cause la plus fréquente de blessures au Canada, les Peuples autochtones connaissant un taux d'accident plus élevé que celui de l'ensemble de la population (Karmali et al., 2005). Les causes possibles de ce nombre élevé d'accidents automobile chez les Peuples autochtones au Canada sont l'état des routes plus mauvais dans les réserves, des problèmes d'entretien de véhicule, les facteurs sociaux comme les comportements en voiture, le nombre d'occupants dans les véhicules et des modes de vie qui exigent d'être souvent sur la route et enfin l'usage d'alcool (Karmali et al., 2005).

La mort soudaine d'un proche est un facteur de risque particulier pour le SSPT. Dans une étude à grande échelle réalisée sur la population des États-Unis, les chercheurs ont trouvé que 60 % des personnes souffrant de SSPT avait acquis ces symptômes suite à la mort subite d'un proche (Breslau et al., 1998). Dans cet échantillon, la mort inattendue d'un proche représentait un bon indicateur du développement du SSPT. Au Canada, les Peuples autochtones sont plus susceptibles de vivre le décès soudain d'un proche à la suite de blessures, tant intentionnelles qu'involontaires, causées par des accidents automobiles, des empoisonnements accidentels ou des suicides. Si le nombre de décès résultant de blessures diverses varie à travers les communautés, les chiffres les plus élevés



La maltraitance et les abus dans les familles et les communautés autochtones se répètent souvent sur plusieurs générations. Ces comportements trouvent leur origine dans les abus endurés par les enfants autochtones forcés de fréquenter les pensionnats indiens (Bopp, Bopp, & Lane, 2003).

concernent les Premières Nations, les Inuit et les Métis comparativement à la population générale (Katenies Research and Management Services, 2006; Banerji, 2012; Oliver, Peters, & Kohen, 2012). Dans beaucoup de communautés, les décès inattendus sont plus fréquents parmi les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Si les blessures constituent la cause principale de décès de manière générale chez les enfants et adolescents canadiens (Statistics Canada, 2012b), les communautés autochtones sont affectées d'une façon disproportionnée car le taux de mortalité suite à des blessures parmi les jeunes est trois à quatre fois plus élevé que la moyenne nationale (Banerji, 2012).

Les facteurs de risque post-traumatiques

Les facteurs post-traumatiques de risque apparaissent après le traumatisme et incluent des facteurs individuels et écologiques (APA, 2013). De nombreux facteurs post-traumatiques de risque sont également de nature pré-traumatique car ils reflètent le stress de

la vie et les vulnérabilités individuelles dues à des problèmes antérieurs de santé mentale. L'absence de stratégies d'adaptation appropriées et de hauts niveaux de stress dans la vie font partie des facteurs individuels qui renforcent ce risque (Bisson, 2007). Les facteurs environnementaux qui augmentent le risque de SSPT comprennent le manque de soutien social, les autres stress de la vie ou des rappels répétés et perturbateurs du traumatisme tels que des pertes financières ou des pertes liées au traumatisme (Brewin, Andrews, & Valentin, 2000; APA, 2013). Les hauts niveaux de stress vécus dans certaines communautés autochtones et dus à la pauvreté, à la violence au sein de la famille et à l'instabilité résultant du traumatisme intergénérationnel continu, lui-même conséquence du traumatisme historique, contribuent à accroître le risque de SSPT après la survenance d'un événement traumatisant.

Le manque de soutien social favorise, pour les Peuples autochtones, un plus haut risque de développement du SSPT après la survenance d'un événement

traumatisant. Le soutien social est un facteur de protection important pour la santé mentale et physique. Le soutien social est vu comme un réducteur des effets des défis posés par l'environnement en augmentant la résilience au stress (Ozby, Johnson, Dimoulas, Charney, & Southwick, 2007). Une définition large du soutien social inclut l'aide réellement reçue quand elle est nécessaire, la qualité des relations, et la conviction que l'aide sera reçue en cas de besoin (Kaniasty, 2005). Le soutien social peut être apporté grâce aux liens avec la famille, les amis, les collègues, de travail, les simples connaissances ou la communauté dans son ensemble (Lin, Simeone, Ensel, & Kuo, 1979). Grâce à ces liens sociaux, les individus trouvent un soutien pendant ces périodes de détresse. Le manque de soutien social est régulièrement associé à des niveaux plus élevés de stress, à la dépression, au SSPT et à toute une gamme de troubles physiques (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005). Dans les études qui examinent le risque de SSPT chez les adultes, l'absence de soutien social après un traumatisme constituait l'un des meilleurs indicateurs de prévision de l'apparition du SSPT. De plus, le soutien social de la part des membres de la famille peut être particulièrement important pour les jeunes. Une étude sur le soutien social et l'exposition à la violence réalisée auprès d'un échantillon important de jeunes adolescents a montré que chez les adolescents qui signalaient avoir été exposés à la violence en ayant bénéficié de plus hauts niveaux de soutien de la part de leurs parents et leurs frères et sœurs, on relève également moins de SSPT et de symptômes de dépression (Ozer & Weinstein, 2004).

Bien que les mécanismes exacts qui sous-tendent les effets protecteurs du soutien social sur la santé mentale et physique soient inconnus, il existe des preuves que le soutien social peut augmenter la régulation du système nerveux par rapport au stress (Ozby et



Le manque de soutien social favorise, pour les Peuples autochtones, un plus haut risque de développement du SSPT après la survenance d'un événement traumatisant. Le soutien social est un facteur de protection important pour la santé mentale et physique.

al., 2007). De plus, on a aussi trouvé que le soutien social a un effet sur la santé car il réduit la probabilité de s'engager dans des stratégies d'adaptation risquées, telles que la consommation excessive d'alcool (Ozbay et al., 2007). Le soutien social est aussi bénéfique car il augmente le sentiment d'auto-efficacité et d'appartenance et neutralise le sentiment de solitude (Bisschop, Kriegsmann, Beekman, & Deeg, 2004).

