

Le psychologue en territoire



Intervention en milieu autochtone : comprendre le passé pour mieux agir aujourd'hui



Par
Judith Morency, Ph. D.
et
Richard Kistabish

LA RÉFLEXION sur la contribution du psychologue au mieux-être des communautés autochtones s'insère dans un contexte historique vaste et complexe dont nous ne pouvons ici qu'effleurer les grandes lignes. Elle situe d'entrée de jeu l'intervention en contexte interculturel, mais dans ce cadre particulier, il s'agit non seulement d'une culture différente de la culture occidentale majoritaire, mais d'une culture qui a été soumise à la colonisation par cette dernière. Par conséquent, une réflexion s'impose sur le positionnement et la contribution du psychologue et des professionnels de la santé mentale issus de la culture dominante dans cette aire culturelle qui a été comprimée dans un processus d'assimilation contraire à toute forme de développement sain et optimal de son potentiel humain.

Cet exercice d'écriture s'est réalisé dans un esprit de rapprochement et d'enrichissement mutuel des deux cultures, à la recherche d'une intersection entre deux cercles différents, posés côte à côte, par opposition à un plus grand en englobant un plus petit. Nous souhaitons humblement partager nos questionnements et notre vision.

La réalité des communautés

Le portrait des conditions de vie dans les communautés autochtones n'a cessé de se préciser au cours des 20 dernières années. Plusieurs étapes ont dû être franchies avant d'obtenir une vision claire de la situation critique des peuples autochtones et de leurs besoins particuliers. À la suite de la période de grande noirceur qui a prévalu dans les communautés entre les années 1950 et 1980, avec la sédentarisation massive et l'avènement des pensionnats, plusieurs communautés ont entamé un processus de guérison en implantant progressivement des programmes pour lutter contre la toxicomanie et contrer la violence faite aux femmes et aux enfants.

Dans les années 1990, une imposante consultation nationale des communautés autochtones a donné lieu à la publication du rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones en 1996. Ce rapport fait état des conditions de vie inacceptables qui prévalent encore dans plusieurs communautés. Ces conditions s'apparentent à celles des pays du Tiers-Monde : pauvreté endémique, collectivités vivant sans eau courante et sans installations sanitaires dans les maisons, faible niveau d'éducation, manque d'emploi, manque de logement et surpopulation des maisons, etc. Le portrait est aussi sombre sur le plan de la santé mentale : taux de suicide alarmants, toxicomanie, violence familiale, agressions sexuelles, etc. Bien qu'il n'existe pas deux communautés identiques (communautés rurales ou urbaines, niveaux socio-économiques différents, degré d'acculturation variés, etc.), le rapport trace un portrait global

autochtone

Les psychologues font partie des nombreux intervenants qui se sont penchés sur les problèmes sociaux des autochtones au cours des dernières années. Alors qu'il s'agissait habituellement d'un mandat ponctuel d'évaluation ou d'intervention confié à un psychologue « du sud », les soins psychologiques se sont considérablement enrichis de l'expérience de psychologues intégrés dans ces communautés. L'efficacité de leurs interventions est tributaire du respect des valeurs et des traditions des personnes auxquelles elles sont destinées.

inquiétant pour l'ensemble des communautés, aussi bien que pour les autochtones vivant en milieu urbain.

En 1998, le gouvernement fédéral reconnaissait les torts causés aux communautés autochtones par les pensionnats et débloquent des fonds de 350 millions \$ pour l'élaboration de stratégies de guérison communautaire des séquelles de la violence physique et sexuelle vécue dans les pensionnats. Ces fonds, accordés à l'ensemble des nations autochtones du Canada, sont gérés par la Fondation autochtone de guérison (fondée en avril 1998).

Enfin, dans la perspective de se doter de services correspondant à leurs valeurs et à leurs besoins, plusieurs communautés investissent actuellement beaucoup d'énergie dans la prise en charge de leurs services sociaux, de santé et de justice. Des efforts soutenus pour retrouver ce qui a été perdu avec la mise à l'écart de la culture et des modes de guérison traditionnels et un intérêt accru face à leur apport potentiel dans le processus de guérison sont également amorcés dans plusieurs communautés.

