

**Troisième Rapport Intérimaire**  
**Évaluation communautaire des**  
**programmes financés par**  
**la Fondation autochtone de guérison**



© 2003 Fondation autochtone de guérison

Publié par :

Fondation autochtone de guérison  
Pièce 801 - 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Téléphone : (613)237-4441

Ligne sans frais : (888)725-8886

Télécopieur : (613)237-4442

Courriel : [programs@ahf.ca](mailto:programs@ahf.ca)

Conception & production  
Fondation autochtone de guérison

L'utilisation non autorisée du nom « Fondation autochtone de guérison »  
et du logo de la Fondation est interdite

La reproduction de ce document à des fins non commerciale est cependant encouragée.

This document is also available in English.



Troisième Rapport Intérimaire  
Évaluation communautaire des programmes financés par la  
Fondation autochtone de guérison

Préparé par Kishk Anaquot Health Research  
Juin 2003

---



---

## Table des matières

<b>Définitions</b> .....	v
<b>Sommaire</b> .....	ix
<b>1. Introduction</b> .....	1
<b>2. Méthodes</b> .....	5
2.1 Limitations .....	10
<b>3. Qui, Quoi, Où et Quand</b> .....	13
3.1 Qui .....	14
3.1.1 Caractéristiques des participants .....	14
3.1.1.1 Participation aux projets de guérison .....	14
3.1.1.2 Participation aux projets de formation .....	17
3.1.1.3 Défis à relever par les participants .....	19
3.1.1.4 Critères de sélection des participants .....	22
3.1.2 L'équipe .....	22
3.1.2.1 Personne survivante comme guérisseuse/guérisseur .....	25
3.2 Quoi .....	27
3.2.1 Répartition des ressources .....	27
3.2.2 Besoins identifiés .....	31
3.3 Où .....	35
3.4 Quand .....	38
<b>4. Rapport d'évaluation sur les résultats des projets</b> .....	43
4.1 Influence exercée sur les personnes .....	48
4.2 Influence exercée sur les collectivités .....	60
4.2.1 Établir des partenariats et assurer la durabilité .....	60
4.2.2 Faire participer les personnes survivantes .....	64
4.2.3 Rejoindre les personnes ayant les plus grands besoins .....	67
4.3 Leçons retenues .....	68
4.4 Meilleures pratiques .....	72
4.4.1 Adaptation des approches traditionnelles .....	75
4.4.2 Adaptation des pratiques occidentales .....	77
4.5 Défis les plus importants .....	82
4.5.1 Facteurs contextuels .....	82
4.5.1.1 Surmonter la peur et le déni .....	83
4.5.2 La tâche en cours .....	87
4.5.3 Constitution des équipes et l'encadrement du personnel .....	88



5. <b>Recommandations</b> .....	91
6. <b>Conclusions finales</b> .....	103
Appendice 1) Processus national de la FADG et sondage d'évaluation des répercussions 2002 ...	107
Appendice 2) Questionnaire adressé au participant : Votre expérience personnelle de la démarche de guérison .....	121
Appendice 3) Les voix des projets de guérison : groupes de discussions - les 28-29 mars 2003 ...	129
Appendice 4) Répartition par région des questionnaires retournés .....	133
Appendice 5) Répartition des ressources allouées par la FADG .....	135

### **Cartes**

1) Organisations qui ont retourné le questionnaire de la FADG, 2002 .....	9
---	---

### **Liste des figures**

Figure 1) Fondation autochtone de guérison : Modèle logique .....	3
Figure 2) Organisations qui ont retourné le questionnaire de la FADG, 2002 .....	9
Figure 3) Participation à l'activité de guérison par identité autochtone déclarée par les répondants à l'enquête .....	15
Figure 4) Participation à l'activité de guérison par groupe cible (2000 et 2002) .....	16
Figure 5) Participation à la formation par identité autochtone .....	17
Figure 6) Participation à la formation par groupe cible .....	18
Figure 7) Gravité des problèmes affrontés par les participants .....	20
Figure 8) Répartition des membres des équipes travaillant à plein temps ou à temps partiel par poste .....	23
Figure 9) Subventions par type de projet (2002) .....	29
Figure 10) Répartition des ressources par type d'organisation autochtone .....	29
Figure 11) Répartition des ressources selon le facteur éloignement (2002) .....	30
Figure 12) Nombre de subventions par région (2000 et 2002) .....	31
Figure 13) Coûts estimatifs médians des besoins de programme par type .....	33
Figure 14) Coûts estimatifs des besoins de programme par type .....	34
Figure 15) Fréquence de l'application des diverses approches de guérison .....	35
Figure 16) Situation géographique des endroits où se trouvent les projets financés par la FADG ..	36
Figure 17) Répartition des projets par taille de la collectivité .....	36
Figure 18) Réceptivité de la collectivité à l'égard de l'activité financée par la FADG .....	37
Figure 19) Enjeux et retombées pour la collectivité .....	38
Figure 20) Estimation du nombre de subventions par année (2000-2007) .....	45



Figure 21) Le modèle ou mode général des changements prévus .....	46
Figure 22) Types de services dispensés .....	51
Figure 23) Évaluation des types de services dispensés .....	52
Figure 24) Objectifs généraux des projets - perceptions relatives à leur réalisation .....	53
Figure 25) Réalisation des objectifs personnels .....	54
Figure 26) Objectifs des répondants par type (2002) .....	55
Figure 27) Évaluation des séances de counselling de groupe .....	56
Figure 28) Évaluation des séances individuelles de counselling par thème spécifique .....	57
Figure 29) Évaluation des séances individuelles de counselling par thème général .....	58
Figure 30) Montant total des fonds accordés par source .....	61
Figure 31) Attribution de fonds de longue durée par source .....	62
Figure 32) Valeur totale des dons par type .....	63
Figure 33) Les donateurs les plus généreux par type .....	63
Figure 34) Évaluation des activités de la FADG .....	64
Figure 35) Fréquence de la participation des Survivants à la gestion du projet par activité .....	66
Figure 36) Capacité de rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants .....	67
Figure 37) Facteurs critiques qui influencent de façon significative les résultats découlant des abus d'enfants en Institutions .....	93

#### Liste des tableaux

Tableau 1) Questions fondamentales relatives à l'évaluation .....	5
Tableau 2) Carte d'information sur le rendement de la FADG .....	7
Tableau 3) Identité autochtone des membres de l'équipe de projet à plein temps et à temps partiel .....	24
Tableau 4) Une liste de contrôle pour reconnaître un guérisseur potentiel .....	27
Tableau 5) Mise de fonds de la FADG par type de projet (2000/2002) .....	28
Tableau 6) Besoins suivant l'ordre de priorité (2000 et 2002) .....	32
Tableau 7) Changements visés par la Fondation autochtone de guérison .....	47
Tableau 8) Approches/méthodes occidentales, traditionnelles et alternatives utilisées pour traiter les répercussions intergénérationnelles des pensionnats .....	75
Tableau 9) Considérations s'appliquant à des groupes cibles particuliers .....	96





## Définitions

Ce glossaire des termes vise à assurer une plus grande clarté à ce document. Nous vous invitons donc à lire ces définitions et à vous y reporter au besoin.

**Ambigu** - indéfini ou indéterminé.

**Approches de guérison :**

**Alternatives** - des méthodes intégrant toutes ces stratégies ne faisant pas partie des thérapies conventionnelles, réglementées et assurées par la province, et comprenant, sans en exclure d'autres, l'homéopathie, la naturopathie, l'aromathérapie, la réflexologie, le traitement thérapeutique par massage, l'acupuncture, l'acupressure, le Reiki, la programmation neurolinguistique et la bioénergie.

**Traditionnelles** - des approches intégrant toutes les stratégies de guérison fondées sur la culture, à caractère culturel, comprenant, sans toutefois en exclure d'autres, le cercle de partage, le cercle de guérison, les cercles de la parole, la suerie, les cérémonies, les jeûnes, les fêtes, les célébrations, la quête de vision, les médecines traditionnelles et d'autres pratiques spirituelles.

**Occidentales** - approches intégrant l'ensemble des stratégies pour lesquelles les spécialistes/professionnels ou praticiens de la santé ont été formés dans les institutions occidentales (c.-à-d. des institutions d'enseignement post-secondaire), ce qui se rapporte, sans en exclure d'autres, aux psychologues, aux psychiatres, aux éducateurs, aux médecins en titre et aux travailleurs sociaux. Dans le cas de la plupart de ces professionnels de la santé/praticiens de la médecine conventionnelle occidentale, ils sont régis par des corporations/ordres ou des organisations professionnels, ils ont une couverture d'assurance-responsabilité et ils sont autorisés/reconnus légalement ou leurs services sont couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

**Besoin pressant** - les situations où la Fondation autochtone de guérison a déterminé des indicateurs touchant la santé mentale et la dynamique familiale (c.-à-d. l'abus physique et sexuel, l'incarcération, les enfants pris en charge [placés] et le suicide) qui montrent que le groupe identifié est à risque très élevé, tout comme dans le cas d'indicateurs de comportement (comme la toxicomanie et la violence) permettant d'identifier parmi les membres de la collectivité les personnes et les familles qui sont les plus exposées aux dangers, vulnérables.

**Catalyseur** - un déterminant ou un facteur qui provoque ou accélère un changement ou une intervention significative.

**Court terme** - fait référence aux types de résultats qui sont immédiatement apparents et qui se rapportent généralement à des changements d'ordre cognitif (c.-à-d. dans les attitudes, la motivation, les idées et les connaissances), qu'il est réaliste de viser pendant la durée de la période prévue d'un projet.

**Développement des capacités** - accroissement des capacités, compétences et connaissances chez des guérisseurs, des administrateurs de projets, des bénévoles et des membres de la collectivité.

**Durabilité** - une indication de continuité au-delà des limites fixées pour la durée de la Fondation autochtone de guérison, grâce à des contributions financières d'autres organismes/bailleurs de fonds ou grâce à des contributions ou des efforts bénévoles.





**Échelon** - un groupe de personnes occupant un niveau ou un rang particulier au sein d'une organisation.

**Effets ou séquelles intergénérationnelles des pensionnats** - fait référence aux effets directs et indirects des abus physiques et sexuels dont ont été victimes des élèves dans les pensionnats. Au nombre de ces séquelles ou répercussions, on compte celles subies par les Survivants, par les membres de leur famille, leurs descendants et les collectivités (y compris les communautés d'intérêt commun). Ces séquelles peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, la violence familiale, l'abus des substances psychoactives, l'abus d'alcool et de drogues, l'abus physique et sexuel, la perte des compétences parentales et les comportements d'auto-destruction.

**Efficacité** - efficience/efficacité, rendement ou compétence.

**Efforts de guérison** - fait référence à l'ensemble des activités de guérison, qu'il s'agisse de programme, de foyer, d'institution ou d'activités dans un centre.

**Émancipé** - affranchi (c.-à-d. de la garde, de l'autorité ou de la tutelle parentale).

**Extrants** - produit du travail ou service dispensé.

**Génogramme** - la version d'un arbre généalogique que fait un thérapeute en faisant la représentation graphique d'une famille.

**Guérison holistique** - rétablissement ou guérison de l'esprit, du corps, de la pensée et des émotions.

**Guérison personnelle** - axée sur la croissance personnelle et non sur le développement communautaire.

**Linéaire** - qui est en relation avec, qui a des ressemblances ou qui peut être représenté par une ligne droite.

**Long terme** - fait référence à des résultats pouvant être obtenus de façon réaliste dans 10-15 ans.

**Machisme** - un sentiment aigu de fierté masculine, de masculinité (virilité) exagérée.

**Médian ou médiane** - la médiane est une mesure de tendance centrale (ou le milieu) appliquée en statistique et représentant la ligne de centre. Autrement dit, la moitié de toutes les valeurs se situe au-dessous et au-dessus de la médiane.

**Meilleures pratiques ou meilleurs modèles à suivre** - des activités qui semblent bien fonctionner et qui conviennent bien aux personnes survivantes et à leur famille.

**Nébuleux** - qui manque de clarté ou de précision.

**(n = x)** - fait référence au nombre de réponses obtenues d'un questionnaire d'enquête.

**Pensionnats** - le régime des pensionnats au Canada fréquentés par des élèves autochtones. Ces pensionnats regroupent des institutions comme les écoles industrielles, les pensions, les maisons d'accueil pour les élèves, les foyers, les logements par billet, les écoles résidentielles, les pensionnats dont une majorité des élèves sont externes ou une combinaison de n'importe quelles options mentionnées ci-dessus.



**Pivot** - d'une importance suprême, cruciale.

**Postuler** - proposer.

**Programme** - ou un projet peut être employé de façon interchangeable et ce terme fait référence à une suite d'actions effectuées au niveau communautaire, appuyées par une subvention/une aide financière.

**Récidive** - une tendance à la rechute, à retomber dans un état ou un mode de comportement antérieur.

**Réciproquement** - qui implique une correspondance, mutuellement.

**Répercussions intergénérationnelles** - les effets ou séquelles de l'abus physique et sexuel qui ont été transmis de génération en génération aux enfants, aux petits-enfants et aux arrière-petits-enfants des Autochtones ayant fréquenté les pensionnats.

**Répertoire** - liste complète ou possibilités offertes en matière de compétences, de matériel/dispositifs, de mécanismes ou d'éléments de composition qu'on applique dans un domaine ou champ de spécialisation ou dans le cadre d'une occupation ou d'une pratique.

**Résultats** - visés ou non voulus.

**Réticence** - non-divulgateion (dissimulation).

**Séquelle** - un contrecoup (répercussion) par suite de maladie ou de blessure, ou d'un traumatisme.

**Survivant** - personne autochtone qui a fréquenté les pensionnats et qui a survécu aux effets laissés par ce régime.

**Tacite** - inexprimé ou effectué sans que des paroles soient prononcées ou sans que le sujet soit abordé, implicite.

**Unidimensionnel ou univarié** - caractérisé par ou déterminé par seulement une variable aléatoire.

**Vanté** - faire l'éloge, louer, attribuer le mérite.





## Sommaire

Note : \* Dans le présent document, les mots de genre masculin appliqués aux personnes désignent les hommes et les femmes.

Ce rapport résume le travail de recherche effectué de septembre 2002 à mai 2003, comprenant l'examen des résultats de la deuxième enquête nationale (un total de 384 questionnaires distribués dont 176 réponses ont été reçues); des questionnaires individuels de participants (distribués à l'ensemble des projets subventionnés en cours d'exécution [384], dont 826 réponses ont été reçues, ce qui représente plus de 90 projets); la revue des documents provenant des procès-verbaux des rencontres régionales; l'information extraite des bases de données internes de la FADG; les débats d'un groupe de discussion composé de représentants de dix projets réunis en mars 2003 donnant des indications de résultats prometteurs. Ces résultats sont présentés en tenant compte des principales questions d'évaluation qui portent sur la démarche, l'impact ou les incidences et l'information destinée aux utilisateurs.

### Limitations

Étant donné qu'approximativement la moitié seulement des projets en cours en 2002 (176 questionnaires sur un total possible de 384 projets) ont répondu à l'enquête nationale, les données obtenues sont limitées. Cependant, en examinant des données sur les répondants et les non-répondants, on constate qu'en ce qui touche à un certain nombre de variables, il n'y a pas de différences bien évidentes. Pour la première fois, la Fondation autochtone de guérison (FADG) avait la possibilité d'obtenir de l'information *directement* des participants (y compris des personnes survivantes) représentant plus de 90 projets. Il n'en reste pas moins vrai que le nombre total de répondants (826) représentait un très petit échantillon auto-sélectionné (129 804 répondants ont pu avoir participé l'an dernier) qui s'inscrivait dans une perspective dominante de Premières Nations.

L'instrument de recherche (le questionnaire) permettant de demander aux participants d'exprimer leur opinion a été adapté d'après un outil de rétroaction élaboré par une équipe clinique en collaboration avec des personnes survivantes des pensionnats travaillant avec Qul Aun au centre de traitement en établissement Tsow Tun Le Lum en Colombie-Britannique. Sans être un instrument normalisé, il satisfait aux exigences étant donné qu'il n'existe pas d'instrument évalué par la psychométrie, ni d'instrument normalisé permettant de déterminer les stades particuliers du rétablissement des répercussions intergénérationnelles attribuables aux abus commis dans les pensionnats. Des guides relatifs à l'administration des questionnaires ont été élaborés en vue de l'enquête nationale et aussi des questionnaires individuels de participants pour améliorer le degré d'exactitude des données.

Comme source de données, on a tenu compte des réponses à une recherche-sondage auprès des équipes de projet, des résultats de groupes de discussions dirigées composés de représentants de 10 projets sélectionnés, de bases de données internes de la FADG et de la rétroaction obtenue



directement des participants. Dans le cadre de ces collectes de données, on a invité les répondants à faire part d'opinions divergentes, mais ces tentatives d'obtenir des cas de réprobation, des observations contraires et des cas où les résultats étaient négatifs ont été presque sans effet, se limitant à de l'information contextuelle obtenue au moyen d'enquêtes nationales et des questionnaires de participants. Dans le même ordre d'idée, même si, dans la majorité des cas, la satisfaction immédiate et la réalisation des objectifs sont clairement indiquées, il n'est cependant pas manifeste si les retombées à long terme découlent de la participation au projet et si elles amènent des changements permanents et positifs dans la vie des participants. En résumé, l'information la plus importante qui manque, ce sont les résultats obtenus à partir du suivi à *plus long* terme des progrès des participants.

L'efficacité des méthodes a varié grandement, reposant sur les capacités et la volonté de collaboration des équipes de projet à participer au processus d'évaluation. En dernier lieu, on constate la dominance de l'expression d'opinions venant des Premières Nations dans la sélection des participants (participants échantillonnés) et des projets, signifiant que, de façon générale, les problèmes et les besoins particuliers des groupes métis et inuits restent imprécis.

## Qui

Un total de 59 710 (n=140) participants se sont engagés dans une démarche de guérison et moins de deux pour cent parmi eux avaient déjà participé à un processus de guérison avant leur expérience dans le cadre du projet appuyé par la FADG. En moyenne, ces participants ont consacré 149 heures au processus de guérison (allant de 2 heures à 1225 heures). Quant à la formation, elle a été dispensée à 11 968 (n=98) personnes, les Métis et les Inuits continuant d'être sous-représentés à la fois dans le cadre du processus de guérison et dans celui de la formation (particulièrement par rapport à la formation). Le déni, le deuil (affliction à la suite d'une perte), des antécédents de victime d'abus/de violence, la pauvreté et les problèmes de dépendances continuent de représenter les graves épreuves affligeant plus de la moitié des participants.

En 2002, il y a eu 2733 employés rémunérés (n=169), dont 931 parmi eux travaillaient à plein temps. Environ 90 % des employés à plein temps et 85 % de ceux occupant des postes à temps partiel étaient autochtones. Les Métis et les Inuits sont sous-représentés dans cette sélection d'équipes financées par la FADG. Quant aux personnes survivantes (c.-à-d. ceux et celles qui ont fréquenté les pensionnats), elles représentent 35 % des membres des équipes de projet (n=106), 51 % des contractuels et de ceux recevant des honoraires (n=138) et 51 % de l'ensemble des membres des conseils d'administration et des conseils/comités consultatifs (n=139). Les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles sont aussi bien représentées et elles forment 58 % des équipes de projet (n=128), 29 % des contractuels ou de celles recevant des honoraires (n=139) et 42 % des membres des conseils d'administration et des comités consultatifs (n=124). Finalement, mais ce qui constitue peut-être l'aspect le plus important, les projets les plus prometteurs (groupes de discussion) qui se sont réunis en mars 2003 ont établi les caractéristiques d'un guérisseur efficace.

Voici les principales caractéristiques d'un guérisseur efficace comme l'ont indiquées ces groupes de discussion :

<input type="checkbox"/> de bonnes références confirmant des antécédents de comportement conforme à l'éthique <input type="checkbox"/> sait comment désamorcer (neutraliser) l'attitude négative <input type="checkbox"/> humble, honnête, doux <input type="checkbox"/> accepte la réalité des problèmes/effets néfastes découlant des abus commis dans les pensionnats <input type="checkbox"/> a su assumer et gérer sa colère <input type="checkbox"/> fait le passage à travers toutes les étapes du deuil <input type="checkbox"/> confirmé par <i>d'autres</i> comme un guérisseur <input type="checkbox"/> acceptation de soi absolue <input type="checkbox"/> reconnu comme un modèle victorieux d'une guérison assurée <input type="checkbox"/> peut partager son histoire personnelle et ses stratégies de guérison <input type="checkbox"/> a bien établi ses limites personnelles et se protège contre les préjudices ou le surmenage/l'épuisement professionnel <input type="checkbox"/> a gagné le respect dans la collectivité <input type="checkbox"/> sans peur, imperturbable (ne s'étonne pas facilement)	<input type="checkbox"/> bonne connaissance des cérémonies, s'y sent à l'aise <input type="checkbox"/> présent, capable d'écouter attentivement, comprend clairement/pleinement <input type="checkbox"/> ouvert <input type="checkbox"/> débarrassé du besoin d'avoir le contrôle, de dominer <input type="checkbox"/> une énergie positive non équivoque <input type="checkbox"/> ne cherche pas à conclure un marché pour faire agir <input type="checkbox"/> exempt de problèmes de dépendances (alcool et drogue) (un minimum de deux ans) <input type="checkbox"/> accepte la supervision clinique, travaille dans ce contexte et apprend de cet encadrement <input type="checkbox"/> connaît et comprend bien ses limites professionnelles, fait les renvois appropriés <input type="checkbox"/> a élaboré un plan visant un état soutenu de bien être <input type="checkbox"/> s'est engagé à briser le cycle de violence, entreprend des actions/interventions au niveau communautaire et favorise la prise en charge <input type="checkbox"/> a une base solide, des convictions sur le plan spirituel <input type="checkbox"/> s'est rapproché de la Mère Terre <input type="checkbox"/> pas sujet à la dépression, est conscient que la vie continue
---	--

Quoi

Dans le tableau suivant, on présente la répartition des ressources au fil des années par type de projet.

Mise de fonds de la FADG par type de projet (2000/2002)

Type de projet	2002	2000	Type de projet	2002	2000
Guérison	67 %	47 %	Commémoration de l'histoire	2,2 %	5,2 %
Sensibilisation et prévention	13 %	18,5 %	Identification des besoins	1,8 %	3,9 %
Développement des connaissances	8 %	4,9 %	Conception et planification des projets	1,6 %	2,6 %
Formation	6,6 %	9,1 %	Conférences	0,4 %	0,6 %



## Où

La proportion la plus importante des ressources continue à être allouée à ce qu'on considère des collectivités rurales<sup>1</sup> (39,8 %), suivie des collectivités urbaines (32,1 %), des collectivités semi-isolées (18,7 %) et isolées (9,3 %). Le plus grand nombre de collectivités que la FADG a appuyées se situent en Ontario (229), suivi de la Colombie-Britannique (222), de la Saskatchewan (175), du Manitoba (128) et de l'Alberta (119). Les répondants ayant participé à l'enquête ont permis de calculer qu'un total de 1264 (n=162) collectivités avaient été appuyées par les activités de financement de la FADG. En grande majorité, les collectivités dont les projets ont bénéficié de l'appui de la FADG comptaient une population de 2000 habitants ou plus (65 %, n=161), une augmentation substantielle par rapport aux groupes ayant participé à l'enquête de l'année 2000 (41 %, n=233). Pour le reste des collectivités où les projets ont eu lieu, elles étaient composées de 1999 habitants ou moins et certains autres projets se sont effectués dans de très petites communautés (15 %) ayant 500 habitants ou moins.

