



PEUPLES AUTOCHTONES ET
TRAUMATISME HISTORIQUE :

Les processus de transmission intergénérationnelle

William Aguiar et Regine Halseth

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

MISE EN CONTEXTE



© 2015 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements

Cette étude n'aurait pas pu être réalisée sans l'assistance inestimable de Sharon Steinhauer, Diana Steinhauer, Sheila Poitras, et Carmen Parent.

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos réviseurs

pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication peut être téléchargée à l'adresse : www.nccah-ccnsa.ca. Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

Référence : Aguiar, W. & Halseth, R. (2015). *Peuples autochtones et traumatisme historique: Les processus de transmission intergénérationnelle*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

An English version is also available at www.nccah-ccnsa.ca, under the title: *Aboriginal peoples and Historic Trauma: The processes of intergenerational transmission*.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
3333, University Way
Prince George, C.-B., V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : nccah@unbc.ca
Web : www.nccah-ccnsa.ca



TABLE DES MATIÈRES



La version française est également disponible au www.nccah-ccnsa.ca/193/publications.nccah



Download this publication at www.nccah-ccnsa.ca/34/Publications.nccah



1.0 INTRODUCTION -----	5
2.0 COMPRENDRE LA THÉORIE DU TRAUMATISME ET LA MANIÈRE DONT ELLE S'APPLIQUE AUX PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA -----	7
2.1 Caractéristiques et modèles de comportement habituellement rencontrés chez les victimes de traumatisme qui peuvent contribuer à la transmission intergénérationnelle du traumatisme -----	10
2.2 Voies de transmission du traumatisme d'une génération à l'autre -----	12
Processus psychologiques	12
Processus physiologiques	15
Processus sociaux	20
3.0 CONCLUSION -----	25
RÉFÉRENCES (anglais seulement) -----	27

La période des pensionnats a eu pour conséquence des effets dévastateurs et qui se perpétuent sur la santé et le bien-être de nombreuses personnes, familles et communautés.



1.0 INTRODUCTION



Le processus actuel de réconciliation au Canada qui concernent les survivants des pensionnats indiens¹, leurs familles, le gouvernement canadien et les églises fait enfin prendre conscience à la société canadienne du coût émotionnel supporté par les familles et les communautés autochtones pendant cinq générations. Les pensionnats étaient conçus pour promouvoir l'assimilation des peuples autochtones dans la société dominante en retirant de force les enfants de leur milieu familial, de leurs communautés et de leur culture, et en leur dispensant une éducation fondée sur les valeurs, les compétences, la culture, la religion et la langue de la société dominante (LaFrance & Collins, 2003)². La période des pensionnats a eu pour conséquence des effets dévastateurs et qui se perpétuent sur la santé et le bien-être de nombreuses personnes, familles et communautés. Les pensionnats ont érodé et compromis les différents aspects du bien-être des peuples autochtones, notamment par la destruction de la structure, de la cohésion et de la qualité de la vie familiale, par la perte de l'identité culturelle, la diminution des compétences parentales et les problèmes de mauvaise estime de soi et de perception de soi. (LaFrance & Collins, 2003; Rice & Snyder, 2008). Ces

effets dévastateurs sont ressentis non seulement par ceux ayant été exposés directement aux pensionnats mais aussi par les générations suivantes à travers divers processus psychologiques, physiques et sociaux. Les pensionnats ont laissé un héritage historique et émotif de sentiments de honte, de perte et de haine de soi à l'origine de dépendances et de nombreux problèmes qui en découlent et auxquels doivent faire face actuellement les communautés autochtones (Ross, 1996).

Au vu des effets de cet héritage de sentiments de honte, de perte et de haine de soi sur la santé et le bien-être des peuples autochtones, il est impératif d'élaborer des stratégies efficaces et culturellement appropriées afin de briser le mécanisme de transmission intergénérationnelle de ce traumatisme et de promouvoir un début de guérison des personnes, des familles et des communautés. Ceci exige une meilleure compréhension des processus par lesquels le traumatisme se transmet d'une génération à l'autre. Cette étude est la première d'une série de deux documents consacrés à la transmission intergénérationnelle du traumatisme. On y examine les différents processus par lesquels le traumatisme est transmis d'une génération à l'autre.

L'étude commence par un aperçu des connaissances actuelles en matière de traumatisme, sa définition et sa conceptualisation dans le contexte des peuples autochtones au Canada. Il s'ensuivra une brève présentation des caractéristiques et des modèles de comportements typiques au sein des familles autochtones affectées par le traumatisme intergénérationnel. On examinera ensuite les processus psychologiques, physiologiques et sociaux par lesquels le traumatisme peut être transmis. On y souligne le lien existant entre ces processus dans la transmission du traumatisme d'une génération à l'autre et on y recommande la mise en œuvre de stratégies de guérison holistiques non seulement dans le domaine de la santé mais aussi dans d'autres domaines. Dans la deuxième étude de cette série³, on examine le potentiel des stratégies de guérison dans le domaine de l'éducation en s'appuyant sur le cas du Collège des Premières Nations Blue Quills (BQFNC). Le Collège met en œuvre des programmes visant à briser le mécanisme de transmission intergénérationnelle du traumatisme dans les familles issues des survivants des pensionnats indiens.

¹ Statistique Canada définit les peuples autochtones du Canada de la façon suivante : Il s'agit des personnes qui ont déclaré être des Autochtones, c'est-à-dire Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit (Inuit), et/ou les personnes qui ont déclaré être Indiens inscrits ou des traités aux termes de la Loi sur les Indiens du Canada, et/ou les personnes qui ont indiqué être membres d'une Première Nation ou bande indienne. (NdT: repris du site de Statistique Canada) Dans le cadre de ce rapport, le terme peuples autochtones ou Autochtones désigne ces trois groupes : Premières Nations, Métis et Inuit, et inclut les Indiens non-inscrits mais qui s'identifient eux-mêmes comme Premières Nations ou Inuit.

² Toutes les références dans ce rapport sont en anglais seulement.

³ Veuillez consulter le rapport gratuit de cette série *Promouvoir la guérison des adultes et des familles autochtones dans le cadre d'un modèle de collège communautaire*.



2.0 COMPRENDRE LA THÉORIE DU TRAUMATISME ET LA MANIÈRE DONT ELLE S'APPLIQUE AUX PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA



Pour les peuples autochtones, des siècles de politiques et de pratiques coloniales visant à éliminer et à miner leur identité culturelle et l'assimilation simultanée de leurs enfants dans la culture occidentale européenne par le système des pensionnats, sont responsables du traumatisme sévère transmis d'une génération à l'autre. (Ross, 1996). Les nombreuses injustices et formes d'oppression imposées par le gouvernement canadien, dont le système des pensionnats, étaient destinées de manière explicite à éliminer les peuples autochtones « jusqu'à ce qu'il ne reste plus un seul Indien au Canada qui n'ait pas été absorbé dans la société » (Duncan Campbell Scott, sous-ministre des Affaires indiennes, 1920 comme cité dans Troniak, 2011, p. 1). Le traumatisme ressenti à la suite de l'expérience des pensionnats s'est rajouté à celui provenant des formes précédentes d'injustice et d'oppression. Il se poursuit du fait des formes contemporaines d'injustice et d'oppression et s'accumule de telle façon que le sentiment d'oppression et d'abus est intériorisé, ce qui entraîne un sentiment de honte et de désespoir transmis d'une génération à l'autre. (Duran, 2006). Sur une longue période, les effets de ce traumatisme peuvent affecter toute une population

avec pour résultat un héritage d'inégalités physiques, psychologiques et économiques qui persistent d'une génération à l'autre (Sotero, 2006). Il n'y a pas que les personnes à titre individuel et familles qui sont affectées, mais aussi leurs communautés. Le malaise social, l'affaiblissement des structures sociales et des taux élevés de suicide en tant qu'effets secondaires, sont les conséquences dudit traumatisme (Evans-Campbell, 2008, p. 327).

Cette exposition chronique au traumatisme se traduit par des symptômes individuels tels que l'anxiété, la dépression, le chagrin, les dépendances, et les comportements autodestructeurs sur plusieurs générations de peuples autochtones (Bombay, Matheson, & Anisman, 2009). Traiter le traumatisme intergénérationnel représente un défi de longue haleine pour les professionnels en santé mentale. Une partie du problème est l'absence de compréhension du lien entre le traumatisme historique et le traumatisme contemporain qui touchent les peuples autochtones. Par conséquent, on a recours à des approches de traitement qui assimilent généralement les comportements à des pathologies. De telles approches visent

à réduire les symptômes affichés par les victimes et donc tentent de contrôler l'environnement social de la personne soignée (y compris en l'incarcérant) afin de limiter les occasions de comportements répréhensibles (Duran, 2006). Il n'est pas étonnant que de telles approches demeurent toujours inefficaces. Il est nécessaire de bien comprendre comment la théorie du traumatisme s'applique aux peuples autochtones afin de concevoir des approches de traitement mieux adaptées au contexte unique dans lequel le traumatisme est éprouvé par les personnes, les familles et les communautés autochtones. Dans la présente section, on présente un aperçu de la théorie du traumatisme dans le contexte des peuples autochtones.

Les cadres psychologiques occidentaux, proposés pour comprendre la myriade de symptômes résultant de traumatismes prolongés et répétés à caractère social ou interpersonnel, s'appuient sur les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et syndrome du stress post-traumatique complexe⁴ (SPTC). Le SSPT est déclenché par des facteurs de stress sévère qui peuvent engendrer la peur, un sentiment d'impuissance ou d'horreur en réponse à une menace de blessure ou de mort

⁴ À noter que le stress post-traumatique complexe n'est pas inclus dans le manuel DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Psychological Disorders)

(Yehuda, 2002). Ces symptômes incluent le fait de revivre l'événement (par ex. sous forme de flash-backs, d'images pénibles, de cauchemars) ainsi que des réactions d'évitement de rappels de l'événement et une hypersensibilité (qui peut se manifester de manière physiologique par l'insomnie, l'irritabilité, le manque de concentration, l'hypervigilance, et des réactions de surprise extrêmes) (Yehuda, 2002). Les facteurs de stress du SSPT peuvent être considérés comme aigus ou chroniques; dans ce dernier cas, ils sont typiquement associés à des niveaux élevés de réaction d'évitement, de sentiment d'engourdissement et des tentatives d'oubli et de comportements régressifs (Evans-Campbell, 2008).

Un diagnostic de SSPT est généralement considéré inadéquat dans le contexte du traumatisme intergénérationnel éprouvé par les peuples autochtones pour un certain nombre de raisons. Bryant-Davis (2007) considère le diagnostic « inutilement réducteur et ne tenant pas compte de la sévérité de facteurs de stress tels que le harcèlement sexuel, les comportements abusifs entre partenaires ou conjoints et les incidents racistes, sans qu'il y ait eu nécessairement de violence physique » (p. 137). Menzies (2010) soutient que le diagnostic de SSPT du manuel DSM ne tient pas compte du rôle de la culture et du traumatisme intergénérationnel ou de celui subi au sein de la communauté, et « ne fait pas le lien entre l'expérience individuelle et les circonstances plus larges et systémiques qui contribuent à perpétuer et à aggraver cette expérience » (p. 68). Les auteurs Yellow Horse Brave Heart (2003) et Gone (2013) considèrent que le diagnostic de SSPT est trop restreint pour capturer la nature complexe, collective et cumulative du traumatisme subi d'une génération à l'autre par les peuples autochtones. Evans-Campbell (2008) ajoute que, dans les catégories de diagnostic du SSPT, on ne tient pas compte du lien entre le traumatisme historique et le

traumatisme actuel et qu'on tend à s'attacher surtout aux conséquences négatives plutôt que d'envisager comment les patients peuvent se maintenir en santé après le traumatisme. Par conséquent, un diagnostic de SSPT risque de faire porter le blâme sur la victime et de la considérer comme souffrant de troubles pathologiques (Bryant-Davis, 2007; Gone, 2013).