Les origines de la souffrance

D'où vient la souffrance en milieu autochtone? Pourquoi apparaît-elle aussi étendue et persistante? Il est désormais reconnu que la plupart des difficultés actuelles dans les communautés sont des conséquences directes ou indirectes des traumatismes de la colonisation : perte de territoire, confinement sur des réserves, changements drastiques de mode de vie, pensionnats, perte des cérémonies et rituels traditionnels de guérison qui étaient garants de l'harmonie individuelle et sociale, etc. Ces conditions ont progressivement érodé la liberté d'action et de mouvement des communautés et limité les possibilités des personnes de mener une vie honorable et de développer leur plein potentiel.

La colonisation et l'expérience des pensionnats (entre les années 1950 et 1980) ont laissé des marques profondes sur les individus, les familles, les clans, les communautés et l'ensemble des nations autochtones. Les pensionnats étaient habituellement situés à des centaines de kilomètres des communautés (à titre d'exemple, les enfants des communautés atikamekw d'Obedjiwan, de Manawan

et de Weymontachie, situées en Haute-Mauricie, ont fréquenté le pensionnat Saint-Marc-de-Figuery dans la région d'Amos en Abitibi). Même si les parents avaient la possibilité de visiter leurs enfants, aucun mécanisme n'était en place pour faciliter leur déplacement vers le pensionnat ni pour permettre des sorties régulières des enfants dans leurs familles (transport). Ainsi, des enfants de 5 ans pouvaient être privés de contact avec leurs parents pendant toute l'année scolaire (10 mois par année).

Ces absences prolongées et récurrentes (parfois jusqu'à 11 années consécutives) et le caractère culturellement étranger des apprentissages que les enfants faisaient au pensionnat ont eu un impact majeur sur la qualité des liens d'attachement entre les parents et leurs enfants. Aucune condition permettant d'atténuer l'intensité des réactions des enfants à la séparation brusque d'avec leurs parents n'était présente au pensionnat. Au contraire, toutes les conditions susceptibles d'intensifier les réactions d'angoisse face à la séparation y étaient réunies : étrangeté de la situation, de la langue et du rythme de vie, froideur et anonymat, atteintes à l'intégrité personnelle, physique et culturelle de l'enfant, agressions physiques et sexuelles, etc. En plus des importantes séquelles reliées à la violence psychologique, physique et sexuelle subie par les enfants dans les pensionnats, la séparation précoce, brusque et prolongée des parents et des enfants a entraîné une perte majeure des repères concernant la fonction parentale.

La séparation des enfants et des parents et les enseignements religieux imposés dans les pensionnats ont également eu un impact majeur sur l'accès, l'apprentissage et la pratique de la spiritualité traditionnelle. Ainsi, les enfants n'ont pas pu recevoir les enseignements de leurs parents ni participer aux cérémonies qui restaient en usage

**Il est désormais
reconnu que la plupart
des difficultés
actuelles dans les
communautés sont des
conséquences directes
ou indirectes des
traumatismes de
la colonisation.**



dans leurs communautés déjà largement raréfiées (ou tombées dans la clandestinité) après le travail d'évangélisation par les missionnaires. Ont résulté de cette coupure profonde, exercée sur la spiritualité des enfants des pensionnats, une ignorance, une méconnaissance, voire une perception négative de la spiritualité de leurs parents et de leurs ancêtres. Des positions polarisées cohabitent aujourd'hui autour de la question dans nombre de communautés, et plusieurs religions sont maintenant pratiquées. Cette hétérogénéité dans les pratiques spirituelles est parfois source de division et de conflit entre les générations, dans les familles et entre les individus.

Soumis à la sédentarisation forcée (instauration des réserves) et impuissants face à la situation où tous les enfants leur étaient systématiquement retirés pour être emmenés au pensionnat, l'équilibre de plusieurs parents et de plusieurs familles s'est détérioré, et diverses problématiques psychosociales se sont développées ou accentuées (alcoolisme, toxicomanie, violence conjugale, etc.), aggravant encore l'effritement des familles et du tissu social. Les problèmes psychosociaux vécus aujourd'hui dans les communautés se sont donc transmis de génération en génération et sont profondément enracinés. De telles conditions sont évidemment propices à l'émergence de plusieurs problématiques de santé mentale.