---

<sup>1</sup> **Isolée** - une collectivité qu'on ne peut pas accéder par la route ou par service de traversier.

**Semi-isolée** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 350 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Rurale** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 50 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Urbaine** - une collectivité ou une communauté d'intérêt commun qu'on peut accéder par la route ou par traversier et qui est située à moins de 50 km d'une ville ou d'une municipalité comptant plus de 25 000 habitants.

---

## Quand

De toute évidence, l'histoire d'une collectivité peut avoir un retentissement sur les résultats d'un projet, des dynamiques facilitantes ou faisant obstacle au projet. Les voici :

### **La dynamique communautaire facilitante**

- ✓ des célébrations à caractère culturel;
- ✓ soutien à la famille (compétences parentales);
- ✓ collaboration interorganisation;
- ✓ appui dispensé aux étudiants;
- ✓ activités de loisirs (et de sports);
- ✓ accès à l'échelon *local* d'une gamme complète de services;
- ✓ petit groupe centré sur leur propre démarche de guérison agissant comme catalyseur pour la collectivité;
- ✓ des personnes *véritablement déterminées à se rétablir*;
- ✓ des dirigeants qui soutiennent, favorables au projet;
- ✓ formation accessible;
- ✓ services offerts aux enfants;
- ✓ sensibilisation au sujet des effets néfastes découlant des pensionnats;
- ✓ programmes offerts aux jeunes;
- ✓ intervention des médias;
- ✓ ouverture d'esprit accrue, favorisée par les litiges soumis aux tribunaux et l'information diffusée à ce sujet;
- ✓ communication de bouche à oreille;
- ✓ présentation d'excuses officielles.

### **La dynamique communautaire entravant la marche/la réussite du projet**

- ✓ « culture » de violence; résistance religieuse qui contrecarre la renaissance de la spiritualité traditionnelle;
- ✓ criminalité chez les jeunes ou activités de gangs;
- ✓ logements surpeuplés;
- ✓ meurtre et suicide;
- ✓ chômage élevé;
- ✓ fréquence élevée de problèmes de dépendance (alcool et drogue);
- ✓ commérages, déni, des attitudes comme « se taire et rester indifférent »;
- ✓ instabilité politique;
- ✓ déséquilibre au niveau des priorités politiques (les revendications territoriales épuisent toute l'énergie nécessaire pour poursuivre d'autres objectifs politiques);
- ✓ mauvaise gestion (gaspillage) des ressources communautaires;
- ✓ compressions budgétaires, coupures de service;
- ✓ problème de dépendance ou obsession des jeux de hasard;
- ✓ manque de formation et de compétences;
- ✓ intoxication aux médicaments d'ordonnance;
- ✓ manque de supervision clinique;
- ✓ maladies;
- ✓ roulement du personnel.





## Influence exercée sur les personnes

Les participants ont évalué très favorablement (>85 %, n=761) la capacité du projet d'assurer un environnement respectueux, accueillant, sécuritaire, propice à la guérison. La majorité des répondants ont également eu l'impression que l'expérience vécue dans le cadre du projet leur avait permis de faire face à des problèmes difficiles (71 %, n= 726), de se rétablir des traumatismes du passé (75 %, n=726), de se préparer à faire face à de futurs traumatismes (78 %, n=731) et d'obtenir du soutien (64 %, n=675). Leurs objectifs *personnels* étaient dans la plupart des cas axés sur la connaissance de soi ou la sensibilisation, sur l'entraide entre participants, probablement à la famille et les amis et sur l'acquisition de nouvelles compétences ou aptitudes. À la question portant sur la capacité à réaliser leurs objectifs *personnels* dans le contexte des projets financés par la FADG, environ un tiers des répondants ont indiqué qu'ils se sentaient capables de le faire complètement ou extrêmement bien. À peu près la moitié parmi eux ont rapporté que le projet avait bien ou très bien contribué à les aider à atteindre leurs objectifs personnels; cependant, il reste un petit groupe de personnes (environ 10 %) qui ont tout juste pu obtenir satisfaction à leurs besoins ou à qui on n'a pas répondu aux besoins. Les séances individuelles de counselling, tout comme celles de groupe, ont été évaluées peu ou moins efficaces en fonction de résoudre des problèmes liés à des démêlés avec la justice, aux placements en famille d'accueil et à des cas d'agression sexuelle. Par contre, les séances individuelles de counselling ont excellé à aider les participants à accroître leur estime de soi et à découvrir leurs forces. Les participants ont reconnu la qualité des programmes, particulièrement les aspects touchant l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et les possibilités d'apprentissage offertes (les capacités d'établir des relations interpersonnelles positives, de traiter des émotions intenses) qui se sont avérées très utiles. Créer des liens ou entrer en communication avec d'autres participants, ainsi que participer à des célébrations culturelles, ont été considérés comme de puissants moyens de guérison. Ces activités s'avéraient les plus susceptibles de permettre l'acquisition de comportements sains dans les relations interpersonnelles, de nouvelles façons et des façons améliorées d'entrer/de rester en contact avec soi et des habiletés d'adaptation face au stress ou des compétences psychosociales. Comme recommandations les plus fréquemment formulées par les participants, on fait mention du besoin d'accorder une plus grande place à l'attention thérapeutique individuelle, une attention de plus longue durée, suivie en deuxième lieu d'une amélioration de la communication (c.-à-d. au moyen de la traduction simultanée, pouvoir obtenir des services dans sa langue), d'une augmentation des efforts ou des efforts plus généralisés en ce qui a trait à l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et d'une intégration plus grande de la culture.

## Influence exercée sur la collectivité

En 2002, le montant des efforts bénévoles représentait 1 619 520 \$ et les dons en biens et services étaient estimés à 6 195 479 \$. Pendant la durée des activités de projet (n=87), les partenaires ont fourni un montant total de 6 921 282 \$, le montant le plus élevé provenant des gouvernements autochtones, suivi de près par le gouvernement fédéral. On a obtenu un financement continu (n=37) au montant total de 2 589 920 \$ provenant des partenaires provinciaux, suivi des gouvernements autochtones, les deux étant les donateurs les plus généreux à l'égard du processus continu de guérison.



Un certain nombre de répondants (23 %, n=164) sont convaincus de ne pas pouvoir continuer dès que le financement assuré par la Fondation autochtone de guérison prendra fin et 56 % ignorent ce que l'avenir leur réserve.

Plus du tiers des projets (36 %, n=166) qui ont participé à l'enquête ont établi une liste d'attente et un petit groupe (11 %, n=160) seulement est convaincu que leurs efforts rejoignent les personnes ayant les besoins les plus *pressants*. La plupart des répondants (70 %, n=160) reconnaissent que, s'ils ont probablement rejoint les personnes aux besoins les plus grands, leurs efforts pourraient être accrus. Certains (3 %) ont émis des doutes, d'autres répondants (16 %) ont indiqué clairement qu'ils n'avaient probablement pas ou n'avaient certainement pas rejoint les personnes les plus touchées par les effets néfastes découlant des pensionnats. Par contre, ce qui représente le besoin prioritaire le plus important et assurément le plus onéreux, c'est le nombre croissant d'employés et le coût des avantages sociaux. Quant aux besoins prioritaires pouvant être comblés à un coût moins élevé, on mentionne l'accrèsissement de la participation des *Survivants* et de la collectivité, le soutien à la famille et l'accessibilité à des cours sur le rôle parental/le développement de compétences parentales.

## Meilleures pratiques

Ce qui a été considéré comme des pratiques ayant bien fonctionné, c'est le fait d'avoir établi des *environnements prévisibles* et sûrs, d'avoir permis aux personnes de créer des liens grâce à des échanges informels et prolongés et d'avoir répondu aux besoins réels des gens. Une des considérations sérieuses au chapitre de la sécurité a été de soulever la problématique à propos de l'identification des agresseurs connus et de l'interruption de leurs actes de violence. La présentation positive d'activités, en parlant de la « *création de nouvelles possibilités* » d'apprentissage, c'est-à-dire des possibilités d'expression de soi, de sa personnalité et de célébration culturelle, a été plus incitative, engageante. En effet, l'acquisition de comportements prosociaux, favorables à la santé, et de modes de comportement positifs se fait plus facilement par des exemples (des images) et des exercices, et non par des directives. C'est en ayant des modèles de rôle (exemples à suivre) en contact direct avec les participants pendant de longues périodes qu'on est parvenu aux meilleurs résultats.<sup>2</sup> L'apprentissage a porté fruit dans le cas où il comportait de l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, du développement humain et du traitement axé sur les étapes/ « du deuil » pour les personnes affligées. Une autre pratique efficace est liée au fait de valider les émotions exprimées et de faire connaître la *diversité complète* des manifestations multiples des répercussions intergénérationnelles liées aux pensionnats sans porter de jugements d'ordre moral, de sorte que les agresseurs et les délinquants se sentent également acceptés. On fait aussi mention comme pratique efficace de l'offre de nombreuses options d'approches de guérison (traditionnelles et chrétiennes), verbales et non-verbales, paisibles et axée sur des activités, de même que l'humour et des pauses-repas. Les Aînés, les cérémonies et les environnements traditionnels/culturels sont de façon constante extrêmement populaires. *Les Survivants veulent entrer en contact, en communication, avec d'autres Survivants*, particulièrement pendant les séances

---

<sup>2</sup> Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

d'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats; les rencontres dans des lieux qui favorisent l'intimité (c.-à-d. des petits groupes, des rencontres en face-à-face) semblent très bien donner suite à des thérapies centrées sur le *client*. L'adaptation des approches occidentales et traditionnelles a permis de faire l'intégration des meilleures solutions puisées dans ces deux types de stratégies pour en arriver à une thérapie efficace. Voici des exemples qui ont été relevés :

Approches traditionnelles adaptées	Approches occidentales adaptées
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cercles de partage qui permettent d'avoir des échanges;</li> <li>✓ des sueries à caractère <i>thématique</i> ou intégrant des génogrammes;</li> <li>✓ purification sur le plan spirituel en association avec la purification physique;</li> <li>✓ le récit (inspiré de la tradition orale) envisagé comme une façon de faire un « diagnostic » ou de donner une explication des effets découlant de l'expérience des pensionnats;</li> <li>✓ former les Aînés en tant que conseillers;</li> <li>✓ paquet de remèdes (sacré) contenant des produits d'auto-soins contemporains.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ des personnes poussant des lamentations chez les Métis dans la démarche de counselling des personnes affligées par le deuil;</li> <li>✓ des chants, de la musique, du tambour, des rites et des cérémonies qui créent une atmosphère propice à une thérapie;</li> <li>✓ participation de praticiens/professionnels de la santé appliquant les approches occidentales à des cérémonies traditionnelles;</li> <li>✓ préconiser, travailler <i>activement</i> à l'intégration culturelle dans les systèmes de services à dominance occidentale, la réclamer;</li> <li>✓ conseils de détermination de la peine avec la participation d'Aînés;</li> <li>✓ des groupes d'entraide incluant des éléments inspirés des cercles de guérison;</li> <li>✓ une thérapie mettant au premier plan les émotions et les attitudes ayant cours à ce moment-là chez le client plutôt que l'expérience vécue dans son enfance et une thérapie en harmonie avec les enseignements traditionnels;</li> <li>✓ une thérapie axée sur le développement psychosocial chez une personne à partir d'expériences de développement <i>fortement</i> influencées par le savoir traditionnel;</li> <li>✓ la théorie sur l'attachement (l'affection/l'amour) cadre bien avec l'information sur les effets découlant de l'expérience des pensionnats;</li> <li>✓ la thérapie de l'« enfant en soi » dans le contexte des cercles de guérison.</li> </ul>

Dans les cas de résultats positifs/de réussite, une des caractéristiques communes a été liée au recrutement et à la formation d'une bonne équipe, au fait de l'appuyer dans ses efforts. En particulier, les membres de l'équipe se devaient d'être bien connus (au courant des usages/rapports fréquents), « *qualifiés* », respectés des gens et rattachés à la collectivité. Ils devaient être capables d'assurer une stabilité, de fonctionner *sans* avoir un programme (plan ordonné d'activités) établi d'avance, de ne pas avoir le besoin de contrôler/de garder la maîtrise, d'écouter attentivement, de bien comprendre et, ce qui est encore plus important, de faciliter une prise de décision *indépendante* (de rendre les gens autonomes). Ces équipes ont tenu périodiquement des réunions de *debriefing* (de rétroaction) où les membres faisaient état de leurs forces, de leurs limitations et de signes annonciateurs de stress liés à la lassitude des aidants (usure de compassion) et en discutaient



ouvertement, pour en arriver à établir leur plan personnel de mieux-être. En terminant, soulignons qu'aucun autre aspect n'a été aussi efficace/constructif que l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, non seulement comme un élément catalyseur pour la guérison, mais bien comme moyen puissant permettant de susciter la participation, l'engagement, des vastes institutions de tous les secteurs et d'exercer une influence sur elles. On a aussi attribué *une très grande valeur* à la participation des personnes survivantes et des Aînés au sein des structures de gestion/d'autorité, à la prise de décision au sujet des programmes ou à des échanges moins formels.

## Défis les plus importants

Les équipes de projet ont été confrontées à des difficultés directement liées à des facteurs environnementaux ou contextuels; la tâche à accomplir; et les problèmes ayant trait aux responsabilités de l'équipe, à l'encadrement ou au soutien à leur accorder. L'isolement, le racisme, l'oppression et l'ingérence politique continuent à être générateurs de milieux hostiles. Dans d'autres cas, les problèmes environnementaux sont rattachés à un manque d'installations favorisant un climat chaleureux et accueillant. La peur et le déni continuent à contrecarrer les efforts des équipes; si une « culture » de violence imprègne les institutions de la collectivité, il y aura peu de changements. On fait mention de difficultés, d'entraves majeures comme les crises, le manque de sensibilisation et d'intérêt au sujet des répercussions intergénérationnelles des pensionnats, les commérages et la colère. Alors qu'aucune des personnes ayant l'intention de s'occuper des problèmes résultant de l'expérience des pensionnats n'envisageait cela comme une tâche rapidement réalisée, « éclairé », très peu parmi elles avaient une idée de l'importance des ressources et du temps nécessaires pour soutenir les participants et les collectivités à travers les embûches d'une période aussi sombre où des problèmes liés à l'identité, la culture, l'économie, la spiritualité, la famille et l'éducation exigent déjà de gros efforts. C'est pourquoi certaines équipes se sont senties dépassées devant cette tâche d'assurer une adaptation ou une « correspondance » satisfaisante entre les approches thérapeutiques et les besoins ou les préférences individuels des participants. L'ampleur pure et simple de cette charge de travail et son intensité sur le plan émotionnel ont fait en sorte que des travailleurs/intervenants de première ligne se sont retrouvés susceptibles d'être victimes de surmenage, d'épuisement professionnel.

## Leçons retenues

Les équipes de projet sont clairement engagées dans une démarche d'apprentissage par la pratique où les leçons d'expérience tournent autour de nombreux thèmes centraux, notamment la portée et la complexité du problème en cause; les exigences fondamentales de la thérapie; les forces de l'équipe; le rôle de la collectivité. Arriver à démêler la toile enchevêtrée des problèmes issus des répercussions intergénérationnelles des pensionnats demande une concentration d'énergie et des stratégies efficaces permettant d'aborder ce qui touche à l'identité, à la culture, aux relations interpersonnelles, aux compétences parentales, à l'éducation/information, à l'économie et à la spiritualité; tous ces problèmes sont *bien enracinés* et nécessitent un *rétablissement prolongé*.



Les équipes ont appris que la guérison ne se produit pas tout d'un coup ou grâce à un plan bien pensé; il s'agit plutôt d'une progression délicate, articulée par une motivation nécessairement intrinsèque chez la personne et facilitée de l'extérieur par des intervenants. Toutes les méthodes/techniques ou stratégies portent fruit si certaines conditions sont présentes, notamment la réceptivité de la personne et son engagement, sa détermination à l'égard de la démarche de guérison, si ses capacités personnelles d'agir sont renforcées, si elle est valorisée et si son sentiment d'identité/d'appartenance culturelle est renforcé. Les membres solides d'équipe de projet qui sont considérés comme des modèles de rôle en fait de guérison réussie, de préférence des personnes survivantes qui se sont montrées capables de rétablir l'équilibre dans leur vie, sont des personnes bien formées et elles ne ressentent pas le besoin de contrôler, de garder la maîtrise, de sauver les autres, de les prendre en charge ou d'en prendre soin, des personnes qui travaillent efficacement. Là où il existe une culture de violence, du déni, des priorités politiques concurrentielles, de la résistance religieuse dans la collectivité et des intérêts personnels concernant des compensations monétaires, l'atteinte des objectifs visés par la démarche de guérison est compromise. Beaucoup d'intervenants ont considéré comme la « solution » le fait d'informer et de faire prendre conscience des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, particulièrement auprès des jeunes et dans le contexte canadien en général. Ils veulent aussi établir des partenariats avec des enseignants et avoir des outils permettant d'aider les personnes désireuses d'apprendre.

## Recommandations

Étant donné que l'ensemble des fonds de la Fondation autochtone de guérison seront engagés d'ici octobre 2003, les recommandations suivantes s'adressent aux organismes de financement qui continueront à appuyer la guérison des répercussions intergénérationnelles des pensionnats. Ces recommandations proviennent des équipes de projet et des répondants-participants, de même que d'une analyse de thèmes convergents identifiés à partir de la collecte de données associée à l'évaluation en 2002 des activités de la FADG.

### Recommandations adressées aux équipes de projet

- ▶ Joindre à l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et aux thérapies axées sur la personne le document de la Commission du droit du Canada Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Improving Public and Professional Understanding.<sup>3</sup>
- ▶ savoir reconnaître le degré de réceptivité et d'engagement à l'égard de la guérison;

---

<sup>3</sup> Wolfe, D. A., P. G. Jaffe, J.L. Jette et S.E. Poisson (2002). *Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Improving Public and Professional Understanding*. Ottawa : Commission du droit du Canada.



- ▶ s'assurer de la correspondance/ajustement entre les besoins de la personne et les services offerts; former des agents aux renvois afin qu'ils puissent *bien* diriger les clients, qu'ils s'assurent de l'adéquation ou de la qualité/précision de l'ajustement;
- ▶ répondre au besoin particulier en adoptant une stratégie spécialement adaptée à un groupe visé bien défini;
- ▶ ne poursuivre que des objectifs (des résultats) *réalisables*;
- ▶ établir des rapports avec les participants fondés sur l'acceptation, la confiance et la sécurité;
- ▶ mettre en application des stratégies/des thérapies qui sont motivées intrinsèquement ou centrées sur le client;
- ▶ encadrer/structurer les efforts de la démarche de guérison positivement en « créant de nouvelles possibilités » d'apprentissage, d'expression de soi et de renforcement culturel;
- ▶ offrir des possibilités permettant d'acquérir des comportements sains ou prosociaux, la connaissance de soi et des modèles à suivre en matière de relations interpersonnelles, *une acquisition au moyen d'exemples, et non par des directives*, pour ensuite *faire des exercices*;
- ▶ faire appel à des modèles de rôle;
- ▶ offrir une *diversité* d'options pour la démarche de guérison;
- ▶ tirer profit de la bonne volonté que suscitent l'humour et les pauses-repas;
- ▶ mettre à contribution la participation d'Aînés, les cérémonies traditionnelles, des installations de type traditionnel/culturel;
- ▶ étudier à l'intention de votre groupe l'intérêt ou l'avantage de s'inspirer de la théorie sur l'attachement, la théorie du développement psychosocial, de la théorie centrée sur le client, la thérapie de l'enfant en soi, le psychodrame, le schéma des génogrammes, les approches non logiques, actives, non-verbales comme la thérapie par l'art;
- ▶ prendre en considération des interventions particulières recommandées dans le cas de groupes cibles visés (c.-à-d. des adolescents/enfants, des Aînés, des hommes, des délinquants/des agresseurs, des Métis et des Inuits), présentées dans ce rapport et qui se sont avérées prometteuses (se reporter au tableau 9);
- ▶ procéder minutieusement à la vérification (étude de dossier) des guérisseurs potentiels et tenir compte des critères présentés dans ce rapport (se reporter au tableau 4);
- ▶ mettre en application le *debriefing* en groupe pour faciliter la neutralisation de l'émotion intense liée à ce type de travail. Reconnaître la fatigue de compassion, la lassitude des aidants, et s'assurer que les équipes ont bien établi leurs limites et des plans de conservation du bien-être;
- ▶ effectuer des examens de rendement et des évaluations par les pairs en vue de l'amélioration du travail;
- ▶ planifier un programme de formation allouant suffisamment de temps pour assimiler le contenu/la matière, des possibilités satisfaisantes permettant une pratique cliniquement supervisée/encadrée et du soutien continu;
- ▶ obtenir un appui plus substantiel des fondations ou organismes dispensateurs de fonds/subventions et des gouvernements municipaux (se reporter au site Web de la Fondation autochtone de guérison à [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)).



## Recommandations aux organismes de financement

- ▶ Offrir de l'appui à une démarche de guérison entreprise par des personnes qui sont « prêtes » /décidées et de l'appui en vue d'une information sur les répercussions ou séquelles intergénérationnelles des pensionnats aux personnes qui ne sont pas encore disposées à la commencer;
- ▶ élaborer un outil d'évaluation adaptable à l'intention des personnes et des collectivités;
- ▶ favoriser et établir des partenariats avec des enseignants et diffuser des outils pour aider *tout le monde* intéressé à de l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats;
- ▶ donner des directives pour permettre d'offrir des services d'approche ou une extension de services ou une intervention directe et un traitement conçus spécifiquement à l'intention des victimes d'agression sexuelle et des agresseurs;
- ▶ offrir des stratégies valables, fécondes, en vue de faire participer les personnes âgées et de retenir les jeunes;
- ▶ appuyer la formation qui fournit suffisamment de temps pour l'assimilation, qui permet une pratique cliniquement supervisée et des moyens d'assurer du soutien de façon continue;
- ▶ une vision plus réaliste, plus détaillée de ce qu'est le cheminement de guérison doit être énoncée;
- ▶ faire appel à la télévision et à la radio pour faire connaître les répercussions ou problèmes intergénérationnels découlant des pensionnats (le Réseau de télévision des Autochtones, Inuit Broadcasting Corporation). Envisager une programmation spéciale conçue spécifiquement pour les collectivités métisses et inuites;
- ▶ élaborer/concevoir des versions de présentations de l'information recueillie qui peuvent être diffusées, être à la portée de tous (utilisation d'un langage commun, de l'audiovisuel, organisation de forums);
- ▶ en s'appuyant sur les réponses obtenues à l'enquête indiquant que les partenaires autochtones et provinciaux sont les plus généreux en ce qui a trait au financement continu, on pourrait aboutir à des résultats très utiles si d'autres bailleurs de fonds pouvaient offrir le même type d'engagement que ces partenaires;
- ▶ s'assurer d'avoir un échantillon choisi à dessein/intentionnellement, en fonction de futurs efforts de recherche et d'évaluation afin que les Métis et les Inuits puissent avoir la chance de se faire entendre, qu'ils soient équitablement représentés.