Le SSPT est apparu comme un cadre qui permet la prise en compte des effets plus complexes liés à l'exposition chronique à un traumatisme et que le diagnostic de SSPT ne permet pas de bien appréhender. Ce cadre a été développé au début des années 90 par Judith Herman en réponse à une demande « d'un concept élargi du SSPT qui prenne en compte les observations [ou les effets de] traumatismes sévères, prolongés, massifs, psychologiques et physiques » (Herman, 1992, p. 379). Dans les effets associés avec le SSPT, on peut constater : des altérations du contrôle émotionnel (par ex. auto-mutilation et inhibition sérieuse de la sexualité); des changements dans le niveau de conscience (par ex. amnésie, revivre des événements ou rumination mentale); des changements dans la perception de soi (par ex. le sentiment d'impuissance et de culpabilité); des changements dans la perception de l'agresseur (par ex. une justification des comportements des auteurs); des changements dans les relations avec les autres (par ex. isolement, retrait, recherche constante d'un sauveteur et échecs répétés de protection de soi) et changements dans les systèmes de significations (par exemple la perte de la foi) (Herman, 1992). Ces changements surviennent parce que pendant les périodes de tension, les hormones sont sécrétées par l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui « facilite les adaptations cognitives, du métabolisme, du système immunitaires et du comportement ce qui maximise les chances de survie » (Miller, Chen, & Zhou, 2007, p. 36).

Dans son étude sur le SSPT qui a fait date, Herman (1992) note « que le traumatisme prolongé, répété ne peut survenir que dans les cas où la victime est dans un état captif, incapable de fuir, et sous le contrôle de l'agresseur » (p. 391). Dans ces cas, la relation entre la victime et l'agresseur est fondée sur un contrôle coercitif, et cet état de captivité résulte essentiellement de l'application de force physique ou d'une combinaison de forces physiques, économiques, sociales et psychologiques. Les expériences vécues par les peuples autochtones du Canada, assujettis pendant des générations aux abus du colonialisme et qui continuent de vivre dans des conditions défavorables créées par ces politiques coloniales, correspondent certainement à ces critères de contrôle coercitif. Les peuples autochtones, notamment les Premières Nations, sont confrontés à « un nombre élevé de mauvaises expériences dans l'enfance telles que l'abus, la négligence et l'usage de produits ménagers à titre de drogues; ... ils sont plus susceptibles de vivre des expériences stressantes à l'âge adulte, comme la pauvreté et le chômage, la violence, les homicides, l'agression et d'être témoins d'événements traumatisants, ... [et] de devoir faire face à de la discrimination » (Bombay et al., 2009, p. 7). Les réactions à ces types de traumatisme peuvent inclure l'abus de substance (pour endormir la douleur), et d'autres types de comportements autodestructeurs, des pensées et les gestes suicidaires, la dépression, l'anxiété, une mauvaise estime de soi, la colère, et la difficulté à reconnaître et à exprimer ses émotions (Yellow Horse Brave Heart, 2003).

D'autres cadres ont également été développés pour comprendre la transmission intergénérationnelle du traumatisme chez les peuples autochtones. Bryant-Davis (2007) utilise le terme « stress traumatique ayant trait à la race » pour décrire « une blessure émotionnelle qui a pour origine

la haine ou la crainte d'une personne ou d'un groupe du fait de sa race » (p. 135). Si ce « stress traumatique ayant trait à la race » est similaire aux autres types de traumatisme, il a un aspect unique car il « décrit plus précisément les conséquences psychologiques des traumatismes interpersonnels ou institutionnels motivés par le dénigrement d'une race » (Bryant-Davis, 2007, p. 137). Elle ajoute que les violations ayant trait à la race peuvent augmenter et, dans certains cas, multiplier, le stress traumatique d'autres facteurs de stress comme celui de vivre dans un environnement de violence, d'abus et de conditions défavorables. Pour les peuples autochtones qui vivent souvent en marge de la société, les effets du racisme et de l'oppression continuent d'être ressentis de manière intense dans des environnements multiples, qui incluent la politique du gouvernement fédéral, les services de santé, les systèmes éducatifs, le système de justice et aussi dans la vie quotidienne (Loppie, Reading & de Leeuw, 2014).

Un cadre de réflexion qui présente beaucoup plus d'intérêt dans le contexte des peuples autochtones est celui du « traumatisme historique » qui, comme Evans-Campbell (2008) le note, capture une partie importante des expériences du traumatisme vécues de manière individuelle et par la communauté, et dont les autres modèles ne tiennent pas compte. Ce cadre s'est développé à partir d'un besoin d'analyse du cumul des expériences traumatisantes qui contribuent à augmenter progressivement l'incapacité et le dysfonctionnement (Gone, 2013). Ce cadre a été appliqué aux survivants de l'holocauste et leurs descendants, ainsi que dans d'autres contextes. Marie Yellow Horse Brave Heart, a été la première chercheuse à l'appliquer aux peuples autochtones. Elle a été suivie par Eduardo et Bonnie Duran, qui ont élaboré le concept de « blessures de l'âme » (Gone, 2013, p. 4). Les caractéristiques clés qui distinguent de manière

conceptuelle le traumatisme historique (TH) du SSPT sont les suivantes :

1. TH est plus complexe dans les antécédents, l'évolution et les conséquences.
2. TH est décrit comme un phénomène collectif plutôt qu'individuel parce qu'il est partagé par les membres d'un groupe identifiable qui l'ont éprouvé pendant des générations. Il incorpore ainsi les aspects psychologiques et sociaux de l'oppression historique plutôt que simplement les aspects psychologiques et biologiques.
3. TH est décrit comme ayant des impacts progressivement cumulatifs.
4. TH a des impacts intergénérationnels et les descendants sont davantage susceptibles de connaître des dysfonctionnements pathologiques (Gone, 2013, p. 5).

Le cadre TH s'intéresse au besoin de comprendre le contexte historique qui sous-tend ce type de traumatisme (Yellow Horse Brave Heart, 2003). Pour de nombreux peuples autochtones, les traumatismes historiques passés ont créé des conditions défavorables (soit, notamment, une baisse des niveaux de revenu et de l'éducation, une moindre qualité du logement, un accès réduit aux ressources, l'érosion de l'identité culturelle et de la fierté personnelle), qui entraînent des problèmes sociaux qui eux-mêmes perpétuent le traumatisme pour les générations suivantes.

Evans-Campbell et Walters (2006) s'appuient sur la recherche sur le traumatisme historique en examinant l'interaction entre le traumatisme historique et l'actuel qu'ils désignent sous le nom de « Réponse au traumatisme colonial ». Ils soutiennent que les traumatismes contemporains comme le racisme et la discrimination continus sont des facteurs de stress

contemporains qui perpétuent le colonialisme et sont juste un autre exemple des injustices subies par les peuples autochtones au cours des générations. Ces facteurs de stress s'ajoutent au traumatisme existant déjà et sont intimement liés à la réponse au traumatisme colonial.

Il existe aussi un point de vue autochtone soutenant que le cadre TH est trop large par rapport aux Autochtones car il réduit l'expérience des pensionnats à une des nombreuses expériences partagées par les peuples autochtones qui ont contribué à leurs problèmes sociaux et mentaux (Robertson, 2006). Les adeptes de ce point de vue sont d'avis que le cadre du syndrome des pensionnats (RSS) permet de mieux comprendre la myriade de problèmes sociaux et mentaux auxquels doivent faire face de nombreux Autochtones. RSS est un sous-type du SSPT caractérisé par un sentiment intense de colère et de peur et une tendance à abuser de l'alcool et des drogues (Corrado & Cohen, 2003). Brasfield (2001) a développé des critères pour le RSS et notamment : le fait d'avoir des rêves répétés et pénibles concernant les pensionnats, d'agir ou de ressentir à nouveau les événements vécus dans les pensionnats, de souffrir d'une détresse intense lors d'une exposition aux stimuli qui symbolisent les pensionnats (tel que mentionné dans Robertson, 2006). Si ces symptômes suivent la définition du SSPT de l'American Psychological Association, selon les critères de Brasfield, ils en diffèrent dans la mesure où il n'est pas nécessaire pour l'individu d'avoir éprouvé directement les événements traumatisants à la suite de l'expérience du pensionnat. Le traumatisme peut être transmis à d'autres personnes proches de la première personne ou ayant des contacts avec elle, ce qui peut éventuellement conduire les générations futures à devenir des victimes du RSS. Comme l'explique Robertson (2006), la logique du cadre RSS trouve son

origine dans la preuve qu'il existe quelques différences dans la nature et la sévérité du traumatisme éprouvé par les autochtones ayant séjourné dans les pensionnats par rapport à ceux qui n'ont pas vécu directement cette expérience. Dans l'étude de Waldram (2004) de la population autochtone dans son ensemble aux États-Unis, le nombre de diagnostics de SSPT est relativement bas, alors que dans le contexte canadien, les autres études relèvent des taux élevés de SSPT parmi les survivants des pensionnats (Corrado & Cohen, 2003; Söchting, Corrado, Cohen, Ley, & Brasfield, 2007). Il faudrait faire davantage de recherche comparant les diagnostics de santé mentale entre les survivants des pensionnats et des membres de la population autochtone en général afin de fournir un meilleur aperçu des causes fondamentales des problèmes de santé mentale dans cette population.

Compte tenu de la complexité du type de traumatisme éprouvé par les peuples autochtones au cours des années, avec des effets cumulatifs ressentis à plusieurs niveaux, y compris de manière individuelle, par les familles et les communautés, il est clair que les concepts occidentaux du traumatisme sont trop limités et susciteraient des stratégies de guérison s'attachant à améliorer les symptômes plutôt que de s'attaquer aux origines du problème. En fait, la nature du traumatisme éprouvé par les peuples autochtones exige des solutions permettant de briser le mécanisme de transmission. Il s'agit de ré-établir un sentiment fort de fierté et d'identité culturelle, en reconstruisant les familles et les communautés,

de travailler à réduire les disparités socio-économiques qui perpétuent le traumatisme intergénérationnel en s'ajoutant aux tensions subies par les Autochtones dans la vie quotidienne.