La culture et les pratiques traditionnelles

Nous n'identifierons ici que quelques éléments de la culture autochtone susceptibles d'éclairer notre réflexion (le lecteur intéressé pourra consulter la courte bibliographie jointe au présent article). D'abord, la santé est perçue comme un état d'équilibre ou d'harmonie entre les dimensions physiques, rationnelles, affectives et spirituelles des personnes. Ces dimensions sont représentées sur un cercle, qui en symbolise l'interrelation, tout comme « l'inséparabilité » de l'individu, de la famille, de la communauté et du monde. La maladie est alors perçue comme étant la conséquence d'une brisure dans l'équilibre entre les quatre dimensions ou encore des relations avec la famille, la communauté ou le monde, et la guérison des personnes va de pair avec celle des familles et des communautés. La culture encourageant l'apprentissage vicariant (par observation) et les modes de communication basés sur le respect, l'évitement du conflit, l'humilité et l'écoute, chacun a sa place dans le grand cercle de la vie. L'accent est mis sur le modelage de rôle, le consensus de groupe et le soutien social (voir à ce sujet le très intéressant article de Clare Brant).

Traditionnellement, les valeurs spirituelles et morales transmises par les sages sont intimement reliées et tous les aspects de la vie personnelle, des relations avec les autres et des relations avec la terre

FORMATION À LA THÉRAPIE EMDR MÉTHODE DE DÉSENSIBILISATION ET DE RETRAITEMENT PAR LE MOUVEMENT DES YEUX

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

MONTRÉAL, LES 20, 21 ET 22 SEPTEMBRE 2001

PAR L'ÉQUIPE DE FRANCINE SHAPIRO, Ph. D.
Attestation officielle par l'EMDR Institute inc.

Parrainée par

Judith N. Lazar Black, M. Ed., psychologue, c.o.
Consultante en psychotraumatologie

La méthode EMDR est une approche développée par le Dr Francine Shapiro permettant un traitement accéléré d'une grande variété de troubles psychologiques et de problèmes d'estime de soi reliés à des événements bouleversants du passé ou à des conditions de vie présentes. La méthode EMDR est souvent utilisée dans le traitement des traumatismes, des problèmes de stress et des troubles anxieux. On estime qu'il y a plus de 30 000 thérapeutes à travers le monde qui ont été formés à cette méthode par l'EMDR Institute.

**L'ATELIER SERA DONNÉ EN ANGLAIS
AVEC TRADUCTION FRANÇAISE.**

Il est à noter que le présentateur, le Dr Roger Solomon, a un anglais très facile à comprendre.

Coût : 575 \$ (+ taxes) pour inscription avant le 31 juillet 2001. 595 \$ (+ taxes) pour inscription après le 31 juillet 2001. Ces prix incluent les manuels de formation en français.

N. B. NOMBRE DE PLACES LIMITÉ

Pour des renseignements complémentaires, pour vous inscrire ou pour recevoir un **dépliant détaillé** et une fiche d'inscription, communiquez avec Anna Bonnel, adjointe administrative.

Tél. : (514) 488-2238 — Fax : (514) 488-1508
Courriel : annabonnel@hotmail.com

sont codifiés. Les cérémonies traditionnelles, mises en place par un ou plusieurs de ces sages, mettent entre parenthèses le mode de fonctionnement normal et ouvrent la porte à un espace protégé dans lequel le langage symbolique prend forme et se déploie au service de la guérison. Elles font intervenir une symbolique complexe et suscitent un processus de guérison qui mobilise la solidarité collective, fournit du soutien social au patient et résout des conflits entre les dimensions individuelles et collectives concernées par le problème.

Le rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones recommande de donner un rôle élargi aux pratiques de médecine et de guérison traditionnelles. Le retour aux pratiques traditionnelles s'inscrit toutefois dans un contexte de diversité sociale, et il n'y a pas de consensus concernant l'utilité et le sens social de ces pratiques dans les communautés. Certains autochtones ne font pas confiance aux services de santé mentale de la culture majoritaire, qu'ils perçoivent comme dominants et insensibles à leur réalité : ils n'utilisent pas ces services ou interrompent prématurément leurs démarches. D'autres autochtones, pour leur part, ne s'identifient pas aux méthodes traditionnelles de guérison et s'inscrivent plus confortablement dans une structure de services psychologiques contemporaine. Selon notre expérience, pour assurer la satisfaction des besoins particuliers de chacun, il est souhaitable de rendre disponibles des approches traditionnelles et occidentales dans une perspective de complémentarité. En effet, si le processus de guérison doit nécessairement s'inscrire en continuité avec les valeurs et la culture des personnes et des communautés, le recours à des cérémonies traditionnelles doit pour sa part être laissé à la discrétion du client.