## Recommandations aux gouvernements et aux institutions

- ▶ Plaider auprès de toutes les associations professionnelles canadiennes pour qu'elles demandent à leurs membres de devenir très familiers avec les besoins des personnes survivantes, de



réserver du temps aux conférences annuelles pour aborder les questions touchant les répercussions intergénérationnelles découlant du régime des pensionnats et de présenter un engagement durable visant à mettre fin aux problèmes et aux souffrances attribuables aux séquelles des pensionnats en faisant participer ou en appuyant les personnes qui s'attaquent à ce type de problèmes dans leur collectivité;

- ▶ changer la politique en ce qui concerne les divulgations faites par les Survivants incarcérés. Au lieu d'avoir des conséquences négatives sur le moment de la libération, il faudrait envisager la divulgation dans un index plus général qui permet l'évaluation d'une progression globale;
- ▶ l'ensemble des Églises, mais les institutions euro-chrétiennes en particulier, doivent publier une déclaration faisant part de leur *encouragement et de leur appui en ce qui a trait à la culture et à la spiritualité autochtones*;
- ▶ toutes les parties responsables qui ne l'ont pas encore fait doivent présenter officiellement des excuses; de plus, pour donner plus d'importance à ces excuses, il est nécessaire que les médias publient cette déclaration d'excuses officielle;
- ▶ l'ensemble des institutions et des gouvernements appuient et renforcent l'autorité morale *interne* et les contrôles et contrepoids au niveau communautaire qui empêchent *des agresseurs haut placés de se servir de leur pouvoir pour perpétuer le cycle de la violence physique et sexuelle et pour se protéger en tenant secret ces actes répréhensibles*.

## Conclusions finales

Dès qu'un mouvement social est amorcé, il devient difficile de discerner la cause de l'effet. En fait, au fil du temps, des effets deviennent des causes et ainsi de suite, le cycle continue. En ce qui concerne les personnes survivantes, leur famille et leur collectivité à qui on a fait entrevoir la possibilité d'heureux lendemains, d'un avenir plus prometteur, la situation ne sera jamais plus la même; même si les indications ou données probantes démontrent que les efforts faits grâce à l'appui financier de la FADG ont apporté une contribution, il est impossible d'attribuer un mérite spécifique à cette seule initiative.

Il est manifeste cependant que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles des pensionnats se sont engagées dans une démarche de guérison comme jamais auparavant, une vaste majorité d'entre elles (>98 %) n'ayant jamais participé à un programme semblable; *trois fois plus de participants ont des besoins spéciaux* (le terme « besoins spéciaux » employé dans ce rapport fait référence à une sorte de sentiment de vulnérabilité) dans l'échantillon des projets subventionnés en cours. Ces données semblent indiquer que :

- ▶ les projets sont davantage capables de rejoindre les personnes ayant des besoins pressants;
- ▶ les personnes qui, au départ étaient craintives et regardaient en spectatrices, se sont finalement laissées convaincre que les projets leur offraient des possibilités sécuritaires de cheminer vers la guérison et des environnements d'apprentissage positifs; ou





- ▶ les équipes de projet étaient plus habilitées à identifier ceux et celles ayant des besoins spéciaux (par ex. des problèmes de dépendances qui mettent la vie en danger, des risques de suicide, le SAF/EAF et d'autres troubles émotifs ou physiques).

Quoi qu'il en soit, l'importance du nombre de participants qui ne s'étaient jamais engagés auparavant est une indication de la contribution que la FADG a apportée en augmentant les possibilités de mettre les personnes survivantes et les guérisseurs en relation. De plus, les activités financées par la FADG ont accru la capacité des Autochtones à dispenser des services de guérison. Il y a aussi toute une diversité d'indices qui font entrevoir une demande accrue de services et de besoins en soutien communautaire et une diminution de la résistance à l'égard des activités de guérison.

Ajoutons que les participants ont démontré beaucoup de motivation à mieux se comprendre, à mieux s'aider eux-mêmes, de même qu'à entrer en relation avec d'autres et à leur venir en aide. Ils ont attribué un grand mérite à l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, aux possibilités générales offertes en fait d'apprentissage et de rapports avec d'autres participants considérés comme les éléments les plus significatifs ayant eu un impact positif sur la démarche de guérison. De plus, les retombées de l'appui financier de la FADG ont aussi permis de clarifier :

- ▶ les protocoles et les procédures qui soutiennent les participants dans leur démarche de guérison;
- ▶ les stratégies innovatrices visant à éliminer des barrières comme le déni et la peur;
- ▶ les critères de recrutement de guérisseurs potentiels (accordant une place spéciale au Survivant comme guérisseur);
- ▶ l'intégration efficace de thérapies occidentales et traditionnelles. L'association des personnes survivantes avec ces approches dans le cadre d'activités de projet, que ce soit comme bénévoles ou à d'autres titres, a incité une bonne partie d'entre elles à s'engager dans la guérison. Mobiliser les énergies pour s'attaquer aux problèmes ou répercussions intergénérationnelles des pensionnats a constitué une façon sans risques de déterminer si la démarche de guérison leur convenait.

Par ailleurs, l'influence de la dynamique communautaire sur les résultats du projet est *très forte*. Les différences de structures entre les collectivités, celles ayant une dynamique facilitante et celles dont la dynamique fait obstacle, montrent bien que l'organisation sociale/le système de la collectivité est indissociable de la réussite ou de l'échec du projet de guérison. La plupart des projets se démènent encore pour assurer la durabilité des efforts, même si les premières subventions ont été versées. En dernier lieu, malgré le fait qu'on ait vécu depuis des générations aux prises avec les répercussions des pensionnats, pour beaucoup d'équipes de projet, *la portée et la complexité* des séquelles intergénérationnelles des pensionnats sautent maintenant aux yeux. Il a fallu une concentration d'énergie et des stratégies efficaces pour démêler cette toile enchevêtrée et arriver à s'attaquer à des



problèmes touchant l'identité, la culture, les relations interpersonnelles, les compétences parentales, l'éducation, l'économie et la spiritualité; toutes ces problématiques sont *profondément enracinées* et elles requièrent une *longue période de rétablissement*.

Évaluer les changements faisant suite à cette démarche représente une tâche complexe du fait que les collectivités et les personnes ont amorcé leur cheminement de guérison à des moments spacio-temporels différents, ce qui crée une interaction complexe entre l'*environnement* et la *personne*. Si les objectifs sont mieux réalisés une fois qu'on les précise en ayant les résultats en tête, il faut reformuler une vision plus détaillée qui tienne compte de la complexité des problèmes liés aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats et du temps nécessaire pour réussir à les éliminer de la vie des Autochtones au Canada. De façon évidente, les approches visant à traiter les problèmes liés aux répercussions intergénérationnelles des pensionnats doivent être taillées sur mesure, en fonction du *degré de préparation, de réceptivité* à l'égard de la démarche de guérison, encadrées/organisées positivement, et elles doivent mettre à contribution une grande diversité d'institutions canadiennes. Finalement, il manque toujours des détails essentiels, notamment sur les retombées à long terme de la participation aux activités financées par la FADG et sur la perspective unique des groupes métis et inuits.





# 1. Introduction

Note : Afin de faciliter la lecture du présent document, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Ce rapport représente le troisième document d'une série d'évaluations menées pour le compte de la Fondation autochtone de guérison (désignée sous le sigle de la FADG). Le premier de ces rapports intitulé *Rapport intérimaire : Évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison* (2001) a porté essentiellement sur les étapes de développement des activités de la FADG; quant au deuxième rapport, *Cheminement et équilibre — deuxième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison* (2002), il a surtout traité de la réalisation de résultats à court terme en présentant des études de cas de projets financés par la FADG ayant été sélectionnés. Pour ce qui est de l'intention première du présent rapport intérimaire, elle consiste en faisant concorder l'évaluation de l'application de la démarche et des incidences de la FADG à faire ressortir les nouvelles données d'information dégagées de la deuxième enquête nationale et les données actuelles du système de gestion de l'information de la FADG, et également à étoffer encore plus *le cadre de travail axé sur des questions à l'étude* pour les activités résiduelles de la FADG. Nous rappellerons dans ce rapport,<sup>1</sup> en présentant une mise à jour abrégée, les activités centrales et les résultats recherchés de la FADG, ce qui sera suivi de la présentation des méthodes adoptées par les projets et d'une information détaillée sur les projets et leurs retombées, articulée de façon à répondre à des questions clés.

La Fondation autochtone de guérison est une corporation sans but lucratif, régie par des Autochtones, qui a été établie le 31 mars 1998 dans le but d'appuyer des initiatives de guérison communautaires destinées aux Métis, aux Inuits et aux personnes de Premières Nations vivant dans des réserves ou hors des réserves qui ont subi les effets néfastes des abus physiques et sexuels commis dans les pensionnats (ci-après désignés sous le nom de « séquelles intergénérationnelles des pensionnats »). Comme but crucial et à long terme ou l'énoncé de vision, la FADG vise à créer, à renforcer et à entretenir des conditions qui permettront aux Autochtones, à titre de principaux agents de changement, de développer leurs capacités et leurs forces pour se rétablir :

*Nous avons une vision, nous apercevons un avenir où ceux qui ont été atteints par les séquelles des abus physiques et sexuels des pensionnats ont traité les traumatismes non résolus d'une manière significative; ils ont brisé le cycle de l'abus et ont renforcé leurs capacités en tant que personnes, en tant que familles, en tant que communautés et nations, assurant ainsi leur bien-être et celui des générations futures.<sup>2</sup>*

Au fil du temps, la FADG s'est de façon marquée concentrée sur les projets qui étaient en mesure de maximiser les retombées sur la collectivité, qui pouvaient assurer la durabilité, de même que répondre

---

<sup>1</sup> Pour obtenir plus d'information sur les activités et l'évolution de la FADG, le lecteur est invité à se reporter aux deux premiers rapports de la série d'évaluations.

<sup>2</sup> Fondation autochtone de guérison (1999). Guide du programme. 2<sup>e</sup> édition. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, page 6.

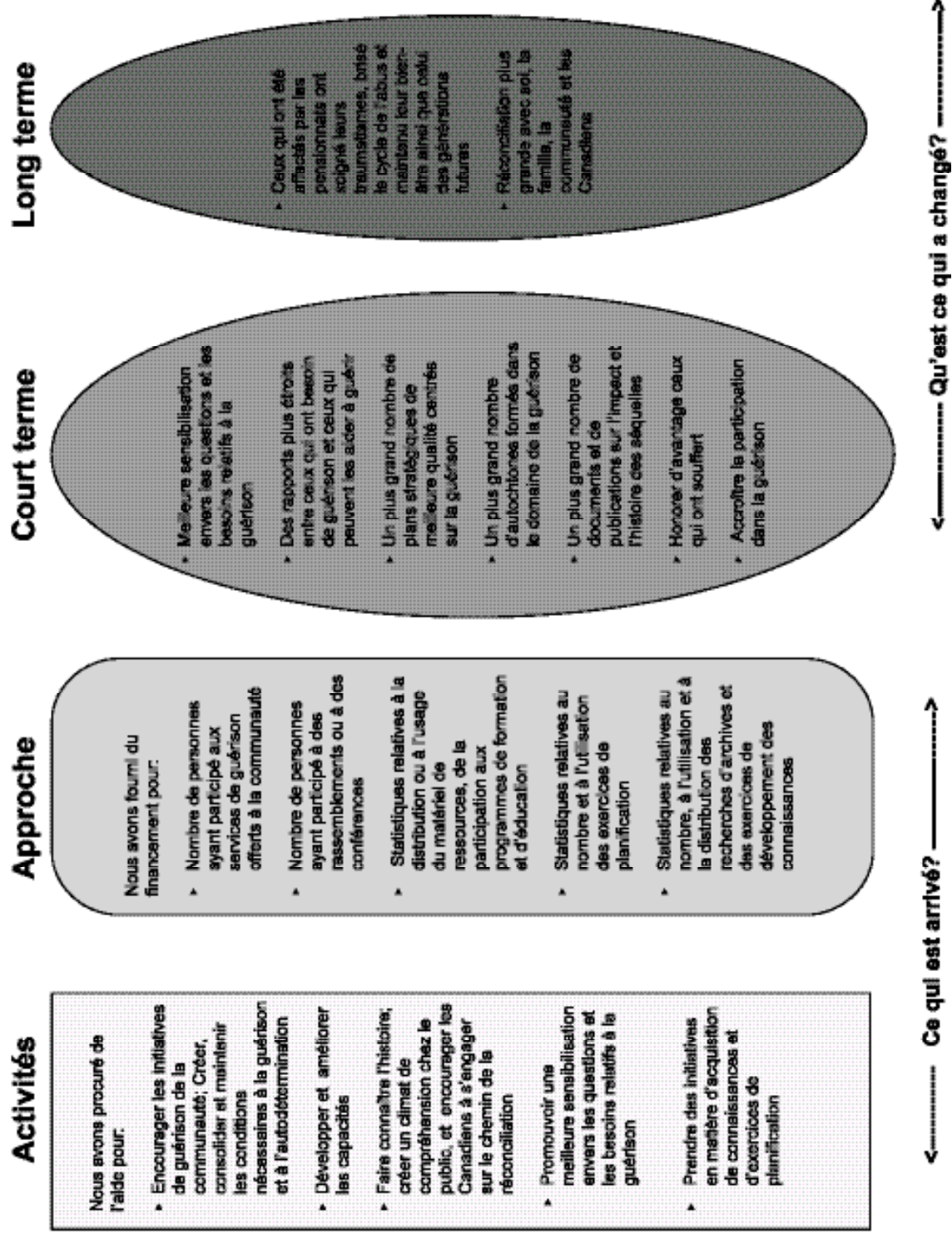


aux besoins de guérison des personnes *qui souffrent le plus* des séquelles des abus physiques et sexuels en leur facilitant des processus de guérison *sécuritaires*. Comme types de projets admissibles au financement, on a considéré les services en matière de guérison, les campagnes de prévention et de sensibilisation, la formation, le développement des connaissances, les identifications de besoins, les demandes visant à commémorer l'histoire, les conférences, de même que la conception et la planification de projets. Les activités et les types de projet ne sont pas incompatibles. À titre d'exemples, de nombreux programmes de guérison ont adopté comme première étape la mise sur pied de campagnes de sensibilisation. Cette série d'activités ont été établies en partant du principe qu'elles devaient offrir la possibilité d'expériences, ce qui conduirait à :

- ▶ **mieux comprendre et être plus sensibilisés** aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats, de même qu'aux problèmes et aux besoins des personnes survivantes;
- ▶ **accroître la capacité des Autochtones** à s'engager dans les techniques et les professions liées à la guérison;
- ▶ **resserrer les relations positives entre les personnes touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et les personnes en mesure de cheminer vers la guérison;**
- ▶ **consolider la planification stratégique axée sur la guérison;**
- ▶ **augmenter la documentation et favoriser les publications sur l'histoire; accroître les efforts pour honorer les personnes qui ont souffert;**
- ▶ **améliorer, affermir le cheminement vers la guérison.**

La *théorie sous-jacente*, fondamentale, consiste à faire en sorte que ces résultats préliminaires ou immédiats conduiront à des activités de guérison durables visant à rétablir l'équilibre et le bien-être des familles et des collectivités autochtones, de même qu'elles permettront de s'avancer sur la voie de la réconciliation. À l'aide de la figure 1, on présente un modèle logique de la démarche de guérison.

**Figure 1) Fondation autochtone de guérison : Modèle logique**





## 2. Méthodes

En raison des sources de données primaires dont on s'est servi pour l'élaboration de ce rapport intérimaire, les méthodes décrites ont des limitations, à savoir la deuxième enquête nationale (appendice 1), les questionnaires de participants (appendice 2), les débats avec un groupe cible composé de représentants de 10 projets financés par la FADG (appendice 3), l'examen de comptes rendus de rencontres régionales de la FADG et l'utilisation des données d'une base de données interne de la FADG. Afin d'obtenir une présentation plus détaillée des questions conceptuelles et techniques associées à l'évaluation globale des activités du programme de la FADG, on invite le lecteur à se reporter au deuxième rapport d'évaluation présentant treize études de cas de projets choisis, financés par la FADG : *Cheminement et équilibre, Deuxième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison* préparé par Kishk Anaquot Health Research (2002). Ce rapport sommaire de recherche d'information vise à répondre à des questions clés portant sur la réalisation de résultats immédiats, de même qu'à fournir de la documentation utile à l'intention des utilisateurs/facilitateurs et des dirigeants ou élaborateurs de politiques (c.-à-d. les responsables des actions visant à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats). L'approche privilégiée pour mener cette évaluation consiste en l'harmonisation entre une stratégie orientée vers des objectifs et celle valorisée par les utilisateurs. Le tableau 1 présente les questions auxquelles l'évaluation visera à répondre en s'appuyant sur l'approche mixte, décrite précédemment.

**Tableau 1) Questions fondamentales relatives à l'évaluation**

<p><b>Orientation vers un but</b> Quelle est la preuve que la FADG a contribué aux résultats souhaités et aux expériences ?</p>	<p><b>Quels ont été les effets sur les participants ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ la compréhension et la prise de conscience des séquelles des abus physiques et sexuels</li> <li>▸ la guérison</li> <li>▸ les aptitudes à titre de guérisseurs</li> </ul>
<p><b>À l'intention des utilisateurs et des preneurs de décisions</b> Qu'est-ce qui améliorera le succès ?</p>	<p><b>Quels ont été les effets sur la collectivité ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ la compréhension et la prise de conscience des séquelles des abus physiques et sexuels</li> <li>▸ des liens entre ceux qui ont souffert et ceux qui sont en voie de guérison</li> <li>▸ une planification stratégique en insistant sur la guérison</li> <li>▸ la guérison</li> <li>▸ la réconciliation</li> <li>▸ des partenariats en place</li> <li>▸ une documentation et une publication de l'histoire et de la vénération de ceux qui ont souffert</li> </ul>
	<p>Quels ont été les pratiques exemplaires et les plus grands défis ? Quelles leçons ont été retenues ? Que doit-on faire pour mieux gérer la mise en valeur du programme ? Les projets ont-ils pu assurer la responsabilité ? Avons-nous atteint ceux qui sont dans le plus grand besoin ? Le processus de guérison est-il durable ?</p>





En faisant la synthèse des activités du projet, des groupes cibles visés, des résultats recherchés à court et à long termes, de même que des indicateurs potentiels de retombées, on a également préparé aux fins d'orientation un tableau portant sur la performance.<sup>3</sup> Ce tableau vise à donner une vue d'ensemble simplifiée des efforts d'évaluation.

---

<sup>3</sup> Montague, S. (1997). *The Three R's of Performance: Core concepts for planning, measurement and management*. Ottawa, Ontario: Performance Management Network, Inc.

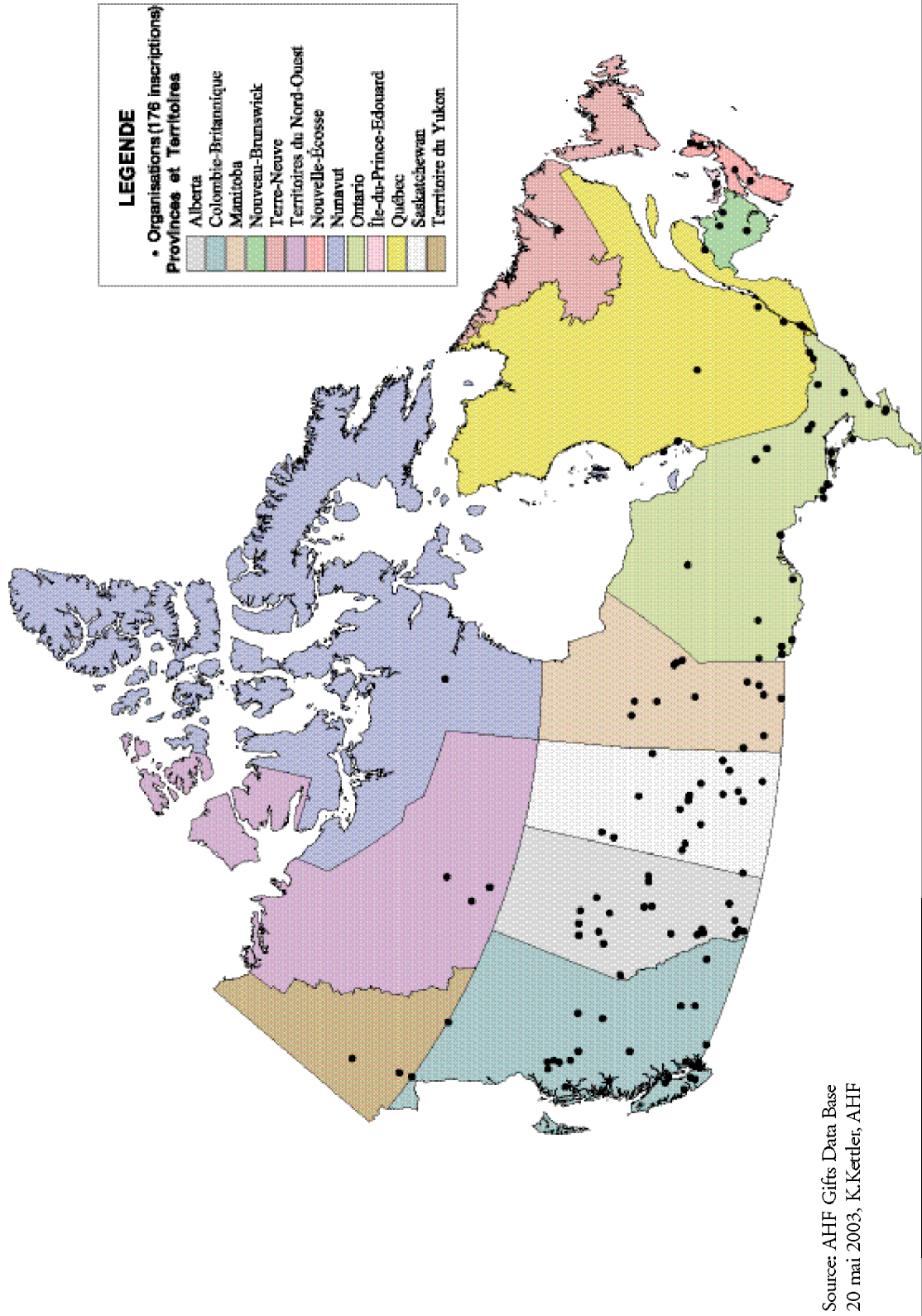
Tableau 2) Carte d'information sur le rendement de la FADG