2.1 Caractéristiques et modèles de comportement habituellement rencontrés chez les victimes de traumatisme qui peuvent contribuer à la transmission intergénérationnelle du traumatisme

Lorsqu'on regarde comment le traumatisme peut être transmis d'une génération à l'autre, il est impératif de se souvenir qu'il existe une multitude de facteurs, personnels et sociaux, qui peuvent influencer la manière dont les personnes se comportent face à l'exposition au traumatisme. Si certaines personnes ont une capacité fantastique à faire face à l'adversité, d'autres en sont moins capables (Bonanno, 2004). Les conséquences varient considérablement selon la manière dont une personne réagit à des expériences traumatisantes (Agaibi & Wilson, 2005). On observe couramment chez les victimes de traumatisme le développement de certains traits de personnalité et des modèles d'interactions dans le milieu familial qui peuvent influencer le développement des enfants et contribuer à la transmission du traumatisme d'une génération à l'autre (Fossum & Masson, 1986). Dans les familles au sein desquelles il y a une histoire d'abus fréquents, comme c'est le cas

pour beaucoup de survivants des pensionnats et de leurs familles, cet abus peut se manifester sous forme d'un sentiment de honte. Il est possible que ce sentiment s'enracine du fait de modèles de comportement répétitifs qui peuvent contribuer à la perpétuation d'un fonctionnement dicté par la honte et notamment à la manifestation des comportements suivants :

- être maître de tous les comportements et de toutes les interactions;
- exiger la perfection (toujours avoir raison et faire les bonnes choses);
- blâmer les autres ou vous-même si quelque chose ne se passe pas comme prévu;
- nier les sentiments (notamment comme la solitude et le chagrin) ;
- s'attendre à un manque de fiabilité dans les relations;
- ne pas parler ouvertement de comportement honteux ou compulsif;
- ne pas terminer ou mener à bien des transactions ou échanges;
- avoir eu un comportement rédhitoire et faux qui est irrespectueux, injurieux ou honteux. (Fossum & Mason, 1986, p. 87)

Ces modèles de comportement peuvent créer une atmosphère émotive extrêmement toxique qui interdit « la croissance de l'acceptation de soi » (Fossum & Mason, 1986, p. 87). Les adultes exposés quand ils étaient enfants à un mode de fonctionnement limité par un sentiment de honte créé par les huit modèles décrits ci-dessus peuvent



développer toute une gamme de traits de caractères et de comportements, Il s'agit notamment de l'impuissance acquise, de l'anxiété, de la dépression, des relations traumatisantes, des comportements à haut risque, de l'engourdissement émotionnel, du désir d'auto-médication, des raisonnements déformés, de la perte de confiance et de foi, du développement de défenses psychologiques rigides, de la contrainte émotive, de l'hypervigilance, d'un monde intérieur désorganisé, de l'incapacité à accepter de l'aide, des sentiments mélangés, de l'incapacité à gérer ses sentiments, des réponses émotionnelles, du manque de spontanéité, des cycles de compulsions de répétition et du sentiment de culpabilité du survivant (Dayton, 2000). Comme cette étude n'a pas pour objet d'examiner le rôle joué par chacun de ces traits dans la perpétuation de la transmission intergénérationnelle du traumatisme, nous ne décrirons en détail que cinq d'entre eux qui exercent une influence particulière, à savoir : les relations traumatisantes, les cycles de compulsions à répétition, l'anxiété, l'hypervigilance et la dépression.

L'une des manifestations les plus marquantes du traumatisme historique pour les familles autochtones est le taux élevé de violence dans le milieu familial et de celui d'abus au foyer (NWAC, 2009; Scrim, 2013). La poursuite de relations traumatisantes est l'une des caractéristiques qui sous-tend la perpétuation de cette violence. Une relation traumatisante fait référence à la poursuite de relations fondées sur la terreur et l'abus de pouvoir (Bloom, 1999). Dans ces relations,

les victimes développent un fort attachement à leurs abuseurs et ne les perçoivent pas seulement comme une source de douleur et de terreur, mais aussi comme celle du soulagement de cette douleur (Dutton & Painter, 1981 ; Bloom, 1999). La poursuite de ce genre de relations devient une stratégie de survie pour les victimes qui organisent alors leurs vies autour du fait de plaire à leurs bourreaux, ce qui est une manière de rechercher affection et nourriture (Levondosky & Graham-Bermann, 2000). La relation traumatisante est renforcée par les modèles d'engagement émotionnel intense qui précèdent des périodes de violence suivies par des périodes d'apaisement et de réconciliation (van der Kolk, 1989). Comme les victimes ont tendance à se dissocier sur le plan émotionnel de l'incident violent, il est fréquent qu'elles ne se souviennent plus de cet incident jusqu'à ce qu'il « revienne dans toute sa puissance à l'occasion de nouvelles situations qui les terrorisent ... [interférant] avec leur jugement sur la relation et [permettant] à leur besoin d'amour et de réconciliation de surmonter des craintes réalistes » (van der Kolk, 1989, p. 7). Dans de telles relations, les victimes apprennent qu'elles n'ont aucun contrôle sur la situation et se construisent des mécanismes d'adaptation comme celui de s'accuser soi-même, de s'engourdir (par le jeu du désengagement émotif ou grâce à l'usage de substance), et aussi en usant de violence physique (van der Kolk, 1989). Ces mécanismes d'adaptation font le lit de cycles de reproduction compulsifs du traumatisme par la victime ou l'auteur des actes de maltraitance (Ibid.).

La reproduction du traumatisme est définie par Miller (2002) comme « un modèle de comportement qui crée une dépendance développée afin de faire face à l'héritage du traumatisme » (p. 163). Ce modèle entraîne « les survivants du traumatisme subi pendant l'enfance à adopter des comportements nuisibles pour soi » y compris de rechercher une relation traumatisante et de rester dans celle-ci (Ibid.). L'une des explications pour la reproduction du traumatisme est un « syndrome d'impuissance » conséquence d'une exposition prolongée au traumatisme, avec pour résultat des changements comportementaux et physiologiques qui laissent les victimes incapables de reconnaître et d'acquiescer des stratégies positives pour lutter contre le traumatisme et y échapper (van der Kolk, 1989, Biological Responses to Traumatization, para. 2). Une telle situation peut rendre ces personnes susceptibles de s'auto-mutiler ou, à l'inverse, de faire du mal aux autres (Levondosky & Graham-Bermann, 2000). L'association entre la relation traumatisante et la reproduction compulsive renforce le rôle joué par de tels comportements dans la transmission intergénérationnelle du traumatisme car les victimes grandissent en recherchant des relations abusives ou deviennent à leur tour des bourreaux dans un cycle répété de violence et de traumatisme.

L'anxiété est une autre caractéristique que l'on trouve dans les environnements familiaux où il y a eu des expériences directes ou intergénérationnelles de traumatisme. Tout comme la relation traumatisante, l'anxiété peut aussi se perpétuer d'une génération à l'autre. La capacité de se calmer ou de se réguler

est l'une des premières compétences développementales acquises par les enfants, pourtant celle-ci est compromise dans les environnements où les parents ou les tuteurs connaissent un stress et de l'anxiété chroniques et sont incapables d'être présents de manière régulière et émotionnelle auprès de leurs enfants (Dayton, 2000).⁵ Dayton note que « les parents qui sont remplis d'anxiété ou perdus dans une situation de dépendance ne sont pas capables de se calmer et encore moins de calmer leurs enfants. En fait, la dépendance se met souvent en place comme une tentative d'apaisement, de réduction d'anxiété » (p. 136). Les enfants qui grandissent dans de tels environnements sont souvent incapables de s'adapter au stress et à l'anxiété.

Avec l'état chronique d'anxiété on constate également une tendance à l'hypervigilance (Dayton, 2000). Même si leur vie se déroule normalement, les victimes de traumatisme « peuvent constamment scruter leur environnement en essayant de prévoir tout ce qui pourrait leur arriver dans le but de se protéger » (Ibid., p. 146). Cet état constant de vigilance peut expliquer les réactions de surprise exagérées si communes chez les victimes de traumatisme (Ibid). Cet état de « vigilance continue » explique aussi pourquoi les adultes ayant subi un traumatisme dans leur enfance passent facilement d'un état d'ennui/ou d'irritation à un état de colère, ce qui crée un environnement d'anxiété perpétuelle dans leur famille (Ibid).

Il est bien connu que le stress et les difficultés aiguës constituent des facteurs de risque de dépression (Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Toutefois, il y a aussi de fortes preuves que les expériences défavorables connues dans l'enfance, telles que l'abus ou le manque de soins, augmentent

considérablement le risque de dépression plus tard dans la vie du fait de divers changements neuroendocriniens ou neuroanatomiques qui influencent la réponse au stress (Heim et al., 2008). Par le biais de processus épigénétiques, ces changements peuvent être transmis aux enfants, affectant leurs réponses au stress et les laissant vulnérables à la dépression. Des études ont montré que les bébés nés de mères dépressives au sens médical du terme ont une capacité nettement réduite à éprouver de la joie et de l'excitation, surtout si la dépression maternelle dure au-delà de la première année de l'enfant (Siegel, 2012).

Ces cinq exemples de comportements et les modèles d'interactions au sein de la famille la soulignent la manière dont les processus sociaux interagissent avec les processus physiologiques et psychologiques créant ainsi des conditions qui peuvent perpétuer la transmission intergénérationnelle du traumatisme au sein des familles. Ils mettent aussi en avant la nature complexe du traumatisme que vivent beaucoup d'autochtones et qui se manifeste sous forme d'un sentiment de honte et de désespoir bien ancré. Ce sera un défi de trouver des solutions efficaces permettant de briser le mécanisme de transmission de ce traumatisme. Il faudra prendre en compte les diverses voies de transmission du traumatisme d'une génération à l'autre.

2.2 Voies de transmission du traumatisme d'une génération à l'autre.

Les traits de personnalité et les modèles d'interactions familiales que l'on trouve souvent dans les familles autochtones qui souffrent du traumatisme intergénérationnel, peuvent avoir un impact sur le développement des nourrissons et des enfants. La

recherche a montré que « les enfants qui ont été négligés sont plus enclins à faire montre d'un déclin progressif dans leur fonctionnement cognitif, de retards dans le développement de la parole, de moindres compétences sociales et scolaires, et sont exposés à un plus grand risque d'agression dans leur enfance » (Strathearn, 2011, p. 1054). Ils ont la plus grande difficulté à se lier avec d'autres et sont plus susceptibles de développer des stratégies d'adaptation. De tels effets conduisent à des problèmes de dépendance et de santé mentale et, ultérieurement, de dysfonctionnement au sein de la famille et contribuent également à la perpétuation d'inégalités socio-économiques, sources de mauvaise santé et de moindre bien-être. Dans cette section, nous examinerons les trois voies principales par lesquelles le traumatisme peut être transféré d'une génération à l'autre : la voie psychologique, la voie physiologique (biologique/épigénétique) et la voie sociale.

Processus psychologiques

Dans cette section, nous décrivons les impacts potentiels du stress et de l'anxiété chroniques sur le développement du cerveau et sur les processus psychologiques de la pensée, de l'acquisition de la motivation, de la mémoire, de la sensation, de la perception et de l'émotion. Nous commençons par donner un aperçu du cerveau humain et de son fonctionnement. Il y aura ensuite une présentation de connaissances de base sur la manière dont des facteurs environnementaux/ relationnels stressants dans l'enfance peuvent miner le développement du cerveau dès la conception et prédisposer une personne à la dépendance plus tard dans la vie, assurant ainsi la transmission de l'anxiété chronique, du stress et du traumatisme à la prochaine génération.

⁵ Ces traits apparaissent du fait de processus physiologiques décrits plus loin dans ce document.