Formulons au passage une mise en garde concernant « l'emprunt » par des psychologues allochtones d'éléments reliés aux pratiques traditionnelles (sauge, tambour, plumes, etc.). Nous sommes d'avis qu'il est plus approprié de faire une référence directe du client à un sage qui accompagnera la personne dans une démarche intégrée que de tenter une « intégration » (assimilation) de ces éléments dans le cadre thérapeutique occidental. La partie suivante identifiera quelques moyens par lesquels le psychologue peut inscrire sa pratique dans un cadre culturellement sensible, sans utiliser ces éléments culturellement codés comme étant d'usage réservé aux sages et aux personnes spécifiquement formées pendant de longues années pour les utiliser.

Quelques pistes vers l'intersection

Quel cadre thérapeutique est culturellement adéquat pour les communautés autochtones? Comment l'aménager afin de respecter, ou même mieux, servir de levier à la culture autochtone? Comment s'assurer de ne pas reproduire à l'intérieur même du cadre thérapeutique, des reliquats de ce qui a été à l'origine des blessures? Comment arrimer les pratiques occidentales aux pratiques traditionnelles? Certaines attitudes et techniques se trouvent à l'intersection des traditions des peuples autochtones et des pratiques psychologiques contemporaines.

Il importe d'abord de réviser notre vision traditionnelle de la famille. Les pratiques d'éducation des enfants des communautés autochtones s'articulent sur des systèmes de parenté étendus, dépassant la famille nucléaire. Par exemple, les tantes et les oncles peuvent partager une partie des fonctions parentales, les cousins sont traités comme des frères et les grands-parents et grands-tantes et oncles peuvent occuper un rôle aussi important pour l'enfant que ses parents biologiques. Le modèle de thérapie familiale contemporaine doit donc être ajusté en conséquence.

Lorsqu'une personne est référée aux services d'un psychologue, plusieurs membres de la famille immédiate, de la famille élargie ou de la communauté sont concernés de près ou de loin, soit de façon contemporaine au problème ou rétrospectivement parce que la situation actuelle suscite le rappel de situations antérieures qui n'ont pas été réglées. L'intervention psychologique doit donc nécessairement tenir compte des origines historiques des problèmes actuels, des facteurs de maintien, des motivations et des positions respectives des différents acteurs concernés. Pour rétablir l'équilibre dans la vie des enfants, de leurs parents et de la communauté, des efforts considérables doivent être faits pour proposer des interventions sensibles à l'ensemble de ces éléments, l'intervention systémique étant ici la norme plutôt que l'exception.

L'écho communautaire est de première importance, le processus thérapeutique individuel prenant souvent tout son sens pour la personne lorsqu'elle peut inscrire sa démarche personnelle dans une perspective de guérison familiale ou communautaire. Les approches de groupe incluant des éléments de la culture traditionnelle s'inscrivent en continuité avec l'importance accordée au groupe en milieu autochtone. Les approches concrètes qui amènent des groupes à échanger et à s'enseigner les uns aux autres de nouvelles habiletés sont appréciées et jugées utiles par les clients. Elles sont moins biaisées culturellement et répondent bien aux besoins des communautés d'être les acteurs principaux de leur propre rétablissement.

L'usage de techniques non directives, le style de communication du psychologue et l'adoption d'une position « d'apprenti culturel » sont d'autres ingrédients importants. Certains autochtones craignent le système de santé occidental ; ils anticipent que les professionnels utilisent le langage de la compétence, le langage rationnel, un langage froid qui les exclut. L'adoption d'une approche très permissive qui témoigne d'un intérêt sincère pour la culture apparaît primordiale dans l'établissement de la relation thérapeutique.

Enfin, l'utilisation des rêves, des métaphores culturelles, des activités artistiques traditionnelles et de l'art thérapie permet l'identification à un riche héritage culturel et un échange dans un espace protégé et libre. Le processus symbolique qui prend forme à l'aide de ces techniques permet de dépasser les limites de vocabulaire commun entre le thérapeute et le client, de créer un espace potentiel et d'ouvrir la communication. Ce sont les conditions mêmes d'une reprise du développement normal et d'une harmonisation dans le cadre thérapeutique.



Pour conclure, nous souhaitons souligner qu'en raison de la lourdeur des traumatismes qui ont été infligés aux autochtones, de l'impuissance ressentie sur le plan individuel et des conduites d'échec qu'elle entraîne (relâchement face aux difficultés, désir d'être pris en charge, doute concernant sa capacité de faire face, etc.) le psychologue devra souvent déployer beaucoup d'énergie pour maintenir actifs les efforts des personnes, des familles et des communautés vers leur mieux-être. En ce sens, nous

avons constaté l'impact extrêmement positif d'activités communautaires telles que les groupes de rencontres et d'échange, les comités de travail sur différentes questions, bref, toutes les approches permettant aux membres des communautés de s'informer, de se sensibiliser et de se mobiliser vers le développement de solutions appropriées à leurs besoins particuliers.