Outre l'instabilité familiale, l'instabilité du domicile peut contribuer aussi aux difficultés d'accéder au soutien social pour beaucoup de Peuples autochtones au Canada. Au cours des cinq dernières décennies, le pourcentage d'Autochtones qui habitent dans les villes a fortement augmenté. En 2006, plus de la moitié de la population autochtone habitait en ville (AANDC, 2010). L'instabilité du domicile peut affaiblir la cohésion sociale des communautés autochtones

(Kirmayer et al., 2009). La migration fréquente des réserves vers les villes, de même qu'un changements fréquent d'adresse à l'intérieur des villes, fait que les Peuples autochtones risquent de perdre les réseaux de soutien importants en quittant les quartiers et des communautés qu'ils connaissent. Beaucoup de mères autochtones déménagent en ville avec leurs enfants pour échapper à la violence de leur partenaire. Toutefois, ces femmes sont vulnérables à la marginalisation sociale, à l'exploitation et à la persécution (Browne, McDonald, & Elliott, 2009; Culane, 2003; Lévesque, 2003). En outre, un changement d'adresse fréquent peut réduire l'accès aux pratiques culturelles et aux organisations autochtones importantes comme les Centres d'amitié et, par conséquent, l'accès aux activités collectives essentielles au maintien de l'identité culturelle (Kirmayer et al., 2009).

Sommaire

Collectivement, le traumatisme historique et le traumatisme intergénérationnel ont créé dans de nombreuses communautés autochtones les conditions sociales et familiales qui favorisent un plus grand risque de développer le SSPT après un événement traumatisant. La détresse continue présente dans de nombreuses communautés autochtones influe indirectement et indirectement sur la vulnérabilité aux facteurs de risque pré, péri et post-traumatiques. Les membres de tous les âges de la communauté, exposés au traumatisme ainsi qu'au risque supplémentaire engendré par les conditions sociales et familiales connaissent un risque accru de développer le SSPT.

Le SSPT chez les enfants

Le SSPT survient chez les enfants et les adolescents tout comme chez les adultes (APA, 2013). Toutefois, les enfants peuvent ne pas ressentir la série complète des symptômes du SSPT et ils peuvent les exprimer de manière différente des adultes (Scheeringa, Myers, Putnam, & Zeanah, 2012). Par exemple, les enfants peuvent perdre leur intérêt dans les activités de jeu plutôt que d'avoir des difficultés dans le travail ou dans d'autres activités habituelles qui sont propres aux adultes (Scheeringa et al., 2012). Les symptômes² d'intrusion peuvent s'exprimer comme des thèmes de jeu représentant l'événement traumatisant. De plus, les enfants peuvent faire des cauchemars récurrents, liés ou pas à l'événement traumatisant (APA, 2013). Comme c'est le cas pour les adultes, les enfants peuvent se mettre en retrait de la société ou faire en sorte d'éviter des rappels des événements

² Un symptôme d'intrusion est le fait de revivre de manière involontaire l'événement traumatisant. Les symptômes d'intrusion sont récurrents et peuvent prendre la forme de mémoires intrusives, de rêves récurrents et de périodes prolongées ou intenses de sentiment de détresse à la suite d'une exposition à un quelconque rappel de l'événement traumatisant. Les sensations intenses de détresse physique ou de réponses biologiques (nervosité ou crainte) sont aussi une forme de symptômes d'intrusion.

traumatisants ou afficher des sentiments négatifs comme la honte, la peur et la confusion, la culpabilité et la tristesse (APA, 2013).

Ce ne sont pas tous les enfants exposés à un événement traumatisant qui développeront un SSPT. Pourtant, certains enfants sont plus vulnérables à l'apparition du SSPT après un traumatisme. L'exposition à la violence de la part d'un proche intime dans la maison, y compris la violence ou la menace de violence physique ou d'abus sexuel, ainsi que l'exposition à la violence psychologique entre adultes, augmentent le risque que l'enfant développe le SSPT (Graham-Bermann, Castor, Miller, & Howell, 2012). Les enfants exposés à la violence dans leur foyer, sont plus susceptibles de vivre d'autres événements traumatisants comme une agression physique ou sexuelle, des accidents graves ou des maladies pouvant être fatales (Graham-Bermann et al., 2012). Les enfants exposés aux événements traumatisants multiples sont particulièrement vulnérables au SSPT et peuvent aussi souffrir de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement. Il est important de déterminer les causes fondamentales des problèmes de comportement comme l'agression chez les enfants qui ont été exposés aux formes multiples de traumatisme pour leur dispenser le traitement approprié; le comportement d'un enfant difficile peut être le résultat d'un traumatisme (Graham-Bermann et al., 2012). La

combinaison d'un environnement difficile et d'autres événements traumatisants expose l'enfant à un risque plus élevé de développer ce syndrome.

Les enfants autochtones et le risque de SSPT

De nombreux enfants autochtones encourent un risque élevé de développer le SSPT après avoir vécu un événement traumatisant. Les facteurs de risque, qui exercent une influence sur les enfants autochtones aujourd'hui, peuvent être considérés comme faisant partie de l'héritage des pensionnats. Les nombreuses tensions, auxquelles ces enfants sont exposés au sein de leurs familles et communautés, sont en effet liées aux expériences subies par leurs parents et grands-parents qui ont fréquenté ces pensionnats (Bopp et al., 2003). De nombreux chercheurs sont d'avis que les modèles de relations en vigueur au sein des communautés et des familles autochtones prennent leur origine dans les abus subis dans les pensionnats (Bopp et al., 2003). Par conséquent, pour de nombreux enfants et jeunes autochtones, le foyer ne constitue pas un refuge. Au contraire, ces enfants ont grandi au sein de foyers violents dans des familles confrontées à des conditions stressantes (Health Canada, 2003). Tous les enfants témoins d'actes de violence dans la famille ont un risque plus élevé de développer le SSPT (Enlow, Blood, & Egeland, 2013). Les résultats de l'enquête, dirigée par Statistique Canada en 1999, ont démontré que 57 % des

femmes autochtones agressées par leur partenaire avaient signalé que leurs enfants avaient été témoins de cet acte de violence (Bopp et al., 2003).