Le cerveau humain est divisé en trois sections distinctes chacun parlant sa propre langue : le cerveau reptilien (le tronc cérébral)⁶, le système limbique (la partie médiane), et le néocortex (lobes frontaux) (Levine & Kline, 2006). Le néocortex est responsable de la langue, de la perception, de l'abstraction et de la planification. Cette partie du cerveau nous aide à réfléchir et à répondre de manière appropriée plutôt que de réagir impulsivement. Il nous permet aussi de résoudre les problèmes, de planifier pour l'avenir et de nous engager dans des pensées rationnelles et complexes. Les mots sont la langue de ce cerveau pensant. Le système limbique est responsable des émotions, des motivations, de l'odorat et de la mémoire à long terme. Il parle la langue des émotions telles que la colère, la joie, et l'anxiété. Le tronc cérébral est la plus ancienne des trois parties du cerveau et est responsable de la survie humaine en régulant le rythme cardiaque, la tension artérielle, la température du corps et la respiration. La langue de cette partie du cerveau est la langue des sensations qui comprend :

...les changements de pression ou de température dans la peau, les vibrations, les « papillons », la tension musculaire, l'étouffement ou l'espace, les tremblements ou les picotements et la chaleur. Ce langage agit pour notre compte en cas de danger ou quand nous rencontrons un changement dans l'environnement. (Levine & Kline, 2008, p. 19)

Parce que ces systèmes de cerveau se développent de façon séquentielle – du tronc cérébral au cortex – le développement sain du cerveau pensant est totalement dépendant du développement sain du tronc cérébral et du cerveau émotif (Perry, 2009). Comme le tronc cérébral et la partie

De nombreuses études ont montré l'association entre un attachement sécurisant de l'enfant et la santé et le bien-être de celui-ci.

médiane prennent forme avant le cortex au cours de la croissance du fœtus, un stress chronique pendant la grossesse compromet le développement sain de ces systèmes ce qui entraîne un impact défavorable sur toutes les autres régions du cerveau (Perry, 2009).

Selon Maté (2008), le développement du cerveau pendant la grossesse et l'enfance « est le facteur biologique le plus important » (p. 180) qui peut prédisposer une personne à la dépendance plus tard dans sa vie. Pendant la période cruciale du développement, de la conception à la petite enfance, le développement optimal du cerveau dépend de la stimulation par l'environnement. Si l'on prend l'exemple d'un bébé né avec des yeux fonctionnant parfaitement et dont on s'occupe très bien sur tous les plans, mais qui se trouve isolé dans une pièce obscure pendant les cinq premières années, son circuit neuronal visuel se réduirait jusqu'à entraîner une cécité. Ce phénomène se produit quand les composants neuronaux responsables de la vision sont privés de la stimulation essentielle – les ondes lumineuses (Ibid., p. 184). Ce concept de stimulation appropriée est aussi applicable aux circuits qui traitent des émotions et régissent le comportement (Maté, 2008). Quand les bébés et les enfants sont privés d'un environnement émotionnellement riche propice à leur



© Crédit : www.bonoriginalimages.ca, réf. 1161

épanouissement, des changements physiologiques surviennent dans les multiples circuits et systèmes cérébraux, ce qui peut ensuite affecter la santé et la qualité de vie durant toute la vie (Anda et al., 2006, p. 175). Un grand nombre des mêmes hormones, qui sont libérées pendant les périodes de stress et d'anxiété chroniques, ont un effet négatif sur le développement d'une relation saine entre la mère et l'enfant, un élément essentiel pour briser le mécanisme de transmission du traumatisme intergénérationnel. Ces hormones ont aussi un effet sur la capacité de l'enfant à apprendre et à construire les compétences adéquates de maîtrise de soi.

De nombreuses études ont montré l'association entre un attachement sécurisant de l'enfant et la santé et le bien-être de celui-ci. L'attachement

⁶ Le nom « cerveau reptilien » chez les humains vient de la croyance à un certain moment que les lobes frontaux des reptiles et des oiseaux étaient dominés par les mêmes structures (Levine & Kline, 2006).

est défini comme « les liens émotifs qui servent une fonction biologique, surtout pour les nourrissons et les jeunes enfants ... qui les protègent quand ils sont trop petits pour se protéger eux-mêmes en les faisant rester auprès de ceux qui en prennent soin » (Hardy, 2013, p. 1). Cet attachement contribue à réduire les niveaux de stress des nourrissons et des enfants, et par conséquent à diminuer la libération des hormones de stress dommageables pour les premières phases du développement du cerveau (Schore, 2002; Anda et al., 2006). En l'absence d'un attachement fort, les enfants peuvent grandir et devenir des adultes à qui ils manquent la capacité d'établir des liens solides et sains avec leurs propres enfants. Toutefois, la recherche a montré qu'il y a des incohérences dans la sécurité des attachements d'une culture à l'autre et que le contexte culturel doit être pris en compte dans la psychologie de l'attachement (Neckoway, Brownlee, & Castellan, 2007 ; Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2000). Dans les cultures autochtones, où les liens de la famille élargie, les systèmes de clans et de parenté sont souvent tout aussi importants dans l'éducation de l'enfant, il est impératif d'adapter le modèle de la théorie de l'attachement pour y inclure le partage des tâches parentales, typique dans ce contexte culturel.

Selon Siegel (2012), des liens d'attachement sûrs confèrent une forme de résilience émotionnelle aux jeunes enfants, critique au développement de leur bien-être. Le fondement d'un attachement sûr est le degré de sensibilité ou d'attention des parents à l'état émotionnel d'un jeune enfant. L'attention est particulièrement critique à l'étape du développement de l'autorégulation qui arrive entre six et huit mois (Levine & Kline, 2006). L'autorégulation peut être définie comme « ces comportements, ces

compétences et ces stratégies, conscients ou inconscients, automatiques ou demandant un effort, qui servent à moduler, empêcher ou renforcer les expériences émotives et l'expression de l'émotion » (Calkins & Leerkes, 2011, p. 355). Quand un adulte attentionné aimant et affectueux est présent, des endorphines sont libérées qui permettent l'établissement du lien affectif entre le parent et l'enfant (Maté, 2008). Grâce à la répétition d'expériences positives entre le parent et l'enfant, celui-ci apprend à espérer que le parent réponde à ses besoins émotionnels. Une telle satisfaction constante et prévisible est intériorisée par l'enfant, ce qui encadre ensuite les pensées, les sentiments et les comportements de ce dernier dans les relations avec des proches (Bowlby, 1988 comme cité dans Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003, p. 78). Les enfants avec des attachements assurés développent une bonne autorégulation grâce à la confiance, ce qui les rend capables de répondre aux défis et aux tensions de la vie avec des émotions positives et de meilleures stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes (Calkins & Leerkes, 2011).

À l'inverse, les enfants qui manquent d'attention parentale dans leurs premières années n'ont que de faibles capacités d'autorégulation. Ils sont davantage susceptibles de rechercher des stratégies d'auto-protection et d'avoir de mauvais mécanismes d'adaptation telle que la dépendance quand ils grandissent (Lengua & Long, 2002 Hildyard & Wolfe, 2002). Cet état de choses peut avoir une influence considérable ultérieurement sur la capacité de la personne à maintenir des relations saines avec d'autres et à faire face aux défis de la vie. Maté (2008) note que l'attention fait souvent défaut aux parents accablés par les tensions quotidiennes comme la dépendance,

Les enfants qui ont éprouvé le traumatisme chronique manquent souvent de la capacité d'autorégulation émotive

(Cicchetti & Toth, 1995).

la pauvreté, et la violence conjugale parce que le fait d'affronter ces tensions quotidiennes signifie « qu'ils ne peuvent être présents émotivement de manière à ce que le nourrisson ou l'enfant se sente compris, accepté et reflété » (p. 238). Maté (2008) soutient que les mauvais modes de parentage sont alors transmis d'une génération à l'autre par une programmation du circuit cérébral des nourrissons.⁷

Les expériences de traumatisme chronique dans l'enfance se manifestent aussi sous forme de « multitude de problèmes psychologiques, somatiques et comportementaux qui vont des difficultés d'apprentissage à l'auto-mutilation et l'agression contre autrui » (van der Kolk, 2003, p. 297). Les enfants qui ont éprouvé le traumatisme chronique manquent souvent de la capacité d'autorégulation émotive (Cicchetti & Toth, 1995), ce qui entraîne un niveau élevé de réactions émotives pouvant mener à la dépression, aux mauvais résultats scolaires, à l'impulsivité et à des comportements

⁷ Les processus physiologiques qui influent le développement du cerveau sont présentés de façon plus détaillée dans la prochaine section.



© Crédit : www.boriginalimages.ca, réf. 0173

criminels à mesure qu'ils grandissent (van der Kolk, 2003, p. 299). Les enfants subissant ce traumatisme chronique ont tendance aussi à devenir hypervigilants; ils développent une hyper activité intense vis-à-vis de ce qu'ils perçoivent comme une menace, ce qui les conduit à répondre de manière exagérée à des facteurs de stress mineurs (Ibid.). Ils ont de la difficulté à déchiffrer les signaux sociaux et à adopter des comportements appropriés aux règles sociales (Weinberg & Tronick, 1998); ils sont aussi enclins à agir de manière destructive envers eux-mêmes et autrui (Felitti et al., 1998).

Le traumatisme chronique de l'enfance peut également entraîner des retards dans le développement, notamment cognitifs, dans l'acquisition du langage, dans les capacités motrices et les aptitudes de socialisation (Culp, Richardson, & Heide, 1987). Le stress chronique peut entraîner des dommages dans les zones importantes

de l'hippocampe concernées par l'apprentissage et la mémoire (Uno, Tarara, Else, Suleman, & Sapolsky, 1989). Plusieurs études portant sur les animaux et les humains ont souligné des liens entre l'adversité connue pendant l'enfance et les déficits cognitifs, lesquels persistent à l'âge adulte (Majer, Nater, Lin, Capuron, & Reeves, 2010). Toutefois, s'il n'y a pas de preuve absolument concluante sur le lien entre le traumatisme et des niveaux d'intelligence moindre ou des difficultés d'apprentissage, il est nécessaire de faire davantage de recherche sur les humains. De nombreux travaux de recherche appuient néanmoins l'existence d'une relation entre l'exposition au traumatisme dans l'enfance et l'apparition de dysfonctionnements cognitifs chez les enfants et les mauvais résultats scolaires (Majer et al., 2010). Associés aux problèmes du comportement, de tels effets engendrent des difficultés pour les étudiants dans

l'environnement d'apprentissage. Les étudiants peuvent éprouver des difficultés à s'entendre avec leurs pairs et à retenir ce qu'ils ont appris et afficher des comportements incivils et perturbateurs, voire s'absenter de l'école (Bower & Sivers, 1998). Les mauvais résultats scolaires risquent à leur tour « d'amorcer une longue série de séquelles désastreuses pour l'enfant et son environnement social » (Cicchetti & Toth, 1995 comme cité dans Bower & Sivers, 1998, p. 628).