Enoncé de mission: Appuyer les personnes, les familles et les communautés autochtones et les encourager à concevoir, développer et renforcer des démarches de guérison.	
Comment?	Pourquoi?
Qui?	Quoi?
Résultats	
Clientèle	Résultats à court terme
Résultats à long terme	
<p><b>Ressources</b></p> <p>Appuyer les efforts de guérison communautaires; créer et renforcer des conditions propices à la guérison et l'auto-détermination; développer et perfectionner les capacités; partager l'historique des faits; promouvoir la participation des Canadiens dans le processus de réconciliation; faciliter la prise de conscience des enjeux et des besoins reliés à la guérison; entreprendre des initiatives de recherche et de développement des connaissances (développer du matériel de ressources, des programmes d'éducation et de formation)</p>	<p><b>Résultats à court terme</b></p> <p>Augmentation du niveau de compréhension et de sensibilisation; Augmentation du nombre de plans stratégiques; Augmentation du nombre des partenariats; Renforcement des liens positifs entre ceux qui ont des besoins et ceux qui peuvent les aider; Augmentation des capacités; Augmentation du nombre de documents; Augmentation de la guérison</p>
<p><b>Résultats à long terme</b></p> <p>Ceux qui ont été affectés par les abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats ont confronté les expériences traumatisantes qu'ils ont vécu et ont guéri une grande partie de leurs blessures. Ils ont brisé le cycle des abus et ont développé de manière significative, leurs capacités aux niveaux individuel, familial, communautaire et national, jetant ainsi les bases d'un plus grand bien-être pour eux-mêmes et les générations futures</p>	
<p><b>Comment aurons-nous que nos efforts ont porté fruit? Quels changements pourrions-nous constater? Quelle est l'ampleur du changement?</b></p>	
<p><b>Ressources</b></p> <p>Prêt unique de 350 millions \$ plus les intérêts</p>	<p><b>Mesures immédiates</b></p> <p>Nombre de partenariats durables; nombre, qualité et impact potentiel des plans stratégiques; participation à des activités de guérison; niveau de sensibilisation et de compréhension; participation à des conférences/réunions et avis sur ce sujet; avis des Aînés, des participants et de ceux qui livrent le programme</p>
<p><b>Portée</b></p> <p>Nombre de gens et de communautés qui ont bénéficié du projet</p>	<p><b>Mesures à long terme</b></p> <p>Réduction des taux d'abus sexuels et physiques, d'enfants placés dans des foyers d'accueil, de suicide et d'incarcération de personnes autochtones</p>



Autant que possible, des données numériques pertinentes extraites des bases de données internes de la FADG ont été utilisées et elles ont constitué la source primaire de l'information financière, ce qui a été réparti par groupes cibles et par situations géographiques. L'examen de documents s'est limité à des procès-verbaux ou à des comptes rendus des rencontres régionales de la FADG dans le but de mettre à jour les problèmes et les questions communes, de même que les réactions/réponses de la FADG à la collectivité. Depuis 1999, il y a eu 22 rencontres réunissant 2880 participants et cinq autres rencontres sont prévues. Quant aux autres données d'information, elles ont été obtenues à l'aide d'une enquête envoi/retour par la poste qui était axée principalement sur le contexte communautaire, les caractéristiques des groupes visés, les équipes de programmes, les priorités de la prestation des services, la distribution des ressources et les questions liées à l'obligation de rendre compte. Cette enquête s'est en grande partie inspirée de la première enquête (menée en février 2001), présentée à l'Appendice 1. Cette enquête a été envoyée par la poste à tous les projets actifs à ce moment-là (décembre 2002), l'envoi postal ayant été suivi de deux appels téléphoniques de relance pour s'assurer qu'on y donnait suite. Finalement, comme les retombées immédiates des activités financées sont probablement plus manifestes dans la vie des personnes, on a essayé de mettre en place une approche plus discriminante permettant de mesurer les changements en élaborant un questionnaire destiné aux participants (QP). Ce questionnaire a été adapté d'après les formulaires de rétroaction utilisés au centre de traitement en établissement Tsow Tun Le Lum dans le but de mieux correspondre aux objectifs visés par les projets de guérison de la FADG; ce questionnaire se trouve à l'appendice 2. On a fait parvenir un total de 384 questionnaires d'enquête et de questionnaires de participants à l'ensemble des titulaires de subventions à qui on a demandé de reproduire, de distribuer et d'administrer autant de QP qu'il était nécessaire. On a donné aux participants le choix de renvoyer les QP directement à la FADG ou de les remettre aux équipes de projet pour être retournés par la suite globalement par le coordonnateur. La figure 2 représente les organisations qui ont répondu à l'enquête de la FADG.

Figure 2) Organisations qui ont retourné le questionnaire de la FADG,<sup>4</sup> 2002



<sup>4</sup> Pour obtenir une répartition par nombre pour chacune des provinces ou territoires, consultez l'appendice 4.



Pour la préparation de ce rapport, nous avons reçu un total de 176 questionnaires d'enquête et de 826 questionnaires de participants, ce qui représentait 94 projets. À l'appendice 4, vous trouverez un tableau de la répartition des questionnaires retournés par région. Nous nous sommes servis pour l'analyse des données numériques et des données nominales obtenues des enquêtes par la poste et des questionnaires de participants de l'ensemble des programmes statistiques relatif aux sciences sociales (SPSS — progiciel de statistiques pour les sciences sociales — version 10). Les analyses unidimensionnelles se rapportaient à des variables comme les fréquences, les sommes, les fourchettes (échelles d'étendue), les moyennes et les médianes. Toutes les questions à réponses libres de l'enquête et les données des QP ont été inscrites (les données qualitatives des QP ont été les seules à être codées) et on a procédé à des analyses qualitatives; des tabulations en croix (recoupées) ont été effectuées en vue de mettre à jour des tendances uniques. En dernier lieu, il est tenu pour acquis que l'activité ou le programme de financement de la FADG a une importance suffisante pour influencer sur les principales problématiques sociales et celles liées à la dynamique de la vie. Cependant la FADG reconnaît que le cheminement de guérison sera une longue opération complexe, difficile. De plus, la situation globale est encore plus floue du fait que les thèmes des programmes et leurs incidences ne sont pas spécifiques et mettent l'emphase sur les personnes survivantes du régime des pensionnats provenant de chacun des groupes autochtones (c.-à-d. les Inuits, les Métis et les Premières Nations) dans une perspective extrêmement vaste se rattachant à diverses situations (c.-à-d. groupes provenant de collectivités isolées, rurales, urbaines, de personnes incarcérées).

## 2.1 Limitations

Tous les efforts de recherche sont en quelque sorte limités et l'information que nous présentons dans ce rapport vise à aider les décideurs à bien saisir le niveau ou les limites de signification du présent rapport. Ces données sont limitées du fait qu'environ la moitié de tous les projets en activité en 2002 (176 projets sur un total de 384 projets) ont répondu à l'enquête nationale. Pourtant, si on étudie les variables des répondants comparativement à celles des non-répondants, il n'y a pas de différences bien évidentes les unes par rapport aux autres, notamment le type d'organisation, la région, l'appartenance ethnique, le montant annuel octroyé, l'année où les fonds ont été accordés ou le type de projet. Malgré le fait que, pour la première fois, la FADG a pu obtenir *directement* l'opinion des participants, des représentants de plus de 90 projets, le nombre de répondants (826) reste un très petit échantillon de libre sélection (comparativement au nombre possible de 129 804 participants qui ont pu avoir participé l'année dernière) présentant une perspective dominante des Premières Nations. Vu les ressources limitées dont on disposait pour obtenir à l'échelle nationale l'opinion des personnes survivantes, le potentiel/la validité de cet échantillon est directement associé au fait que l'opinion de ces 826 répondants découle de leur participation à plus de 90 projets différents.



L'instrument (le questionnaire) utilisé pour solliciter l'opinion des participants a été adapté d'après un outil d'évaluation ou de rétroaction élaboré par une équipe clinique oeuvrant en collaboration avec les personnes survivantes au service de Qul Aun au centre de traitement en établissement Tsow Tun Le Lum en Colombie-Britannique. Ce travail d'adaptation a consisté en grande partie à s'assurer que l'instrument corresponde aux objectifs du programme de financement de la FADG en matière de *guérison* et qu'il permette de mettre à jour les réussites et les défis/les difficultés des approches thérapeutiques retenues. Même s'il ne s'agit pas d'un instrument normalisé, il n'existe pas encore ce type d'outil évalué en psychométrie ou normalisé permettant de préciser les étapes particulières d'une démarche de guérison des Autochtones visant les séquelles intergénérationnelles de l'abus physique et sexuel commis dans les pensionnats. Bien qu'il n'y ait pas eu de formation offerte aux équipes de projet pour les aider à administrer les questionnaires destinés aux participants ou celui de l'enquête nationale, des guides ont été préparés et remis pour les deux instruments afin de clarifier les questions pouvant surgir et d'améliorer le degré d'exactitude des données. L'enquête et les questionnaires destinés aux participants ont été administrés de façon indépendante dans le milieu opérationnel.

Comme sources de résultats, on a tenu compte des réponses à l'enquête, des discussions de groupes types/échantillons, des équipes de projet, des bases de données internes de la FADG et de la rétroaction directe des participants. Dans le questionnaire adressé aux participants, à être rempli par les participants, on les encourage par au moins deux remarques préliminaires à exprimer leur désaccord. Les voici :

- ▶ qu'il n'y a pas de réponses vraies ou fausses, mais seulement des réponses qui, d'après vous, sont vraies;
- ▶ comme le rapport *ne permet pas d'identifier qui dit quoi*, n'hésitez pas à exprimer des aspects qui pourraient être sujets à controverse.

**Par ailleurs, la tentative d'obtenir des données divergentes, des réprobations, des observations contraires et des cas négatifs (des critiques) n'a pas eu beaucoup d'effet, ne donnant lieu qu'à de l'information contextuelle obtenue des enquêtes nationales et des questionnaires adressés aux participants.** Bien qu'il soit clair que des participants n'éprouvent pas le même niveau de satisfaction personnelle, les limitations en matière de temps et de ressources ont empêché l'approfondissement ou l'exploration plus poussée des réponses de ces participants. Dans le même ordre d'idées, même si dans la majorité des cas la satisfaction et la réalisation immédiate des objectifs sont évidentes, on ne sait cependant pas encore exactement ce que sont les retombées à long terme de la participation au projet et si ces influences amènent des changements durables et positifs dans la vie des participants. En résumé, l'information manquante la plus importante, ce sont les résultats observés à partir du suivi à *plus long* terme des progrès des participants.




En raison des limitations de ressources consacrées à l'évaluation, on n'a pu bénéficier de l'apport de divers évaluateurs dans le milieu opérationnel et à l'échelle nationale. De plus, l'efficacité des méthodes a varié grandement selon les capacités et la volonté des équipes de projet à s'engager à participer. L'information présentée dans ce rapport a été collectée et analysée par des Autochtones, certains parmi eux pouvaient avoir été touchés par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, et leurs perspectives sur la guérison peuvent avoir eu une incidence sur la façon dont l'information a été collectée et rapportée. Par ailleurs, il est absolument nécessaire que des personnes ayant des connaissances sur la culture, des spécialistes en la matière, ainsi que des participants, fassent part de leur compréhension, de leurs connaissances que les autres ne peuvent pas obtenir. Comme dans le cas de l'enquête nationale précédente, beaucoup d'information rapportée dans ce document a été collectée sur une période de cinq mois (envoi/retour par la poste).

En dernier lieu, on constate la dominance d'opinions venant des Premières Nations dans l'échantillon ou sélection des participants et des répondants à l'enquête, évoquant l'idée que, de façon générale, les problèmes et les besoins particuliers des groupes métis et inuits restent imprécis.

### 3. Qui, Quoi, Où et Quand

En répondant aux questions portant sur les composantes clés de la collecte d'information, les qui, quoi, où et quand, cette section fait la description des indicateurs de cette démarche d'évaluation. Comme cette section porte essentiellement sur des données quantitatives, des explications sont fournies sur la façon de présenter au lecteur ce que ces chiffres représentent. Premièrement, les répondants n'ont pas répondu à chacune des questions de l'enquête; c'est pourquoi le lecteur trouvera entre parenthèse ( $n=$ ), le «  $n$  » signifiant le nombre total de réponses obtenues pour un item en particulier. Ce nombre de réponses devient très important pour pouvoir faire une interprétation des données dans les cas où seulement quelques projets ont répondu à un item en particulier. Autrement dit, des *généralisations à partir de l'information présentée dans ce rapport ne peuvent être faites que si un nombre suffisant de réponses a été obtenu*. De plus, on s'est servi de deux unités de mesure (valeur numériques) représentant la tendance centrale<sup>5</sup> (ou le milieu) : la **médiane** et la **moyenne**. Pour des raisons de simplicité, la moyenne est utilisée dans de nombreux cas; cependant, si la *médiane* s'avère très différente de la moyenne ou si l'écart-type est élevé, on utilise cette médiane ou cette indication du *centre* parce qu'elle constitue un *meilleur* moyen de mesure de la tendance centrale (les moyennes sont soit fortement influencées par un nombre très élevé ou par un nombre très petit<sup>6</sup>).



**Qu'est-ce que tous ces nombres représentent?**

Qu'est-ce que  $n=138$  ou  $n=672$  signifie? Il s'agit du nombre de personnes qui ont répondu à une question en particulier. Il est important de savoir combien de personnes ont répondu à une question pour la bonne raison que cette information détermine dans quelle mesure l'énoncé peut être représentatif ou généralisé pour l'ensemble du groupe. Si très peu de gens ont répondu (c.à-d. 156 personnes sur un nombre possible de 826 personnes), alors le lecteur doit « accepter cette information avec un grain de sel » car elle peut représenter ou peut ne pas représenter l'opinion de 826 personnes.

Pourquoi est-ce que les pourcentages ne totalisent pas 100 %? Dans certains cas, les pourcentages additionnés ne donnent pas un total de 100 % du fait qu'on les a arrondi (c.à-d. en arrondissant 13,7 % à 14 % ou 2,2 % à 2 % pour simplifier). D'autres fois, les pourcentages ne totalisent pas 100 % parce que certaines réponses ne sont pas valides ou ne sont pas interprétables, compréhensibles, et cette information est perdue. Généralement, il s'agit d'un pourcentage très peu significatif (presque toujours <5 %) par rapport à l'ensemble des réponses obtenues pour une question.

<sup>5</sup> En fait, la **tendance centrale** fait référence au « milieu » ou à la tendance de décrire ce qui est la réponse typique ou habituelle.

<sup>6</sup> Pour trouver la moyenne des nombres suivants, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 1000, il faut additionner ces nombres et diviser la somme par le total des nombres (soit 9) pour obtenir 115. La médiane serait le nombre du milieu = 5. Quelle est la mesure la plus exacte de la réponse du centre/du milieu ou la réponse typique (c.à-d. la tendance centrale)?





## 3.1 Qui

### 3.1.1 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants aident les planificateurs/décideurs à mieux comprendre les besoins, à identifier les écarts, les lacunes à combler, à faire des généralisations modérées d'environnement ou à restructurer le programme pour faciliter la réalisation des résultats escomptés. Comme la plupart des activités financées par la FADG se rapportent à la guérison et à la formation, les résultats visent à mettre en évidence ces deux types de projets. Presque la moitié des projets (42 %, n=176) sont axés sur la guérison, alors que seulement quelques projets (4 %) se concentrent sur la formation. Cependant, la plus forte proportion des projets (48 %) touche autant la guérison que la formation. Les sections suivantes du rapport présentent les caractéristiques des participants pour ces deux catégories de projets.

#### 3.1.1.1 Participation aux projets de guérison

La guérison s'applique à une grande diversité d'activités, des activités sur une base individuelle et des activités axées sur la collectivité. Pour faire le partage entre les efforts de guérison cliniques ou la démarche individuelle axée sur la guérison et les efforts de développement communautaire, on a demandé aux répondants (les équipes de projet) de ne considérer que les personnes ayant participé régulièrement à des activités de guérison (c.-à-d. plus d'une fois) et de donner leur opinion en tenant compte des participants qui *veulent et ont besoin* des services de guérison. Le groupe de participants qui auraient occasionnellement participé à une fête ou à une célébration parrainée par un projet ne seraient pas compris dans le nombre fourni. Dans le cadre de cette série de projets financés par la FADG, un nombre total estimé de 59 710 (n=140) **participants**, représentant une médiane de 183 participants par projet (moyenne=426), ont participé aux activités de guérison.<sup>7</sup>

Au cours d'une programmation d'activités de guérison, les participants ont passé une moyenne de cent quarante-neuf heures (149) consacrées à une activité de guérison (la médiane = 80 heures, n=117) et ils peuvent aussi y avoir passé aussi peu que deux heures ou autant que 1225 heures.<sup>8</sup> Proportionnellement, le groupe le plus important était celui des personnes des Premières Nations vivant dans une réserve ou hors réserve (51 %<sup>9</sup> et 29 % respectivement), suivi de celui des Métis

---

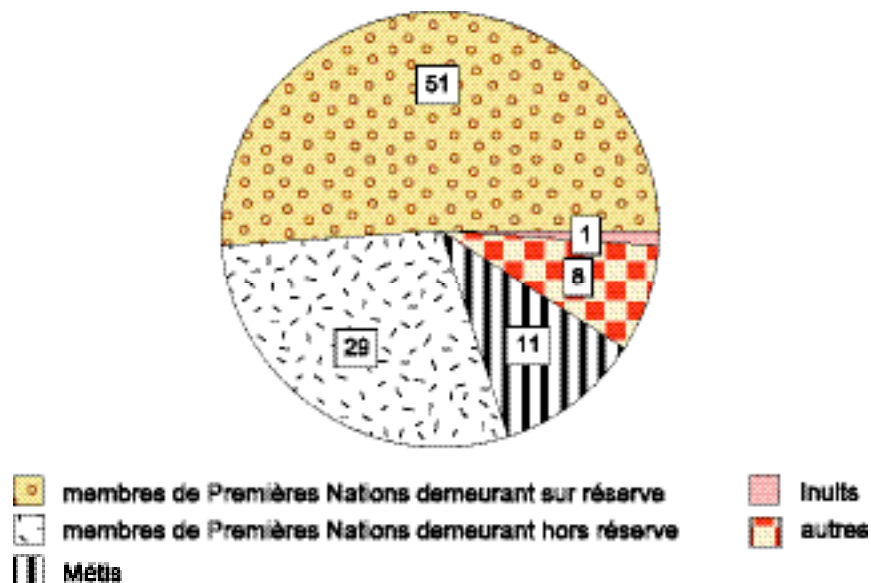
<sup>7</sup> Les résultats de l'enquête 2000 indiquent un total de 48 286 participants (n=221; la médiane de 133, la moyenne de 219 participants).

<sup>8</sup> L'enquête 2000 indique comme résultats une moyenne de 183 heures pour des activités de programme de guérison (n=162; la médiane de 60, l'étendue des heures passées à l'activité allant de 2 heures à 2821 heures).

<sup>9</sup> Le pourcentage des participants appartenant à un groupe autochtone a été calculé en se servant du nombre total de participants identifiés par leur appartenance ethnique comme dénominateur et du nombre total des catégories spécifiques de l'identité autochtone comme numérateur.

(11 %), d'autres groupes<sup>10</sup> (8 %) et des Inuits (1 %).<sup>11</sup> En comparaison, les données du dernier recensement révèlent que 64 % des Autochtones au Canada s'identifient comme Amérindiens, 31 % comme Métis et 5 % comme Inuits.<sup>12</sup>

Figure 3) Participation à l'activité de guérison par identité autochtone déclarée par les répondants à l'enquête.



En examinant la participation à la démarche de guérison par groupe cible, les groupes visés les plus importants semblent être ceux des personnes touchées par des problèmes causés par les répercussions intergénérationnelles des pensionnats (53 %)<sup>13</sup> et celui formé par les femmes (40 %), suivi de celui des jeunes (35 %), des hommes (25 %), des personnes survivantes (25 %) et celui des Aînés (8 %). Seulement un petit groupe de personnes étaient incarcérées, homosexuelles, lesbiennes ou sans-abri (5,1 %, 1,4 % et 3,3 %, respectivement).<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Même si la catégorie « autres » n'a pas été définie, on suppose qu'elle comprend les partenaires non autochtones ou membres non autochtones de la famille.

<sup>11</sup> Les résultats de l'enquête 2000 répartit les participants aux activités de guérison comme suit : les personnes de Premières Nations dans les réserves = 57 %; les personnes de Premières Nations à l'extérieur des réserves = 29 % (n=187); les Métis = 11 % et les Inuits = 3 %.

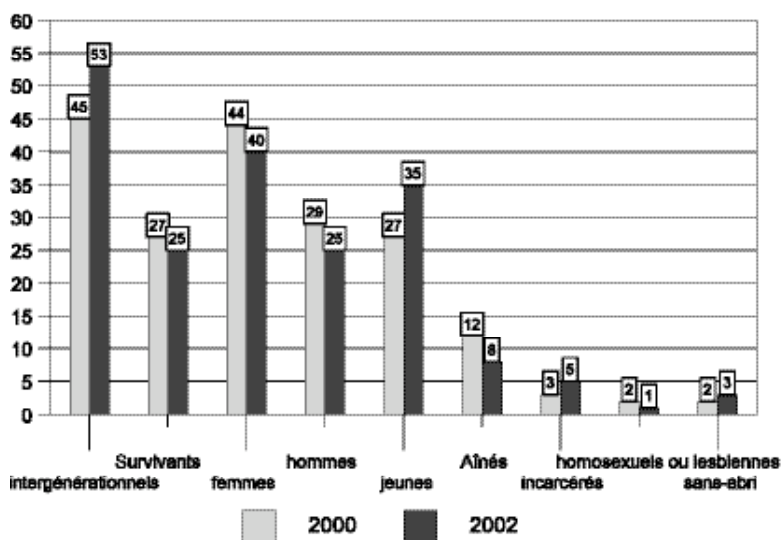
<sup>12</sup> Statistique Canada (2003). Les Autochtones au Canada : un profil démographique. Ottawa : Statistique Canada.

<sup>13</sup> Le nombre de participants de ce groupe cible (c.-à-d. celui formé de personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles) a été divisé par le *nombre total* de participants à une activité de guérison. On a obtenu comme résultat un pourcentage pour chaque projet de ce groupe cible. La moyenne a été par la suite calculée pour l'ensemble des projets.

<sup>14</sup> Les résultats de l'enquête 2000 indiquent que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles représentaient 45 %, les femmes 44 %, les hommes 29 %, les personnes survivantes 28 %, les jeunes 27 %, les personnes âgées, les Aînés 12 %, les personnes incarcérées 3,1 %, les homosexuels ou les lesbiennes 2 %, les sans-abri 1,8 % de celles ayant participé à une activité de guérison.

Cette répartition est en gros similaire à la première enquête en 2000, même s'il convient de noter certaines tendances : il y a proportionnellement plus de personnes jeunes, incarcérées, touchées par les répercussions intergénérationnelles et des participants sans-abri. Le lecteur se rappellera que ces catégories *ne sont pas spécifiques*. Autrement dit, un participant peut être classé dans plusieurs catégories (c.à-d. une personne peut appartenir à la catégorie des personnes âgées, des hommes, des personnes survivantes). La figure 4 représente la participation aux activités de guérison répartie par groupe cible.