Les enfants souffrant du SSPT encourent un risque plus élevé de développer toute une gamme d'autres problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété de la séparation, les troubles de comportement et les difficultés d'apprentissage à l'école (Cobham et al., 2012). Il est donc essentiel d'intervenir rapidement et de décider du choix des options de traitement pour les enfants autochtones. Il a été prouvé que l'intervention rapide réduit de manière significative le risque pour un enfant de développer un SSPT après un événement traumatisant (Berkowitz, Stover, & Marans, 2011). Les services d'intervention, qui intègrent tant les parents que l'enfant dans le processus thérapeutique, ont montré des résultats supérieurs à ceux des services qui ne s'occupent que de l'enfant (Cobham et al., 2012). Il y a beaucoup d'avantages à intégrer les parents dans l'intervention puisque cela leur permet d'aider l'enfant à utiliser les capacités d'adaptation acquises pendant la thérapie et à les appliquer aux autres domaines de la vie (Cobham et al., 2012). Par conséquent, les parents eux-mêmes acquièrent de nouvelles compétences d'adaptation qu'ils peuvent ensuite utiliser dans d'autres situations pour améliorer leur propre bien-être.



LES CONSÉQUENCES DU SSPT

Les symptômes du SSPT sont la cause d'un sentiment de détresse considérable et entraînent souvent des difficultés de fonctionnement dans la vie quotidienne; ils peuvent aussi interférer avec les activités éducatives, professionnelles et sociales (NCCMH, 2005). Les études ont montré un lien très marqué du SSPT avec le développement de problèmes secondaires comme la dépendance, la toxicomanie ou d'autres problèmes de santé mentale. Le fort sentiment de détresse et les difficultés à faire face font que les victimes de SSPT se sentent isolées et déconnectées de ceux qui leur sont normalement proches (NCCMH, 2005). Par conséquent, les relations personnelles et professionnelles sont influencées de manière négative, ce qui entraîne une plus grande détresse encore, tant pour la personne souffrant de SSPT que pour sa famille et sa communauté. Dans les sections suivantes, on examine les conséquences du SSPT en termes de santé mentale et de toxicomanie et leur impact potentiel sur la famille et les relations.

Conséquences en termes de santé mentale et toxicomanie

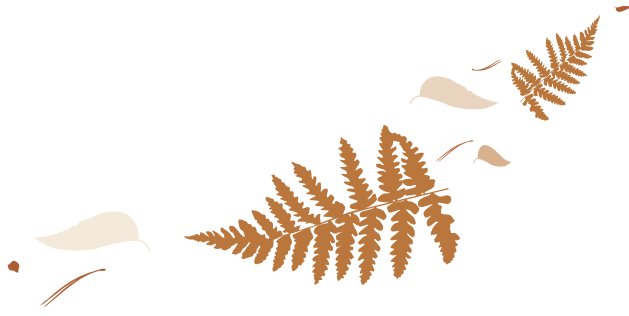
Les études ont révélé une comorbidité entre le SSPT et d'autres troubles de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, la dépendance aux drogues ou à l'alcool et la toxicomanie (e.g. Kilpatrick et al., 2003; NCCMH, 2005). Si la présence de troubles mentaux antérieurs accroît le risque de développer le SSPT en réponse à un événement traumatisant, ces symptômes de SSPT augmentent aussi le risque

de troubles mentaux concomitants. Toutefois, les conclusions de plusieurs études suggèrent que la présence de SSPT entraîne un plus fort risque de troubles mentaux ultérieurs que la situation inverse. Une investigation de la relation temporelle entre le SSPT et la dépendance aux drogues ou à l'alcool, une toxicomanie ou une dépression concomitante, a révélé que, dans la majorité des cas, le SSPT était présent avant la dépression (68,5 %) et la dépendance / la toxicomanie (70,6 %) (Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). Un tel lien a été constaté dans plusieurs études qui ont prouvé que le SSPT est un indicateur fort et constant de prévision de dépression et de toxicomanie (Ouimette, Read, Wade & Trone, 2010; Stander, Thomsen, & Highfill-McRoy, 2014).

Le développement de la toxicomanie est souvent associé au traumatisme; il est vu comme une tentative de se soigner soi-même en vue de soulager la douleur physique et émotionnelle causée par le traumatisme (Najavits, Weiss, & Shaw, 1997). L'usage de substance dans la réponse au stress est bien connu. De nombreuses personnes ont indiqué faire usage d'alcool après avoir vécu un événement traumatisant pour tenter de soulager l'anxiété, l'irritabilité et la dépression (Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace, & Bux, 1999). De nombreuses communautés autochtones connaissent des taux élevés de toxicomanie attribués aux impacts intergénérationnels du traumatisme vécus par les générations précédentes dans les pensionnats (Chansonneuve, 2007). La toxicomanie, comme stratégie d'adaptation à une

situation difficile chez les étudiants des pensionnats, est bien connue; elle se perpétue encore aujourd'hui dans de nombreuses communautés autochtones (Chansonneuve, 2007).

Les femmes autochtones peuvent être particulièrement vulnérables aux effets combinés de la toxicomanie et du SSPT, étant donné que les taux de SSPT chez les femmes toxicomanes sont environ deux à quatre fois plus élevés que chez les hommes (Najavits et al., 1997). On pense que, pour beaucoup de femmes, une plus grande vulnérabilité au SSPT et la toxicomanie sont des symptômes liés à une histoire de traumatisme dans l'enfance. Une étude réalisée sur les facteurs de risque, associés à la comorbidité du SSPT avec l'abus d'alcool chez les femmes, a établi que celles diagnostiquées avec le SSPT et l'alcoolisme présentaient davantage de cas graves et de plus nombreux abus sexuel subis dans l'enfance (Ouimette, Wolfe, & Chrestman, 1996). Comme il est mentionné précédemment, les femmes autochtones sont plus susceptibles d'avoir subi des abus sexuels pendant l'enfance. La combinaison d'une incidence élevée d'abus vécus dans l'enfance et d'un plus grand risque d'exposition à la violence à l'âge adulte peut faire courir à de nombreuses femmes autochtones un risque élevé de comorbidité de SSPT avec la toxicomanie.