Processus physiologiques

Les processus physiologiques concernent essentiellement les raisons biologiques et épigénétiques du traumatisme intergénérationnel, qui pour certains ont tendance à s'attacher aux gènes défectueux ou aux cerveaux brisés (Gone, 2013). Ce type d'explication se concentre sur le rôle de la maltraitance et du manque de

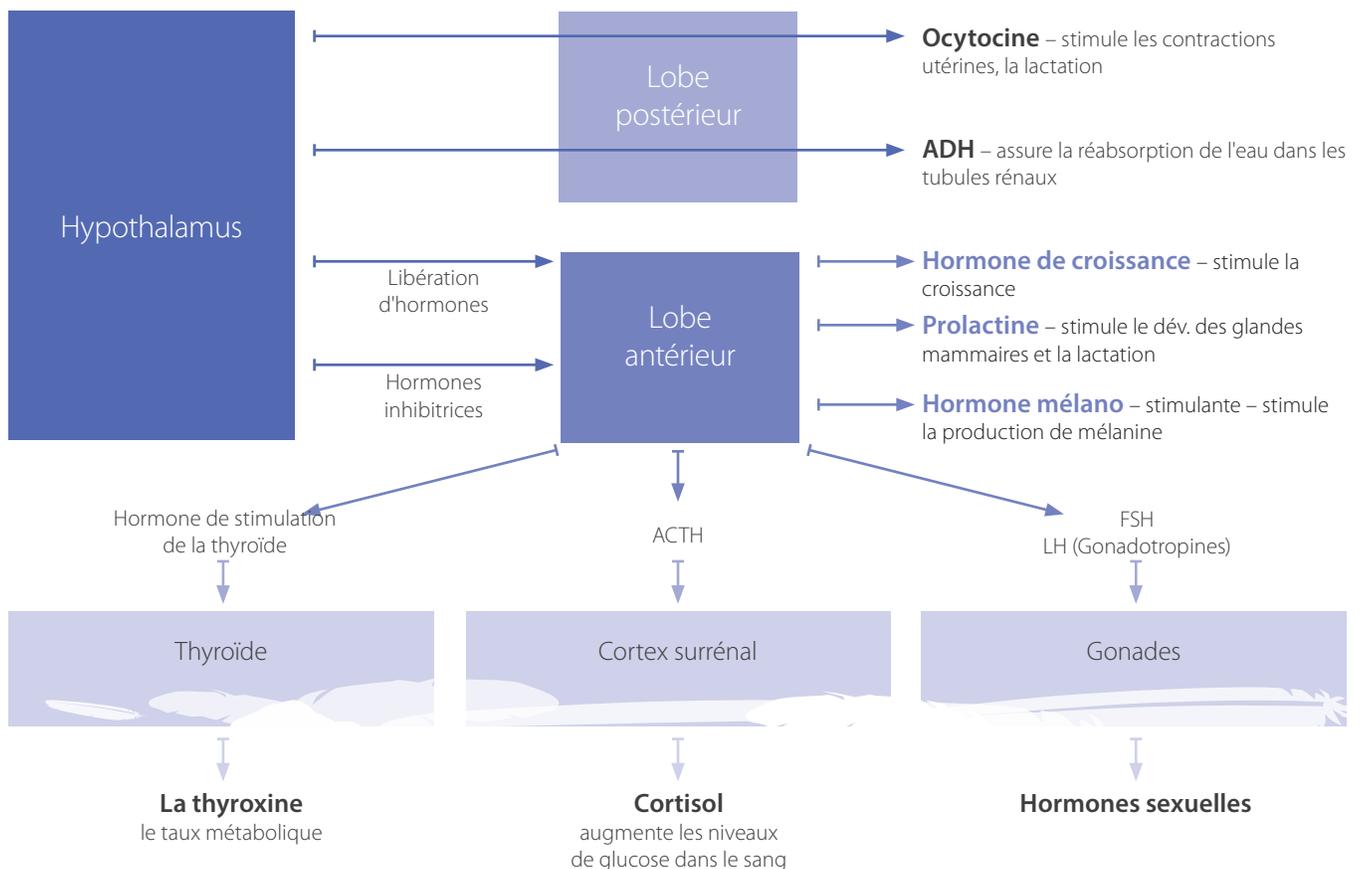
soins subis dans l'enfance qui se traduit par la perturbation de la structure et des fonctions neuronales. Il en résulte qu'une personne peut être susceptible non seulement de souffrir plus tard dans sa vie de retards cognitifs et de maladies psychiatriques, mais aussi d'une altération des gènes transmissible d'une génération à l'autre (Roth, Lubin, Funk, & Sweatt, 2009). La structure et les fonctions neuronales sont altérées essentiellement par la libération d'hormones spécifiques dans le système neuroendocrinien en réponse à des facteurs de stress physique et psychologique. Le système endocrinien fonctionne conjointement avec le système nerveux pour réguler les fonctions physiques (voir la Figure 1). Des hormones sont secrétées qui

servent de messagers dans les liquides du corps pour déclencher des réponses spécifiques dans certaines cellules cibles (Gregory, n.d.). Ce système est régulé par l'hypothalamus, une petite région du cerveau destinée à maintenir l'homéostasie ou le maintien de conditions internes constantes (par exemple, le rythme cardiaque, la température du corps, l'équilibre hydrique, etc.). Dans le système endocrinien, il y a plusieurs éléments neurochimiques qui influent sur le développement d'un fœtus sain et empêchent l'établissement de relations saines entre la mère et l'enfant. Ces impacts prédisposent les nourrissons négligés à des problèmes de comportement, à des capacités diminuées de résistance au stress et à

la dépendance pendant leur croissance, assurant ainsi la transmission de l'anxiété chronique, du stress et du traumatisme à la prochaine génération.

Le cortisol est une hormone libérée par la glande surrénale pendant les périodes de stress. Il joue un rôle important dans plusieurs systèmes physiologiques y compris le système nerveux central (l'apprentissage, la mémoire et l'émotion), le métabolisme (stockage et utilisation du glucose) et le système immunitaire (le contrôle de l'inflammation) (Miller et al., 2007; Dickerson & Kemeny, 2004). Les niveaux de cortisol sécrété dans la réaction au stress peuvent être anormalement élevés ou réduits en fonction des caractéristiques du stress

FIGURE 1 : LA PRODUCTION ET LA LIBÉRATION DES HORMONES



Source : Adapté de Gregory, n.d., Section 6



© Crédit : ThinkStockPhotos.ca, réf. 86492254

ou du caractère de la personne qui y fait face (Miller et al., 2007). Néanmoins, tant un niveau élevé qu'un niveau réduit de cortisol pendant des périodes prolongées peut contribuer à une mauvaise santé, y compris « la maladie cardiaque, l'hypertension artérielle, les AVC, le diabète, et l'exacerbation de maladies liées au système immunitaire et des désordres neurodégénératifs », de même que les désordres de santé mentale comme la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et l'abus de substance (Anisman et al., 2008 & Kessler, 1997, comme cité dans Bombay et al., 2009, p. 8).

En 2007, Miller, Chen, et Zhou ont entrepris une méta-analyse des conclusions de recherches faites sur le

stress chronique et ses conséquences sur l'axe HPA⁸ afin de déterminer les conditions de stress dans lesquelles les niveaux de cortisol sont anormalement élevés ou, au contraire, réduits. Ils ont trouvé qu'au début du stress chronique, il y a une première activation de l'axe HPA qui entraîne des concentrations élevées de cortisol; ensuite, et progressivement, le niveau de sécrétion de cortisol passe en dessous de la normale. La sécrétion de cortisol augmente en réponse à un stress physique qui pose une menace à la survie, à des facteurs de stress social (les menaces au moi social), et dans des situations susceptibles de provoquer la honte (par ex. l'abus sexuel). La sécrétion de cortisol est susceptible de diminuer dans les situations qui

évoquent la perte (par ex. la mort d'un conjoint). Ils ont également trouvé qu'il existe une relation inverse entre la production de cortisol et la capacité d'un individu à contrôler la situation, ce qui peut mener à l'apparition de comportements de retrait et de désengagement.

Des événements stressants à une étape précoce de la vie, en vertu de leurs effets sur le fonctionnement du système neuroendocrinien (taux élevé de cortisol) et sur les processus génétiques (c'-à-d. les processus transcriptionnels) peuvent affecter le développement du cerveau du fœtus, et, d'une façon permanente, le fonctionnement neurochimique (Bombay et al., 2009). Pendant la grossesse, le stress éprouvé

⁸ L'axe HPA, ou LPHA pour axe hypothalamique-hypophysaire-adréralien, est un « ensemble complexe d'influences directes et de rétroactions entre l'hypothalamus », la glande pituitaire ou hypophyse et les glandes surrénales. Ces interactions « constituent une partie majeure du système neuroendocrinien qui contrôle les réactions au stress et régule de nombreux processus physiologiques, notamment la digestion, le système immunitaire, l'humeur et les émotions, la sexualité, le stockage et les dépenses d'énergie » (*Wikipedia*, 2013a, para. 1)

par la mère contribue aux niveaux élevés de cortisol dans le bébé, qui peuvent endommager les circuits de dopamine, rétrécir l'hippocampe – une structure du cerveau très importante pour la mémoire et le traitement des émotions – et miner le développement du cerveau d'autres façons (Maté, 2008). Dans certaines études, on a constaté que les enfants de ces mères chroniquement anxieuses connaissaient de nombreux problèmes comme le TDAH, l'anxiété et la crainte chroniques (Ibid.).

La libération d'ocytocine et de vasopressine chez la mère qui allaite contribue aussi au développement de relations saines entre la mère et l'enfant en renforçant (ou en affaiblissant) le lien d'attachement sûr entre le bébé et ses parents ou tuteurs (Michalska et al., 2014; Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman, & Feldman, 2010; Doidge, 2007). Cette attention confère « un sens de sécurité et de protection qui rend les les interactions sociales intéressantes » pour les nourrissons (Wisner Frit, Ziegler, Kurian, Jacoris, & Pollak, 2005, p. 17237). De plus en plus de travaux de recherche associent le défaut de recevoir « des soins typiques à l'espèce » à des perturbations dans le développement normal des systèmes de production de l'ocytocine, de vasopressine et d'arginine chez les jeunes enfants. Ceci a des implications non seulement sur leur capacité à créer des liens mais également sur leur réaction au stress et leur capacité à réguler leurs comportements à mesure qu'ils grandissent (Wisner Frit et al., 2005; voir aussi Doidge, 2007; Boccia & Pedersen, 2001; Meaney, 2001; Champagne, Diorio, Sharma, &

Meaney, 2001; Francis, Young, Meaney, & Insel, 2002). Wisner Fries et al. (2005) ont également trouvé aussi que les effets du manque de soins tôt dans la petite enfance persistaient pendant longtemps même après le transfert des enfants dans un environnement familial émotionnellement riche et propre à leur épanouissement. Cette conclusion est appuyée par Doidge (2007) qui a remarqué que les orphelins présentaient des niveaux d'ocytocine bas pendant plusieurs années après leur adoption dans des familles aimantes, ce qui peut expliquer les difficultés à créer des liens rencontrés par ces enfants.

La sérotonine, un stabilisateur d'humeur qui permet de « ralentir » les voies neuronales des personnes en état d'agitation, est un autre élément neurochimique qui affecte la qualité de la relation mère-enfant (Truman, 2004). La sérotonine est, de fait, le « système de freinage » naturel du corps qui ralentit le processus d'excitation et donne au cortex préfrontal le temps de réfléchir. Truman (2004) souligne les recherches qui concluent que des niveaux de sérotonine anormalement bas contribuent aux comportements agressifs et qui établissent un lien entre le faible niveau du gène producteur de sérotonine et les mauvais traitements graves subis par les enfants. Ces conclusions sont confortées par des expériences de laboratoire sur des singes séparés de leurs mères et élevés par leurs congénères et qui, toute leur vie, ont montré de faibles niveaux de sérotonine. Sans ce « système de freinage » naturel, ils étaient plus agressifs dans leurs jeunes années et consommaient des

quantités excessives d'alcool quand on leur en donnait l'occasion (Maté, 2008, p. 190).

