



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *populations autochtones*

Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

PRESTATAIRES ET PLANIFICATEURS

GRUPE D'EXPERTS AUTOCHTONES

Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

Isaac Sobol, M.D., CCD, M.Sc.S. (porte-parole)

Directeur de la santé, Nunavut
Professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de médecine familiale de la University of British Columbia

Ana Bodnar, Ph.D., C. Psych.

Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ont.)

Bill Mussell (auteur principal)

Sal'i'shan Institute, Chilliwack (C.-B.)
Membre de la Première Nation Skwah, Sto:lo Culture

Josephine Muxlow, IA, MS

Santé Canada, Halifax (N.-É.)

Vicki Smye, IA, M.Sc.S., Ph.D.

Children's and Women's Health Centre de Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)

Nel Wieman, M.Sc., MD, FRCPC

Université de Toronto, Toronto (Ont.)

Pour de plus amples renseignements, veuillez envoyer un courriel à l'adresse info@iccsm.ca ou communiquez avec le Dr Isaac Sobol à l'adresse isobol@gov.nu.ca.



GRUPE DE TRAVAIL SUR LA SERIE TROUSSES D'OUTILS

Groupe chargé de l'élaboration de la série Trousse d'outils à l'intention des prestataires et planificateurs de soins de santé

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Anne Marie Crustolo, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program

Martha Donnelly, University of British Columbia (codirectrice à la conception de la série Trousses d'outils)

Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM

Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM

David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Nick Kates, représentant de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM (codirecteur à la conception de la série Trousses d'outils)

Denise Kayto, représentante de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Francine Lemire, représentante du Collège des médecins de famille du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Susan Ross, Susan E. Ross and Associates

Zena Simces, Zena Simces and Associates

Phil Upshall, représentant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

GESTIONNAIRES DE PROJET

Sari Ackerman, Hamilton HSO
Mental Health & Nutrition Program
Susan Ross, Susan E. Ross and
Associates

Zena Simces, Zena Simces
and Associates

RÉDACTRICE

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental
Health & Nutrition Program

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à souligner la contribution des membres du Comité directeur de l'ICCSM qui ont travaillé à l'identification des répondants clés et à remercier les initiateurs de ce projet qui ont investi de leur temps et de leurs énergies dans la rédaction de la description de leurs initiatives de collaboration.

CITATION SUGGÉRÉE

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations autochtones. Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; février 2006. Disponible au www.iccsm.ca


Droit d'auteur © 2006 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ISBN 1-897268-14-9

Ce rapport est disponible en français et en anglais. This document is available in English and French

Secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont.
L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900
Télec. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsm.ca
Site Web : www.iccsm.ca

Ce document a été rédigé à la demande du Secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel des organisations membres du Comité directeur ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.



Établissant des initiatives
axées sur la collaboration
entre les services de soins
de santé mentale et les
services de soins de santé
primaires pour les
populations autochtones

Un document d'accompagnement
pour la trousse d'outils
de l'ICCSM sur la planification et
la mise en œuvre pour les
prestataires de soins de santé et
les planificateurs

Une trousse d'outils

Février 2006

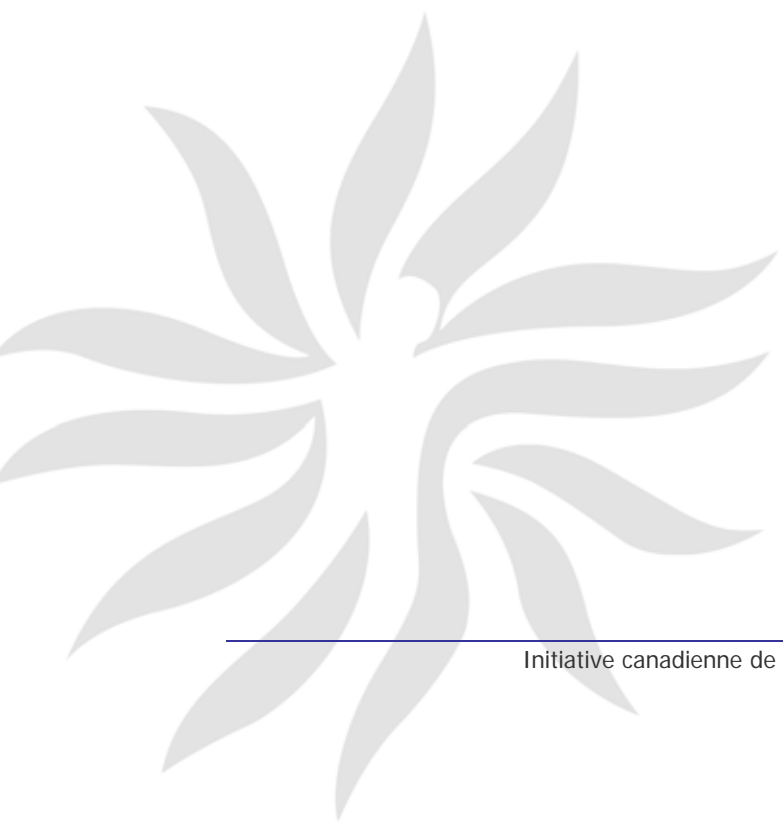


NOTRE OBJECTIF

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

Table des matières

Préface	i
Sommaire	v
Introduction	1
Définir la population	1
Les peuples autochtones et les soins de santé	2
Facteurs propres aux peuples autochtones	3
Leçons tirées la documentation	7
Modèles et initiatives axés sur la collaboration	11
Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration	13
Accessibilité	13
Structures de collaboration	14
Richesse de la collaboration	14
Système centré sur l'utilisateur	14
Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement	15
Fonds suffisants	15
Recherche basée sur des données probantes	16
Besoins communautaires	16
Planification et mise en œuvre	17
Problèmes clés à considérer	19
Références et lectures connexes	23
Annexe A : Processus de consultation	29
Annexe B : Initiatives de pratiques positives	31
Annexe C : Glossaire des termes et Index des acronymes	33



Préface

Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration;
- aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins; et
- informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de 12 trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résument les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résument la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au www.iccsm.ca.

Trousses d'outils de mise en oeuvre

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en oeuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. La trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide sur tous les aspects de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation d'une initiative

de soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, d'établir des objectifs, d'élaborer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues afin d'être utilisées conjointement avec la trousse d'outils générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethno-culturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en oeuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

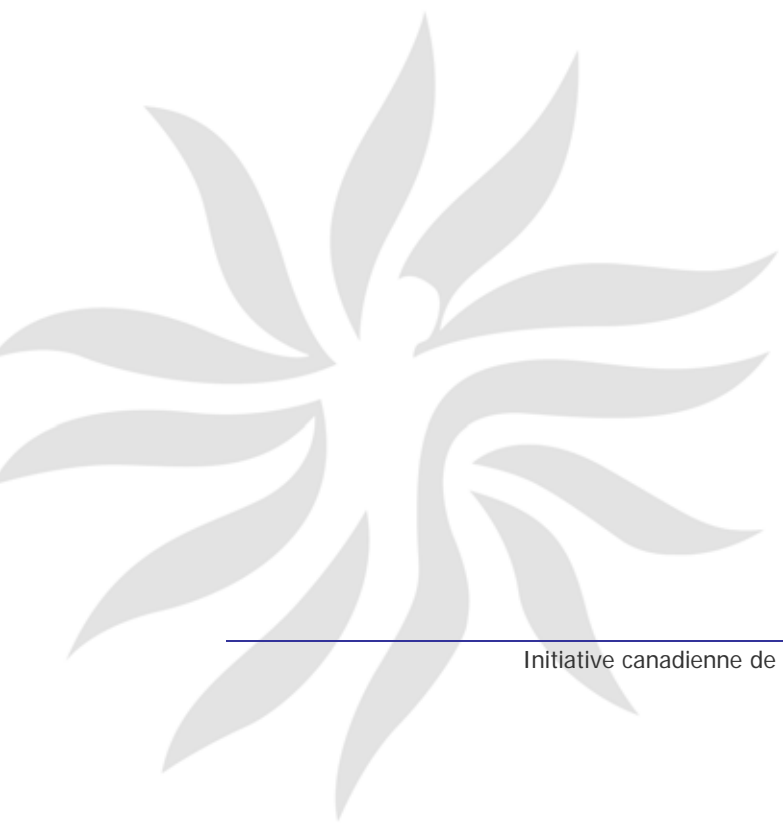
Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidants naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur rétablissement. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

Trousse d'outils pour les éducateurs

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en oeuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion des soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plan de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en oeuvre d'événements de formation.



Sommaire

Introduction

Les constantes inégalités socio-économiques et la marginalisation continue dont les populations autochtones ont été victimes ont mis à rude épreuve leur santé mentale. Bien que les problèmes de santé mentale qui les affligent soient les mêmes que ceux qui touchent la population générale, le taux d'incidence des problèmes de santé mentale tels que le suicide, la dépression, les abus d'alcool et d'autres drogues et la violence conjugale est significativement plus élevé dans de nombreuses communautés autochtones. L'état de santé mentale global des Autochtones est nettement pire que celui des non-Autochtones sur à peu près tous les aspects mesurés. Par exemple, le taux de suicide y est 2,1 fois plus élevé que chez les autres Canadiens. Les problèmes de santé mentale doivent être abordés dans le contexte d'un traumatisme et d'un deuil intergénérationnels provoqués par la perte excessive du territoire, la disparition de la langue et des moyens de subsistance et par l'héritage des pensionnats.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de soins de santé et les autres professionnels à travailler en collaboration afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale des populations autochtones. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les sept principaux éléments à considérer lors de la planification et de la mise en oeuvre d'une initiative, les six recommandations clés ainsi qu'une brève description de cinq initiatives de pratiques positives.

Définition d'une population

Selon la Loi constitutionnelle du Canada de 1982, « peuples autochtones s'entend notamment des Indiens, des Inuit(s) et des Métis du Canada ». Aujourd'hui, l'usage des termes Premières Nations est beaucoup plus répandu que celui du mot « Indien ».

Processus de consultation

Les consultations ont été effectuées principalement auprès des membres du groupe d'experts (groupe constitué de représentants de tous les coins du pays), de leurs collègues et des membres de leurs réseaux respectifs.