Relations personnelles et familiales

Il n'est pas rare chez les personnes affectées par le SSPT d'éprouver des problèmes dans leurs familles et dans leurs relations sociales. Dans de tels cas, les familles peuvent éclater, ce qui conduira à une plus ample détresse (NCCMH, 2005). Les émotions provoquées par le SSPT peuvent avoir un impact négatif sur les relations de la victime avec la famille, les amis et les collègues (NCCMH, 2005). De nombreuses personnes atteintes de SSPT cessent d'entretenir des relations intimes et peuvent avoir le sentiment de ne plus avoir aucun lien avec le monde qui les entoure. L'intensification de leur isolement conduit souvent à une diminution de la confiance en soi, de l'amour-propre et à la dépression (NCCMH, 2005).

Il a aussi été démontré que le SSPT avait des effets négatifs sur les compétences parentales. Plusieurs études, portant sur les effets du SSPT sur l'éducation des enfants, ont signalé que le SSPT, dont souffrent les parents, est lié à des problèmes de comportement et de détresse dans l'enfance (Lambert, Holzer, & Hasbun, 2014). Chez les parents, montrant des signes de SSPT, on relève des niveaux plus faibles de fonctionnement parental comme l'indiquent leur degré d'engagement dans l'éducation de leurs enfants, leur capacité à répondre aux besoins émotifs des enfants et leur capacité à ne pas être violents physiquement et verbalement à leur égard (Salomon, Debby-Aharon, Zerach, & Horesh, 2011). On pense

que les difficultés de la vie familiale sont la conséquence de la difficulté à contrôler ses émotions telles que la colère ou la rage envers les membres de la famille (Salomon et al., 2011). Une étude, portant sur les effets du SSPT sur les compétences parentales d'un échantillon de survivants de l'holocauste, a révélé que leurs enfants faisaient état de niveaux plus élevés de violence psychologique et de manque d'attention sur le plan émotif dans le Questionnaire sur le traumatisme dans l'enfance (CTQ en anglais) qu'un groupe témoin similaire (Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001b). Le CTQ définit la violence psychologique comme une agression verbale sur l'estime de soi de l'enfant, ou tout comportement humiliant ou dévalorisant vis-à-vis de l'enfant (Bernstein et al., 2003). Le manque d'attention sur le plan émotif est défini comme l'incapacité du parent à répondre aux besoins émotifs et psychologiques de l'enfant, par exemple de lui exprimer de l'affection, de lui donner un sentiment d'appartenance, de nourrir la relation avec l'enfant et de lui apporter un appui (Bernstein et al., 2003).

Selon les études, il existe un lien très fort entre le SSPT chez les parents et celui des enfants (Yehuda, Halligan, & Bierer, 2001). S'il est probable que des vulnérabilités biologiques et héritées génétiquement contribuent à accroître le risque de développer le SSPT, l'environnement émotif, qui prévaut dans les familles, favorise aussi des taux plus élevés de SSPT chez les descendants de parents souffrant eux-mêmes de SSPT (Yehuda et al., 2001a).





TRAITEMENT DU SSPT



Les limites du diagnostic du syndrome de stress post-traumatique et du traitement parmi les populations autochtones

Plusieurs explications ont été offertes pour justifier les faibles taux de SSPT trouvés chez les populations autochtones malgré les hauts niveaux de risque et d'exposition au traumatisme. L'orientation culturelle des outils conçus, pour diagnostiquer la maladie mentale, peut expliquer les faibles taux de SSPT relevés chez les Peuples autochtones puisque les problèmes de santé mentale sont décrits et compris différemment par les Peuples autochtones qu'ils le sont par la population principale (par exemple Beals et al., 2005). Par ailleurs, la culture peut influencer la manière dont le symptôme est ressenti, ainsi que ce qui est considéré comme pathologique et ce qui est considéré comme normal (Brave Heart, 1999). Une autre explication est que le diagnostic de SSPT ne convient pas pour définir le traumatisme vécu par les Peuples autochtones (Brave Heart, 1999; Söchting et al., 2007). Par exemple, les critères de diagnostic du SSPT ont été d'abord élaborés en fonction de l'expérience vécue au combat par des anciens combattants ou de celle vécue

par d'autres personnes ayant subi un seul événement traumatisant comme le viol ou un désastre naturel (Herman, 1993). Il a été suggéré que le diagnostic SSPT est loin de capturer la grande variété des symptômes qui résultent de l'exposition prolongée et répétée au traumatisme (Herman, 1993).

L'échec du diagnostic de SSPT à représenter les conséquences des expériences répétées de traumatisme, combinées avec un niveau élevé d'adversité caractéristique de certaines communautés autochtones, a conduit des chercheurs à proposer le concept de SSPT complexe (Herman, 1993; Söchting et al., 2007). Une exposition prolongée à l'abus ou au traumatisme a des conséquences pathologiques dans de multiples domaines (Herman, 1993). Les survivants peuvent développer des troubles de l'humeur et du comportement, connaître des difficultés dans les relations interpersonnelles et souffrir de problèmes de santé physique (Herman, 1993). Ce concept de SSPT complexe peut être plus approprié chez certains Peuples autochtones qui recherchent des services en santé mentale. Beaucoup d'entre eux sont confrontés à des difficultés dans plusieurs domaines, telles qu'une mauvaise image de soi, des difficultés à établir ou garder des relations interpersonnelles, une sérieuse toxicomanie et une incapacité à

réguler des émotions négatives intenses (Söchting et al., 2007). La situation de traumatisme en continu constitue un défi pour les praticiens et les clients, car les protocoles de traitement du SSPT reposent sur l'hypothèse que l'apparition du SSPT est la conséquence d'un événement traumatisant unique (par exemple Ponniah & Hollon, 2009). La reconnaissance d'un diagnostic de SSPT complexe, résultant d'un cumul de traumatismes vécus pendant une longue période, a des conséquences importantes sur l'élaboration d'un protocole de traitement (Brasfield, 2001; Söchting et al., 2007). En particulier, les traitements conçus pour soigner un seul événement traumatisant ne prennent pas en compte des expériences répétées de traumatismes ni les conséquences à long terme résultant d'un traumatisme continu (Söchting et al., 2007). Par conséquent, certaines victimes autochtones de traumatisme continu, qui éprouvent une série de symptômes difficiles à identifier, ne peuvent obtenir les soins appropriés et risquent d'être considérées comme des cas trop compliqués ou résistants au traitement (Söchting et al., 2007). Il est nécessaire d'effectuer davantage de recherches puisque le SSPT complexe n'est pas encore officiellement reconnu comme un trouble et que les études sur ce thème n'en sont qu'aux toutes premières étapes.