La dopamine peut aussi jouer un rôle dans la transmission intergénérationnelle du traumatisme. La dopamine est un neurotransmetteur libéré par les fibres nerveuses dans les circuits de dopamine, localisés dans le cerveau limbique (Maté, 2008). C'est la source de notre « joie de vivre », qui déclenche la passion, l'excitation, la volonté d'agir, d'explorer et, tout simplement, la volonté de vivre (Volkow, comme cité dans Truman, 2004). Strathearn (2011) souligne la preuve que la stimulation au début du développement a un impact sur le circuit dopaminergique. Parmi ces impacts on relève : « la réduction de la fixation du transporteur de dopamine dans le [striatum ventral]⁹, des niveaux élevés de la dopamine de base et l'augmentation de la libération de la dopamine en réponse au stress aigu à l'âge adulte » (Strathearn, 2011, p. 1058). L'efficacité réduite de la fixation dans le circuit dopaminergique est associé avec « plusieurs formes d'inadaptation dans l'enfance et à l'âge adulte, comme l'agression et d'autres problèmes d'externalisation chez les enfants » (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2006, p. 406). La dopamine joue également un rôle dans les processus cognitifs et émotifs (Strathearn, 2011). Par conséquent, des soins maternels insuffisants peuvent avoir pour résultat un attachement¹⁰ désorganisé chez les enfants, caractérisé par le manque de stratégies cohérentes dans la réaction au stress¹¹ (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2011), ce qui entraîne

⁹ Le striatum ventral fait partie du cerveau limbique qui est un « élément essentiel du circuit neuronique qui sous-tend le traitement des récompenses » (Caseras, Lawrence, Murphy, Sage, & Phillips, 2013, p. 533).

¹⁰ L'attachement désorganisé est caractérisé par un manque de comportement d'attachement clair, dans lequel les enfants semblent à la fois être réconfortés et effrayés par leurs parents ou tuteurs. Leurs actions et leurs réponses sont donc empreintes de confusion avec des comportements également confus y compris l'évitement ou la résistance Psychology,About.com, 2014)

¹¹ Si le lien entre une éducation dure et insensible des enfants et le développement chez ces derniers de comportements agressifs et antisociaux est bien documenté, la relation entre les soins maternels, le circuit dopaminergique et les effets sur le comportement est beaucoup plus complexe. Récemment, des études ont montré que c'est le polymorphisme du gène DRD4 7 R en particulier qui est associé avec une moindre efficacité de réception (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2006 ; 2007). Les enfants avec présence de l'allèle du gène DRD4 7 R sont les plus susceptibles de problèmes de comportement et cette susceptibilité est aussi affectée par les interactions gènes-environnement (Ibid.).



© Crédit : Getty Images.ca, réf. 105774513

alors un comportement de manque de prise en soins maternels à l'âge adulte (Strathern, 2011). En outre, le circuit dopaminergique joue également un rôle dans le développement des addictions. Des études sur des rats longtemps séparés de leur mère et isolés, faisaient état d'« une plus grande sensibilité aux psychostimulants comme la cocaïne, qui activent les neurones dopaminergiques, ce qui peut entraîner une plus grande vulnérabilité aux addictions » (Meaney et al., 2002 comme cité dans Strathern, 2011, p. 1058). Quand la fonction de la dopamine est diminuée, la sensibilité à des stimuli autres que la drogue est diminuée et il en résulte une inhibition frontale qui contribue à une prise compulsive de drogue et à une perturbation du contrôle des inhibitions (Volkow, Fowler, Wang, & Swanson, 2004).

Il y a également de plus en plus de preuves qu'un traumatisme subi de manière précoce dans la vie peut se traduire par des changements dans

l'activité ou l'expression génétique du fait de modifications épigénétiques (Roth et al., 2009; Lipton, 2002; Malaspina et al., 2008, Perry, 2008). Lipton (2002), un pionnier dans le domaine du développement prénatal et périnatal soutient que le bien-être futur des enfants commence dans l'utérus où le cerveau prénatal est stimulé par l'environnement de la mère. Du fait du stress subi par la mère, les cellules de l'embryon se mettent en mode de protection, entravant une expression génique saine et minant la bonne croissance du fœtus. Ce point de vue est soutenu par plusieurs études qui démontrent que le ressenti de l'environnement dans l'utérus joue un rôle crucial dans l'expression génique, un processus appelé la modification épigénétique. Par exemple, dans une étude portant sur la maltraitance d'un enfant, à l'aide d'un modèle expérimental faisant appel à des rats, Roth et al. (2009) ont trouvé qu'un traumatisme au début de la vie changeait le fonctionnement

du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF). Ce gène est actif dans l'hippocampe, le cortex et le prosencéphal basal, zones du cerveau essentielles à la connaissance chez les adultes et à la santé émotionnelle. Par ailleurs, ils ont observé aussi cette même méthylation modifiée BDNF ADN¹² dans la progéniture de femelles qui avaient auparavant subi des mauvais traitements, soulignant qu'un mécanisme épigénétique moléculaire sous-tend « une perpétuation transgénérationnelle, et qui dure toute la vie, des modifications dans l'expression génique et dans le comportement, provoquée par la maltraitance et la négligence subies très tôt dans la vie » (p. 760). Par conséquent, les expériences vécues pendant l'enfance procurent un « environnement d'apprentissage qui sert à programmer la qualité du comportement maternel envers la prochaine génération » (p. 761).

¹² La méthylation de l'ADN est un « processus biochimique qui implique l'attache d'un groupement méthyle aux nucléotides cytosine ou adénine de l'ADN. [il] modifie de manière stable l'expression des gènes dans les cellules » lorsqu'elles se divisent (Wikipedia, 2013b, para. 1). C'est une des méthodes utilisées pour réguler l'expression génique, et le changement qui en résulte est normalement permanent.

Processus sociaux

Nous arrivons à la dernière voie principale de la transmission intergénérationnelle du traumatisme présentée dans cette étude, les processus sociaux. Les peuples autochtones se sont vus imposer des changements importants, sociaux, environnementaux, culturels et politiques par les colonisateurs et ont enduré une discrimination largement répandue et des niveaux incroyables de traumatisme et de pertes. Ces conditions ont eu de graves conséquences sur la santé et le bien-être d'un grand nombre d'Autochtones (Tait, 2003). Il s'agit, notamment de la marginalisation continue, sociale et économique et des niveaux variables de tension due à l'acculturation qui se manifestent par une mauvaise santé mentale, « des sentiments de marginalisation et d'aliénation, de plus hauts niveaux de symptômes psychosomatiques et la confusion d'identité » (Berry, Kim, Minde, & Mok, 1987, p. 492). Si certaines personnes ont élaboré diverses stratégies d'adaptation au stress et à l'adversité, leur permettant de mener des vies raisonnablement saines, voire prospères, d'autres en sont moins capables et se sont tournées vers

des stratégies et des comportements négatifs. Les enfants apprennent ces stratégies et ces comportements, y compris l'abus de substance et la violence, de même que des modes d'éducation des enfants et des modes d'attachement viciés (Bombay et al., 2009; Yellow Horse Brave Heart, 2003) auprès de leurs parents et tuteurs et d'autres personnes de la communauté, et les conservent à l'âge adulte. De cette façon, ils risquent de contribuer à la transmission continue du traumatisme d'une génération à l'autre.

Les pensionnats ont eu des effets catastrophiques sur la vie des personnes, les familles et les communautés avec des répercussions durables sur la santé et le bien-être des générations suivantes (RCAP, 1996). Avant l'avènement des pensionnats, les communautés traditionnelles des Premières Nations étaient structurées, non seulement autour de la famille nucléaire, mais elles intégraient aussi la famille élargie (Haig-Brown, 1988). En retirant la responsabilité de l'éducation des enfants de la communauté et en la confiant aux mains de l'église et du gouvernement, les pensionnats ont contribué à briser les relations familiales et la cohésion de la communauté (Tait, 2003). Comme

le note Dieter (1999), l'expérience des pensionnats s'étend sur quatre ou cinq générations pour la majorité des peuples des Premières Nations au Canada.

Les premiers pensionnats destinés aux Autochtones remontent aux années 1850 (AANDC, 2014). Toutefois, après l'acceptation par le gouvernement fédéral du Rapport de Davin de 1879, des pensionnats financés par le gouvernement fédéral et gérés par les églises ont été établis à travers le pays en tant que mécanismes de christianisation et d'assimilation des peuples autochtones en formant et en influençant les personnes dont l'identité était la plus malléable, les enfants (Tait, 2003). Au début, les dispositions relatives à l'obligation de fréquenter les pensionnats étaient limitées. Toutefois, en 1920 ces dispositions ont été étendues pour inclure tous les enfants des Premières Nations âgés de 7 à 15 ans et d'autres ont été rajoutées, avec l'institution d'agents de surveillance. Ces derniers pouvaient pénétrer dans les maisons, saisir de force les enfants, et imposer des peines aux parents « Indiens » refusant de suivre les règles. (Claes & Clifton, 1998; Miller, 1996). L'échelle et l'étendue de la fréquentation scolaire résidentielle ont encore pris de



l'ampleur en 1930 avec l'obligation de fréquenter les pensionnats jusqu'à 16 ans, puis encore dans les années 1940-50 avec le début du transfert des enfants Inuit vers les pensionnats (Ibid). Même s'il était souvent difficile d'appliquer le principe de fréquentation obligatoire, le nombre d'élèves autochtones dans les pensionnats a augmenté conformément aux nouvelles dispositions de fréquentation obligatoire. Au plus fort du système des pensionnats, 75 % des enfants des Premières Nations de 6 à 15 ans fréquentaient ces écoles (Armitage, 1995; Claes & Clifton, 1998).

Malgré les dispositions de fréquentation obligatoire, l'éducation dispensée dans les pensionnats a été généralement considérée comme inadéquate, car la plupart des élèves autochtones quittaient le pensionnat uniquement formés à effectuer de menus travaux (Tait, 2003). Le programme scolaire consistait en une demi-journée consacrée à l'acquisition de notions de base en lecture, écriture et arithmétique et une demi-journée de travail manuel. (Miller, 1996). Les normes d'éducation étaient très inférieures à celles de l'éducation des enfants non-autochtones. Les écoles étaient généralement insuffisamment financées et les professeurs souvent

peu qualifiés (Miller, 1996; Haig-Brown, 1988; Fournier & Crey, 1997; Tait, 2003). Sans surprise, on a estimé qu'entre 1890 et 1950, « la plupart des élèves ne dépassaient pas le niveau de la 3^e année » (Tait, 2003, p. 65). L'échec des pensionnats à dispenser une éducation suffisante a ainsi contribué à la fabrication d'un héritage de pauvreté et de marginalisation sociale et économique continue dans les communautés autochtones. Ce statut socio-économique inférieur a été associé à l'abus d'alcool (Brody, 1977; Smart & Ogborn, 1986; Whitehead & Hayes, 1988) et au dysfonctionnement de la famille, ce qui a entraîné des impacts intergénérationnels (comme cité dans Tait, 2003).