Messages clés

- **Pour les Autochtones, le concept traditionnel de la santé est « holistique ».** Bien que l'accès à des soins médicaux de grande qualité soit important, les prestataires de soins de santé autochtones perçoivent la « santé » comme le fruit de plusieurs choses qui vont au-delà des services telles que les expériences vécues pendant la plus jeune enfance, la pauvreté, l'autodétermination personnelle et politique (Mussell et Stevenson, 1999).
- **L'accessibilité est une question primordiale.** À l'heure actuelle, le Canada ne possède aucun programme national de santé mentale organisé et systématique. Aux échelles nationale et régionale, les services de santé mentale actuellement dispensés (par ex.

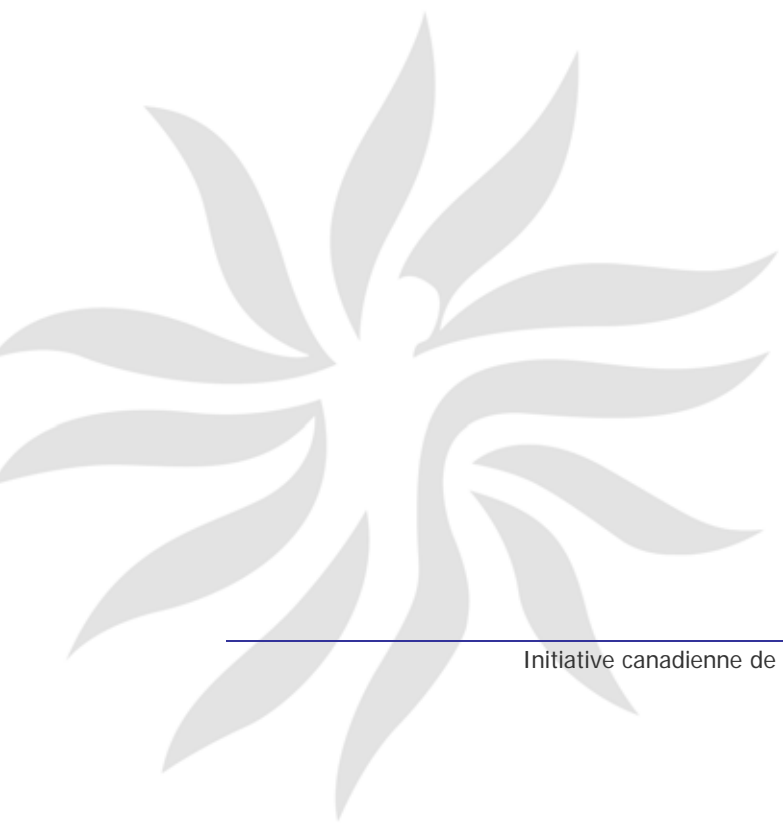
accès à des services d'évaluation, de consultation et aux traitements) ne répondent pas aux besoins et ne sont pas bien intégrés.

- **La répartition des ressources n'est ni équitable ni conséquente.** Le financement ne répond pas aux besoins des communautés vivant une situation de crise.
- **Il y a un manque de services de santé intégrés dits holistiques** (santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle) et ces derniers ne sont pas bien reliés aux autres services tels que les services sociaux, l'éducation, etc. Les services dispensés par les différents ministères fédéraux et provinciaux sont fragmentés, tandis que le financement est alloué de façon indépendante.
- **La formation des prestataires de services est inadéquate.** Les prestataires de soins de santé mentale non autochtones (par ex. médecins de famille, psychologues et psychiatres) ont un criant besoin de formation dans des domaines touchant aux réalités autochtones et aux problèmes de santé mentale qui affligent les Premières Nations et qui favoriserait la mise en œuvre de stratégies axées sur la collaboration. Une formation en santé mentale destinée aux aînés des communautés autochtones a déjà vu le jour et elle est proposée en tant que technique de collaboration utile.
- **Il existe peu de modèles de soins de santé mentale partagés/axés sur la collaboration destinés aux populations autochtones** dans lesquels les usagers, les prestataires de soins de santé primaires, les prestataires de soins de santé mentale et d'autres professionnels de la santé associés travaillent en collaboration selon une approche intégrée.
- Le manque constant de clarté en regard des responsabilités des gouvernements fédéral et provinciaux relatives à la prestation de soins de santé mentale complets met en lumière la nécessité **d'élaborer un cadre de travail national en matière de santé mentale propre aux populations autochtones.** Des pays tels que la Nouvelle-Zélande ont déjà créé un tel cadre de travail.
- **Il importe d'inclure des représentants des communautés autochtones dans la planification des services de santé mentale** de façon à s'assurer de la pertinence et de l'accessibilité de ces services. Il est fortement recommandé que les représentants des communautés autochtones participent à la planification des services de santé mentale et que l'accent soit mis sur le développement des capacités.
- **Un financement stable des services de santé mentale** améliorerait nettement la prestation des services. Pour financer ces nouvelles initiatives axées sur la collaboration, il s'agira d'aller puiser auprès d'une variété de sources, notamment dans les budgets des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux ainsi que dans ceux des conseils de bande et des conseils tribaux.
- **Les principes clés** qui sont essentiels aux initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration destinées aux populations autochtones sont : la reconnaissance et le respect mutuels, le partage, la réciprocité dans les relations ainsi que les responsabilités communes.

▪ **Exemples de collaboration :**

- Première Nation Dilico Ojibway : les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les cliniciens en santé mentale travaillent de concert, les psychologues et les psychiatres se rendent disponibles pour des consultations et possibilité de télépsychiatrie grâce à la collaboration de spécialistes.
- Programme de santé mentale Muskiki : services de counselling et autres services qui mettent à profit les enseignements sur les Cercles d'influences et accès possible à un guérisseur traditionnel.
- Programme de santé mentale du centre de santé Waadiziwin, Fort Frances (Ontario) : service d'avion, équipe multidisciplinaire composée de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, de travailleurs de soins de santé mentale, d'un coordonnateur des services dispensés aux victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ou effet de l'alcool sur le fœtus (EFA) et d'un guérisseur traditionnel.
- « Dans le nouveau paradigme de la collaboration, les praticiens traditionnels et les praticiens de la bio-médecine travailleraient de concert pour élaborer des techniques et des pratiques novatrices en vue de promouvoir et de restaurer la santé, en tirant les meilleurs éléments des deux systèmes ou en recombinaison ces éléments pour créer des approches entièrement nouvelles de la santé et de la guérison » (Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996). Ce modèle exige que le personnel de soins de santé communautaire, les familles, les pairs et autres groupes sociaux agissant comme soutien thérapeutique auprès des usagers endossent des rôles et responsabilités nouveaux/modifiés pour que ces derniers tirent pleinement profit de la thérapie. Dans de nombreuses communautés, les employés rémunérés constituent les principaux soutiens dont disposent les usagers. Selon le nouveau paradigme de collaboration, les pairs, les familles et les autres membres du réseau d'un usager auraient un plus grand rôle à jouer afin d'optimiser les résultats. La spiritualité autochtone et les connaissances ancestrales sont des pivots de cette nouvelle approche.

Vous pouvez vous procurer des exemplaires de cette trousse d'outils de l'ICCSM ainsi que des documents d'accompagnement à l'adresse www.iccsm.ca.



Introduction

Les écarts actuels entre l'état de santé des Autochtones et des non-Autochtones de l'Australie, du Canada, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis sont préoccupants. Dans chacun de ces pays, la dépossession des terres aux mains des pays colonisateurs, la cession de ces mêmes territoires, les déménagements forcés, la suppression des pratiques culturelles, des valeurs et des croyances autochtones, la disparition de la langue, l'éclatement des familles ainsi que la violation de la souveraineté des peuples autochtones sont les principales causes de l'état de santé mentale lamentable qui prévaut chez les Autochtones, contrairement aux non-Autochtones.

Pour les membres des Premières Nations, le démembrement de leurs communautés, les perturbations dans leur mode de vie, les pertes prématurées et tragiques de membres de leurs familles, l'automédication et les dépendances, les suicides et d'autres problèmes de santé mentale sont les résultats directs des interruptions dans la transmission intergénérationnelle de leur culture provoquées par la colonisation. L'absence de programmes et de services de guérison et de bien-être mental n'a fait qu'accentuer les conséquences désastreuses de ces interruptions dans le processus de transmission des valeurs culturelles.

Définir la population

Selon l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982, « peuples autochtones du Canada s'entend notamment des Indiens, des Inuit(s) et des Métis du Canada » aux langues, cultures et traditions diversifiées (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2004; Santé Canada, 2003b). En 2001, 3,3 % de la population canadienne était composée d'Autochtones (Statistique Canada, 2003).

Pour Statistique Canada, les termes Premières Nations (Statuts/traités et Indiens non inscrits) réfèrent aux Indiens d'Amérique du Nord.

Premières Nations

Bien qu'il n'existe aucune définition officielle des termes « Premières Nations », leur utilisation est beaucoup plus répandue que le terme « Indien » quand il s'agit de désigner les membres inscrits et non inscrits dont les ancêtres étaient des Autochtones. Les Indiens sont inscrits dans un registre tenu par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien; le statut est défini en fonction de règlements établis par la Loi sur les Indiens (ICIS, 2004)

- Le Canada compte 596 bandes (Première Nations);
- Le Canada compte 2284 réserves (indiennes); les membres d'une bande peuvent habiter dans trois ou quatre réserves sous l'autorité d'un conseil de bande;
- Un peu plus de 50 % des Autochtones habitent des réserves;
- De nombreuses réserves sont situées dans des régions rurales et éloignées;

- On y parle 10 langues et 58 dialectes;
- Le taux de natalité est presque deux fois plus élevé que dans la population non autochtone; et
- Selon les plus récentes projections, la population autochtone s'élèvera à environ 939 666 en 2021 (le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2003).

Métis

Les Métis sont le fruit de l'union d'un membre des Premières Nations et d'un descendant européen. On en compte environ 292 000 – ils représentent environ 30 % de la population autochtone du Canada et vivent principalement dans les régions urbaines de l'Ouest canadien. Ils ont une langue et une culture qui leur sont propres et qui sont distinctes de celles des Inuits et des Premières Nations. Ils ne tombent sous aucun statut fédéral, contrairement aux Premières Nations, et sont citoyens d'une province.