L'ensemble des propos présentés ici ne prétend pas faire état de la question sur la contribution du psychologue ni formuler des recommandations globales sur l'intervention auprès

des autochtones. C'est au contact du client, de sa famille et de la communauté particulière que le psychologue découvre peu à peu sa place dans le cercle. Cet article ne trace qu'un aperçu des nombreuses questions qui surgissent en marge de toute réflexion sur le processus de guérison dans les communautés autochtones auquel le psychologue peut apporter une contribution importante. En prenant soin d'accorder, dans toutes les interventions et démarches, une attention toute particulière à l'appropriation par la personne, sa famille et sa communauté du processus thérapeutique, le psychologue évitera de perpétuer accidentellement les effets de la colonisation. L'attitude du psychologue, sa capacité d'entrer en résonance avec l'univers de la communauté, sa disponibilité, son écoute

et surtout l'humilité avec laquelle il se placera dans le cercle, c'est-à-dire sur un pied d'égalité avec son client, sont les clefs d'un apport sensible au milieu autochtone.

Judith Morency est psychologue et œuvre depuis 1994 en milieu autochtone. Elle a été psychologue traitante, puis formatrice d'équipes de santé et de services sociaux et superviseuse des psychologues aux Services sociaux Minokin. Elle a également contribué au développement et à l'implantation de différents programmes d'intervention auprès de familles et d'enfants en difficulté dans des communautés montagnaises et algonquines.

Richard Kistabish est métis algonquin-cri. Il a été chef du conseil de bande Abitibiwinini, président du conseil algonquin de l'Ouest du Québec, puis aide conseil à la coordination des services de santé et des services sociaux de Grand Lac Victoria. Il a été président fondateur des Services sociaux Minokin et œuvre présentement auprès de la Fondation Autochtone de Guérison.

Bibliographie

- Brant, C. (1990). « Native Ethics And Rules of Behaviour ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 534-539.
- Csordas, T. J. et Lewton, E. (1998). « Practice performance, and experience in ritual healing ». *Transcultural Psychiatry*, 35, 435-512.
- Duran, E. et Duran B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Richard D. Mann (éd.). State University of New York Press : Albany, 227 p.
- Fischler, R. S. (1985). « Child Abuse and Neglect in American Indian Communities ». *Child Abuse and Neglect*, 9, 95-106
- LaFromboise, T. D., Trimble, J. E. et Mohatt, G. V. (1990). « Counseling Intervention And American Indian Tradition: An Integrative Approach ». *The Counseling Psychologist*, 18, 628-654.
- Matheson, L. (1996). « Valuing Spirituality Among Native American Populations ». *Counseling and Values*, 41, 51-58.
- Miller, J. R. (1996). *Shingwauk's Vision. A History of Native Residential Schools*. University of Toronto Press, 582 p.
- Petawabano, B. H., Gourdeau, E., Jourdain, F., Palliser-Tugulak, A. et Cossette, J. (1994). *La santé mentale et les autochtones du Québec*. Éditions Gaëtan Morin : Montréal, 146 p.
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996). *Un passé un avenir* (vol. 1).
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996). *Une relation à redéfinir* (vol. 2).
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996). *Vers un ressourcement* (vol. 3).
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996). *Perspectives et réalités* (vol. 4).
- Rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (1996). *Vingt ans d'action soutenue pour le renouveau* (vol. 5).
- Thomason, T. C. (1991). « Counseling Native Americans : An introduction for non-Native American counsellors ». *Journal of Counseling and Development*, 69, 321-327.

**L'adoption d'une
approche très
permissive qui témoigne
d'un intérêt sincère pour
la culture apparaît
primordiale dans
l'établissement de la
relation thérapeutique.**

Formation sur l'évaluation à l'aide du LEITER-R

Date: samedi 22 septembre 2001
Horaire: 9h00 à 17h00
Endroit: Centre St-Pierre
 1212 rue Panet, Montréal
Frais d'inscription: 150.00 \$
Date limite d'inscription: 31 août 2001

Contenu:

- Rationnel du test
- Administration
- Cotation
- Pistes d'interprétation

Animatrices: Colette Desrochers & Johanne Mainville
 Psychologues



Pour informations et inscriptions: Tél: (514) 624-4462 • Fax: (514) 624-8389