Risque et résilience

La recherche sur toute les formes de facteurs de risque dans l'enfance a démontré, qu'en dépit d'avoir vécu des expériences similaires, les enfants présentent des comportements différents, certains affichent des troubles mentaux alors que d'autres semblent en apparence intacts (Rutter & Sroufe, 2000). Cette observation a mené les chercheurs à la conclusion qu'il était nécessaire d'étudier les facteurs de protection en même temps que les risques afin de mieux comprendre le mélange d'influences qui suscitent la résilience en réponse à l'adversité (Rutter & Sroufe, 2000). La recherche, qui ne s'attache qu'aux risques et ne prend pas en compte les facteurs de protection et la résilience, ne peut présenter une image complète du développement ou, dans certains cas, de l'absence de troubles mentaux chez les communautés autochtones. Par exemple, Waldram (2004) soutient qu'il peut exister dans de nombreuses communautés autochtones des facteurs de protection positifs et sains qui aident ses membres à faire face au traumatisme. Par conséquent, il est possible d'envisager qu'en dépit des hauts niveaux de risque dans de nombreuses communautés autochtones, les faibles taux de SSPT peuvent indiquer une réalité : la majorité des Peuples autochtones ne souffrent pas de SSPT (Waldram, 2004). Toutefois, les auteurs ne souhaitent pas transmettre un message indiquant que les Peuples autochtones ne souffrent pas de ce trouble malgré des niveaux élevés de difficultés. Il est donc important d'examiner les facteurs de résilience dans les communautés autochtones afin de présenter une image plus complète du risque et de la résilience.

La résilience est souvent définie comme une adaptation positive face à l'adversité (Fleming & Ledogar, 2008). Si, dans un premier temps, les chercheurs ont pensé que la résilience trouvait son origine dans les traits de caractère des enfants, on a progressivement reconnu que les

facteurs de résilience provenaient des facteurs externes comme la famille, la communauté et les qualités culturelles (Luthar, Cicchetti, & Becker 2000). Lors d'une analyse de la recherche sur les facteurs culturels autochtones qui encouragent la résilience, Flaman et Foster (2008) ont trouvé que la spiritualité, les activités traditionnelles, ainsi que la pratique de la langue et les pratiques de guérison traditionnelles étaient associées à la résilience. Les Aînés amérindiens indiquent que les liens avec la famille, les parents et la communauté encouragent la résilience, ainsi que les liens étroits tissés avec d'autres du fait d'une histoire, d'expériences et d'une culture partagées (Grandbois & Sanders, 2009). Si la recherche sur la résilience autochtone en est à ses premiers pas, il est clair que les quelques études entreprises démontrent que la culture autochtone intègre des facteurs de protection très forts encourageant la résilience devant l'adversité. Il faut poursuivre les recherches afin de bien comprendre les interactions complexes entre le risque et les facteurs de protection qui existent dans les communautés autochtones. Les données collectées grâce à cette recherche aideront à concevoir des programmes d'intervention et de prévention qui prennent en compte les facteurs de protection déjà intégrés à la culture autochtone.

Options de traitement pour le SSPT

Le syndrome de stress post-traumatique peut être traité et il est possible de recouvrer sa santé et son bien-être; il est donc important que les personnes ressentant cette détresse recherchent de l'aide. Les traitements disponibles pour les Peuples autochtones au Canada incluent des approches occidentales, des approches autochtones et des stratégies qui intègrent ces deux formules. Les approches strictement occidentales chez les Peuples autochtones n'ont connu qu'un succès limité car elles privilégient l'individuel par rapport

au collectif, ne tiennent pas compte, la plupart du temps, de l'histoire autochtone et du contexte du problème et ne sont pas holistiques (McCormick, 2009; Mitchell & Maracle, 2005). Les chercheurs autochtones en santé ont identifié plusieurs caractéristiques des programmes de santé mentale les plus appropriés d'un point de vue culturel pour les Peuples autochtones. De telles approches devraient intégrer des aspects pertinents de la perception du monde des Peuples autochtones, à des fins de guérison, tels que l'équilibre, l'établissement de relations, la nature et les cérémonies (McCormick, 2009). Les modèles de guérison réussis chez les Peuples autochtones comprennent des éléments émotifs, culturels, mentaux et spirituels dans le processus curatif (McCormick, 2009; Mitchell & Maracle, 2005). Les modèles thérapeutiques fondés sur les valeurs autochtones et qui intègrent un processus de guérison collectif sont bénéfiques car ils rassemblent des personnes qui partagent une histoire traumatisante (Mitchell & Maracle, 2005). Par ailleurs, les programmes de guérison, incluant une information relative à l'histoire des pratiques du début de la colonisation du Canada ainsi qu'au traumatisme et à la détresse collective qui en ont résulté, et sont actuellement vécus par de nombreuses communautés autochtones, ont démontré que le fait d'inculquer une compréhension du traumatisme collectif facilite le processus de guérison (Kishk Anaquot Health Research, 2002).

Des programmes de guérison ont intégré avec succès des approches occidentales et les pratiques autochtones. Par exemple, les Six Nations Mental Health Services, une clinique de santé mentale, qui offre des services psychiatriques à la communauté iroquoise en Ontario et réussit à répondre aux besoins en santé mentale des Peuples autochtones. Le programme tient compte du lien existant entre la perte de culture et le traumatisme historique et met en équilibre les approches occidentales et autochtones en ayant recours à des

Si la recherche sur la résilience autochtone en est à ses premiers pas, il est clair que les quelques études entreprises démontrent que la culture autochtone intègre des facteurs de protection très forts encourageant la résilience devant l'adversité.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 2463061

modèles holistiques de guérison et un mélange de personnel autochtone et de thérapeutes non-autochtones (Wieman, 2009). Grâce à cette stratégie, les Six Nations Mental Health Services ont pu offrir des services de santé mentale appropriés aux Peuples autochtones qui souffrent de divers troubles tels que la dépression, la toxicomanie et l'anxiété (Wieman, 2009).