Inuits

Les Inuits forment les peuples autochtones du Nord canadien. On en compte environ 55 000 et ils partagent une même langue. Ils sont répartis dans 53 communautés situées dans l'une des quatre régions suivantes : Nunavut, Inuvialuit (Arctique de l'Ouest), Nunavik (Nord québécois) et Nunatsiavut (Nord du Labrador). Tout près de la moitié de la population inuite habite le Nunavut (Statistique Canada, 2003), un territoire fondé en 1999. En 2005, on établissait à 29 000 la population du Nunavut, dont 85 % était des Inuits. Plus de 90 % des communautés inuites ne sont pas accessibles par voie terrestre.

Les peuples autochtones et les soins de santé

Il incombait à Santé Canada de dispenser des services de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits vivant dans des réserves et/ou dans des communautés inuites (Santé Canada, 2003b) mais, depuis la fondation du Nunavut, il revient au ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Nunavut de dispenser ces services sur l'ensemble de ce territoire. Les services de santé publique et les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies sont exécutés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, à l'exception des communautés autochtones et inuites situées à l'extérieur du Nunavut ayant opté pour un transfert des services de santé. Grâce à ce transfert, les communautés peuvent assumer elles-mêmes la gestion des programmes de santé communautaires autrefois gérés par la DGSPNI. Les services de santé non assurés tels que les médicaments, les services dentaires et les soins pour les yeux sont mis à la disposition des Autochtones inscrits et Inuits reconnus indépendamment de leur lieu de résidence, que ce dernier soit sur une réserve ou à l'extérieur de celle-ci (Santé Canada, 2003).

Très peu de renseignements sur la population métisse ont été colligés ou rendus publics. Les Métis ne sont pas admissibles aux programmes ou aux services de santé dispensés par la DGSPNI. Pour obtenir des soins de santé, ils doivent s'adresser à leur gouvernement provincial ou territorial. Toutefois, Santé Canada, par l'entremise de la Direction générale

de la santé de la population et de la santé publique (aujourd'hui connue sous le nom d'Agence de santé publique du Canada), offre trois programmes qui visent précisément les communautés autochtones. Il s'agit du Programme Bon départ, du Programme d'action communautaire pour les enfants et du Programme canadien de nutrition prénatale (Santé Canada, 2003b).

Facteurs propres aux peuples autochtones

La culture est perçue comme un ensemble de choses qui soudent une communauté et qui donnent tant au groupe qu'aux individus qui le composent un sentiment d'identité et d'appartenance (Commission royale sur les Peuples autochtones, 1995). Les influences culturelles agissent comme des directeurs qui dictent la façon dont pensent les personnes et comment leur esprit réagit à ce qu'elles voient et entendent (Battiste, 2000; Durie, 2003; Fixico, 2003). À l'instar des humains qui sont capables de changer dans des circonstances favorables, les cultures sont aussi capables de changement. Les cultures sont des ensembles vivants fonctionnels et essentiels possédant une liste de « choses à faire » et « à ne pas faire » - règlements, valeurs, code de conduite, systèmes sociaux et schèmes d'interactions dictés par la culture. Chaque culture possède sa propre vision de la naissance, de la mort, de la santé, de la maladie et de la guérison (Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996).

Notions autochtones de la santé et de la santé mentale

La notion traditionnelle de santé chez les Autochtones est fondamentalement holistique. La majorité des cultures utilisent une définition qui englobe l'esprit, le corps, les émotions et elles perçoivent la santé d'une personne comme étant intimement liée à celle de la famille, de la communauté et de la terre (ou environnement naturel) qui l'entourent. Bien que l'accès à des services de santé de grande qualité soit important, les prestataires de soins de santé autochtones perçoivent la « santé » comme le fruit de plusieurs choses qui vont au-delà des services telles que les expériences vécues pendant la plus jeune enfance, la pauvreté, l'autodétermination personnelle et politique et bien plus encore (Mussell et Stevenson, 1999).

La maladie, à l'inverse, est perçue comme un déséquilibre dans le développement physique, émotif, intellectuel et spirituel d'une personne. La paix intérieure est un reflet de cet équilibre précaire. La santé mentale, quant à elle, est le résultat d'un déséquilibre chez une personne souvent provoqué par des expériences troublantes, des carences affectives ainsi que par l'absence de ressources externes capables d'offrir une sécurité, de combler ces besoins et de restaurer les fonctions de la personne.

Connaissances et spiritualité autochtones

Les ancêtres des Premières Nations du Canada valorisaient la personne dans sa totalité en la représentant par un cercle, la famille, la communauté et par d'autres notions comme le tambour. Pour eux, la vie spirituelle, les relations familiales, les émotions, la pensée, la santé physique et l'environnement formaient des parties d'un tout dans lequel chacun avait sa part de responsabilités. Il existe un régime essentiel et constant de concessions mutuelles entre les aspects physique, mental, émotionnel et le spirituel, ainsi qu'entre la personne, la famille et la culture (Swinomish Tribal Mental Health Project, 1991 : p. 79).

Selon Battiste et Henderson (2000), les connaissances autochtones sont perçues comme un mode de vie complet au sein duquel on valorise le respect et le partage et qui est constitué de règlements dictant l'utilisation des ressources qui sont enracinées dans la vie spirituelle, la santé, la culture et la langue d'un peuple. Ces auteurs autochtones insistent sur le fait qu'un tel savoir épouse les connaissances qui nous révèlent le monde tel qu'il est et non tel qu'il paraît.

La Commission royale canadienne sur les Peuples autochtones (1996) décrit le savoir autochtone comme un ensemble de connaissances et de croyances transmis entre les générations portant sur les relations entre les êtres vivants, y compris les humains, et entre ces êtres vivants et leur environnement.

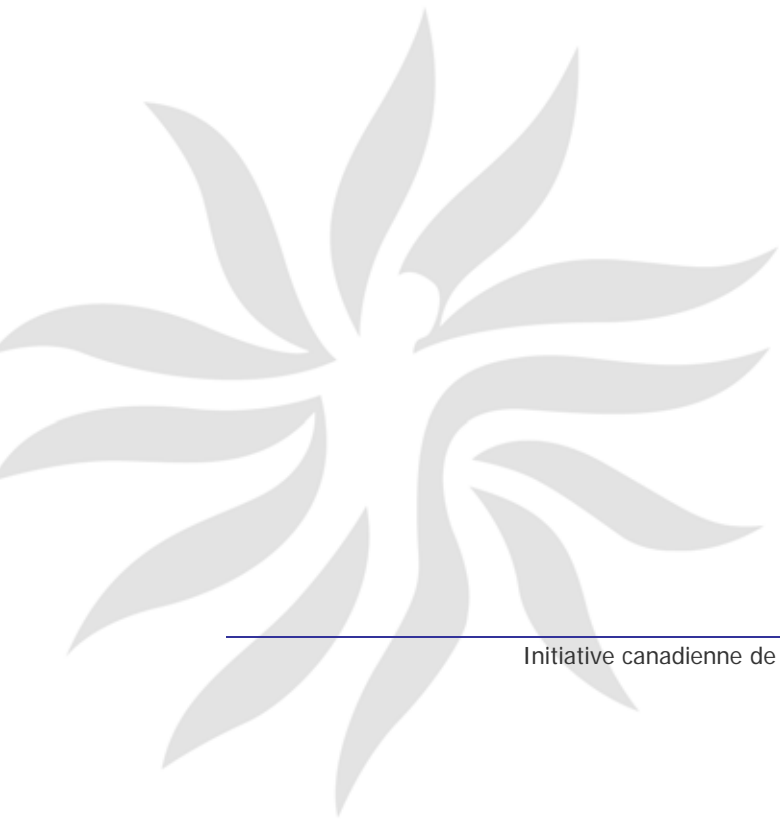
La spiritualité autochtone repose sur la croyance que tout vit et favorise une communication intime et que le monde vivant baigne dans l'harmonie, l'ordre, le sacré, l'inclusion, l'intégrité et le renouveau culturel. (Battiste et Henderson, 2000). Les liens qui existent entre l'être humain et la terre de même qu'entre l'être humain et les autres créatures qui partagent le territoire et avec le monde des esprits favorisent l'apparition d'un contexte dans lequel peut s'enraciner le sacré.

Le maintien de systèmes qui favorisent l'équilibre et l'harmonie entre les relations interpersonnelles et des relations entre humains et l'environnement est essentiel à notre survie et met en relief l'importance des liens de parenté et communautaires.

Parmi les « bonnes manières culturelles » qui servent à identifier les aspects clés du savoir autochtone, mentionnons :

- Le soutien et le réconfort qu'offre une communauté qui associe le genre humain à la force de vie du Créateur. Les interactions entre les personnes et avec leur environnement sont à l'origine des communautés, chacune d'elle ayant des qualités qui lui sont propres;
- Valorisation de la famille en tant qu'institution essentielle à la création et à la préparation de la prochaine génération d'êtres humains cultivés, forts, équilibrés et sûrs d'eux-mêmes;

- Un fort sentiment d'appartenance à la terre natale et une profonde connaissance de ses ressources, de ses lieux sacrés et de son histoire;
- Le besoin et l'importance d'une vie où règne l'ordre et non d'une vie dominée par la confusion et le chaos;
- La priorité accordée à la langue, à l'alphabétisme et à la narration d'histoires, et à tout ce que ces éléments créent pour favoriser le développement holistique de la personne;
- L'affirmation du pouvoir vital de la spiritualité en faisant la promotion des rituels, des cérémonies et des célébrations en tant que moyens pour renforcer les identités culturelle et personnelle ainsi que les relations interpersonnelles entre les familles et les communautés;
- Enseignement des « bonnes manières culturelles » comme mode de vie; et
- Stimuler la résilience chez autrui en en faisant preuve soi-même.



Leçons tirées la documentation

Malgré qu'il existe une abondance de preuves historiques, anthropologiques et archéologiques qui démontrent que les peuples autochtones étaient en santé au moment des premiers contacts avec les Européens (Mussell et Stevenson, 1999), leur état de santé actuel est beaucoup plus précaire que ne l'est celui du reste de la population canadienne (Conseil canadien de la santé, 2005). Un communiqué de presse de l'Association médicale canadienne publié en 2003 plaidait auprès du gouvernement fédéral pour que celui-ci admette que la mauvaise qualité de santé qui prévaut dans les populations autochtones du Canada était inacceptable et qu'il adopte des mesures concrètes et immédiates pour pallier ce problème.