Figure 4) Participation à l'activité de guérison par groupe cible (2000 et 2002)



Enfin, il est intéressant de préciser que *moins de dix pour cent* des participants à la démarche de guérison (ou 6775 personnes sur un total possible de 59 710 *avaient* auparavant participé à un programme similaire de guérison avant de commencer à participer à un projet financé par la FADG (n=47). Ces données semblent évoquer l'idée d'une tendance durable. D'une part, ce faible nombre peut être attribué au fait que très peu de projets ont répondu à cette question. Autrement dit, 140 projets ont rapporté faciliter à des participants une démarche de guérison, mais seulement 47 projets ont indiqué combien de participants avaient suivi précédemment des activités de cette nature. L'interprétation de telles données est donc rendue difficile étant donné le petit nombre de ceux ayant répondu à la question. Par contre, si on fait l'hypothèse que ce nombre de participants engagés pour la « première fois » dans une démarche de guérison peut s'étendre à *l'ensemble* des projets de guérison (n=140), cette donnée signifierait toujours qu'environ 20 180 participants à des projets financés par la FADG sur un nombre possible de 59 710 personnes auraient participé auparavant à des activités de guérison et également qu'un *deux tiers absolu* ou 39 530 participants (selon une estimation prudente) pourraient être considérés comme de « nouveaux » participants.

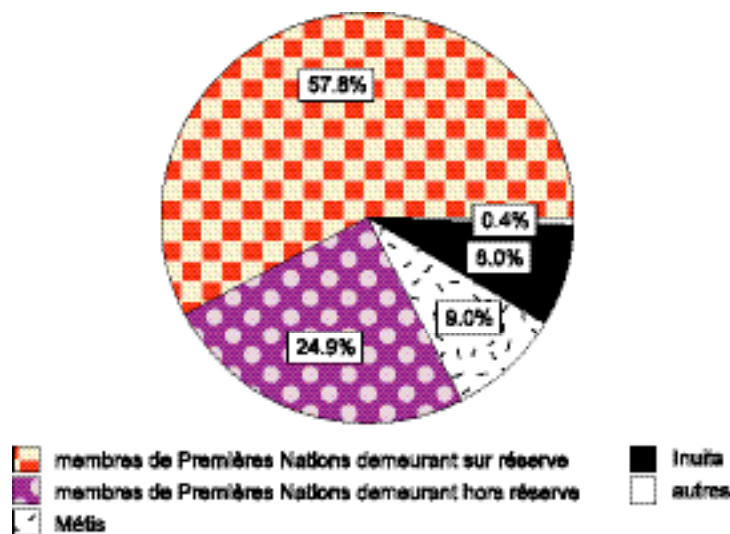
Des répondants au questionnaire de l'enquête rapportent que, même si la plupart des participants ont achevé leur programme de guérison, certains l'ont interrompu avant le temps parce qu'ils n'étaient pas prêts à poursuivre cette démarche de guérison. Les équipes de projet ont généralement défini le fait d'« être prêt » à participer comme un engagement permanent de rester sobre, de mener une vie sans drogue, de faire suffisamment confiance et d'avoir la volonté ferme de donner libre cours à ses émotions. Les répondants à l'enquête ont rapporté que la dynamique des petites collectivités entravait les efforts des personnes intéressées au départ, préoccupées du fait que la confidentialité et la sécurité ne pouvaient être assurées. D'autres personnes, prématurément motivées par une crise, ont

abandonné la démarche dès que la situation de crise s'est calmée. Comme autres motifs d'abandon, on fait mention du manque de services de garde d'enfants et du manque de moyen de transport ainsi que la maladie qui ont contrecarré les efforts des participants de poursuivre leur démarche. La difficulté attribuable au fait d'avoir à mener de front des responsabilités concurrentes a aussi représenté pour les personnes une lutte continue les empêchant de trouver du temps pour poursuivre des activités de guérison. Un petit nombre a abandonné pour des raisons de « divergences profondes sur le plan de la philosophie » et, dans le cas d'autres personnes, on leur a demandé de partir en raison de leur comportement représentant un risque pour d'autres participants.

### 3.1.1.2 Participation aux projets de formation

L'activité de formation correspond à de l'enseignement dispensé régulièrement dans un cadre préétabli, notamment la prestation de cours, d'ateliers, d'exposés et de la formation ou cours théorique où on met l'accent sur l'acquisition de compétences par la *personne participante*. Les projets de formation ont offert des services à **11 968** (n=98) participants, (la médiane égalant 34 participants par projet et la moyenne = 122 participants).<sup>15</sup> Ce sont les personnes des Premières Nations dans les réserves et hors des réserves qui constituent la majorité des participants aux activités de formation; 58 % et 25 % respectivement. Les Métis composaient 9 %, alors que les Inuits représentaient moins de un pour cent (0,4 %) des participants à la formation. D'autres participants (vraisemblablement des participants non autochtones aux sessions de formation) constituaient huit pour cent.<sup>16</sup> La figure 5 présente cette répartition de chaque groupe autochtone d'après la participation des personnes à la formation.

Figure 5) Participation à la formation par identité autochtone

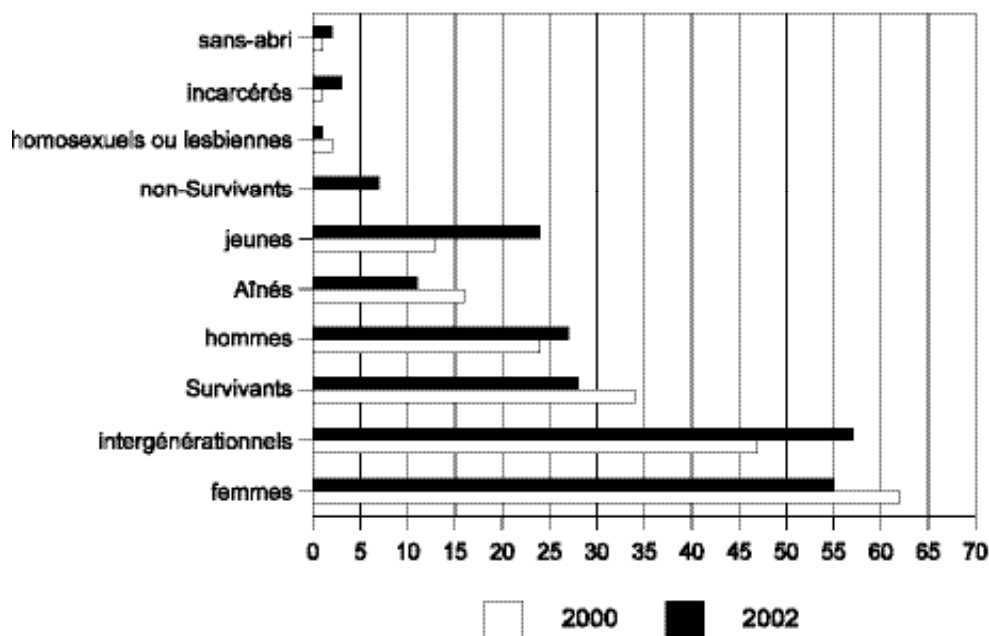


<sup>15</sup> Les résultats de l'enquête 2000 indiquent que 10 938 participants (n=124; médiane = 22 participants par projet; la moyenne = 88), assistant en moyenne à 193 heures de formation (médiane = 74 heures, n=92).

<sup>16</sup> Les résultats de l'enquête 2000 indiquent que le pourcentage des personnes des Premières Nations dans les réserves était de 60 %; quant à celui à l'extérieur des réserves, il était de 26 %; les Métis de 9 %; et les Inuits de 5 %, des personnes ayant participé à la formation (n=108).

Si on étudie la participation aux activités de formation par chaque groupe cible, on constate que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (57 %) et les femmes (55 %) sont largement représentées. Les hommes constituent juste un peu plus du quart de l'ensemble des participants à la formation (26 %), alors que les personnes survivantes composent vingt-huit pour cent. Près d'un quart du groupe ayant suivi de la formation sont des jeunes (24 %) et onze pour cent sont des Aînés (11 %). Un petit nombre parmi eux sont des personnes incarcérées (3 %), des homosexuels ou des lesbiennes (1 %) ou des sans-abri (1 %).<sup>17</sup> Si, au fil des années, on a remarqué que la représentation des personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles a augmenté, ainsi que celle des personnes incarcérées et des sans-abri, dans le contexte de la participation à la formation, celle des jeunes a presque doublé. La figure 6 montre la répartition des groupes de participants à la formation qui font l'objet de l'étude à partir de l'enquête en l'année 2000 et celle en 2002.

Figure 6) Participation à la formation par groupe cible



Les répondants à l'enquête ont indiqué que des participants s'étaient retirés de la formation parce qu'ils avaient des responsabilités concurrentes ou conflictuelles se rapportant à leur emploi ou à leur famille ou parce qu'ils avaient l'impression de ne pas être « prêts » à s'engager, par crainte que des aspects de la démarche les traumatisent de nouveau ou que des capacités nouvellement acquises suscitent chez eux des exigences inévitables qu'ils se sentiraient incapables d'assumer. En d'autres mots, malgré le fait qu'elles aient un vif intérêt à acquérir de nouveaux moyens sur la façon de

<sup>17</sup> Les résultats de l'enquête 2000 indiquent que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles représentaient (47 %); les femmes (62 %); les hommes (24 %); les personnes survivantes (34 %); les jeunes (13 %); les Aînés (16 %); les personnes incarcérées (1,4 %); les homosexuels ou lesbiennes (2,3 %); les sans-abri (1,4 %) des personnes ayant participé à la formation.

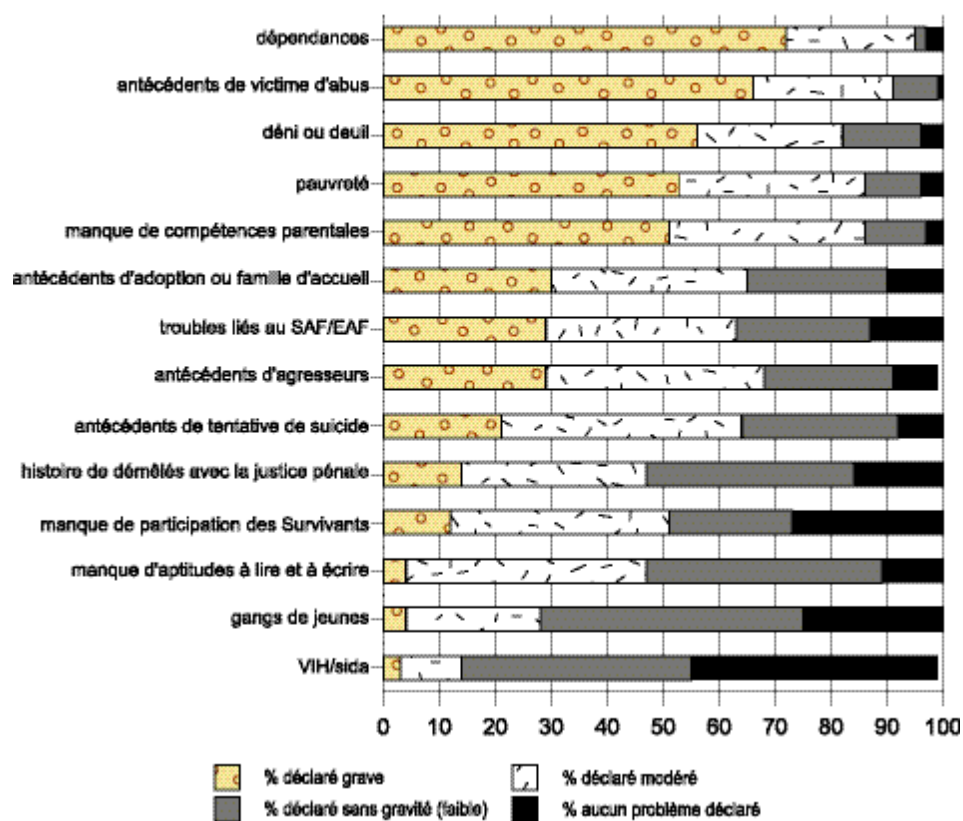


traiter les problèmes liés aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats, certaines personnes suivant de la formation ont ressenti le besoin de poursuivre tout d'abord une démarche de guérison *personnelle*; elles étaient incertaines quant à la possibilité par la suite de pouvoir faire une divulgation ou de réussir à soutenir les autres. Certaines personnes en formation n'ont pas eu la détermination ou la volonté nécessaire pour terminer le programme, d'autres sont allées s'installer ailleurs et des personnes ont été incarcérées pendant la période de leur formation. On a régulièrement fait mention de problèmes personnels comme barrières à compléter la formation, notamment des efforts pour se libérer de toxicomanies ou des personnes aux prises avec des problèmes de santé. Dans des cas rares, quelques participants ont abandonné le programme en raison d'une « *divergence profonde à caractère philosophique* » concernant l'approche de formation. Ajoutons que des barrières simples comme le manque de moyen de transport, le manque de facilité pour la garde des enfants, des empêchements attribuables à l'horaire (c.-à-d. la formation offerte le jour pendant les heures de travail) et une rétribution insuffisante pour leur participation ont été aussi mentionnées. Dans d'autres cas, on a demandé à quelques personnes de quitter parce qu'elles ne se conformaient pas aux politiques du projet.

### 3.1.1.3 Défis à relever par les participants

Les toxicomanies ou problèmes de dépendance, la victimisation, la pauvreté, le manque de compétences parentales, de même que le déni et le sentiment de perte, de deuil, constituent les difficultés les plus graves auxquelles les participants sont confrontés, des problèmes ayant une incidence sur plus de cinquante pour cent de l'ensemble des projets. Un groupe assez important (>25 %) a aussi rapporté d'autres problèmes communs aussi graves, notamment des troubles liés au SAF/EAF, des antécédents de placement en famille d'accueil, d'adoption, de même que des antécédents personnels d'agresseurs. Plus de la moitié des répondants ont classé des problèmes comme le VIH/sida, les gangs de jeunes, le manque de capacités de lecture et d'écriture et les démêlés avec la justice dans la catégorie des problèmes sans gravité ou des aspects non problématiques. La figure 7 montre l'étendue selon laquelle les difficultés ou problèmes des participants peuvent entraver les activités du projet.

Figure 7) Gravité des problèmes affrontés par les participants



Les projets ont identifié 23 603 personnes ayant des besoins spéciaux (le terme « besoins spéciaux » utilisé dans ce rapport fait référence à des circonstances critiques constituant une sorte de vulnérabilité chez certaines personnes, c.-à-d. avoir subi un traumatisme grave, se sentir incapable de participer à une activité de groupe, avoir des antécédents de tentative de suicide ou de dépendance/toxicomanie qui met la vie en danger), une augmentation considérable par rapport au nombre rapporté en 2000 (7589 personnes). Si on suppose que ces personnes participent uniquement à un projet de guérison, elles représentent donc 39 % du nombre total de participants à un projet de guérison (59 710 personnes).<sup>18</sup> Les répondants de l'enquête en 2002 ont permis de constater un nombre plus élevé de participants qui pourrait représenter environ la moitié de l'augmentation du nombre de participants ayant des besoins spéciaux.<sup>19</sup> D'autres explications plausibles pour justifier cet accroissement marqué pourraient être attribuées au fait que les projets financés par la FADG sont maintenant reconnus comme un lieu sûr pour cheminer vers la guérison, que l'information au sujet des séquelles intergénérationnelles des pensionnats est utile et que le

<sup>18</sup> L'enquête 2000 a montré que les résultats du pourcentage médian pour les personnes ayant des besoins spéciaux étaient de 25 %.

<sup>19</sup> Comme le nombre médian de participants par projet était de 85 en 2000 et le nombre médian de participants par projet était de 183 en 2002, ces données représentent une augmentation de 215 % de la participation médiane. Si on suppose que le taux de participation à lui seul indiquait une remarquable augmentation, il faudrait donc s'attendre à ce que 16 316 personnes soient identifiées comme des personnes ayant des besoins spéciaux, laissant une augmentation de 7286 personnes inexplicables.



déni et la peur sont éliminés dans le cas des personnes ayant le besoin le plus pressant d'obtenir des services. Il est aussi possible que les équipes de projet sont davantage habilitées à identifier les personnes ayant des besoins spéciaux, soit dans le cadre de la formation ou d'interactions prolongées avec les participants. Les répondants ont eu l'impression que la meilleure façon de satisfaire aux besoins spéciaux était d'appliquer un traitement holistique axé sur la personne, plus prolongé et plus cohérent, notamment de s'assurer de faire des renvois appropriés, de la post-intervention et du suivi. De plus, tous ont reconnu comme traitement particulièrement efficace, puissant dans le cas des besoins spéciaux, le renforcement culturel, le rôle des guérisseurs, des Aînés, et l'application de méthodes traditionnelles. On a aussi l'impression qu'il faut accroître les efforts pour promouvoir davantage la culture comme moyen de guérison, de même que pour en faire comprendre l'importance auprès des institutions et des praticiens non autochtones. La formation était le plus fréquemment mentionnée comme solution (76 %, n=177). Des stratégies spécifiques et mesures de formation ont été recommandées pour les dimensions suivantes :

- ▶ le traitement des délinquants, des adolescents et des Aînés;
- ▶ l'intervention en situation de crise, le debriefing;
- ▶ prise en charge/traitement du comportement;
- ▶ abus sexuel;
- ▶ diagnostic du SAF/EAF.

Quelques participants ont recommandé qu'un changement dans *l'environnement* devrait appuyer l'intervention de traitement des besoins spéciaux. Plus précisément, ils recommandent le rétablissement d'une société forte, traditionnelle, de même que l'amélioration des conditions communautaires de sorte que cette amélioration de la qualité de vie pourrait agir comme une incitation à poursuivre une démarche de guérison. Si une intervention de cette nature n'est pas possible, des participants ont évoqué l'idée que la possibilité de suivre une démarche à *l'extérieur* de la collectivité pourrait aider. Parmi d'autres idées, on a fait mention de l'établissement d'un climat de confiance et de rendre accessibles les terres traditionnelles ou les sites sacrés comme centres de guérison. En effet, l'établissement d'un milieu favorable pourrait éliminer les barrières à la participation à des activités de guérison, notamment on devrait offrir des possibilités de garde d'enfants, de moyen de transport ou d'hébergement provisoire pour les personnes de passage (en transit).

Finalement, on a recommandé de façon constante un meilleur accès aux services, soit par l'intermédiaire de réseaux mieux constitués ou de l'intégration de services généraux déjà en place au niveau communautaire, comme une façon de mieux répondre aux besoins spéciaux. En fait, la majorité (58 % et 51 % respectivement, n=177) a exprimé l'opinion qu'il fallait une plus grande accessibilité à l'équipe de projet et aux spécialistes itinérants. En particulier, voici ce que les répondants ont demandé :

- ▶ l'orthophonie;
- ▶ la psychologie scolaire;
- ▶ l'ergothérapie (thérapeutique par l'action);
- ▶ l'éducation spéciale;





- ▶ la réadaptation/gymnastique rééducative de la vision;
- ▶ la stimulation des enfants en bas âge;
- ▶ le traitement des dépendances/de la toxicomanie;
- ▶ des refuges/foyers d'accueil d'urgence;
- ▶ une intervention 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24;
- ▶ des programmes d'alphabétisation;
- ▶ des installations pour la famille;
- ▶ du counselling pour les couples;
- ▶ la thérapie par le jeu;
- ▶ le psychodrame;
- ▶ le culturisme;
- ▶ des services d'approche/extension de services (particulièrement pour les personnes incarcérées et les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles).

Nombreux sont ceux ayant demandé que ces services soient conçus/planifiés par des Autochtones et soient sous contrôle autochtone.

### 3.1.1.4 Critères de sélection des participants

Il est intéressant de noter que la majorité des répondants (56 %, n=164) ont déclaré *ne pas être en mesure* de répondre aux besoins de tous ceux et celles faisant une demande d'intervention thérapeutique dans leur démarche de guérison ou sollicitant de la formation.<sup>20</sup> S'ils ont été amenés à devoir choisir, les projets ont dit avoir normalement sélectionné les participants en s'appuyant sur le degré d'importance des besoins ou des risques encourus et sur leur « réceptivité/état de préparation » à s'engager dans la guérison ou dans la formation. Pour déterminer « le degré de préparation, de réceptivité », on s'est inspiré de caractéristiques comme la motivation personnelle/propres initiatives, la stabilité, la sobriété/la tempérance, et un intérêt manifeste ou une détermination à poursuivre une démarche de guérison ou de formation. Certains ont mis les personnes survivantes en première place de la liste prioritaire alors que, pour d'autres projets, ce sont les enfants et les adolescents ou les familles avec des enfants qui devaient être au premier plan. Un petit nombre avait une politique « premier arrivé, premier servi », appliquant une approche non contrôlée, neutre ou aléatoire, ou ils étaient aux prises avec des contraintes provenant du fait qu'ils voulaient assurer l'impartialité géopolitique à l'égard de l'accès aux services.

### 3.1.2 L'équipe

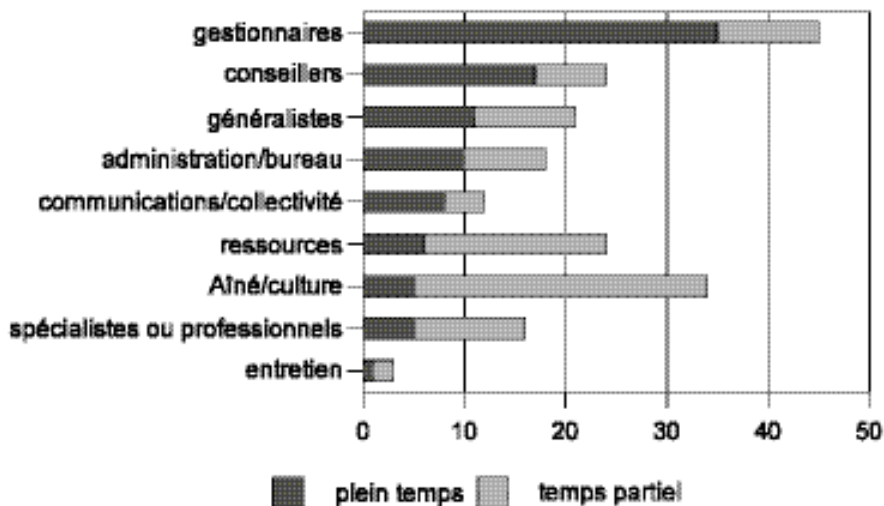
Les projets financés par la FADG ont indiqué qu'il y avait un total de 2733 employés rémunérés (n=169); 931 de ces employés occupaient un poste à plein temps (c.-à-d. travaillant régulièrement plus de 30 heures par semaine). Par projet, la taille d'une équipe comprenait en moyenne cinq employés à plein temps (médian = 3) et 10 employés à temps partiel (médian = 4) pour une équipe composée en moyenne de quinze employés. En ce qui a trait à la situation hiérarchique, les équipes

---

<sup>20</sup> Les résultats de l'enquête en 2000 indiquent que la majorité pouvait répondre à la demande (55 %, n= 234).

sont normalement composées des détenteurs de postes de gestion,<sup>21</sup> des Aînés, d'autres guides culturels, des spécialistes,<sup>22</sup> des conseillers, des membres de la formation générale des équipes de projet,<sup>23</sup> des membres de l'administration ou de l'organisation de bureau, du personnel<sup>24</sup> professionnel et des communications.