Il est possible également d'adapter des approches occidentales pour offrir des modes d'intervention appropriés aux Peuples autochtones. Un exemple est la thérapie comportementale cognitive axée sur le traumatisme, utilisée dans les écoles, qui vise à réduire le risque de suicide et la détresse psychologique chez les adolescents Indiens des États-Unis. Cette thérapie a été adaptée par les concepteurs de programmes en collaboration avec les membres de la communauté indienne des États-Unis afin de garantir qu'il s'agissait là d'une approche culturellement sensible et appropriée pour la jeunesse indienne (Goodkind, LaNoue, & Milford, 2010). Le programme a connu une première réussite avec une réduction significative des symptômes de SSPT, dépression et anxiété des jeunes participants. Lors du suivi réalisé dans les trois mois, ces améliorations étaient toujours présentes; cependant les symptômes sont réapparus sous leur forme initiale six mois après

l'intervention (Goodkind et al., 2010). Si les résultats sont encourageants car ils indiquent un potentiel d'adaptation réussie des approches occidentales, en réponse aux besoins des Peuples autochtones, il est nécessaire de continuer les recherches afin de déterminer les raisons pour lesquelles les effets positifs n'ont pas duré. Les auteurs pensent que le programme s'intéressait plus au traumatisme aigu et n'était pas conçu pour traiter le traumatisme continu (Goodkind et al., 2010). Les résultats de cette recherche soulignent potentiellement le besoin de cibler la guérison de communautés entières afin d'augmenter le bien-être et d'améliorer la santé pour tous les membres de la communauté.

Enfin, on a également exprimé des inquiétudes sur les difficultés à trouver une aide culturellement appropriée pour les Peuples autochtones ayant besoin d'assistance ou de conseil pour les problèmes de santé mentale (McCormick, 1996). Les Peuples autochtones sont souvent confrontés à un manque de soutien professionnel approprié, après avoir éprouvé un traumatisme, ou ils ne cherchent pas de traitement faute de services locaux disponibles, ou parce qu'ils n'ont pas confiance ou parce que les services offerts ne sont pas socialement ou culturellement appropriés (Kirmayer

et al., 2000). Au Canada, il y a un manque de professionnels de santé autochtones (Wieman, 2009). La combinaison du manque de thérapeutes autochtones et de la difficulté de trouver des programmes de traitement culturellement pertinents génère des barrières significatives à l'accès au traitement pour les Peuples autochtones.

Les chercheurs et professionnels, qui s'intéressent à la guérison des Peuples autochtones, insistent sur le fait de ne pas se sentir frustrés à cause de la difficulté à trouver de l'aide et aussi de continuer à prendre le temps nécessaire afin de trouver le bon conseiller si l'on éprouve de la détresse. Parfois, les Peuples autochtones préfèrent rechercher de l'aide hors de leur communauté si des services appropriés du point de vue culturel y sont indisponibles; même s'il est difficile de trouver un traitement, cela en vaut la peine. Actuellement, il y a plus de thérapeutes « classiques » qui ont reçu une formation culturellement appropriée pouvant convenir aux Peuples autochtones en recherche d'aide (Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2006). En général, il est essentiel pour les Peuples autochtones de poursuivre les options de traitement appropriées du SSPT car il s'agit d'un trouble que l'on peut traiter avec un rétablissement possible du bien-être.



CONCLUSIONS

Si le Canada est reconnu comme un pays où les citoyens bénéficient d'un niveau de vie élevé, une bonne partie des avantages en matière de santé et de mode de vie ne concernent pas tous les Peuples autochtones (Mitchell & Maracle, 2005). Il y a consensus entre les chercheurs, chargés d'étudier la santé des Peuples autochtones, sur le fait que les traumatismes historique et intergénérationnel ont entraîné une blessure collective psychologique et émotionnelle qui a, à son tour, occasionné directement et indirectement une détresse considérable chez les Peuples autochtones. Aujourd'hui, les Peuples autochtones au Canada sont plus susceptibles que le reste de la population canadienne d'éprouver des événements traumatisants dans leurs vies. Par ailleurs, ils ont un risque plus important de développer le SSPT à la suite d'un traumatisme historique, collectif et individuel, aggravé par les conditions de vie actuelles stressantes, conséquences des hauts niveaux de pauvreté et d'abus.

Il est crucial que des services plus culturellement appropriés soient mis à la disposition des Peuples autochtones dans toutes les communautés à travers le Canada. Il faut poursuivre les recherches sur les facteurs culturels, qui encouragent la résilience, si l'on veut bien comprendre les interactions complexes entre le risque et la résilience dans les communautés autochtones. Les interventions, qui tiennent compte des valeurs et des traditions holistiques autochtones, et qui encouragent les facteurs de résilience déjà présents dans la culture autochtone, ont plus de chances de réussir (Mitchell & Maracle, 2005). De plus, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions et des programmes de traitement qui visent à guérir les familles et les communautés. En effet, ces types d'interventions sont les plus susceptibles d'encourager la santé et le bien-être collectifs et de réduire ainsi certains des facteurs environnementaux qui contribuent à renforcer et à perpétuer le traumatisme dans les communautés. La protection des générations futures dépend de familles et de communautés saines.

Les interventions, qui tiennent compte des valeurs et des traditions holistiques autochtones, et qui encouragent les facteurs de résilience déjà présents dans la culture autochtone, ont plus de chances de réussir (Mitchell & Maracle, 2005).

RESSOURCES

Liens de santé en anglais seulement.