Pour de plus amples renseignements sur les leçons tirées de la documentation, consultez deux rapports de l'ICCSM à l'adresse www.iccsm.ca :

- *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*
- *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes*

- Le taux brut de mortalité est plus élevé chez les Premières Nations comparativement au reste de la population canadienne et aux taux provinciaux. Les quatre principales causes de décès chez les Premières Nations sont les blessures et les empoisonnements, les maladies du système circulatoire, le cancer et les maladies respiratoires.
- Le cancer du poumon est le type de cancer le plus répandu parmi les peuples autochtones, suivi du cancer de la prostate et du cancer colono-rectal chez les hommes, puis du cancer du sein et colono-rectal chez les femmes.
- La tuberculose est toujours très présente dans les Premières Nations et chez les Inuits. C'est d'ailleurs au Nunavut où la prévalence de la tuberculose est la plus élevée au Canada.
- Le taux de prévalence du diabète croît de façon continue chez les membres des Premières Nations et chez les Inuits, mais plus particulièrement dans ce dernier groupe.
- Les infections transmises sexuellement telles que la chlamydia et le VIH sont plus répandues chez les membres des Premières Nations et chez les Inuits que dans le reste de la population selon le nombre de cas rapportés aux niveaux national, provincial et territorial.
- Davantage de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis fument. Le nombre d'adolescents autochtones qui fument est plus élevé que la moyenne nationale.
- Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone, la dépression majeure est une maladie qui touche un très grand nombre d'Autochtones.
- L'Inuk Tapiriit Kanatami a déclaré que la santé mentale et la prévention du suicide constituent les principales préoccupations en matière de santé des Inuits.

- Le nombre de personnes obèses est deux fois plus élevé chez les Autochtones que dans le reste de la population canadienne.
- De nombreux aînés autochtones et inuits ne reçoivent pas les services de soins à domicile nécessaires.
- Un fort pourcentage de détenus vivant dans des prisons des Prairies sont des Autochtones. Les Autochtones sont huit fois plus susceptibles d'être incarcérés que les autres Canadiens (Hylton, 2002).
- Au Nunavut, plus de 31 cas de rachitisme – un état causé par un faible niveau de vitamine D – ont été diagnostiqués depuis 1999 (Conseil canadien de la santé, 2005).
- Des données recueillies à partir d'études sur l'état de santé des Autochtones et de sondages effectués auprès de ces derniers entre les années 1970 et 1990 démontrent que l'anémie – carence en fer – afflige de nombreux nourrissons, bébés et enfants autochtones au Canada, tant en région rurale qu'urbaine (Moffatt, 1995).

« Puis il y a le monde des Autochtones, où les risques que l'on soit exposé aux problèmes suivants sont plus grands : carences alimentaires, logements insalubres et services d'hygiène insuffisants, chômage et pauvreté, discrimination et racisme, violence interpersonnelle, absence ou manque de services, taux élevés de troubles physiques, sociaux et affectifs, de blessures, de handicaps et de décès prématurés » (Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996, Vol. 3, Sec. 3, p. 1).

Certains jeunes des Premières Nations ne trouvent même pas à leur propre domicile les conditions nécessaires au repos et à la guérison. Au contraire, la violence règne dans trop de résidences des Premières Nations et un trop grand nombre de jeunes sont exposés à cette violence. Lorsqu'ils doivent faire face à plusieurs types de problèmes, les membres de la famille sont moins en mesure de fournir à leurs enfants le refuge sûr qui répondrait à leurs besoins (Santé Canada, 2003a).

Pour les peuples autochtones du Canada, les accidents et la violence – souvent provoqués par l'alcool – sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Les maladies physiques, les morts violentes et la consommation d'alcool et d'autres drogues sont toutes étroitement liées à des problèmes sociaux, notamment la perte du sentiment d'appartenance à la communauté, du soutien social et d'un sens à la vie partagé par tous, et les résultats de problèmes psychologiques et émotifs. (Kirmayer et al., 2000; Young, 1988).

Les constantes inégalités socio-économiques et la marginalisation continue dont les populations autochtones ont été victimes ont mis à rude épreuve leur santé mentale. Bien que les problèmes de santé mentale qui les affligent soient les mêmes que ceux qui touchent la population générale, le taux d'incidence des problèmes de santé mentale tels que le suicide, la dépression, les abus d'alcool et d'autres drogues et la violence conjugale est significativement plus élevé dans de nombreuses communautés autochtones (Mussell

et al., 2004). L'état de santé mentale global des Autochtones est nettement pire que celui des non-Autochtones sur à peu près tous les aspects mesurés (Kirmayer et al., 2001).

Le taux de prévalence des troubles psychiatriques parmi les Indiens d'Amérique se situe entre 20 % et 63 % de la population adulte. Dans une étude de cas clinique portant sur 100 Inuits du Nord québécois référés en consultation psychiatrique, le diagnostique le plus fréquent du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux était la dépression majeure accompagnée de mélancolie (Kirmayer et al., 1994).

Tous les groupes d'âge des Premières Nations jusqu'à 65 ans courent des risques accrus de suicide comparativement à la population canadienne. Au Canada le taux de suicide chez les Autochtones âgés de 10 à 44 ans était environ 2,1 fois plus élevé que celui du reste de la population (27,9 décès par 100 000 habitants comparativement à 13,2) (Santé Canada, 2003c). Au Canada, le suicide se produit environ 5 ou 6 fois plus souvent chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones (CRPA, 1995). Il existe un lien évident entre le taux de suicide chez les jeunes autochtones et la souveraineté des communautés dans les domaines suivants : autonomie gouvernementale, revendications territoriales, éducation, services de santé, centres culturels, services de police et d'incendie (Chandler et Lalonde, 1998). Bien que des données complètes soient manquantes, le taux de suicide varie énormément d'une communauté autochtone à une autre (Kirmayer et al., 1994).

Les problèmes de santé et de santé mentale sont intimement liés aux politiques colonialistes du gouvernement canadien qui ont mené à l'exclusion et à l'oppression des populations autochtones. Les effets néfastes de ce passé colonialiste sur ces dernières – dépendances de toutes sortes, violence et suicide – sont perçus comme la conséquence de nombreux assauts sur l'identité et les cultures autochtones, ainsi que sur leur conception du monde (CRPA, 1996). Les problèmes de santé mentale doivent être abordés dans le contexte d'un traumatisme et d'un deuil intergénérationnels provoqués par la perte excessive du territoire, la disparition de la langue et des moyens de subsistance et par l'héritage des pensionnats (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004).

Les pensionnats ont eu pour effet de briser la structure familiale et de nuire à la transmission des savoirs culturels (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004), soit deux éléments dont les assises reposaient sur la famille et la communauté.

Parmi les conséquences visibles aujourd'hui, mentionnons les communautés autochtones aux prises avec des situations tendues et, trop souvent, l'absence de valeurs, de croyances et de stratégies claires qui pourraient permettre aux membres de ces communautés de mieux affronter les facteurs de stress. Lorsque la sécurité physique et émotive fait défaut, la peur, l'anxiété et la colère s'installent. Lorsque des personnes se retrouvent dans ces états d'esprit, il leur est difficile de faire preuve de compassion et de raisonner, d'apprendre, de réfléchir et de tenter de se comprendre elles-mêmes et le monde qui les entoure, une compréhension pourtant essentielle à l'émergence de changements positifs.

Les services de santé actuellement fournis à la plupart des Première Nations ont surtout une approche médicale occidentale, car il y a peu de praticiens traditionnels et les budgets visant à financer les pratiques traditionnelles de médecine et de guérison sont insuffisants. En général, l'approche médicale est perçue comme étant la meilleure pour traiter la dépression clinique, mais cette attitude fait fi des pratiques traditionnelles de guérison. La dépression, les idées suicidaires et les autres dilemmes psychologiques, affectifs et aussi spirituels sont souvent liés à de nombreux facteurs; le traitement devrait par conséquent tenir (compte) à parts égales et de l'approche traditionnelle et de l'approche biomédicale occidentale (Santé Canada, 2003b).

L'intégration holistique des services de santé (physique, mentale, affective et spirituelle) n'est que fragmentaire, tout comme l'intégration de la santé par rapport aux services sociaux ou à l'éducation, par exemple. Les divers services sont également fragmentés, segmentés et indûment séparés (comme ils sont fournis par des agences et ministères fédéraux et provinciaux distincts, les budgets sont accordés indépendamment les uns des autres (Santé Canada, 2003b).

En général, les services de santé mentale dispensés aux populations autochtones ont été déficients pour les raisons suivantes :

- Absence d'un système national de soins de santé mentale qui pourrait rendre des services accessibles aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis;
- Manque de services professionnels au sein des communautés autochtones situées en régions rurales et éloignées;
- Chez les responsables des politiques, programmeurs et prestataires, manque de connaissance et de compréhension du savoir, des valeurs et des croyances autochtones;
- Incapacité à reconnaître la disparition de la culture autochtone comme la source d'un traumatisme à la fois personnel, interpersonnel et communautaire;
- Pénuries d'Autochtones formés dans les différentes disciplines du secteur de la santé;
- Grand nombre d'agences et d'organismes qui dispensent certains volets des services de santé mentale avec un minimum de coordination lors de la prestation de ces services;
- Il existe peu d'exemples de « pratiques exemplaires » d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration;
- Le traitement des personnes en tant qu'objets vivants, d'une génération à une autre, a contribué à la dépendance économique, à la maladie et à l'émergence d'autres problèmes;
- Le peu d'importance accordée par le passé aux notions d'autogestion et d'autodétermination dans les contextes de l'époque fait en sorte que ces notions revêtent toute leur importance aujourd'hui; et
- L'incapacité à résoudre les causes sous-jacentes des maladies et d'autres problèmes – par exemple, voir la consommation d'alcool comme étant à l'origine des problèmes

plutôt que comme un symptôme de problèmes personnels non résolus souvent reliés à des pertes personnelles.

Modèles et initiatives axés sur la collaboration

« Le dialogue peut être vu comme les fils de la communication qui soudent des personnes entre elles et les préparent à l'action réfléchie. Le dialogue relie des personnes entre elles au moyen du discours et relie leurs moments de réflexion à leurs moments d'action » (Shor, 1992, p. 86).

En raison de la méfiance qui caractérise les relations entre les peuples autochtones et les premiers Européens depuis le contact, l'édification d'une collaboration et de partenariats réussis entre les Premières Nations, d'autres peuples autochtones et les non-autochtones requiert du travail et un effort conscient afin d'établir une connexion mentale, émotive et spirituelle.