Figure 8) Répartition des membres des équipes travaillant à plein temps ou à temps partiel par poste



Quatre-vingt onze pour cent de l'ensemble des postes à plein temps et quatre-vingt cinq pour cent des postes sont occupés par des Autochtones (n=160). Le tableau 3 montre la répartition des équipes, postes à temps plein et à temps partiel, selon l'identité autochtone.

<sup>21</sup> Comme postes de gestion, les projets comptent tous les directeurs, les directeurs adjoints, les gérants (chefs de service), les gérants ou chefs adjoints, les superviseurs, les animateurs d'équipe, les administrateurs, les coordonnateurs et les coordonnateurs adjoints.

<sup>22</sup> Font partie des spécialistes, les facilitateurs, les moniteurs, les étudiants, les conférenciers invités, les organisateurs d'ateliers et les personnes survivantes.

<sup>23</sup> Ce qu'on entend par les membres de la formation générale de l'équipe, ce sont toutes les personnes identifiées comme les aidants, les travailleurs/intervenants, les stagiaires, les membres de l'équipe, la prévention du crime, le vidéographe, les intervenants de première ligne, le personnel de soutien, le travailleur des services à l'enfance, le travailleur social, l'adjoint des programmes, l'agent de programme, l'agent d'intervention en situation de crise, le personnel itinérant et le cuisinier.

<sup>24</sup> La catégorie professionnelle comprend le psychologue, le thérapeute, l'infirmier, le consultant, le chercheur, le spécialiste en santé mentale, le contractant ou titulaire de contrat et l'évaluateur.

Tableau 3) Identité autochtone des membres de l'équipe de projet à plein temps et à temps partiel

Identité	Temps plein	Temps partiel
Premières Nations	79 %	70 %
Métis	11 %	14 %
Inuit	0,2 %	0,9 %
non autochtone	9,5 %	14,7 %

Les personnes survivantes occupent quarante-trois pour cent des postes à plein temps (n=139) et soixante-deux pour cent des postes à temps partiel (n=94). Trente-trois pour cent du personnel travaillant à plein temps ont un grade universitaire, quarante-cinq pour cent détiennent un diplôme ou un certificat, seize pour cent ont d'autres types de formation et six pour cent ont été formés en fonction des projets financés par la FADG (n=160). En ce qui a trait aux postes à temps partiel, la répartition est grosso modo la même, trente-quatre pour cent ayant un grade universitaire, plus du quart (28 %) détiennent un diplôme ou un certificat, le tiers (33 %) ont d'autres types de formation et cinq pour cent ont été formés par les projets financés par la FADG (n=106). En moyenne, les membres de l'équipe possèdent treize années d'expérience se rapportant à leur champ de spécialisation (médian=10). *Au cours d'un mois typique, plus de 13 496 heures de service bénévole ont été faites dans le cadre de projets financés par la FADG (n=154).* En moyenne, dans le cadre d'un projet, on bénéficie de 88 heures de service bénévole par mois (médian = 20). En faisant une estimation prudente de ce que ces heures de service bénévole pourraient valoir et en faisant la supposition que la rétribution d'une contribution de cette nature serait de 10 \$ par heure, le total des heures de service bénévole pourrait représenter une injection de 134 960 \$ par mois ou de 1 619 520 \$ par année.

En dernier lieu, une présentation des caractéristiques de l'équipe de projet ne pourrait être complète sans prendre en considération celle des guérisseurs efficaces. De façon évidente, les guérisseurs ont de nombreuses qualités particulières et leur savoir peut provenir de disciplines traditionnelles ou de disciplines occidentales. Dans ce domaine de la guérison, les personnes qui sont hautement qualifiées, spécialisées grâce à une formation poussée et à une vaste expérience et, d'un point de vue idéal, *ayant des points d'entente, une vision commune*, avec les groupes visés (c.-à-d. les homosexuels ou lesbiennes, les adolescents, les femmes, les hommes, les parents ou les grands-parents *et les membres respectés de la collectivité*) sont celles qui obtiennent de bons résultats. Il existe aussi un niveau élevé d'accord de la part de la majorité, un large consensus, articulé autour du caractère du guérisseur. Les équipes de projet s'entendent pour dire que les guérisseurs doivent avoir le souci d'aider les autres, leur accorder un soutien, être engagés, compatissants et attentifs, être respectueux, non critiques, humbles, honnêtes, bienveillants, faire preuve d'ouverture, être créatifs, tenir compte des réalités culturelles, être patients, sociables (extravertis) et avoir une grande visibilité dans la collectivité. Ils doivent être en mesure d'assurer aux participants la sécurité, de faciliter une prise de décision *indépendante*, de renforcer le sentiment de leur valeur personnelle, l'estime de soi, d'éviter d'exercer un rôle de sauveteur, de pratiquer efficacement l'humour, de même que de préserver son propre équilibre. Un guérisseur doit être *totalelement présent* aux personnes qui se confient à ses soins, être capable d'écouter attentivement, de comprendre clairement. En plus, il doit bien saisir les souffrances du participant, pouvoir les décrire et se sentir interpellé par cette douleur, d'être

---

empathique. Dans le meilleur des cas, il doit parler couramment la langue de la collectivité. En dépit du fait que des guérisseurs de diverses catégories professionnelles/d'expériences abordent et traitent les personnes affligées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, il reste que c'est le cas particulier d'une personne survivante exerçant le rôle de guérisseur qui a su le plus retenir l'attention.

### 3.1.2.1 Personne survivante comme guérisseuse/guérisseur

[TRADUCTION] *Les meilleures personnes, les admirables. . . sont celles qui ont connu la défaite, la souffrance, qui ont dû livrer bataille, qui ont vécu des deuils, des pertes, et qui ont découvert leur voie, la lumière, au sortir de ces ténèbres. Ces personnes ont acquis une capacité d'appréciation du sens de la vie, une sensibilité et une compréhension à cet égard, qui leur inspirent un sentiment de compassion, de bienveillance, un dévouement chaleureux envers autrui, et un profond souci des autres.*<sup>25</sup>

Bon nombre de collectivités se trouvent dans une position peu enviable où elles se sont engagées en même temps dans une démarche de guérison et de formation, où de nombreuses personnes survivantes sont maintenant invitées comme guérisseurs. Par ailleurs, il existe peu de consensus sur la question de déterminer à quel moment on peut reconnaître qu'une personne survivante devient guérisseur ou sur le temps qu'il lui faut pour le devenir. La réponse varie, en partie, selon le rôle ou la fonction assumée par la personne (p.ex. un conseiller, un guérisseur, un Aîné, un expert-conseil, un prestataire de soins, un facilitateur, un éducateur), étant donné que les qualifications requises peuvent changer considérablement. Cependant, en prenant en considération l'ensemble des données d'évaluation de la FADG, il semble exister un solide consensus concernant le fait qu'une personne survivante reconnue comme guérisseur est indiscutablement confirmée en tant que modèle de comportement sain, positif, ou modèle de réussite d'une démarche de guérison féconde. Dans ces circonstances, on a *conféré* à cette personne le rôle de guérisseur ou on le lui a attribué du fait que les autres la respectent et lui *reconnaissent* la capacité d'aider autrui à cheminer vers la guérison. Autrement dit, la *prudence est de mise dans le cas où il s'agit de personnes qui se proclament elles-mêmes « guérisseurs »*.

Même si très peu de représentants participant à la rencontre du groupe de discussion réunissant des projets prometteurs pouvaient préciser le moment où la transition se faisait chez une personne entre le besoin d'être appuyée et la capacité d'appuyer les autres, ils étaient cependant convaincus que, dans une situation où une personne survivante devenait à son tour guérisseur, de nombreuses caractéristiques étaient perceptibles. D'après eux, ces personnes survivantes deviennent capables d'entrer en action ou d'agir à titre de meneur, au moment où elles se sentent libérées du besoin de dominer/de contrôler les autres, où elles ont bien établi leurs limites personnelles, s'assurant ainsi de pouvoir garder un bon équilibre, y compris la capacité de reconnaître les déclencheurs ou les stimulants émotionnels et de s'en éloigner si l'épuisement, le surmenage est imminent. Dans le cas où la négativité fait surface, elles sont suffisamment compétentes pour la désamorcer et revenir à un climat positif permettant de poursuivre la guérison. Si des personnes survivantes sont engagées à

---

<sup>25</sup> Kubler Ross, E. (n.d.). Selected Quotes. Extrait le 2 juin 2003 de : <http://www.elisabethkublerross.com/pages/Quotes.html>



faire la prestation de thérapie traditionnelle, elles doivent se sentir complètement à l'aise avec ces méthodes et être très bien informées des traditions, des cérémonies et des pratiques spirituelles. Dans le cas où le rétablissement est satisfaisant, des caractéristiques sont généralement notables comme celles de faire preuve d'un leadership imperturbable, d'un grand calme, et d'avoir terminé la transition en passant à travers toutes les étapes du deuil (c.-à-d. le déni, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation). Plus précisément, les personnes survivantes comme les guérisseurs acceptent la réalité des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, ont vaincu et apaisé la colère associée au deuil, aux pertes, et elles ne cherchent plus à marchander leurs interventions ou les actions des autres afin de reconstituer les conditions antérieures à la perte. Elles ont surmonté la dépression et reconnaissent que la vie continue. Les personnes survivantes comme les guérisseurs ont la capacité de *s'accepter complètement soi-même* et elles dégagent ce sentiment positif de soi; elles sont aussi capables de *démontrer* un mode de fonctionnement sain en :

- ▶ étant capables de partager avec naturel leur histoire, leurs stratégies de guérison, de même qu'un plan élaboré assurant un bien-être *soutenu*;
- ▶ s'engageant à briser le cycle de la violence/de l'abus en passant à l'action et en favorisant activement chez les autres l'habilitation ou la prise en main personnelle;
- ▶ présentant des antécédents de comportement conforme à l'éthique (particulièrement en ce qui a trait au respect de la confidentialité) qui peuvent être corroborés par de bonnes références;
- ▶ ayant un mode de vie exempt de problèmes d'alcool et de drogue depuis au moins deux ans;
- ▶ ayant une grande détermination à apprendre et aucune difficulté à accepter de travailler sous supervision clinique;
- ▶ connaissant et en convenant des limites de leur capacité professionnelle et en faisant au besoin des renvois appropriés;
- ▶ en recouvrant le respect des personnes de la collectivité.

À la limite, les personnes survivantes ne peuvent guider les autres que dans la mesure où elles ont fait elles-mêmes un cheminement de guérison. Il peut arriver qu'elles soient encore engagées dans leur propre démarche de guérison, mais elles *doivent faire preuve d'une détermination ferme de se protéger et de protéger les autres avant d'être en mesure de conduire la marche*. Dans la situation où elles ne sont pas prêtes à assumer un rôle de meneur, elles peuvent tout de même s'engager dans un cheminement de guérison comme facilitateurs ou éducateurs. Pour résumer, le tableau 4 donne une liste de contrôle des caractéristiques recommandées par les équipes de projet dans le but d'aider les collectivités à reconnaître les bons guérisseurs.

Tableau 4) Une liste de contrôle pour reconnaître un guérisseur potentiel

Une liste de contrôle pour reconnaître un guérisseur potentiel	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> de bons antécédents de comportement d'ordre éthique ou de responsabilité professionnelle avec des références à l'appui</li> <li><input type="checkbox"/> savoir comment neutraliser, désamorcer la négativité</li> <li><input type="checkbox"/> humble, honnête (intègre) et doux/bienveillant</li> <li><input type="checkbox"/> accepte la réalité des séquelles intergénérationnelles des pensionnats</li> <li><input type="checkbox"/> s'être occupé de sa colère et l'avoir vaincue/surmontée</li> <li><input type="checkbox"/> être passé par tous les stades du deuil et avoir terminé cette période de transition</li> <li><input type="checkbox"/> être reconnu <i>par les autres</i> comme guérisseur</li> <li><input type="checkbox"/> totale acceptation de soi-même</li> <li><input type="checkbox"/> reconnu comme un modèle de rétablissement complet, réussi</li> <li><input type="checkbox"/> capable de partager avec les autres son histoire et les stratégies personnelles appliquées dans sa propre démarche de guérison</li> <li><input type="checkbox"/> a bien établi ses limites personnelles qui le protègent contre les préjudices ou l'épuisement professionnel</li> <li><input type="checkbox"/> est respecté dans la collectivité</li> <li><input type="checkbox"/> ne connaît pas la peur, garde son calme (imperturbable/n'est pas facilement pris au dépourvu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> familier avec les cérémonies, en a une très bonne connaissance</li> <li><input type="checkbox"/> est présent, capable d'écouter attentivement, de comprendre clairement</li> <li><input type="checkbox"/> fait preuve d'une grande ouverture d'esprit</li> <li><input type="checkbox"/> libre du besoin de contrôle, de garder la maîtrise</li> <li><input type="checkbox"/> une énergie positive non équivoque</li> <li><input type="checkbox"/> ne marchand pas ses interventions, ne négocie pas les actions des autres</li> <li><input type="checkbox"/> être sobre ou abstinent ou sans drogue depuis au moins deux ans</li> <li><input type="checkbox"/> accepte la supervision clinique, d'apprendre et de travailler en collaboration dans ce cadre</li> <li><input type="checkbox"/> connaît ses propres limitations professionnelles et fait les renvois appropriés</li> <li><input type="checkbox"/> a élaboré un plan de préservation de son bien-être</li> <li><input type="checkbox"/> s'est engagé à rompre le cycle de la violence/de l'abus, entreprend des actions communautaires et facilite la prise en main, l'habilitation</li> <li><input type="checkbox"/> ayant des croyances spirituelles bien fondées</li> <li><input type="checkbox"/> s'est réconcilié avec la Mère Terre</li> <li><input type="checkbox"/> sans dépression, reconnaît que la vie doit continuer</li> </ul>

### 3.2 Quoi

La section suivante décrit la répartition des ressources par identité autochtone, par groupe visé, par situation (degré d'éloignement) géographique, par type de projet, de même que par région. On présente aussi dans cette section les besoins identifiés et, le dernier aspect mais peut-être le plus important, les approches privilégiées ou adoptées pour le cheminement de guérison.

#### 3.2.1 Répartition des ressources

Les données d'information financière présentées dans ce rapport ont été tirées des bases de données internes de la FADG et elles ont été arrondies à la centaine de dollars la plus voisine (c.-à-d. 10 512 795 \$ devient 10 512 800 \$). À l'appendice 5, vous trouverez toutes les données ayant servi à la préparation des figures 9 à 18. Ces données doivent être interprétées avec beaucoup de circonspection étant donné que la grande majorité des projets ont répondu aux besoins de *tous* les participants, qu'il s'agisse d'Inuits, de Métis, d'hommes, de femmes, de jeunes, de personnes âgées, incarcérées ou vivant dans la rue. Dans le même ordre d'idées, de nombreux projets se sont engagés



dans une diversité d'activités en même temps (c.-à-d., dans la formation et la guérison, la sensibilisation et la recherche de documentation) et, par conséquent, ils *n'entrent pas* de façon précise dans *un seul* type de projet. Pour déterminer quelles sont les ressources utilisées pour satisfaire aux besoins selon la répartition de groupes culturels en particulier, il est important de prendre en considération *toutes* les catégories de dépenses auxquelles chaque groupe culturel est associé. En d'autres mots, les ressources dont disposaient spécifiquement les Inuits devraient être prises en considération avec les ressources mises à la disposition d'un regroupement plus général, celui de *l'ensemble des peuples autochtones*. Dans le cas où des groupes étaient visés pour des motifs particuliers (par ex., du fait qu'il s'agissait de jeunes, de femmes ou de personnes survivantes, etc.), les ressources ont été *totalisées* pour souligner l'importance de la mise de fonds visant à combler les besoins de ces groupes cibles particuliers.

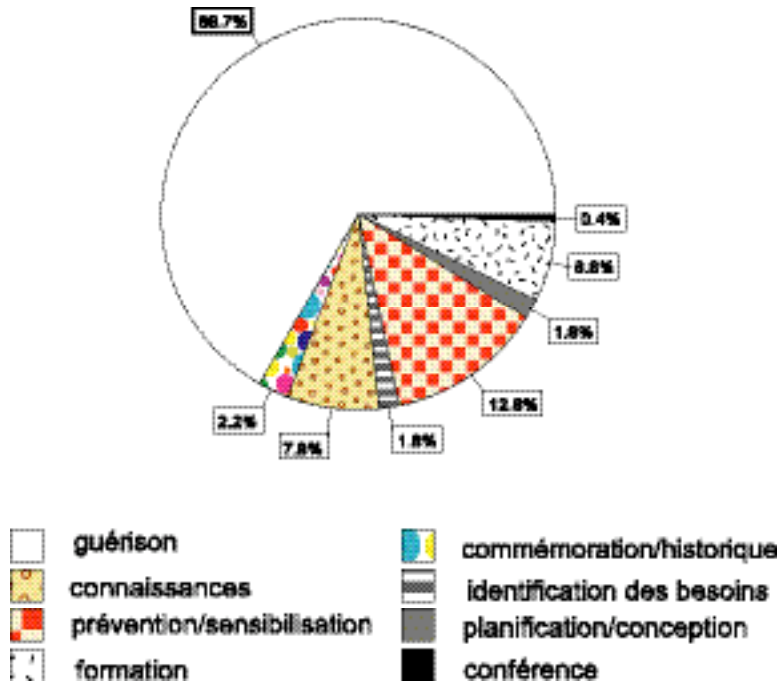
Les deux tiers de ces ressources consacrées par le programme de la FADG (66,7 %) ont été investies dans la démarche de guérison, ce qui représente proportionnellement beaucoup plus que la somme attribuée en 2000 (47 %). La prévention, la sensibilisation et le développement de connaissances ont aussi continué à représenter d'importantes priorités pour la FADG. Selon un ordonnancement hiérarchique, les montants des ressources allouées sont représentées dans le tableau suivant.

Tableau 5) Mise de fonds de la FADG par type de projet (2000/2002)

Type de projet	2002	2000
Guérison	66,7 %	47 %
Prévention et sensibilisation	12,8 %	18,5 %
Développement des connaissances	7,9 %	4,9 %
Formation	6,6 %	9,1 %
Commémoration de l'histoire	2,2 %	5,2 %
Évaluation des besoins	1,8 %	3,9 %
Conception et planification des projets	1,6 %	2,6 %
Conférences	0,4 %	0,6 %

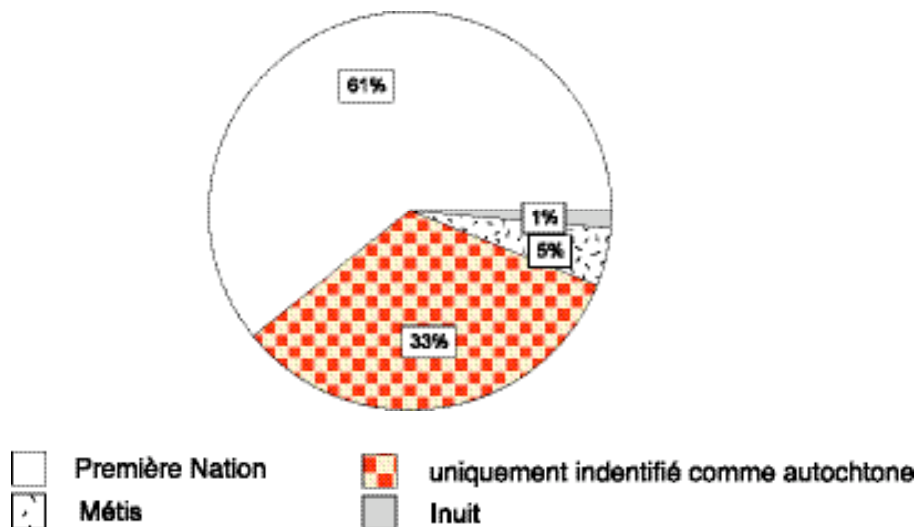
Voici donc la figure 9 qui représente à l'aide d'un graphique la répartition des ressources par type de projet pour l'année 2002.

Figure 9) Subventions par type de projet (2002)



Au moment où les requérants (en grande partie des organisations) ont fait leur demande de financement, ils ont dû faire état de leur identité autochtone. La figure 10 indique le pourcentage de fonds attribués aux bénéficiaires qui se sont auto-identifiés comme Autochtones (plus d'un groupe), comme Première Nation, Inuit ou Métis. Seulement un petit pourcentage d'organisations n'ont pas rempli cette section du formulaire de demande.

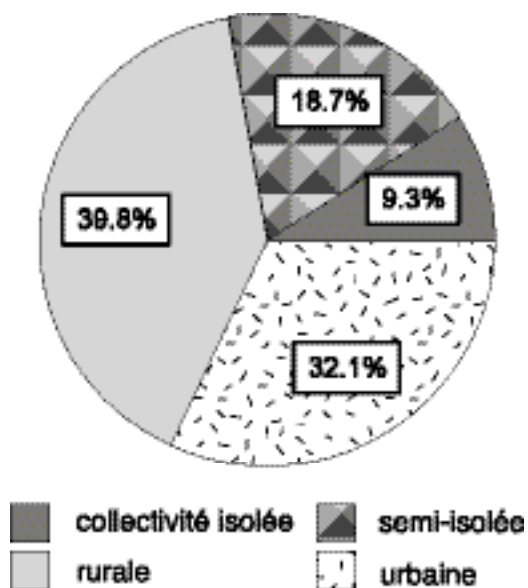
Figure 10) Répartition des ressources par type d'organisation autochtone





En examinant la répartition des ressources selon la situation ou le degré d'éloignement géographique, il est évident que le tableau de la répartition est resté relativement stable au fil des années. La plus forte proportion des ressources continue d'être attribuée à ce qu'on considère comme des collectivités rurales<sup>26</sup> (39,8 %), suivie des milieux urbains (passant de 24,5 % en 2000 à 32,1 %) et des milieux semi-isolés (18,7 %). Comme en 2000, les collectivités isolées ont obtenu neuf pour cent (9,3 %) de la détermination des ressources de la FADG. La figure 11 indique de quelle façon les fonds de la FADG ont été répartis aux collectivités d'après leur degré d'éloignement.

Figure 11) Répartition des ressources selon le facteur éloignement (2002)



<sup>26</sup> **Isolée** - une collectivité qu'on ne peut pas accéder par la route ou par service de traversier.