La philosophie des pensionnats et l'environnement dans lequel les étudiants ont été élevés ont eu pour conséquences des impacts intergénérationnels en matière de santé et de problèmes sociaux dans de nombreuses communautés autochtones. Les écoles avaient pour mandat d'inculquer des valeurs non autochtones aux enfants et d'éliminer toutes les expressions de culture et d'individualité autochtone (Law Commission of Canada, 2000). On interdisait aux

étudiants de parler leurs langues et leur culture était dénigrée ou mise à l'écart. Ils ont été souvent exposés à une discipline et à des châtiments excessifs destinés à causer douleur et humiliation, de même qu'à des abus physiques, psychologiques et sexuels (Tait, 2003). Ces conditions ont contribué à un rejet de tout ce qui est autochtone par les plus jeunes générations (Ing, 1991), à la création d'un fossé entre les enfants et leurs parents et les aînés (McLeod, 1988), à l'intériorisation d'un sentiment d'infériorité et de honte, à des sentiments d'impuissance et à la perte de structure et de cohésion dans les familles et les communautés (Tait, 2003). Interdits d'accès à leurs familles et au soutien émotionnel qu'elles peuvent apporter, de nombreux étudiants ont développé des problèmes de mauvaise estime de soi et de perception de soi., des comportements autodestructeurs, de l'anxiété, de la dépression, des difficultés à faire confiance à autrui, de la colère et de l'hostilité et des problèmes d'usage de drogues (Langeland & Hartgers, 1998 comme cité dans Tait, 2003, p. 40). Une fois de retour dans leurs communautés, ils étaient incapables de poursuivre des relations saines d'adultes ou d'élever leurs propres enfants (RCAP, 1996).



L'expérience des pensionnats a laissé des impacts intergénérationnels liés à l'abus de substance (surtout l'alcool), tels que la maltraitance des enfants, les problèmes de santé mentale, et le dysfonctionnement des familles qui touchent aussi les générations suivantes chez les Autochtones (RCAP, 1996).

Yellow Horse Brave Heart (2003) soutient que les expériences traumatisantes du même type que celles liées à la scolarisation dans les pensionnats ont influencé de manière négative « les facteurs de protection contre l'abus de substance, comme les compétences parentales, le soutien affectif des parents et la participation des parents à la scolarisation de l'enfant » (p. 9). L'expérience des pensionnats a contribué à interrompre la transmission intergénérationnelle de bonnes pratiques d'éducation des enfants et à susciter de nouveaux comportements et modèles négatifs d'interactions familiales avec des effets négatifs sur le développement du nourrisson et de l'enfant (Evans-Campbell, 2008; Fossum & Mason, 1986). Elle a également transmis l'image d'un gouvernement qui ne considérait pas l'environnement familial autochtone comme un lieu approprié pour élever les enfants, un message renforcé par la surreprésentation continue des enfants retirés de leur foyer dans une société contemporaine en raison du manque de prise en soins des parents (Evans-Campbell, 2008). Ce message a été souvent intériorisé par les parents et les enfants, les remplissant de doutes sur eux-mêmes, leur propre culture et leurs modes traditionnels d'éducation des enfants (Evans-Campbell, 2008).

Bombay et al. (2009) présentent un modèle de transmission intergénérationnelle du traumatisme par les processus sociaux. Le modèle s'attache aux expériences négatives vécues dans l'enfance de la première génération (maltraitance, négligence, l'insuffisance parentale, le dysfonctionnement du foyer) qui ont

pour conséquences le développement d'une mauvaise estime de soi, des comportements négatifs et de mauvaises stratégies d'adaptation. Tous ces facteurs entraînent à leur tour davantage d'expériences de stress, une mauvaise santé mentale et des réactions plus marquées aux facteurs de stress, ce qui entraîne des déficiences dans les compétences parentales. La génération suivante est ainsi exposée à de mauvaises expériences dans son enfance et développe à son tour des comportements négatifs conservés à l'âge adulte et ainsi de suite, perpétuant le cycle. Non seulement les enfants apprennent des choses indirectement de leurs parents et des tuteurs, mais les conditions défavorables dans le ménage contribuent aussi à un risque élevé d'exposition à d'autres facteurs de stress. Par exemple, la maltraitance dans l'enfance peut influencer négativement les résultats scolaires, la capacité à établir et à conserver des relations proches et les processus de prise de décision. Tout cela peut conduire à un plus grande risque d'exposition à des facteurs de stress à l'âge adulte (Bombay et al., 2009, p. 19). Le comportement des parents joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et de l'autosuffisance. Ces traits permettent d'atténuer les conséquences négatives d'expériences stressantes et facilitent le développement de compétences d'adaptation (Ibid., p. 20).

Les processus sociaux impliqués dans la transmission intergénérationnelle de traumatisme ne concernent cependant pas les seules familles, mais s'étendent à toutes les communautés dans lesquelles vivent des Autochtones. Les processus de colonisation, y compris le système d'école résidentiel et les politiques de bien-être de l'enfant ont conduit au retrait d'un nombre disproportionné d'enfants autochtones de leurs foyers à la suite de la négligence de leurs parents ou tuteurs et ont encouragé les conditions défavorables (notamment la pauvreté, de faibles niveaux d'éducation,

Il est difficile pour les individus de briser le cycle de traumatisme intergénérationnel dans un environnement qui voit le dysfonctionnement comme la norme et où il manque des modèles forts et du soutien de la part de la communauté.

un habitat inadéquat et surpeuplé, la discrimination, le manque d'intérêt des parents, le manque de modèles, la perte d'identité culturelle). Ces conditions ne font que renforcer le stress vécu par les personnes et la perpétuation de mauvaises stratégies d'adaptation et du traumatisme continu ressentis intensément non seulement au foyer mais aussi au sein de la communauté (Gone, 2013; Bombay et al., 2009). En fait, Bombay et al. (2009) soutiennent que l'accent mis sur les effets individuels du traumatisme fait souvent négliger les effets collectif, pourtant tout aussi importants pour comprendre la transmission intergénérationnelle du traumatisme. Les effets du traumatisme collectif, incluant un « déclin dans des relations sociales traditionnelles dans la famille et dans la communauté, le déclin de la production de subsistance et des activités de distribution et la perception d'une augmentation de la consommation d'alcool, de l'usage des stupéfiants et de la violence domestique et des problèmes associés » ont modifié la dynamique sociale, les processus, les structures et le fonctionnement de la société (Bombay et al., 2009, p. 23). Evans-Campbell (2008) ajoute que la perte de beaucoup d'enfants de manière simultanée pendant l'ère des pensionnats a eu des implications considérables sur la souffrance émotionnelle et a entraîné des pertes de capacité humaine, ainsi qu'une incapacité de la communauté à protéger

sa langue et sa culture. À son tour la communauté a été affectée par un état de malaise social, un affaiblissement des structures sociales et à titre d'effets secondaires des taux élevés. Si quelques communautés autochtones ont su élaborer des facteurs de protection (voir par exemple le travail de Chandler & Lalonde, 1998) et ne rencontrent que peu de problèmes sociaux, juridiques et sanitaires qui jouent le rôle de facteurs de stress contribuant à la perpétuation du traumatisme dans les familles et dans les communautés, d'autres communautés sont au contraire tourmentées par un grand nombre de problèmes sociaux devenus la norme. Comme le notent Whitehead et Hayes (1998), l'abus d'alcool n'est pas seulement lié aux problèmes de santé mentale et à la détresse psychologique mais aussi aux problèmes sociaux comme un statut socio-économique inférieur et constitue une réponse aux normes sociales en place dans certains endroits. L'abus d'alcool, est quant à lui, associé à une plus grande incidence de violence, d'actes criminels, de suicides et d'emprisonnement (Kirmayer, et al., 1992; Hiller, Knight, & Simpson, 1999; Peters, Greenbaum, Edens, Carter & Ortiz, 1998; Grobsmith, 2008). Il est difficile pour les individus de briser le cycle de traumatisme intergénérationnel dans un environnement qui voit le dysfonctionnement comme la norme et où il manque des modèles forts et du soutien de la part de la communauté.



... il faudra mettre en œuvre des approches visant non seulement à traiter les symptômes de ce traumatisme mais aussi sa guérison et la reconstruction au niveau individuel, des familles et des communautés afin de briser la transmission intergénérationnelle du traumatisme. Un élément essentiel de ce processus sera de rétablir un sentiment de fierté et d'identité tant individuelle que collective en ayant recours à des activités « promotion de la culture comme traitement »

(Gone, 2013).

3.0 CONCLUSION



Si l'on veut concevoir des stratégies plus efficaces permettant de s'occuper de la santé et du bien-être des Autochtones, il est essentiel de comprendre la nature du traumatisme éprouvé par les survivants autochtones du système des pensionnats et par leurs descendants et les voies par lesquelles ce traumatisme a été transmis d'une génération à l'autre. Cette compréhension doit aller au-delà des conceptions occidentales du traumatisme et inclure la nature collective et cumulative du traumatisme expérimenté par les générations de familles autochtones ainsi que le lien entre le traumatisme historique et ses manifestations actuelles. Il faut aussi une meilleure compréhension de chacune des voies principales par lesquelles ce traumatisme peut être transmis et de leurs interactions.

Compte tenu de la complexité du traumatisme historique pour les peuples autochtones, et si on veut briser le mécanisme de la transmission intergénérationnelle du traumatisme, il est clair qu'il faudra recourir à des approches holistiques et multi-facettes permettant d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. Le sentiment profond de honte ressenti par de nombreux Autochtones est enraciné avant tout dans les processus du colonialisme qui a dénigré la culture et les valeurs autochtones détruisant l'estime de soi de ces populations. Les effets sont intensément ressentis par les personnes, les familles, les communautés et les nations et ils affectent tous les aspects de la vie. Par conséquent, il faudra mettre en œuvre des approches visant non seulement à traiter les symptômes de ce traumatisme mais aussi sa guérison et la reconstruction au niveau individuel, des familles et des communautés afin de briser la transmission intergénérationnelle du traumatisme. Un élément essentiel de ce processus sera de rétablir un sentiment de fierté et d'identité tant individuelle que collective en ayant recours à des activités « promotion de la culture comme traitement » (Gone, 2013). Ces approches doivent intégrer non seulement le domaine de la santé mais d'autres domaines tels que l'éducation.



RÉFÉRENCES

(anglais seulement)

- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada. [AANDC] (2014). *Residential schools*. Ottawa, ON: Author. Retrieved November 15, 2011 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1302882353814/1302882592498>
- Agaibi, C.E., & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6: 195. DOI: 10.1177/1524838005277438
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 174-186.
- Anisman, H., Merali, Z., & Hayley, S. (2008). Depressive disorders: Contribution of cytokines and other growth factors. In M. Herzen & A.M. Gross (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp. 779-809). New York: Wiley.
- Armitage, A. (1995). *Comparing the policy of Aboriginal assimilation: Australia, Canada, New Zealand*. Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & van Ijzendoorn, M.H. (2006). Gene-environment interaction of the dopamine D4 receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalizing behavior in preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 48: 406-409.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & van Ijzendoorn, M.H. (2007). Research review: Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: The case of attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12) 1160-1173.
- Berry, J.W., Kim, U., Minde, T., & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21(3): 491-511.
- Bloom, S.L. (1999). *Trauma theory abbreviated*. Philadelphia, PA: CommunityWorks, from the Final Action Plan: A Coordinated Community-Based Response to Family Violence, Attorney General of Pennsylvania's Family Violence Task Force. Retrieved March 25, 2013 from <http://iheartenglish.pbworks.com/f/Trauma+Theory+Explained+14+pages.pdf>
- Boccia, M.L., & Pedersen, C.A. (2001). Brief vs. long maternal separations in infancy: Contrasting relationships with adult maternal behavior and lactation levels of aggression and anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 26(7): 657-72.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, November: 6-47.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1): 20-28.
- Bower, G.H., & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10: 625-653.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brassfield, C.R. (2001). Residential school syndrome. *B.C. Medical Journal*, 43(2): 78-81.
- Brody, H. (1977). Alcohol, change and the industrial frontier. *Etudes/Inuit/Studies*, 1(2): 31-47.
- Bryant-Davis, T. (2007). Healing requires recognition: The case for race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*, 35: 135. DOI: 10.1177/0011000006295152
- Calkins, S.D., & Leerkes, E.M. (2011). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. In K.D. Vohs & R.F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation (2nd edition): Research, theory, and applications* (pp. 355-373). New York: Guilford Press.
- Caseras, X., Lawrence, N.S., Murphy, K., Wise, R.G., & Phillips, M.L. (2013). Ventral striatum activity in response to reward: Differences between Bipolar I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 170: 533-541.
- Champagne, F., Diorio, J., Sharma, S., & Meaney, M.J. (2001). Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98: 12736-41.
- Chandler, M., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2): 191-219.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2011). The effects of child maltreatment and polymorphisms of the serotonin transporter and dopamine D4 receptor genes on infant attachment and intervention efficacy. *Development and Psychopathology*, 23: 357-372.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 541-65.
- Claes, R., & Clifton, D. (1998). *Needs and expectations of redress of victims of abuse*. Ottawa, ON: Law Commission of Canada. Retrieved November 4, 2014 from <http://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/10440/Sage%20Research%20Redress%20EN.pdf?sequence=1>