Pour en savoir plus sur les initiatives de pratiques positives au Canada, consultez le document suivant à l'adresse www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volumes I et II.*

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) renferme quatre principes de base essentiels à l'édification de partenariats:

Reconnaissance mutuelle : Les Canadiens seront amenés à reconnaître que les Autochtones sont les premiers habitants et les gardiens de cette terre. D'autre part, cette reconnaissance amènera les Autochtones à accepter que les non-Autochtones appartiennent aussi à cette terre, par la naissance ou l'adoption, et qu'ils éprouvent pour elle une profonde affection et une grande loyauté. Cette reconnaissance est essentielle à la création de meilleures relations de travail entre les communautés autochtones et au sein de celles-ci.

Respect mutuel : Nous ne respectons pas une autre personne si nous refusons de reconnaître qu'elle peut nous apprendre quelque chose. Si, au contraire, nous respectons une autre personne, nous nous engageons dans la voie du partage, ce qui nous permet de combler quelques-uns de nos besoins émotionnels et intellectuels nécessaires à notre survie et à notre croissance personnelle.

Partage : Le modèle de relations descendant représente le type de relations pour lequel les Autochtones en ont assez et qu'ils désirent changer. Dans une relation de réciprocité, chaque partie quitte la réunion en apportant avec elle quelque chose de plus que ce qu'elle avait à son arrivée. Partager des expériences et en discuter peuvent contribuer de façon significative à mettre en branle des changements individuels et sociaux.

Responsabilité : Ce principe affirme le besoin de relever des défis plutôt que d'en faire fi ou des les nier, et de travailler ensemble à élaborer des réponses et des stratégies qui nous permettraient de les relever.

Nouveau paradigme en matière d'approche axée sur la collaboration

Dans le nouveau paradigme de la collaboration, les praticiens traditionnels et les praticiens de la bio-médecine travailleraient de concert pour élaborer des techniques et des pratiques novatrices en vue de promouvoir et de restaurer la santé, en tirant les meilleurs éléments des deux systèmes ou en recombinaison ces éléments pour créer des approches entièrement nouvelles de la santé et de la guérison (Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

Ce modèle exige que le personnel de soins de santé communautaire, les familles, les pairs et autres groupes sociaux agissant comme soutien thérapeutique auprès des usagers endossent des rôles et responsabilités nouveaux/modifiés pour que ces derniers tirent pleinement profit de la thérapie. Dans de nombreuses communautés, les employés rémunérés constituent les principaux soutiens dont disposent les usagers. Selon le nouveau paradigme de collaboration, les pairs, les familles et les autres membres du réseau d'un usager auraient un plus grand rôle à jouer afin d'optimiser les résultats.

De nouveaux paradigmes de collaboration sont en voie d'être élaborés dans plusieurs coins du pays. Par exemple, au Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services aux Autochtones, de Toronto, un aîné des Premières Nations a intégré l'enseignement des cultures traditionnelles aux services offerts par des psychothérapeutes formés à l'occidental.

Veillez vous reporter à l'Annexe B pour connaître la description d'autres initiatives de collaboration positives.

Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Accessibilité

- Le manque de contrôle et de participation des professionnels dans le domaine des soins de santé constitue un obstacle à l'accessibilité.
- L'héritage de la colonisation, la discrimination et le sentiment d'exclusion peuvent



Figure 1 Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration

décourager certaines personnes de se prévaloir de leur droit de recevoir des soins de santé. Cet héritage s'explique en partie par un certain niveau d'analphabétisme et de connaissance déficiente du jargon médical, notamment l'incapacité à trouver un sens logique à une ordonnance ou à toute autre directive connexe, qu'elle soit verbale ou écrite.

- De nombreux Autochtones vivant en milieu urbain se rendent à l'urgence d'un hôpital plutôt que de consulter un médecin de famille quand il s'agit de recevoir des soins primaires. Pourquoi en est-il ainsi? La question demeure entière et des recherches sont actuellement en cours afin d'y répondre.
- L'accès à des soins de santé peut représenter un grand défi pour les Autochtones vivant sur des réserves situées en région rurale ou éloignée. Cela peut vouloir dire de prendre l'avion jusqu'au village le plus proche où ces soins sont dispensés.
- De nombreux Autochtones vivant en région rurale ou éloignée n'ont tout simplement pas accès à l'éventail complet des soins, y compris les soins de santé mentale. Dans ces communautés tout comme dans d'autres communautés des Premières Nations, les membres se tournent souvent vers le représentant en santé communautaire pour obtenir de l'aide et des conseils. Les plus grandes communautés des Premières Nations peuvent également compter sur une infirmière autorisée.
- Il y a un manque de suivi auprès des personnes qui rentrent dans leur communauté après avoir subi une intervention.

Structures de collaboration

- Il existe peu d'exemples d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration mises de l'avant par des prestataires de soins primaires ou de santé mentale autochtones.
- Ces initiatives de collaboration peuvent être mises de l'avant par des communautés autochtones ou par des agences gouvernementales dans le but de corriger des pratiques qui ont échoué par le passé.
- En matière de services psychiatriques, il y a peu de preuves, voire aucune, faisant état de leur intégration aux services normalement dispensés dans les cliniques de médecine familiale et destinés aux usagers autochtones.

Richesse de la collaboration

- Les modèles néo-zélandais de collaboration englobent les usagers, les prestataires et les chercheurs (*Maori/Indigenous Health Institute, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Christchurch, New Zealand*).
- Au Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services aux Autochtones, de Toronto, il y a des échanges constants de connaissances entre les prestataires traditionnels de soins de santé mentale et les thérapeutes autochtones, ainsi qu'entre les thérapeutes et les aînés autochtones.

Système centré sur l'utilisateur

- Il est primordial que les communautés autochtones participent à la planification des services de santé mentale afin d'en garantir la pertinence et l'accessibilité.
- Il est également recommandé que les usagers participent activement à cette planification.
- En raison du passé colonial qui a longtemps imprégné les liens entre les prestataires et les usagers, la participation des communautés autochtones revêt toute son importance afin que les erreurs du passé ne soient pas répétées dans les modèles de prestation de services.
- Il serait très utile de faire appel aux services de groupes consultatifs, de représentants d'usagers et de mettre en place des processus de consultation.
- Les besoins fondamentaux des personnes, des familles et des communautés tels que l'eau potable, un logement adéquat, l'accès égal à l'éducation, l'accès à des soins de santé et à des installations récréatives efficaces doivent être pris en compte avant que ces mêmes personnes puissent songer à développer leurs capacités sur d'autres plans (Barron, 2004).

Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement

- Il n'existe aucun programme national de santé mentale systématique et organisé qui rende les services accessibles aux populations autochtones.
- Il serait précieux d'élaborer un cadre de travail national en matière de santé mentale destiné aux populations autochtones.
- Il y a un manque de clarté relativement aux responsabilités qui incombent aux gouvernements fédéral et provinciaux en matière de prestation de soins de santé mentale complets.
- Aux échelles nationale et régionale, les services de santé mentale actuellement dispensés (par ex. accès à des services d'évaluation, de consultation et aux traitements) ne répondent pas aux besoins et ne sont pas bien intégrés. La distribution des ressources n'est pas équitable ou cohérente.
- À l'heure actuelle, les dirigeants des communautés autochtones, le personnel cadre et les leaders d'opinion sont en peine d'actions positives incitant la population à utiliser efficacement les services de santé lorsqu'ils sont disponibles ou à déployer des efforts pour obtenir des soins de santé mentale, des services de guérison et des traitements de qualité lorsque ces services ne sont pas disponibles.
- Pour renforcer les soins de santé mentale dans l'Arctique, il est essentiel d'adopter une approche dite holistique dotée de politiques et de programmes à long terme, interreliés et cohérents. Les possibilités économiques, des logements abordables et adéquats, une qualité d'éducation améliorée, l'équité des sexes, des mesures de protection de l'environnement et une importance toute particulière accordée aux problèmes de nature juridique requièrent une solide approche holistique qui reflète la situation, la culture et les besoins uniques des communautés inuites (Dickson, 2005).
- De tels cadres de travail existent dans d'autres pays tels que la Nouvelle-Zélande, où l'on garantit des services de santé mentale adéquats et suffisants (ministère de la Santé, 2002).

Fonds suffisants

- Le financement des soins de santé pour les Autochtones n'est ni constant ni exhaustif.
- Un financement constant et soutenu des soins de santé mentale contribuerait énormément à la prestation des services.
- Le financement des projets de santé mentale au sein des communautés autochtones tend à se faire sur la base de chaque projet par l'entremise d'initiatives telles que *Grandir ensemble* plutôt que par un financement de base, et il revient à la population d'en établir le budget.
- Le financement sur la base de projet individuel requiert la soumission de propositions écrites et détaillées, ce qui a pour effet de désavantager les communautés dont les besoins sont les plus criants, car elles n'ont souvent pas les compétences requises pour

rédiger de telles propositions, n'ont pas accès à des personnes suffisamment compétentes pour leur venir en aide ou ne disposent pas des ressources financières pour les embaucher.

- Les mandats de financement n'ont pas pour objectif de répondre aux besoins des communautés en crise. Certaines communautés doivent même se présenter aux médias en tant que communautés aux prises avec des problèmes pathologiques pour espérer recevoir de l'aide.
- Pour financer de nouvelles initiatives axées sur la collaboration, il faut donc solliciter de nombreuses sources telles que les budgets des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que ceux des conseils de bande et de tribu.