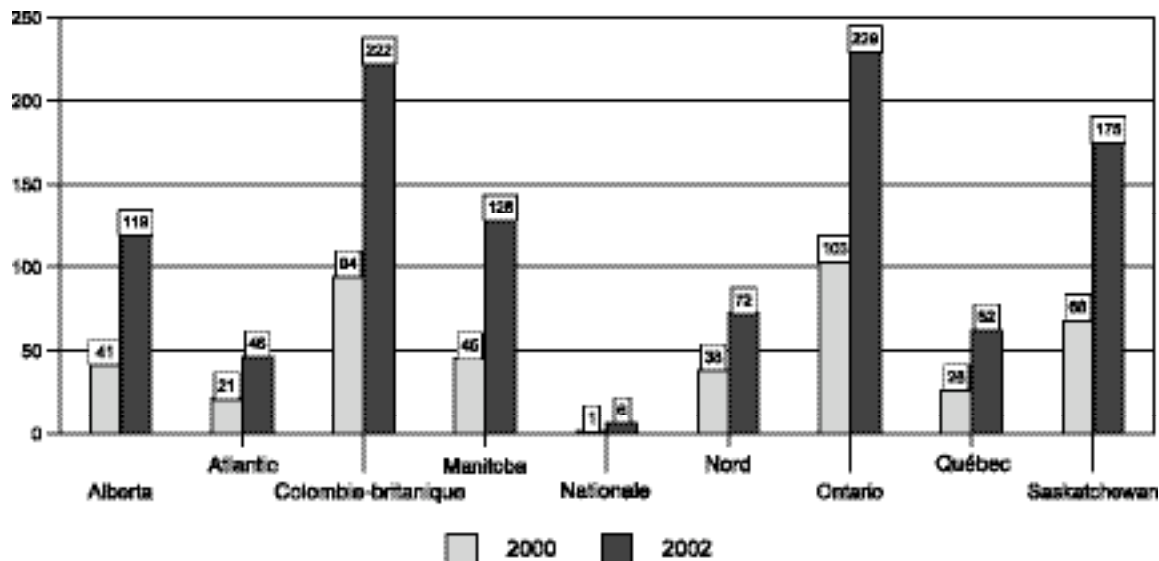
**Semi-isolée** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 350 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Rurale** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 50 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Urbaine** - une collectivité ou une communauté d'intérêt commun qu'on peut accéder par la route ou par traversier et qui est située à moins de 50 km d'une ville ou d'une municipalité comptant plus de 25 000 habitants.

En dernier lieu, l'Ontario a obtenu le nombre de subventions le plus élevé attribué par la FADG (229), suivi de la Colombie-Britannique (222) et de la Saskatchewan (175). Le Manitoba en a reçu 128 et l'Alberta 119. La figure 12 indique le nombre de projets subventionnés réparti par région.

Figure 12) Nombre de subventions par région (2000 et 2002)



### 3.2.2 Besoins identifiés

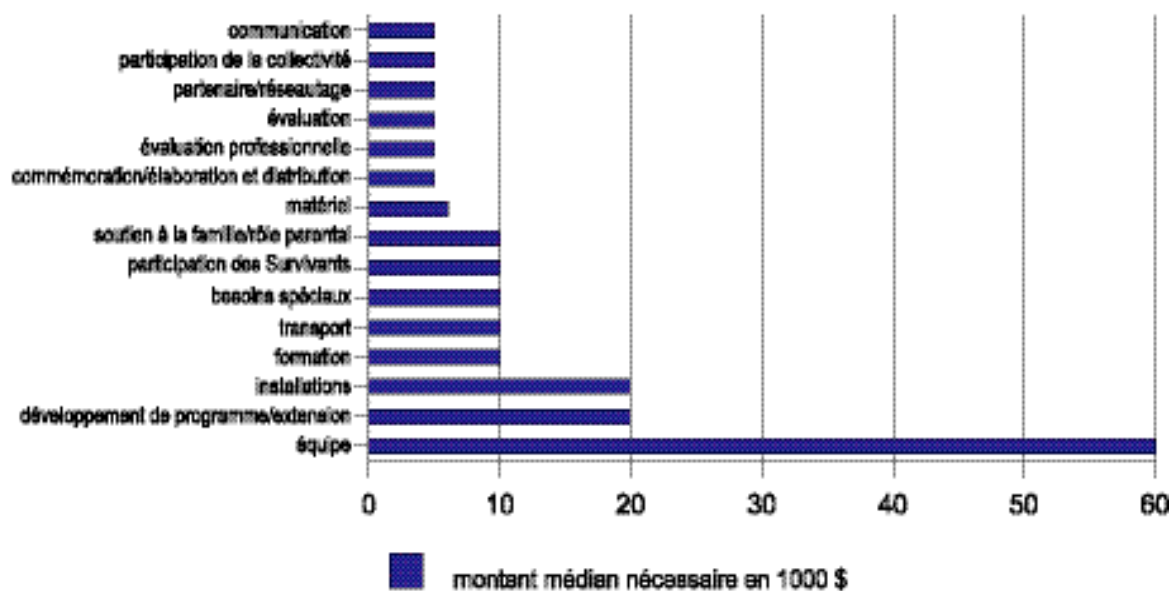
Au cours des deux dernières années, les besoins prioritaires sont restés relativement stables. En effet, accroître la taille des équipes de projet et améliorer le taux de participation des personnes survivantes restent les besoins les plus importants. Ces priorités sont suivies de très près par le développement ou l'expansion de projets, la formation, la participation de la collectivité et le soutien à la famille. Le tableau 6 fait la comparaison entre les résultats obtenus en 2000 et le classement par ordre d'importance des besoins en 2002. En commençant par le besoin le plus pressant, voici la liste qui découle de l'enquête :

Tableau 6) Besoins suivant l'ordre de priorité (2000 et 2002)

Besoins – ordre de priorité en 2000	Besoins – ordre de priorité en 2002
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. accroître le nombre d'employés et les avantages sociaux;</li> <li>2. améliorer la participation des Survivants;</li> <li>3. améliorer et agrandir les installations;</li> <li>4. apporter des améliorations au projet et l'élargir au niveau local;</li> <li>5. dispenser de la formation;</li> <li>6. améliorer le soutien à la famille et les compétences parentales;</li> <li>7. faciliter la participation de la collectivité;</li> <li>8. obtenir des évaluations professionnelles en vue du développement des compétences et de la guérison;</li> <li>9. obtenir des ressources et des services professionnels pour traiter des besoins spéciaux;</li> <li>10. élaborer et distribuer de l'information sur l'historique des pensionnats et sur leurs incidences intergénérationnelles;</li> <li>11. améliorer, offrir des moyens de transport;</li> <li>12. améliorer la communication (avec la collectivité, la FADG et les Canadiens en général);</li> <li>13. acheter du matériel et des fournitures;</li> <li>14. renforcer les partenariats et les réseaux;</li> <li>15. assurer la surveillance et l'évaluation du projet.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. accroître le nombre d'employés et les avantages sociaux;</li> <li>2. améliorer la participation des Survivants;</li> <li>3. apporter des améliorations au projet et l'élargir au niveau local;</li> <li>4. dispenser de la formation;</li> <li>5. faciliter la participation de la collectivité;</li> <li>6. améliorer le soutien à la famille et les compétences parentales;</li> <li>7. élaborer et distribuer de l'information sur l'historique des pensionnats et sur leurs incidences intergénérationnelles;</li> <li>8. améliorer et agrandir les installations;</li> <li>9. obtenir des ressources et des services professionnels pour traiter des besoins spéciaux;</li> <li>10. renforcer les partenariats et les réseaux;</li> <li>11. améliorer, offrir des moyens de transport;</li> <li>12. obtenir des évaluations professionnelles en vue du développement des compétences et de la guérison;</li> <li>13. acheter du matériel et des fournitures;</li> <li>14. améliorer la communication (avec la collectivité, la FADG et les Canadiens en général);</li> <li>15. assurer la surveillance et l'évaluation du projet.</li> </ol>

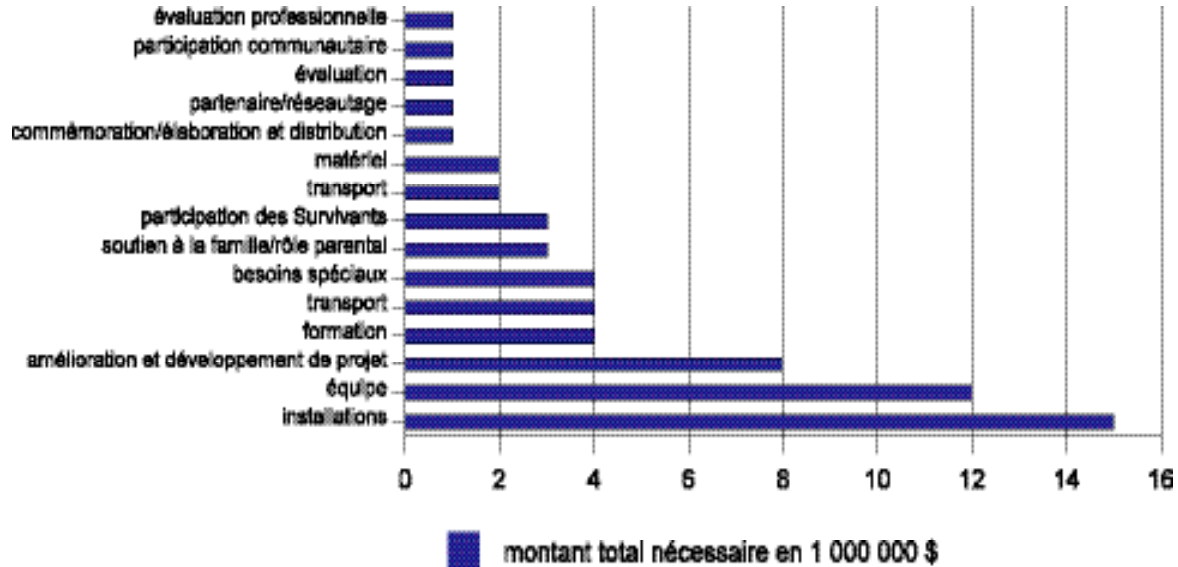
En faisant l'examen du coût auquel pourrait être évalué chacun de ces besoins, un type différent de tableau apparaît. Voici ce que seraient les besoins de programme les plus coûteux (par ordre d'importance) : des améliorations aux installations; l'augmentation de l'équipe; le développement ou l'expansion du programme; une programmation répondant aux besoins spéciaux; la formation; le transport; l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats; le soutien à la famille; les évaluations faites par des spécialistes; le matériel; l'évaluation; la participation des personnes survivantes; la participation de la collectivité et les communications. La figure 13 montre les besoins par coût *médian*, alors que la figure 14 indique l'estimation du coût *total*. Si on fusionne tous les besoins, il faudrait selon les estimations 60 000 000 \$ pour répondre aux besoins *actuels*.

Figure 13) Coûts estimatifs médians<sup>27</sup> des besoins de programme par type



<sup>27</sup> Le lecteur doit prendre note que ces montants représentent les coûts MÉDIANS ou l'indication à mi-chemin des réponses obtenues, ce qui correspond à la meilleure évaluation de la tendance en ce cas. Pour obtenir plus d'information sur ce que le « médian » signifie, reportez-vous à l'introduction portant sur les *Résultats du processus d'évaluation*.

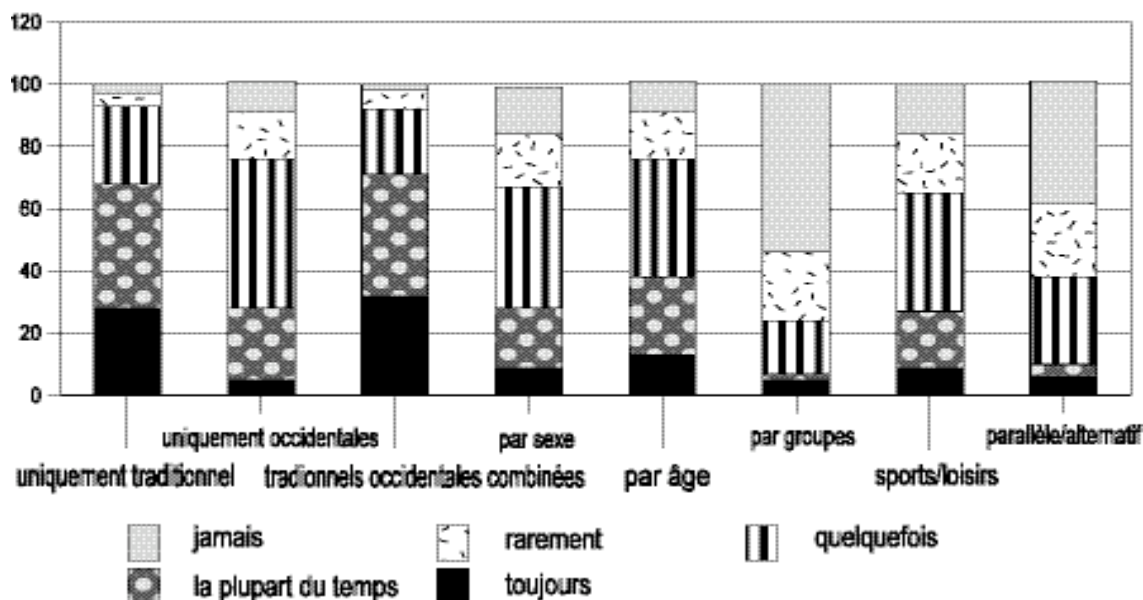
Figure 14) Coûts estimatifs des besoins de programme par type



Il est important de noter que l'amélioration de la participation de la collectivité et des personnes survivantes, de même que l'augmentation du soutien à la famille et des cours de développement des compétences parentales, sont considérés comme des besoins classés en fait de priorité à un rang supérieur et que tous ces besoins sont identifiés parmi ceux qui sont les moins coûteux à combler.

Finalement, en regard de cette question du « quoi », la réponse serait incomplète si on ne présentait pas un tableau des approches de guérison les plus fréquemment appliquées. En ce qui a trait à cet aspect, la situation globale qui se dégage est très stable. Comme en 2000, les équipes de projet ont adopté des thérapies traditionnelles et occidentales combinées ou uniquement des thérapies traditionnelles. On privilégie la formation de groupes d'âge spécifique et des groupes selon le sexe; presque un tiers (27 %, n=160) des groupes s'adonnent à des activités sportives et des activités de loisir de façon régulière (la plupart du temps ou toujours). La figure 15 montre à quelle fréquence diverses approches de guérison sont mises en application.

Figure 15) Fréquence de l'application des diverses approches de guérison



### 3.3 Où

Un total de 1264 (n=162) collectivités sont desservies par les personnes ayant répondu à cette enquête. Les projets ayant participé à l'enquête desservent une médiane de deux collectivités (n=162), presque la moitié (47 %) d'entre eux ne desservant qu'une collectivité et presque vingt pour cent (17 %) desservant onze ou plus de 11 collectivités. Quarante-trois pour cent (n=177) desservent des collectivités rurales,<sup>28</sup> trente et un pour cent des collectivités urbaines, six pour cent des régions isolées, sept pour cent sont actifs dans des régions éloignées et treize pour cent desservent des situations géographiques combinées (se reporter à la figure 16).<sup>29</sup>

<sup>28</sup> **Isolée** - une collectivité qu'on ne peut pas accéder par la route ou par service de traversier.

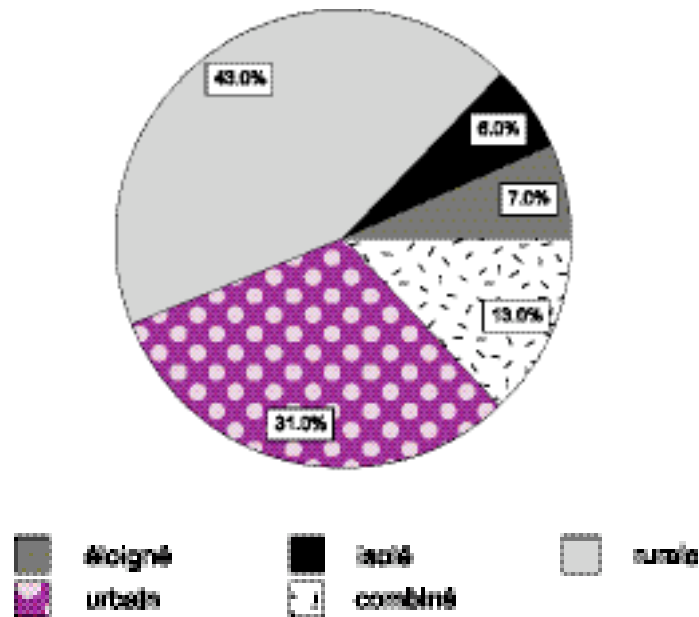
**Semi-isolée** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 350 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Rurale** - une collectivité qu'on peut accéder par la route ou par service de traversier et qui est située à plus de 50 km d'une ville de plus de 1000 habitants.

**Urbaine** - une collectivité ou une communauté d'intérêt commun qu'on peut accéder par la route ou par traversier et qui est située à moins de 50 km d'une ville ou d'une municipalité comptant plus de 25 000 habitants.

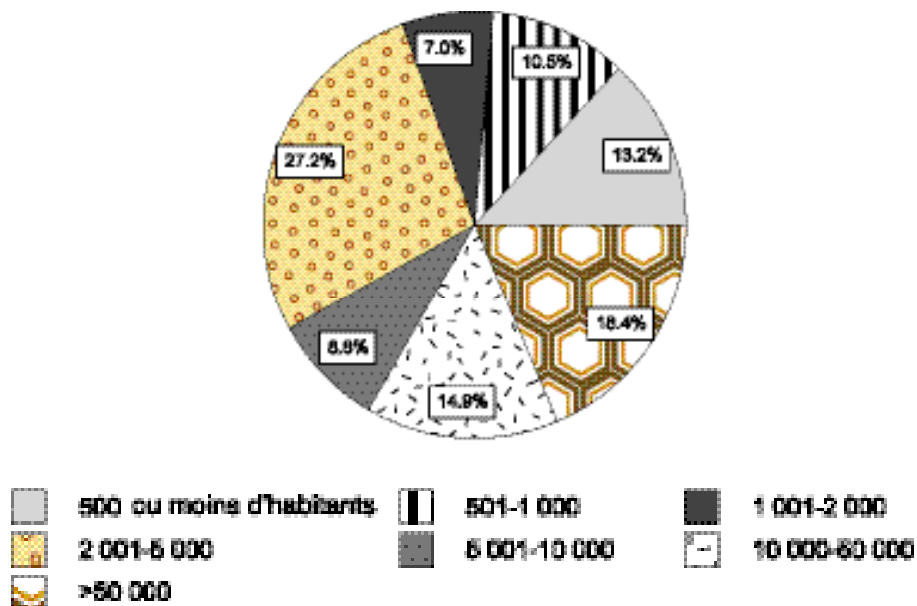
<sup>29</sup> Les résultats de l'enquête de 2000 montrent que 55 % desservaient des collectivités rurales; 29 % desservaient des collectivités urbaines; 10 % des collectivités isolées; 6 % des collectivités éloignées (n=194).

Figure 16) Situation géographique des endroits où se trouvent les projets financés par la FADG



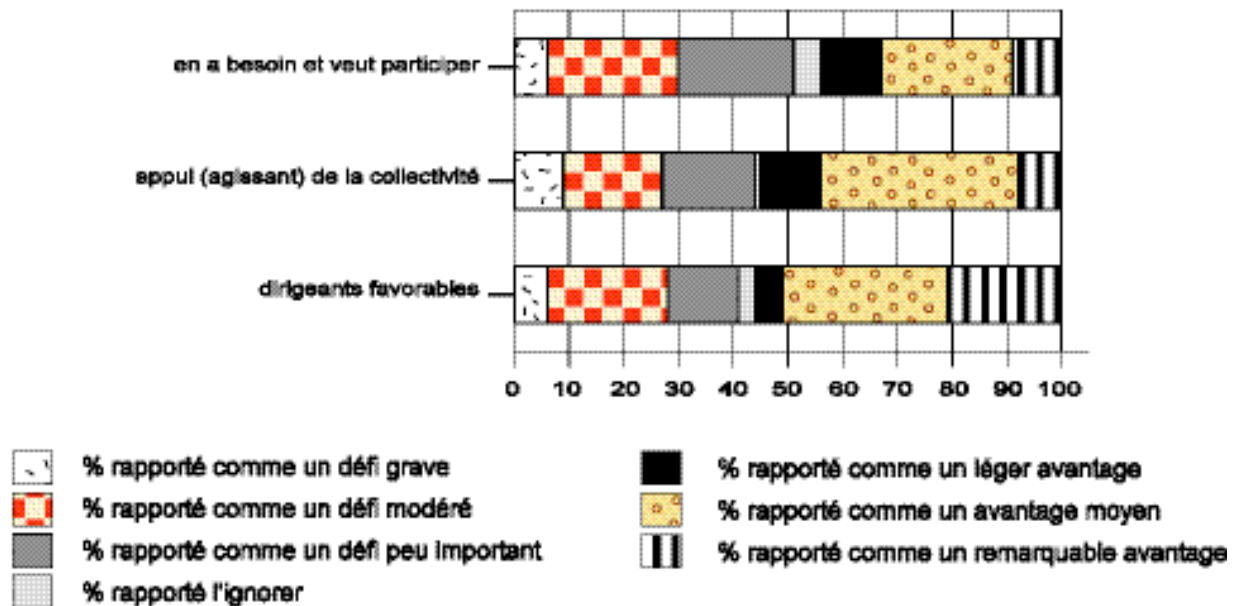
En 2002, une grande partie des projets se tenaient dans des collectivités comprenant une population de 2000 habitants ou plus (65 %, n=161), ce qui représente une augmentation substantielle par rapport aux groupes ayant participé à l'enquête en 2000 (41 %, n=233). Le reste des projets se déroulent dans des collectivités de 1999 ou moins de 1999 habitants. Un certain nombre de projets ont été mis en marche dans de très petites collectivités (15 %) ayant 500 habitants ou moins. La figure 17 représente la répartition des sites des projets financés par la FADG selon la taille des collectivités.

Figure 17) Répartition des projets par taille de la collectivité



Dans tous les environnements, il y a des forces qui contribuent positivement à la capacité du projet d'atteindre les résultats visés ou d'autres forces qui entravent la réussite du projet. Dès les débuts du programme de financement de la FADG, la plupart des projets ont dû affronter une opposition sans ménagement (69 %, n=243 selon les résultats de l'enquête 2000), un peu plus du quart (26 %, n=243) pensant que l'apathie ou l'indifférence était un problème *sérieux*; cependant, l'échantillon de répondants à l'enquête sélectionné pour les besoins de ce rapport n'ont pas eu à subir la même résistance, ni le même manque d'appui. Moins du tiers des projets ont rapporté que le leadership (les dirigeants), l'appui et la participation de la collectivité constituaient des difficultés majeures (n=156). *En fait, plus de la moitié des projets avaient l'impression que les dirigeants leur accordaient un appui modéré ou remarquable.* La figure 18 montre l'accueil de la collectivité en fonction de l'activité financée par la FADG.