Le Centre de guérison EYAA-Keen

Le Centre de guérison EYAA-Keen Inc. fournit un programme de traitement culturellement approprié et pluridisciplinaire pour les adultes autochtones. Les personnes ont accès à un spécialiste en santé du comportement autochtone, à des guérisseurs traditionnels ou à des aînés pour faire face au 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://www.eyaa-keen.org/resources/post-traumatic-stress-disorder/>

Za-geh-do-win

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

Ce document est un répertoire de services de santé mentale pour les Premières Nations de l'Ontario.
<http://www.za-geh-do-win.com/PDF/The%20Key.pdf>

PTSD Association

Ce site Web est une source d'information pour les personnes souffrant de SSPT ainsi que pour leurs familles, amis et collègues. Il permet d'accéder à des documents de recherche sur le SSPT, à une liste de vérification des symptômes du SSPT et à une liste de liens Web pour de plus amples ressources sur le SSPT. On y trouve également des informations sur des stratégies d'adaptation qui se sont révélées utiles pour le SSPT.
<http://www.ptsdassociation.com/coping-strategies/2015/7/15/trauma-and-the-spiritual-path>

HealthLink BC : Counseling pour le SSPT

Bien que cette ressource repose sur un modèle occidental de guérison, Healthlink BC fournit des informations sur le SSPT et propose un aperçu de trois options d'assistance différentes. On y examine la thérapie cognitive, la thérapie d'exposition, la désensibilisation et la reprogrammation par le mouvement des yeux comme options de traitement pour le SSPT.
<http://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/content.asp?hwid=ad1000spec>

HealthLink BC : Autres types de counseling pour le SSPT

Dans une section séparée, Healthlink BC présente un aperçu d'autres options de traitement. On y examine la thérapie de groupe, la psychothérapie psychodynamique brève et la thérapie familiale.
<http://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/content.asp?hwid=ad1018spec>

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



BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)

- 
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2010). *Fact sheet – Urban Aboriginal population in Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from January 23, 2014 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100014298/1100100014302>
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2012). *Aboriginal women in Canada: A statistical profile from the 2006 census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 23, 2014 from <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1331664678840/1331838092221>
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC]. (2013). *Aboriginal peoples and communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 18, 2014 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100013785/1304467449155>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, N., Shea, B., Amaratunga, C., McGuire, P., & Sioui, G. (2010). Rebuilding from resilience: Research framework for a randomized controlled trial of community-led interventions to prevent domestic violence in Aboriginal communities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(2): 61-88.
- Banerji, A. (2012). Preventing unintentional injuries in Indigenous children and youth in Canada. *Paediatric & Child Health*, 17(7): 394-401.
- Barsh, R.L. (1994). Canada's Aboriginal peoples: Social integration or disintegration? *The Canadian Journal of Native Studies*, 14(1): 1-46.
- Beals, J., Manson, S.M., Whitesell, N.R., Spicer, P., Novins, D.K., & Mitchell, C.M. (2005). Prevalence of DSM-IV disorders and attendant help-seeking in 2 American Indian reservation populations. *Archives of General Psychiatry*, 62: 99-108.
- Berkowitz, S.J., Stover, C.S., & Marans, S.R. (2011). The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6): 676-85.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174(12): 727-35.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogg, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27: 169-90.
- Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M.W., Beekman, A.T.F., & Deeg, D.J.H. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59: 721-33.
- Bisson, J.I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57: 399-403. DOI:10.1093/occmed/kqm069
- Bopp, M., Bopp, J., & Lane, P. (2003). *Aboriginal domestic violence in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/domestic-violence.pdf>
- Brasfield, C. (2001). Residential school syndrome. *BC Medical Journal*, 43(2): 78-81.
- Brave Heart, M.Y.H. (1999). Gender differences in the historical trauma response among the Lakota. *Journal of Health & Social Policy*, 10(4): 1-21.
- Brennan, S. (2011). Violent victimization of Aboriginal women in the Canadian provinces, 2009. *Juristat*. Ottawa, ON: Statistics Canada Catalogue no. 85-002.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., & Davis, G.C. (1999a). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156: 902-7.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., Peterson, E.L., & Lucia, V.C. (1999b). Vulnerability to assaultive violence: Further speculation of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29: 813-21.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 55: 626-32.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5): 748-66.
- Browne, A.J., McDonald, H., & Elliott, D. (2009). *First Nations urban Aboriginal health research discussion paper*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization, First Nations Centre. Retrieved June 10, 2014 from <http://www.naho.ca/documents/fnc/english/UrbanFirstNationsHealthResearchDiscussionPaper.pdf>
- Butler, D.J., Moffic, H.S., & Turkal, N.W. (1999). Post-traumatic stress reactions following motor vehicle accidents. *American Family Physician*, 60(2): 524-30.
- Canadian Collaborative Mental Health Initiative. (2006). *Pathways to healing: A mental health guide for First Nations people*. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative. Retrieved January 26, 2014 from http://www.shared-care.ca/files/EN_PathwaystoHealing.pdf
- Chansonneuve, D. (2007). *Addictive behaviours among Aboriginal peoples in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/addictive-behaviours.pdf>
- Clarke, D.E., Colantonio, A., Rhodes, A.E., & Escobar, M. (2008). Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults: The possible role of social stress. *Psychological Medicine*, 38: 419-31.
- Cobham, V.E., March, S., de Young, A., Leeson, F., Nixon, R., McDermott, B., & Kenardy, J. (2012). Involving parents in indicated early intervention for childhood PTSD following accidental injury. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15: 345-63.