Recherche basée sur des données probantes

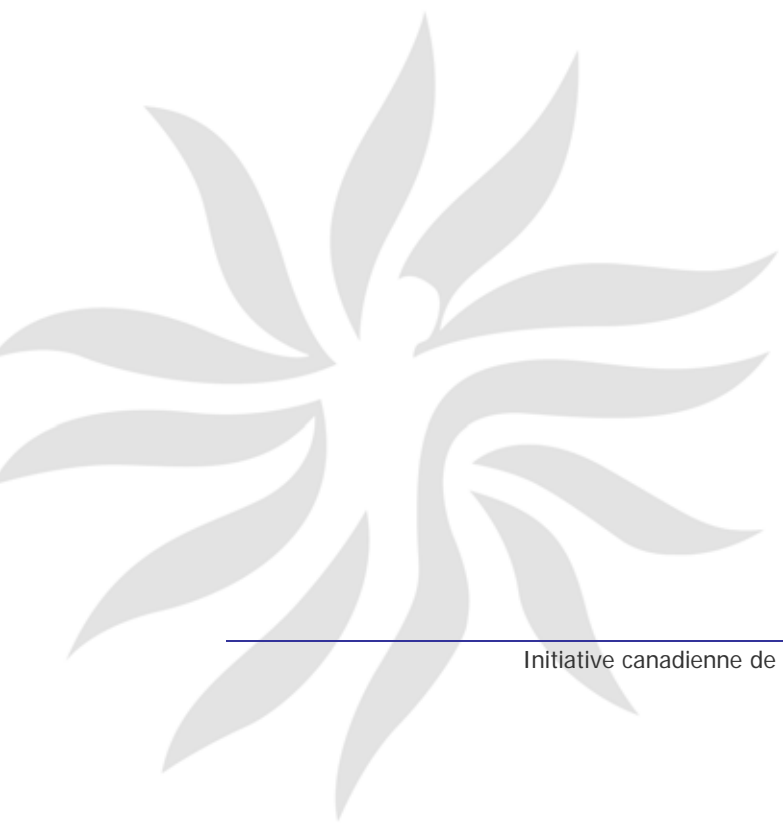
- Les pratiques considérées comme étant les « meilleures » et les « plus prometteuses » et qui sont issues d'expériences cliniques n'ont pas encore vu le jour.
- À l'heure actuelle, il n'existe aucun outil qui soit utilisé de façon constante pour évaluer et surveiller cette population et qui serait applicable aux soins de santé primaires et de santé mentale.
- À ce jour, aucune recherche n'a encore été effectuée sur les modes de vie traditionnels propres aux nombreuses communautés culturelles autochtones du Canada. C'est pour cette raison qu'il existe très peu de renseignements sur les pratiques culturelles de ces peuples.

Besoins communautaires

- Il est fortement recommandé que les communautés autochtones participent à la planification des services de santé mentale par l'entremise de groupes consultatifs, de processus de consultation communautaire et de la création de partenariats grâce auxquels il serait possible de recueillir des idées auprès des Autochtones et de souligner leur contribution.
- Le développement des capacités dans le cadre de la prestation de services de santé mentale au sein des communautés autochtones continue d'être la priorité de façon à augmenter le nombre de professionnels compétents.

Planification et mise en oeuvre

- Il y a une pénurie de professionnels de la santé mentale autochtones et de professionnels de soins de santé pour combler les besoins des communautés autochtones situées en régions rurales et éloignées.
- Certains prestataires de soins ne sont ni bien préparés ni bien formés.
- Une formation sur les réalités autochtones et les maladies mentales qui les affligent destinée aux prestataires non autochtones, dont les médecins de famille, les psychologues et les psychiatres servirait à favoriser des stratégies axées sur la collaboration là où la médecine occidentale et la médecine traditionnelle autochtone pourraient être utilisées.
- Le travail axé sur la collaboration serait également plus efficace si d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières et les diététistes pouvaient également suivre une formation sur les réalités autochtones.
- Il est recommandé que les leaders des communautés autochtones, les cadres supérieurs dans les domaines de la santé, social et de l'éducation, ainsi que les membres clés des communautés autochtones suivent une formation pour se familiariser avec les questions touchant la santé mentale, le bien-être et les traitements.
- Une formation sur les maladies mentales et les soins a déjà été dispensée aux aînés des communautés autochtones et est en voie d'être présentée comme une technique de collaboration utile (Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services aux Autochtones, Toronto).



Problèmes clés à considérer

1. *Comprendre l'état de santé actuel des peuples autochtones*

Les peuples autochtones sont plus susceptibles [que les non-autochtones] « d'être exposés aux problèmes suivants : carences alimentaires, logements insalubres et services d'hygiène insuffisants, chômage et pauvreté, discrimination et racisme, violence interpersonnelle, absence ou manque de services, taux élevé de troubles physiques, sociaux et affectifs, de blessures, de handicaps et de décès prématurés » (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

2. *Comprendre la nature des problèmes auxquels les peuples autochtones font face*

Pour les peuples autochtones du Canada, les accidents et la violence – souvent provoqués par l'alcool – sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Les maladies physiques, les morts violentes et la consommation d'alcool et d'autres drogues sont toutes étroitement liées à des problèmes sociaux, notamment la perte du sentiment d'appartenance à la communauté, du soutien social et d'un sens à la vie partagé par tous, et les résultats de problèmes psychologiques et émotifs. (Kirmayer et al., 2000; Young, 1988)

3. *Comprendre les problèmes de santé mentale qui affligent les populations autochtones*

Les constantes inégalités socio-économiques et la marginalisation continue dont les populations autochtones ont été victimes ont mis à rude épreuve leur santé mentale. Bien que les problèmes de santé mentale qui les affligent soient les mêmes que ceux qui touchent la population générale, le taux d'incidence des problèmes de santé mentale tels que le suicide, la dépression, les abus d'alcool et d'autres drogues et la violence conjugale est considérablement plus élevé dans de nombreuses communautés (Mussell et al., 2004). L'état de santé mentale global des Autochtones est nettement pire que celui des non-Autochtones sur à peu près tous les aspects mesurés (Kirmayer et al., 2001).

Les problèmes de santé mentale doivent être abordés dans le contexte d'un traumatisme et d'un deuil intergénérationnels provoqués par la perte excessive du territoire, la disparition de la langue et des moyens de subsistance et par l'héritage des pensionnats. Les pensionnats ont eu pour effet de briser la structure familiale et de nuire à la transmission des savoirs culturels, soit deux éléments dont les assises reposaient sur la famille et la communauté (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004).

4. *Reconnaître le taux élevé de suicide*

Le taux de suicide parmi les Premières Nations est plus que deux fois plus élevé que dans le reste de la population canadienne. Tous les groupes d'âge des Premières Nations jusqu'à 65 ans courent des risques accrus de suicide comparativement à la population canadienne.

5. Tenir compte du nouveau paradigme en matière d'approches axées sur la collaboration

Dans le nouveau paradigme de la collaboration, les praticiens traditionnels et les praticiens de la bio-médecine travailleraient de concert pour élaborer des techniques et des pratiques novatrices en vue de promouvoir et de restaurer la santé, en tirant les meilleurs éléments des deux systèmes ou en recombinaison ces éléments pour créer des approches entièrement nouvelles de la santé et de la guérison » (Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

De nouveaux paradigmes de collaboration sont en voie d'être élaborés dans plusieurs coins du pays. Par exemple, au *Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services aux Autochtones*, de Toronto, un aîné des Premières Nations a intégré l'enseignement des cultures traditionnelles aux services offerts par des psychothérapeutes formés à l'occidental. Le centre appuie l'échange de connaissances continu entre les prestataires traditionnels de soins de santé mentale et les thérapeutes autochtones, ainsi qu'entre les thérapeutes et les aînés autochtones.

6. Planification et mise en oeuvre

Une formation sur les réalités autochtones et les maladies mentales qui les affligent destinée aux prestataires de soins de santé mentale non autochtones, dont les médecins de famille, les psychologues, les psychiatres ainsi que d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières et les diététistes servirait à favoriser des stratégies axées sur la collaboration là où la médecine occidentale et la médecine traditionnelle autochtone pourraient être utilisées. Une formation sur les maladies mentales et les soins a déjà été dispensée aux aînés des communautés autochtones et est en voie d'être présentée comme une technique de collaboration utile.

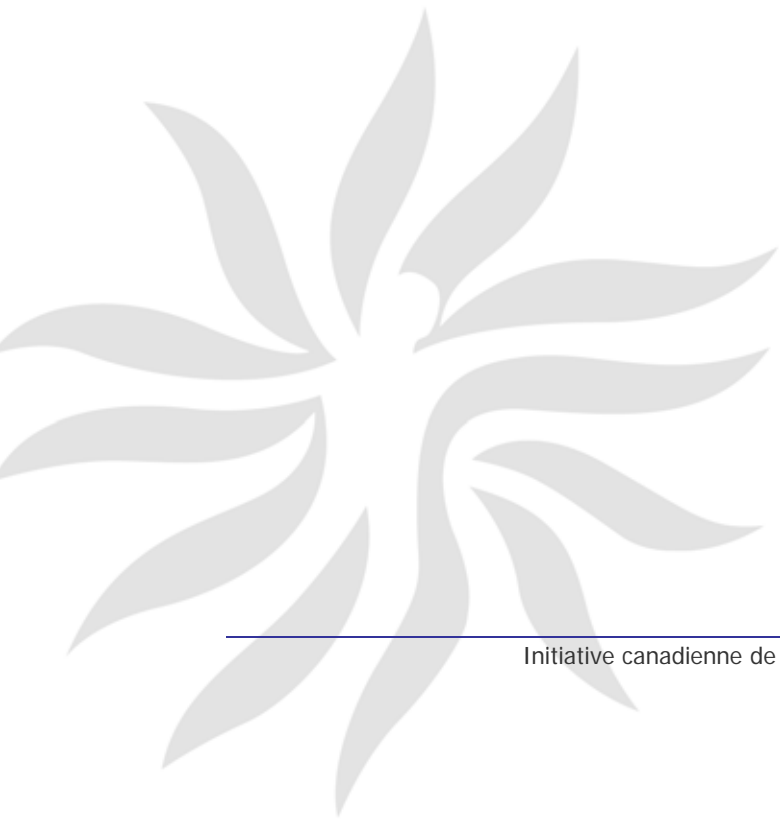
7. Élaboration des politiques

Il serait précieux d'élaborer un cadre de travail national en matière de santé mentale propre aux populations autochtones du Canada, car il y a un manque constant de clarté en regard des responsabilités qui incombent aux gouvernements fédéral et provinciaux en matière de soins de santé mentale complets. De tels cadres de travail existent dans d'autres pays tels que la Nouvelle-Zélande, où l'on garantit des services de santé mentale adéquats et suffisants (ministère de la Santé, 2002).