- Corrado, R.R., & Cohen, I.M. (2003). *Mental health profiles of a sample of British Columbia's survivors of the Canadian residential school system*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Culp, R., Richardson, M., & Heide, J. (1987). Differential developmental progress of maltreated children in day treatment. *Social Work, 32*: 497-9.
- Dayton, T. (2000). *Trauma and addiction: Ending the cycle of pain through emotional literacy*. Deerfield Beach, FL: Health Communications Inc.
- Deiter, C. (1999). *From our mothers' arms: The intergenerational impact of residential schools in Saskatchewan*. Toronto, ON: United Church Publishing House.
- Dickerson, S.S., & Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin, 130*(3): 355-391.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. London, GB: Penguin Books.
- Duran, E. (2006). *Healing the soul wound: Counseling with American Indians and other Native peoples*. New York: Teachers College Press, Columbia University.
- Dutton, D.G., & Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal, 1*(4): 139-155.
- Evans-Campbell, T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaskan communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of Interpersonal Violence, 23*: 316. DOI: 10.1177/0886260507312290
- Evans-Campbell, T., & Walters, K.L. (2006). Indigenous practice competencies in child welfare practice: A decolonization framework to address family violence and substance abuse among First Nations peoples. In R. Fong, R. McRoy, & C. Ortiz Hendricks (Eds.), *Intersecting child welfare, substance abuse, and family violence: Culturally competent approaches* (pp. 266-290). Washington, DC: CSWE Press.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*: 245-58.
- Fossum, M.A., & Mason, M.J. (1986). *Facing shame: Families in recovery*. New York, NY: Norton.
- Fournier, S., & Crey, E. (1997). *Stolen from our embrace: The abduction of First Nations children and the restoration of Aboriginal communities*. Toronto, ON: Douglas and McIntyre.
- Francis, D.D., Young, L.J., Meaney, M.J., & Insel, T.R. (2002). Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: Gender differences. *Journal of Neuroendocrinology, 14*(5): 349-53.
- Gone, J.P. (2013). Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for indigenous culture as mental health treatment. *Transcultural Psychiatry, 0*(0): 1-24. DOI: 10.1177/1363461513487669
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J.F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry, 68*(4): 377-82.
- Gregory, M. (n.d.). Endocrine system. *General Biology 2 (Bio 102) notes*. Plattsburgh, NY: State University of New York – Clinton Community College. <http://faculty.clintoncc.suny.edu/faculty/michael.gregory/files/bio%20102/bio%20102%20lectures/endocrine%20system/endocrin.htm>
- Grobsmith, E.S. (2008). The relationship between substance abuse and crime among Native American inmates in the Nebraska Department of Corrections. *Human Organization, 48*(4): 285-98.
- Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and renewal: Surviving the Indian residential school*. Vancouver, BC: Tillicum Library.
- Hardy, C. (2013). *Caregiver-infant attachment for Aboriginal families*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Heim, C., Newport, D.J., Mletzko, T., Miller, A.H., & Nemeroff, C.B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33*: 693-710.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3): 377-389.
- Hildyard, K.L., & Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*(6/7): 679-695.
- Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction, 94*: 833-842. doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.9468337.x
- Ing, N.R. (1991). The effects of residential schools on Native child-rearing practices. *Canadian Journal of Native Education, 18*(Supplement): 67-116.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48*: 191-214.
- Kirmayer, L.J., Hayton, B., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Quesney, C. et al. (1992). *Suicide in Canadian Aboriginal populations: Emerging trends in research and intervention*. Montreal, QC: Culture and Mental Health Research Unit.
- LaFrance, J., & Collins, D. (2003). Residential schools and Aboriginal parenting: Voices of parents. *Native Social Work Journal, 4*(1): 104-125.
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol, 59*(3): 336-48.
- Law Commission of Canada. (2000). *Institutional child abuse-restoring dignity: Responding to child abuse in Canadian institutions*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.
- Lengua, L.J., & Long, A.C. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal-coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology, 23*(4): 471-493.
- Levendosky, A.A., & Graham-Bermann, S.A. (2000). Trauma and parenting in battered women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 3*(1): 25-35.
- Levine, P.A., & Kline, M. (2006). *Trauma through a child's eyes*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levine, P.A., & Kline, M. (2008). *Trauma proofing your kids*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Lipton, B.H. (2002). *Nature, nurture and the power of love: The biology of conscious parenting*. Video produced by Jenny Myers Productions. Retrieved October 13 from www.spirit.2000.com
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Aboriginal experiences with racism and its impacts*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

- Majer, M., Nater, U.M., Lin, J.-M.S., Cuperon, L., & Reeves, W.C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: A pilot study. *BMC Neurology*, 10 61.
- Malaspina, D., Corcoran, C., Kleinhaus, K.R., Perrin, M.C., Fennig, S., Nahon, D. et al. (2008). Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: A cohort prospective study. *BMC Psychiatry*, 8(special section): 1-9.
- Maté, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addictions*. Toronto, ON: Alfred Knopf.
- McLeod, N. (1988). Coming home through stories. *International Journal of Canadian Studies*, 18: 51-66.
- Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-92.
- Meaney, M.J., Brake, W., & Gratton, A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: A neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2): 127-38.
- Menzies, P. (2010). Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work Journal*, 7: 63-85.
- Michalska, K., Decety, J., Liu, C., Chen, Q., Martz, M.E., Jacob, S. et al. (2014). Genetic imaging of the association of oxytocin receptor gene (OXTR) polymorphisms with positive maternal parenting. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, DOI 10.3389/fnbeh.2014.00021
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2): 77-102.
- Miller, D. (2002). Addictions and trauma recovery: An integrated approach. *Psychiatric Quarterly*, 37(2): 157-170.
- Miller, G.E., Chen, E., & Zhou, E.S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1): 25-45.
- Miller, J.R. (1996). *Shingvauk's vision: A history of native residential schools*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Native Women's Association of Canada [NWAC]. (2009). *Violence against Aboriginal women in Canada. Backgrounder*. Ottawa, ON: NWAC. Retrieved August 7, 2009 from <http://www.nwac-hq.org/en/documents/Backgrounder-Violence.pdf>
- Neckoway, R., Brownlee, K., & Castellan, B. (2007). Is attachment theory consistent with Aboriginal parenting realities? *First Peoples Child & Family Review*, 3(2): 65-74.
- Perry, B.D. (Speaker) (2008). *First Impressions... exposure to violence and a child's developing brain*. Sacramento, CA: Video produced by Iron Mountain Films for the California Attorney General's Office. Retrieved January 22, 2012 from www.safestate.org
- Perry, B.D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14:240-255.
- Peters, R.H., Greenbaum, P.E., Edens, J.F., Carter, C.R., & Ortiz, M.M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4): 573-87.
- Psychology - About.com. (2014). Disorganized attachment. Retrieved March 14, 2014 from http://psychology.about.com/od/loveandattraction/ss/attachmentstyle_7.htm
- Rice, B., & Snyder, A. (2008). Reconciliation in the context of a settler society: Healing the legacy of colonialism in Canada. In M.B. Castellano, L. Archibald, & M. DeGagné (Eds.), *From truth to reconciliation: Transforming the legacy of residential schools* (pp. 43-63). Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Robertson, L.H. (2006). The residential school experience: Syndrome or historic trauma. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 4(1): 1-28.
- Ross, R. (1996). *Returning to the teachings: Exploring Aboriginal justice*. Toronto, ON: Penguin Canada.
- Roth, T.L., Lubin, F.D., Funk, A.J., & Sweatt, J.D. (2009). Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biological Psychiatry*, 65: 760-769.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55(10): 1093-1104.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples- Vol. 1: Looking forward, looking back*. Ottawa, ON: Ministry of Supply and Services Canada. Retrieved November 14, 2014 from <http://caid.ca/RepRoyCommAborigPple.html>
- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 9-30.
- Scrim, K. (2013). Aboriginal victimization in Canada: A summary of the literature. *Victims of Crime Research Digest*, 3. Retrieved March 6, 2014 from <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/victim/rd3-rr3/p3.html>
- Siegel, D.J. (2012). *The developing mind: How relationship and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Smart, R.G., & Ogborne, A.C. (1986). *Northern spirits: Drinking in Canada then and now*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation.
- Söchting, I., Corrado, R., Cohen, I.M., Ley, R.G., & Brasfield, C. (2007). Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization. *BC Medical Journal*, 49(6): 320-326.
- Sotero, M. (2006). A conceptual model of historical trauma: Implication for public health practice and research. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 1(1): 93-108.
- Strathearn, L. (2011). Maternal neglect: Oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology*, 23: 1054-1065.
- Tait, C.L. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved November 12, 2014 from <http://www.ahf.ca/downloads/fetal-alcohol-syndrome.pdf>
- Troniak, S. (2011). *Addressing the legacy of residential schools*. Ottawa, ON: Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament Publication No. 2011-76-E.
- Truman, W. (Producer and Director) (2004). *The emotional brain: anger*. In *Passion and Fury* (television series). Canadian Broadcasting Association and the Australian Broadcasting Association.

- Uno, H., Tarara, R., Else, J.G., Suleman, M.A., & Sapolsky, R.M. (1989). Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *Journal of Neurosciences*, 9: 1705-11.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North American*, 12(2): 389-411.
- Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12: 293-317.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.-J., & Swanson, J.M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: Results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9: 557-569.
- Waldram, J.B. (2004). *Revenge of the Windigo: The construction of the mind and mental health of North American Aboriginal peoples*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Weinberg, M., & Tronick, E. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: 53-61.
- Whitehead, P.C., & Hayes, M.J. (1988). *The insanity of alcohol: Social problems in Canadian First Nations communities*. Toronto, ON: Canadian Scholar's Press Inc.
- Wikipedia (2013a). Hypothalamic-Pituitary-adrenal axis, http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamic%E2%80%93pituitary%E2%80%93adrenal_axis
- Wikipedia (2013b). DNA methylation, http://en.wikipedia.org/wiki/DNA_methylation
- Wikipedia (2014). Somatization Disorder. http://en.wikipedia.org/wiki/Somatization_disorder
- Wisner Fries, A.B., Ziegler, T.E., Kurian, J.R., Jacoris, S., & Pollak, S.D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(47) 17237-17240.
- Yehuda, R. (2002). Current concepts: Post traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346(2): 108-114.
- Yellow Horse Brave Heart, M. (2003). The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1): 7-13.