- Corrado, R.R., & Cohen, I.M. (2003). *Mental health profiles for a sample of British Columbia's Aboriginal survivors of the Canadian residential school system*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/mental-health.pdf>
- Culane, D. (2003). Their spirits live within us: Aboriginal women in Downtown Eastside Vancouver emerging into visibility. *American Indian Quarterly*, 27(3/4): 593-606.
- Enlow, M.B., Blood, E., & Egeland, B. (2013). Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Journal of Traumatic Stress*, 26: 686-94.
- Fleming, J., & Ledogar, R.J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2): 7-23.
- Goodkind, J.R., LaNoue, M.D., & Milford, J. (2010). Adaptation and implementation of cognitive behavioral intervention for trauma in schools with American Indian youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6): 858-72.
- Grace, S. (2003). A review of Aboriginal women's physical and mental health status in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3): 173-5.
- Graham-Bermann, S.A., Castor, L.E., Miller, L.E., & Howell, K.H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25: 393-400.
- Grandbois, D.M., & Sanders, G.F. (2009). The resilience of Native American Elders. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 569-80.
- Halligan, S.L., & Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 11(3): 1-8.
- Health Canada. (2003). *Acting on what we know: Preventing youth suicide in First Nations*. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved April 20, 2014 from: http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/suicide/prev_youth-jeunes-eng.pdf
- Herman, J.L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J.R.T Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-28). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hetzel, M.D., & McCanne, T.R. (2005). The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization. *Child Abuse and Neglect*, 29: 915-30.
- Hylton, J.H. (2002). *Aboriginal sex offending in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 23, 2014 from http://www.ahf.ca/downloads/reviseosexualoffending_reprint.pdf
- Jones, M.C., Dauphinais, P., Sack, W.H., & Somervell, P.D. (1997). Trauma-related symptomatology among American Indian adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 10(2): 163-73.
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16(2): 1-8.
- Karmali, S., Laupland, K., Harrop, R., Findlay, C., Kirkpatrick, A.W., Winston, B., Kortbeek, J. et al. (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 172(8): 1007-11.
- Katenies Research and Management Services. (2006). *Fact sheets: Injury prevention for First Nations communities*. Ottawa, ON: Assembly of First Nations. Retrieved January 23, 2014 from <http://www.kateniesresearch.com/papers/AFN%20DRAFT%20Injury%20Prevent%20Fact%20Sheets%20OCTOBER%2025,%202006%20%20Final%20version.pdf>
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4): 692-700.
- King, D.W., King, L.A., Gudanowski, D.M., & Foy, D.W. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3): 520-31.
- Kirmayer, L.J. Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal peoples in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/suicide.pdf>
- 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., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11, (Suppl. 1): S15-S23.
- 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. 3-35). Vancouver, BC: UBC Press.
- Kishk Anaquot Health Research. (2002). *Journey and balance, Second interim evaluation report of Aboriginal healing foundation program activity*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved January 26, 2015 from <http://www.ahf.ca/downloads/interim-evaluation-2.pdf>
- Lambert, J.E., Holzer, J., & Hasbun, A. (2014). Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27: 9-17.
- Lévesque, C. (2003). The presence of Aboriginal peoples in Quebec's cities: Multiple movements, diverse issues. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal peoples* (pp. 23-34). Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Lin, N., Simeone, R.S., Ensel, W.M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 108-19.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3): 543-62.
- McCormick, R. (1996). Culturally appropriate means and ends of counseling as described by the First Nations people of British Columbia. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 18: 163-72.
- McCormick, R. (2009). Aboriginal approaches to counseling. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: A mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 337-54). Vancouver, BC: UBC Press.
- 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*, 2(1): 14-23.

- Najavits, L.M., Weiss, R.D., & Shaw, S.R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American Journal on Addictions*, 6(4): 273-83.
- National Collaborating Center for Mental Health [NCCMH]. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Native Women's Association of Canada [NWAC]. (n.d.). *Fact sheet: Violence against Aboriginal women*. Ottawa, ON: Native Women's Association of Canada.
- Norris, M.J. (2007). Aboriginal languages in Canada: Emerging trends and perspectives on second language acquisition. *Canadian Social Trends*, 83: 20. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue No. 11-008. Retrieved from April 14, 2014 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007001/pdf/9628-eng.pdf>
- Oliver, L.N., Peters, P.A., & Kohen, D.E. (2012). Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. *Health Reports*, 23(3): 1-6. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X. Retrieved January 23, 2014 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-eng.pdf>
- Ouimette, P., Read, J.P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. *Addictive Behaviors*, 35: 64-7.
- Ouimette, P.C., Wolfe, J., & Chrestman, K.R. (1996). Characteristics of posttraumatic stress disorder-alcohol abuse comorbidity in women. *Journal of Substance Abuse*, 8(3): 335-46.
- Ozbay, F., Johnson, D.C., Dimoulas, E., Charney, M.D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5): 35-40.
- Ozer, E.J., & Weinstein, R.S. (2004). Urban adolescents' exposure to community violence: The role of support, school safety, and social constraints in a school-based of boys and girls. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33(3): 463-76.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 46-59.
- Ponniah, K., & Hollon, S.D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26: 1086-1109.
- Robin, R.W., Chester, B., Rasmussen, J.K., Jaranson, J.M., & Goldman, D. (1997). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in a Southwestern American Indian community. *American Journal of Psychiatry*, 154(11): 1582-88.
- Rutter, M., & Sroufe, A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12: 265-96.
- Sareen, J., Cox, B.J., Stein, M.B., Afifi, T.O., Fleet, C., & Asmundson, G. J.G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, 69: 242-8.
- Scheeringa, M.S., Myers, L., Putnam, F.W., & Zeanah, C.H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25: 359-67.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153: 219-25.
- Sherin, J.E., & Nemeroff, C.B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3): 263-78.
- Söchting, I., Corrado, R., Cohen, I.M., Ley, R.G., & Brasfield, C. (2007). Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? *BC Medical Journal*, 49(6): 320-6.
- Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., & Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32(1): 127-47.
- Southwick, S.M., Vythilingam, M., & Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 255-91.
- Stander, V.A., Thomsen, C.J., & Highfill-McRoy, R.M. (2014). Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34: 87-98.
- Statistics Canada. (2012a). *Aboriginal languages in Canada: Language, 2011 census of population*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 98-314-X2011003. Retrieved from January 23, 2014 from http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011003_3-eng.pdf
- Statistics Canada. (2012b). *Table 5.5 leading causes of death in Children and youth*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 23, 2014 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/c-e/tbl05-eng.htm>
- Statistics Canada. (2013). *Aboriginal peoples in Canada: First Nations people Métis and Inuit. National Household Survey, 2011*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 99-011-X2011001. Retrieved January 23, 2014 from <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.pdf>
- Tjepkema, M. (2002). The health of the off-reserve Aboriginal population. *Health Reports Supplement*, 13: 1-17.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health*, 23(4): 256-62.
- 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.
- Wieman, C. (2009). Six Nations mental health services: A model of care for Aboriginal communities. In L.J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: A mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 401-18). Vancouver, BC: UBC Press.
- Wilson, D., & Macdonald, D. (2010). *The income gap between Aboriginal peoples and the rest of Canada*. Ottawa, ON: The Canadian Centre for Policy Alternatives
- Yehuda, R., Halligan, S.L., & Bierer, L.M. (2001a). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35: 261-70.
- Yehuda, R., Halligan, S.L., & Grossman, R. (2001b). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13: 733-35.
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1): 19-32.