8. Recommandations

- Élaborer une stratégie nationale en matière de santé mentale pour les Autochtones comprenant les composantes des soins primaires, secondaires et tertiaires afin de favoriser les initiatives axées sur la collaboration.
- Souligner le caractère essentiel de l'engagement des communautés autochtones dans le développement d'une approche communautaire des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

- Accorder la priorité à la création de programmes de formation destinés aux professionnels autochtones de la santé mentale œuvrant en première ligne. Les capacités des communautés et le contrôle qu'elles peuvent exercer sont primordiaux pour assurer le succès de ces programmes.
- Intégrer les thèmes de l'état de santé des Autochtones et les maladies qui les touchent dans les programmes de premier cycle des facultés de médecine ainsi que dans la formation pratique des médecins de famille, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, diététistes et d'autres professionnels de la santé.
- Orienter la recherche sur les traditions, les connaissances et l'histoire propres aux Autochtones du Canada afin d'élaborer des pratiques exemplaires fondées sur l'expérience clinique en matière de soins de santé mentale partagés.
- Fournir un soutien aux professionnels de la santé qui prennent actuellement part aux quelques initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration pour les populations autochtones afin de favoriser le partage des connaissances et la mise en pratique de ces connaissances.



Références et lectures connexes

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e édition, revue). Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.

Association médicale canadienne, *Canada's doctors call on government to improve health of Aboriginal Peoples* (Les médecins du Canada exhortent le gouvernement à améliorer l'état de santé des Premières nations). Communiqué de presse, Ottawa, le 17 novembre 1993.

Barron H.H. *Culture, capacity and collaboration: building on first principles in addressing First Nations communities in crisis*, 2004. Manuscrit non publié.

Battiste M. Maintaining Aboriginal identity, language, and culture in modern society. Dans : Battiste M. (sous la direction de), *Reclaiming indigenous voice and vision* (pp. 192-208). Vancouver (C.-B.): UBC Press, 2000.

Battiste M., Henderson J(S)Y. *Protecting indigenous knowledge and heritage: a global challenge*. Saskatoon, Sask.: Purich Publishing Ltd., 2000.

Bopp M., Bopp J., Lane P. Jr. *Aboriginal domestic violence in Canada*. Aboriginal Healing Foundation Research Series. Ottawa : Aboriginal Healing Foundation, 2003. (*La violence familiale chez les Autochtones au Canada*). Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2003. Disponible au : http://www.ahf.ca/assets/pdf/french/domestic_violence.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Calgary Health Region. *Report on the health status and health needs of Aboriginal children and youth*, janvier 2005.

Institut canadien d'information sur la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne : *Improving the health of Canadians* (Améliorer la santé des Canadiens). Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_E&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_E; consulté le 3 novembre 2005.

Chandler M.J., Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcult Psychiatry* 1998; 35(2): pp.191-219.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Choosing life: special report on suicide among Aboriginal People* (Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones). Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services, 1995.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Volume 3: Gathering Strength* (Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Volume 3 : Rassembler nos forces). Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services, 1996. Disponible au : http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/cg_e.html; consulté le 3 novembre 2005.

Connors E.A., Maidman F. A circle of healing: family wellness in Aboriginal communities. Dans : Prilleltensky N., Nelson G., Peirson L (sous la direction de). *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: fundamentals for thinking and action* (pp. 349-416). Toronto, Ont. : University of Toronto Press, 2001.

Conseil canadien de la santé. *The health status of Canada's First Nations, Métis and Inuit Peoples (L'état de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada)*. Ottawa : Conseil canadien de la santé, 2005. Disponible au : <http://hcc-ccs.com/docs/BkgrdHealthyCdnsENG.pdf>; consulté le 3 novembre 2005.

Craven M., Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *Revue canadienne de psychiatrie* 2006: 51 (Suppl. 1, mai), à paraître.

Daes E.I. The experience of colonization around the world. Dans : Battiste M. (sous la direction de), *Reclaiming indigenous voice and vision* (prologue: pp. 3-8). Vancouver, C.-B.: UBC Press, 2000.

Dickson J. Presentation to Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Pauktuutit, Septembre 2005.

Dobyns H.F. *Their numbers became thinned: Native American population dynamics in Eastern North America*. Knoxville, TN: University of Tennessee Press, 1983.

Durie M. *Nga Kahui Pou Launching Maori Futures*. Wellington, New Zealand: Huia Publishers, 2003.

Fixico D.L. *The American Indian mind in a linear world*. American Indian studies and traditional knowledge. New York : Routledge, 2003.

Freire P. *Education for critical consciousness (Éducation : Pratique de la liberté)* New York : Seabury Press, 1973.

Freire P. *Pedagogy of the oppressed (Pédagogie des opprimés)*. New York : Plenum Press, 1974.

Gagné M.A. *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario, Canada; juin 2005. Disponible au : www.iccsm.ca.

Hylton J.H. *Aboriginal sex offending in Canada (La délinquance sexuelle chez les Autochtones au Canada)*. Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2002. Disponible au : http://www.ahf.ca/assets/pdf/english/ab_sex_offend.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Kirmayer L.J., Brass G.M., Tait D.L. The mental health of Aboriginal Peoples: transformations of identity and community. *Revue canadienne de Psychiatrie* 2000; 45(7) : pp. 7-16.

Kirmayer L.J., Fletcher C., Corin E., Boothroyd L. *Inuit Concepts of Mental Health and Illness: An Ethnographic Study (Concepts de santé et de maladie mentale chez les Inuits : Une étude ethnographique)*. Montréal : Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Sir Mortimer B. Davis-Hôpital général juif : section de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie sociale, département de psychiatrie, 1994. Disponible au : <http://upload.mcgill.ca/tcpsych/Report4.pdf>; consulté le 3 novembre 2005.

Kirmayer L.J., Macdonald M.E., Brass G.M. *The mental health of Indigenous People (La Santé mentale des Premières Nations)*. Proceedings of the Advanced Study Institute "The mental health of Indigenous Peoples", initiatives d'été pour étudiants de l'Université McGill en ethnopsychiatrie et en psychiatrie sociale, et l'équipe de recherche en santé mentale des Premières Nations, 29 au 31 mai 2000, Montréal (Qc), 2001. Disponible au : <http://upload.mcgill.ca/tcpsych/Report10.pdf>; consulté le 3 novembre 2005.

Little Bear L. Jagged Worldviews Colliding. Dans : Battiste M. (sous la direction de). *Reclaiming indigenous voice and vision*. Vancouver, C.-B.: UBC Press, 2000.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Basic Departmental Data 2001 (Données ministérielles de base 2001)*. Section des statistiques sur les Premières Nations et le Nord. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Direction de la gestion de l'information ministérielle, Direction générale de la gestion de l'information, 2002. Disponible au : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/bdd01/bdd01_e.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Basic Departmental Data 2002 (Données ministérielles de base 2002)*. Section des statistiques sur les Premières Nations et le Nord. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Direction de la gestion de l'information ministérielle, Direction générale de la gestion de l'information, 2003. Disponible au : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/bdd02/bdd02_e.pdf; consulté le 3 novembre, 2005.

Ministry of Health. *Te Puawaitanga: Maori Mental Health National Strategic Framework*. Wellington NZ: Ministry of Health, 2002. Disponible au : [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/76bcfc62ef772291cc256baa000f2ae0/\\$FILE/MaoriMentalHealthNationalStrategicFramework.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/76bcfc62ef772291cc256baa000f2ae0/$FILE/MaoriMentalHealthNationalStrategicFramework.pdf); consulté le 3 novembre, 2005.

Moffatt M.E. Current status of nutritional deficiencies in Canadian aboriginal peoples. *Journal canadien de physiologie et de pharmacologie* 1995; 73(6) : pp. 754-8.

Mussell B., Cardiff K., White J. *The mental health and well-being of Aboriginal children and youth: guidance for new approaches and services*. Chilliwack (C.-B. : Sal'i'shan Institute, 2004.

Disponible au :

<http://www.crpnm.mb.ca/library/Mental%20Health%20of%20Aboriginal%20Children.pdf>;

consulté le 3 novembre 2005.

Mussell W., Stevenson J. *Health authorities handbook on Aboriginal health*. Vancouver (C.-B.) : Aboriginal Health Association of B.C., 1999.

Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide. *Horizons of hope: an empowering journey*. Thunder Bay, Ont. : Nation Nishnawbe-Aski, 1996.

Pautler K., Gagné M.A. (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Paupé E., Gagné M.A. (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Description des initiatives*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Paupé E., Gagné M.A., Pautler K. (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives*. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pipher M. *The shelter of each other, rebuilding our families*. New York : Ballantine Books, 1997.

Poonwassie A., Charter A. (2001). An Aboriginal worldview of helping: empowering approaches. *Revue canadienne de Counselling* 2001; 35(1): pp.63-73.

Ross R. *Returning to the teachings: exploring Aboriginal justice*. Toronto, Ont. : Penguin Books, 1996.

Santé Canada. *Acting on what we know: preventing youth suicide in First Nations (Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations)* Ottawa : Santé Canada, 2003a. Disponible au : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/suicide/prev_youth-jeunes_e.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Santé Canada. Closing the gaps in Aboriginal health (La résistance aux antimicrobiens : À garder sous le couvert!) *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* 2003b;(5): pp. 1-41. Disponible au : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/iacb-dgiac/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2003-5-aboriginal-autochtone/2003-5-aboriginal-autochtone_e.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

Santé Canada. *A statistical profile on the health of First Nations in Canada (Profil statistique des Premières Nations au Canada)*. Ottawa : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, 2003c.

Santé Canada. *Unikkaartuit: meanings of well-being, sadness, suicide, and change in two Inuit communities*. Ottawa : Santé Canada, 2003d.

Shor I. *Empowering education: critical teaching for social change*. Chicago : University of Chicago Press, 1992.

Statistique Canada. *2001 census: analysis series. Aboriginal peoples of Canada: a demographic profile (Peuples autochtones du Canada : Un profil démographique, Recensement de 2001)*.

Ottawa : Statistique Canada, 2003. Disponible au :

<http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIE2001007.pdf>; consulté le 3 novembre 2005.

Swinomish Tribal Mental Health Project. *A gathering of wisdoms: tribal mental health: a cultural perspective*. La Conner, WA: Swinomish Tribal Community, 1991.

Tennant E.A. *The "eye of awareness"; probing the hidden dimension of bilingual education*.

Paper presented at the Third National Research Symposium on Limited English Proficient Student Issues: Focus on Middle and High School Issues, Washington DC, 1992.

Disponible au : <http://www.ncela.gwu.edu/pubs/symposia/third/tennant.htm>; consulté le 3 novembre 2005.

Warry W. *Unfinished dreams: community healing and the reality of Aboriginal self-government*. Toronto, Ont.; Buffalo NY : University of Toronto Press, 1998.

Wesley-Esquimaux C.C., Smolewski M. *Historic trauma and Aboriginal healing (Traumatisme historique et guérison autochtone)*. Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, 2004. Disponible au :

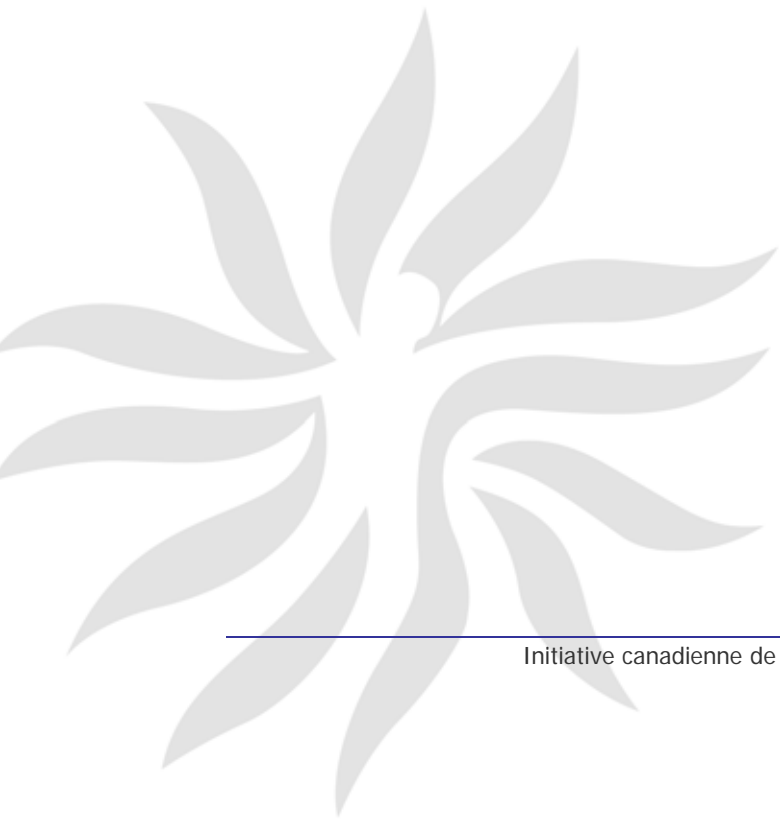
http://www.ahf.ca/assets/pdf/english/historic_trauma.pdf; consulté le 3 novembre 2005.

White J. Comprehensive youth suicide prevention : a model for understanding. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC (sous la direction de). *Suicide in Canada*. Toronto, Ont. : University of Toronto Press, 1998.

Wink J. *Critical pedagogy: notes from the real world*. White Plains NY: Longman Publishers, 1997.

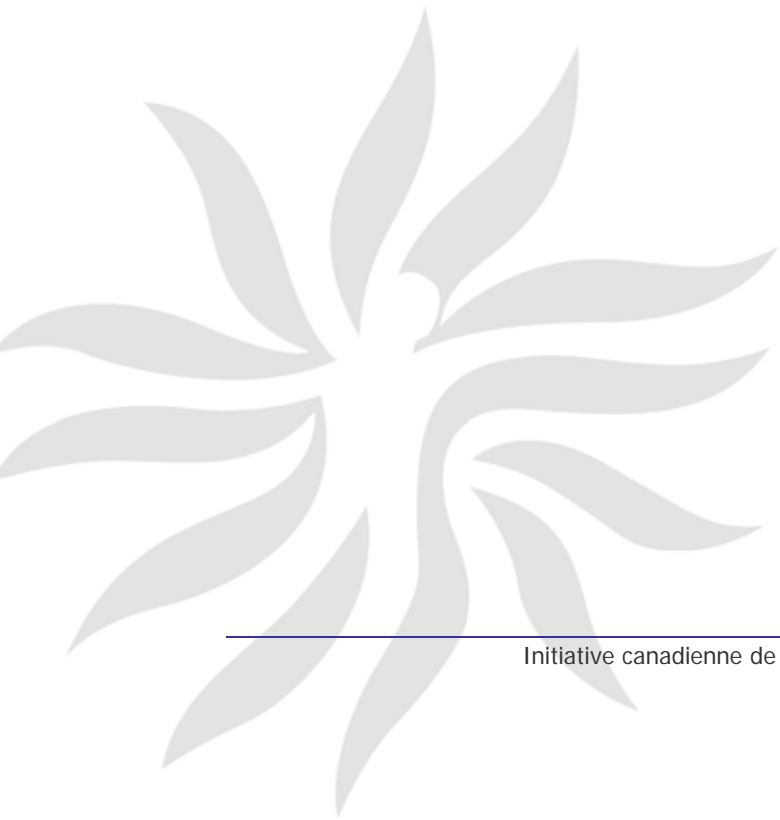
Young D.E. (sous la direction de). *Health care issues in the Canadian North*. Edmonton, Alb. : Boreal Institute for Northern Studies, 1988.

Zoe-Martin C. (sous la direction de). *Stories from our youth: the effects of addiction in our communities*. Dogrib Community Services Board, 1999.



Annexe A : Processus de consultation

Les consultations ont été largement limitées aux membres du groupe d'experts (constitué de représentants des quatre coins du pays), à leurs collègues et aux membres de leurs réseaux. Le groupe d'experts et les communautés qui ont été initialement consultés ont convenu d'affirmer qu'en raison de la diversité des communautés autochtones du Canada, il serait inopportun de ne consulter qu'un nombre restreint de communautés.



Annexe B : Initiatives de pratiques positives

Vous trouverez ci-dessous de courtes descriptions d'initiatives de soins de santé axés sur la collaboration au Canada qui sont propres aux populations autochtones.

Premières Nations Dilico Ojibway

- Services de soins de santé mentale destinés à 13 Premières Nations.
- Travail de collaboration entre les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les cliniciens en santé mentale.
- Les psychologues et les psychiatres sont disponibles pour des consultations.
- Possibilités de télépsychiatrie avec des spécialistes du *Hospital for Sick Children* (Toronto, Ont.) et des hôpitaux régionaux.
- Les évaluations de l'état de santé sont adaptées de façon à tenir compte des perspectives autochtones.
- Le financement provient du Conseil tribal des Premières Nations.

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter les documents suivants sur le site Web www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volumes I et II.*

Programme de santé mentale Muskiki

- Soins de santé mentale dispensés à 5 000 Autochtones vivant sur des réserves.
- Les services de counselling et autres types de services sont intégrés aux enseignements sur les Cercles d'influences.
- Coordonnateur de médecine traditionnelle-guérisseur, trois fois l'an.
- Financement fourni par *Native Community Healing and Wellness* par l'entremise de transferts de fonds provenant de la DGSPNI et d'un fonds de démarrage du ministère provincial de la Santé.

Centre de santé Waadiziwin (health is in our hands), Programme de santé mentale, Fort Frances (Ontario)

- Dessert les Premières Nations de la région, services d'avion offerts aux résidents hors réserve et aux Métis.
- Équipe interdisciplinaire, dont des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des travailleurs de soins de santé mentale, un coordonnateur des services offerts aux personnes victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ou effet de l'alcool sur le fœtus (EFA), guérisseur traditionnel, etc.
- Services de consultation avec des psychologues et des psychiatres, au besoin. Les usagers doivent voyager pendant 2 à 4 heures pour obtenir des services.
- Le financement provient du ministère de la Santé de l'Ontario ainsi que de la Stratégie de ressourcements pour le mieux-être des Autochtones.

Faculté des sciences infirmières, University of British Columbia

Identification, mise au point et mise en œuvre de sujets de recherche traitant des problèmes propres aux populations autochtones. Les membres des communautés autochtones participent à chacune des étapes des projets.

Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE), Université McGill

CINE a vu le jour en réponse aux désirs des peuples autochtones de voir élaborer un projet de recherche et d'éducation dont le but serait d'étudier leurs préoccupations face à l'intégrité de leurs régimes alimentaires traditionnels. La dégradation de l'environnement a des effets néfastes sur la santé et le mode de vie traditionnel des Autochtones et plus particulièrement sur leur nutrition, qui est directement touchée par leurs régimes alimentaires traditionnels.

Annexe C : Glossaire des termes et Index des acronymes

Glossaire des termes :

Déterminants de la santé – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

Gestion des maladies chronique (GMC) – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

Interdisciplinaire – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

Meilleures pratiques – Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables : «pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

Prévention – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

Promotion de la santé – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

Promotion de la santé mentale – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

Rétablissement – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

Soins de santé mentale primaires – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les

maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

Soins de santé primaires – Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques.

Soins de santé primaires axés sur la collaboration– Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

Spécialiste de la santé mentale – Personne dotée d'une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

Index des acronymes

CRPA	Commission royale sur les peuples autochtones
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DSM-III-R	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (3 ^e édition revue)
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MAINC	ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAF/EAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale/Effet de l'alcool sur le fœtus



Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs.

Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les

2. Populations autochtones

3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- | | |
|---|--|
| 1. Obstacles et stratégies | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé |
| 2. Cadre de travail | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 3. Bibliographie annotée | 10. Formation interprofessionnelle |
| 4. Meilleures pratiques | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié] |
| 5. Initiatives canadiennes | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration |
| 6. Examen des politiques | |
| 7. Initiatives internationales [non publié] | |

Comité directeur

Joan Montgomery
Phil Upshall

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Terry Krupa
Darene Toal-Sullivan

Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell
Jake Kuiken
Eugenia Repetur Moreno

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Keith Lowe
Penelope Marrett
Bonnie Pape

Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies

Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner
Barry Power

Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM]
Francine Knoop

Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich
Marsha Sharp

Diététistes du Canada

Denise Kayto

*Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale*

Robert Allen
Barbara Lowe
Annette Osted

*Infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés du Canada*

Marilyn Craven
Francine Lemire

*Le Collège des médecins de famille
du Canada*

Lorraine Breault
Karen Cohen

Société canadienne de psychologie

Scott Dudgeon

Directeur général

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet
Scott Dudgeon, Directeur général
Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet
Valerie Gust, Gestionnaire de communications
Tina MacLean, Adjointe de recherche
Jeneviève Mannell, Assistante en
communications
Enette Pauzé, Coordonnatrice de recherche
Enric Ribas, Assistant en graphisme
Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

2630 avenue Skymark
Mississauga, Ont. L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900
Télec. : (905) 629-0893
Courriel : info@iccsm.ca

www.iccsm.ca