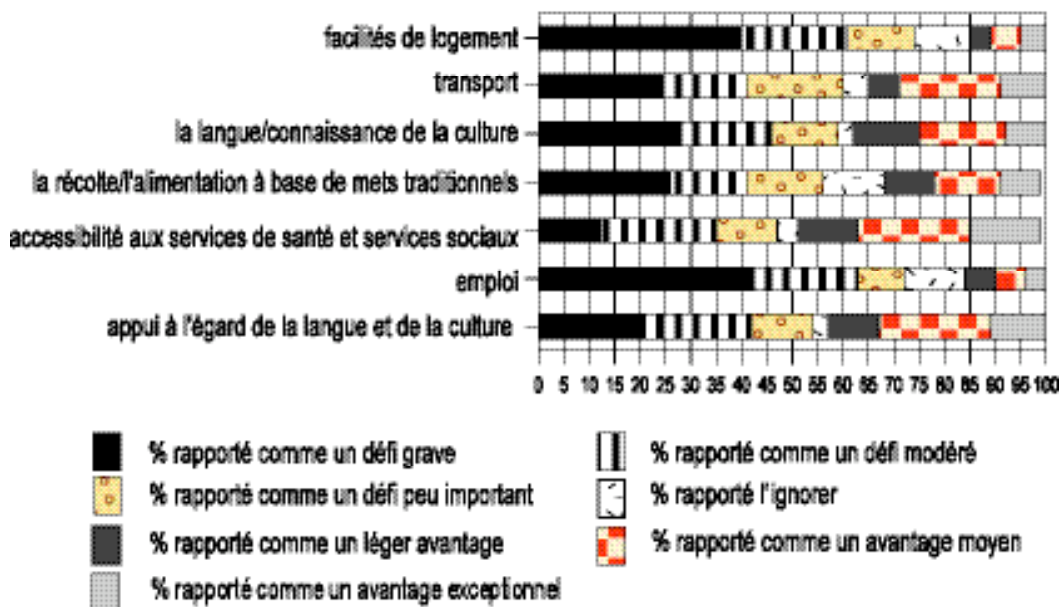
Figure 18) Réceptivité de la collectivité à l'égard de l'activité financée par la FADG





Le manque de logement adéquat et le chômage constituent des obstacles majeurs pour un nombre assez important d'équipes de projet (40 %, n=156). Les contextes ou milieux communautaires fréquemment mentionnés comme des milieux favorables, féconds, pour les projets financés par la FADG sont ceux qui offrent une gamme étendue de services de santé et de services sociaux, de même que ceux appuyant la préservation de l'intégrité de la langue et de la culture. Dans la figure 19, on fait ressortir les perceptions relatives aux difficultés ou aux obstacles et aux avantages sur le plan communautaire.

Figure 19) Enjeux et retombées pour la collectivité



### 3.4 Quand

Les réalisations au jour le jour sont autant la résultante de l'époque où elles se sont déroulées que celle des acteurs qui les ont initiées. L'histoire ouvre la voie aux événements actuels et le drame qui se déroule influe sur toute vie. Par conséquent, il est logique d'étudier l'époque et les conditions dans le cadre duquel un projet fonctionne. La dynamique des influences englobe les forces de la collectivité, mais aussi les politiques provinciales et nationales. Pour mieux comprendre l'influence exercée par ces forces, on a demandé aux équipes de projet d'identifier ce qui se passait dans leur milieu qui pouvait faciliter ou qui pouvait contrecarrer leur réussite. Tout d'abord, nous commencerons par décrire les forces ou dynamiques facilitantes, pour ensuite présenter une liste de contrôle abrégée qui peut servir à compléter la fiche de performance communautaire proposée par *Four Directions International*<sup>30</sup> comme moyen d'évaluation des changements. Suivant la présentation de ce qui aide, on traitera surtout des activités/événements particuliers de la collectivité

<sup>30</sup> Lane, P., M. Bopp, J. Bopp et Norris (2002). Mapping the Healing Journey: The final report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities [Rapport final du projet de recherche autochtone sur la guérison dans les collectivités autochtones au Canada], une recherche de Four Directions International exécutée sur demande de la Fondation autochtone de guérison et du Groupe de la politique correctionnelle autochtone. Ottawa : Solliciteur général Canada.



et des entraves ou obstacles structurels plus généraux à la guérison. Encore une fois, une liste de contrôle permettra de faire la synthèse de ces dynamiques de façon à faire ressortir la nature des « besoins spéciaux » des collectivités.

Comme force positive dans la collectivité, de façon générale, on considère la fierté de la culture, les coutumes et les célébrations à caractère culturel parce qu'elles permettent de renforcer et d'aider à développer le sentiment d'identité. Quoiqu'on ne sache pas vraiment si les litiges (procès...) ont des retombées salutaires ou des incidences qui font obstacle, les affaires judiciaires ont de façon simultanée ouvert la porte au débat sur les séquelles intergénérationnelles laissées par l'abus physique et sexuel commis dans les pensionnats, de même qu'elles ont soulevé la colère des personnes pensant que les fonds publics dédiés à la guérison leur revenaient légitimement pour indemniser les préjudices personnels qu'on leur avait causés. En offrant des services complémentaires et de l'appui, la collaboration interorganisme et l'établissement de réseaux de professionnels ont joué un rôle déterminant pour les équipes de projet. Un accès facile aux services à l'échelon local, des dirigeants coopératifs, une programmation de loisirs (particulièrement pour les jeunes), le soutien à la famille, le soutien aux étudiants, les services à l'enfance et la formation des équipes représentent des aspects positifs ayant été attribués aux projets, des aspects qui ont aidé à la réalisation de leurs objectifs. Dans les cas où la culture de la collectivité en est une qui appuie les groupes d'entraide pour les mères, les rencontres d'Aînés, les possibilités d'immersion pour la langue et les événements sociaux sans consommation d'alcool, il existe un réel climat de réceptivité pour une démarche de guérison individuelle. Dans le cas où des personnes de prestige font une divulgation, où des responsables présentent des excuses officielles et où les médias couvrent rapidement ces événements, un climat propice est créé pour faciliter un nombre encore plus élevé de divulgations. Une sensibilisation accrue de la population concernant les séquelles intergénérationnelles des pensionnats aura la même incidence. En informant les personnes et les familles et en suscitant chez elles une compréhension plus poussée, il y a de bonnes chances pour qu'elles rompent le silence et se mettent en quête de services. En fin, le dernier aspect mais peut-être le plus important, de nombreux Autochtones et bien des collectivités sont tout simplement épuisés. Depuis longtemps, le fardeau des séquelles intergénérationnelles des pensionnats est lourd à porter, incitant un grand nombre de personnes à *vouloir sincèrement* s'engager dans une démarche de guérison et à faire renaître leur culture.



<b>Ce qui peut aider</b>	
✓ la fierté de la culture, des coutumes et des célébrations à caractère culturel	✓ l'appui à la famille (particulièrement le développement de compétences parentales)
✓ la collaboration interorganisme et la constitution de réseaux professionnels	✓ l'appui aux étudiants
✓ l'accès facile à l'échelon <i>local</i> à toute une gamme de services	✓ des activités de loisirs (c.-à-d. des rencontres d'Aînés, des activités sociales sans consommation d'alcool, des activités pour les jeunes)
✓ la formation	✓ des services à l'enfance
✓ la sensibilisation aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats	✓ des programmes pour les jeunes
✓ la couverture des médias	✓ la facilitation, l'ouverture et la transparence accrues dans les litiges ou affaires judiciaires et l'intervention médiatisée qui y est rattachée
✓ la communication du bouche à oreille	✓ les personnes et les collectivités qui veulent sincèrement s'engager dans la guérison
✓ des excuses officielles	

Les embûches généralement citées sont liées à la violence, notamment les gangs de jeunes et les activités criminelles, les cas de mort violente (meurtre et suicide), le vandalisme généralisé et une « culture » de violence de plus en plus dévastatrice. D'autres problèmes comme les dépendances généralisées, non seulement celle à l'alcool et aux drogues illicites, mais aussi une dépendance accrue aux médicaments d'ordonnance et au jeu compulsif entravent la performance des projets. Des problèmes de dépendance de cette nature sont particulièrement préjudiciables dans le cas où ils sont très répandus et où des dirigeants et des parents sont aux prises avec ce type de problèmes. On mentionne comme obstacles au progrès le manque d'emplois, des conditions de logements surpeuplés, les maladies et le dysfonctionnement familial (particulièrement un manque de compétences parentales). Quant à ce qui concerne l'arène politique, on fait état de la mauvaise gestion des ressources communautaires, l'instabilité et la primauté accordée aux négociations dans le cadre des revendications territoriales comme priorité sur le plan politique. Des compressions du budget des services et du relogement ont empêché qu'une attribution de fonds nécessaires soit faite pour le soutien complémentaire aux projets. Le roulement élevé du personnel, le manque de compétences ou de capacités, de formation ou de supervision clinique ont eu pour effet que des projets se sont sentis dépassés, écrasés par la lourdeur de la tâche. Les commérages, la norme sociale prescrivant de « se taire, de rester indifférent » ont tourné court le mouvement positif vers le rétablissement de la santé. Fait intéressant à souligner, quelques collectivités ont rapporté que des groupes religieux agissaient à contre-courant des activités de la FADG en faisant des tentatives pour réprimer la revivification ou renaissance de la spiritualité traditionnelle et les célébrations culturelles.



Ce qui fait obstacle	
✓ le climat où la violence s'est infiltrée, est prépondérante, tolérée, est considérée normale	✓ la résistance/opposition des institutions religieuses à l'égard de la renaissance de la spiritualité traditionnelle et des célébrations culturelles
✓ les gangs de jeunes, la délinquance, les activités criminelles chez les jeunes	✓ des conditions de logements surpeuplés
✓ les meurtres et le suicide	✓ le chômage
✓ les dépendances (alcool et drogue)	✓ les commérages, le déni, les attitudes du type « se taire et rester indifférent »
✓ l'instabilité politique	✓ la mauvaise gestion des ressources communautaires
✓ le déséquilibre au niveau des priorités politiques (c.-à-d. dans le cas où les revendications territoriales épuisent toutes les énergies sur le plan politique)	✓ des compressions du budget sur le plan des services
✓ le jeu compulsif	✓ le manque de formation et de compétences
✓ l'abus des médicaments d'ordonnance	✓ le manque de supervision
✓ les maladies	✓ le roulement du personnel



---

## 4. Rapport d'évaluation sur les résultats des projets

L'établissement de rapports pour rendre compte des résultats des projets demande généralement d'examiner des éléments probants démontrant la « réussite ». Dans le contexte de l'évaluation, un projet viable vise à mener à bien l'atteinte des objectifs fixés. Si un projet ne répond pas aux besoins, implicitement on conclut à un échec. Toutefois, le contexte dans lequel les programmes fonctionnent n'est pas tranché avec grande netteté. Les gens peuvent être inspirés par la vision d'une vie plus saine, plus heureuse, mais les premières étapes de leur démarche peuvent être hésitantes et mal orientées. Il peut arriver qu'ils foncent en avant, se précipitent pleins de fougue et de détermination, pour finalement trébucher au premier obstacle qui se trouve sur leur chemin. Qu'il s'agisse de personnes ou de collectivités, on constate qu'une fois la décision prise de poursuivre une démarche de guérison, ce serait se fourvoyer que d'imposer des indicateurs ou critères de succès trop structurés. Le « succès ou réussite » est un concept qui s'applique peu en évaluation étant donné que, d'une part, il est associé à la fortune, à la gloire et à la prospérité (c.-à-d. un entrepreneur prospère) et que, d'autre part, ce mot « succès/réussite » insinue « l'une ou l'autre » situation.

[TRADUCTION] *Le succès : la réalisation de ce qui est souhaité ou de ce qui est visé; atteinte de la fortune, de la gloire, de la prospérité, etc.*<sup>31</sup>

Vu les limitations de ce terme, on a exploré les possibilités d'une autre langue qui, plus naturellement, s'adapterait à l'expérience des personnes et des collectivités abattant ou démantelant l'énorme forteresse des séquelles intergénérationnelles des pensionnats qui pèsent lourd sur l'esprit des personnes, sur leur vie et leur famille. En s'inspirant des métaphores populaires employées pour parler de la guérison dans les collectivités autochtones (c.-à-d. le « cheminement » de guérison, on considère le succès en termes de *progression ou d'un voyage*. Ces deux concepts de la progression et d'un voyage évoquent l'idée du *processus* de changement. Ils suggèrent et incorporent le mouvement vers une destination. Ils tiennent compte de la nécessité d'une prise de décision continue au sujet de la route à suivre, des moyens de transport, de la vitesse requise et de la distance à parcourir. Ce voyage peut exiger des périodes d'arrêt, de répit; quelqu'un peut se perdre en route, il peut arriver à des territoires inexplorés ou tourner en rond, revenir au point de départ et repartir. Le progrès peut être rapide ou lent. Le voyageur part d'un endroit précis sur le plan spacio-temporel (le point A) avec l'intention de se rendre à un autre endroit précis en temps et espace (point B), peu importe que le but soit ambigu. D'après certaines personnes, il s'agit moins pour ce voyage d'atteindre une destination que de faire le cheminement comme tel vers la guérison.

Cette progression du cheminement vers la guérison s'avère une action réciproque complexe entre l'*environnement* et la *personne*. Ce qui résulte comme effet secondaire normal du rétablissement de l'équilibre ou de l'harmonie entre les aspects essentiels de l'existence, des dimensions internes et externes, c'est le bien-être. La guérison personnelle peut être facilitée ou entravée par des structures communautaires et des institutions de tous les secteurs non envisagées antérieurement comme partie prenante de la solution. Dans le même ordre d'idées, les collectivités et les institutions peuvent rester immobiles, ne pas se renouveler, ou évoluer grâce aux interventions des personnes pour

---

<sup>31</sup> Cayne, Bernard S. (1988). *The New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary of the English Language*, édition canadienne. New York : Grolier Educational Associates, Lexicon Publications Inc., page 988.



changer. *L'action exercée réciproquement par les personnes et les environnements, s'influençant les uns les autres, crée une boucle de causalité, des effets devenant des déterminants.*

Si on considère la guérison comme un cheminement et on évalue la réussite ou le succès de la démarche comme un *voyage*, il est important d'examiner le point de départ de ce cheminement. En d'autres mots, à partir de quel moment et de quel endroit les personnes et les collectivités ont-elles commencé leurs efforts visant à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. À titre d'exemple, si dans le cadre d'un projet on s'occupe d'un meurtrier reconnu (condamné) qui a des antécédents de récidives nombreuses, il peut arriver que son comportement pendant ses éventuelles infractions devienne de moins en moins violent et que ces infractions aboutissent finalement à des démêlés avec le système de justice pénale qui ne donnent lieu qu'à une simple violation des conditions de probation; dans ce cas, s'agit-il d'une indication de succès? Si la récidive est la seule mesure de succès, on laisserait échapper de l'information importante concernant la nature de ses antécédents criminels et on perdrait la possibilité de mieux comprendre la « distance » que cette personne a « parcourue ». Dans le même ordre d'idées, si on commence un cheminement de guérison en tant que mère adolescente ayant des problèmes liés au SAF, des antécédents d'enfant victime d'abus sexuel et un statut de pupille de la province, susceptible de perdre la garde de son bébé, est-ce que, dans ce cas-là, le fait de sortir de la chambre où on s'est soi-même imposée l'isolement pendant trois semaines dans une maison familiale de guérison représente une réussite? D'un point de vue statistique, la réponse est non. Suivant la perspective clinique, ce geste représente une affirmation très importante de confiance et une première étape essentielle à l'amélioration de sa qualité de vie.

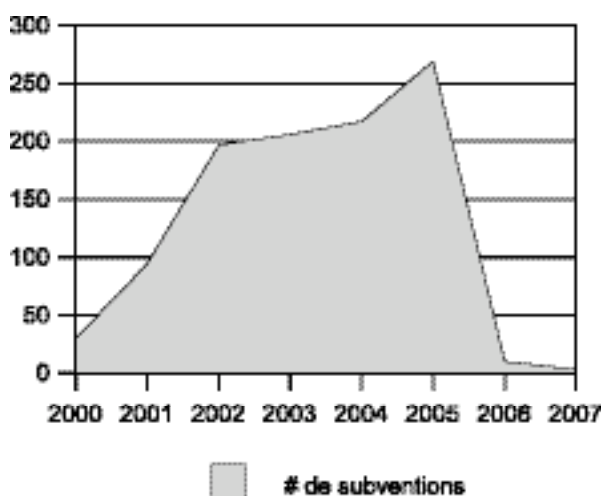
Les collectivités comme les personnes commencent leur cheminement de guérison à un point de départ spatio-temporel précis. Ces moments et cet environnement constituent les points de repère de leur cheminement et, afin de mieux comprendre la contribution que la FADG a faite, il est crucial pour le lecteur de se rappeler des difficultés que le participant comme la collectivité a affrontées et qui sont retracées dans ce rapport et aussi dans les évaluations intérimaires précédentes.<sup>32, 33</sup> Il est aussi important pour le lecteur de tenir compte du fait que, même si des efforts ont été entrepris pour déterminer dans quelle mesure les activités ou programmes financés par la FADG contribuent à l'atteinte des résultats visés à court terme, il est *encore trop tôt dans le cycle de vie de l'initiative* et, par conséquent, prématuré de déterminer si on peut faire une évaluation de l'incidence. De fait, en considérant l'essor, la force d'impulsion, qu'a suscité la FADG, il est évident que ces efforts n'ont pas encore atteint l'activité maximale. La figure 20 illustre la concentration d'activités pendant la durée de vie de l'initiative.

---

<sup>32</sup> Kishk Anaquot Health Research (2001). An Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity [Rapport intérimaire : évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, pages 25-27.

<sup>33</sup> Kishk Anaquot Health Research (2002). Journey and Balance: Second Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity [Cheminement et équilibre. Deuxième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison]. Ottawa : Fondation autochtone de guérison, pages 82-88.

Figure 20) Estimation du nombre de subventions par année (2000-2007)



Cependant, dans ce rapport intérimaire, nous avons consacré des efforts pour déterminer quelles sont les premières réalisations (s'il y en a) dans le cadre d'activités financées par la FADG qui sont prises en considération en fonction de :

- ▶ l'influence exercée sur les personnes;
- ▶ l'influence exercée sur les collectivités; particulièrement :
  - ◆ en établissant des partenariats et en assurant la durabilité (viabilité);
  - ◆ en faisant participer/en engageant de façon valable les personnes survivantes et celles touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats;
  - ◆ en rejoignant les personnes ayant les besoins les plus pressants.

Ce rapport se distingue des autres rapports d'évaluation intérimaires du fait que, jusqu'à cette dernière publication, le participant ne s'était pas beaucoup exprimé, sa voix était faible, pour la bonne raison qu'il y avait des préoccupations (des réserves) quant à l'assistance à assurer au répondant. Même si la perspective des participants avait été transmise par le biais des dossiers de documentation et des entretiens avec des informateurs clés, cette fois-ci il s'agissait d'une première possibilité de faire une évaluation en s'adressant directement à eux, ce qui a été concrétisé grâce à la collaboration des équipes de projet qui se trouvaient les mieux placées pour assurer l'assistance au répondant.

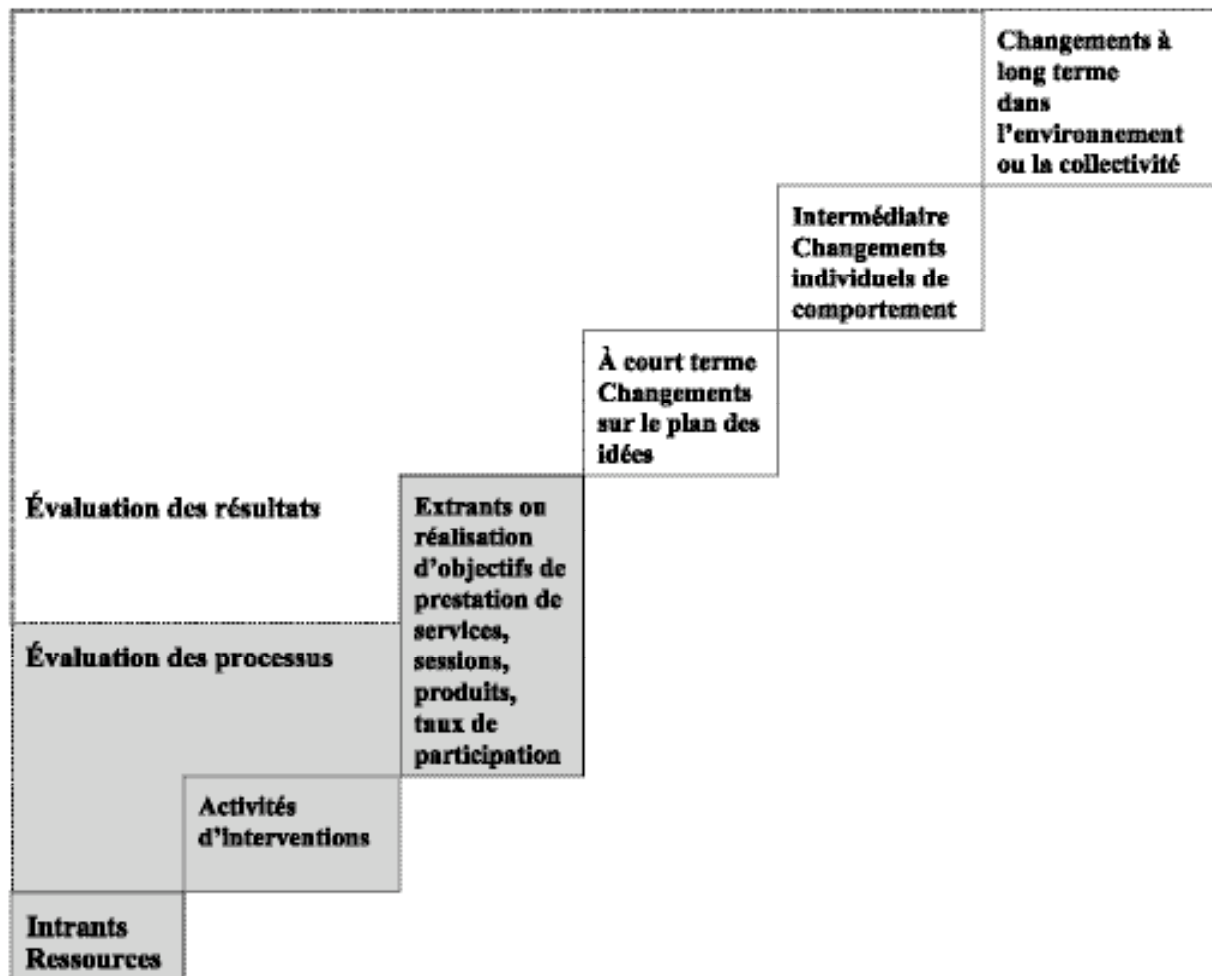
Toutefois, avant de présenter les éléments probants, il est important de rappeler au lecteur que l'évolution sociale se manifeste selon des processus assez prévisibles. Les ressources sont investies dans des **activités** de projet (c.-à-d. l'offre de cercles de guérison ou l'élaboration d'un cursus/programme de formation. Par ricochet, les activités conduisent à des **résultats** (des extrants) ou à la réalisation d'objectifs liés à la prestation de services (p.ex. un nombre de cercles de guérison tenus, un nombre et des types de participants, un nombre de programmes/cursus élaborés, leur diffusion, et la mise en application de ces programmes, etc.). Suivant ce raisonnement logique, ces résultats créent des changements au niveau des idées (c.-à-d. des changements au niveau des acquisitions, des attitudes, des croyances, de la motivation, des compétences) et, par ricochet, cette



évolution entraîne des **changements comportementaux** (c.à.d. un retour aux études, l'adoption de stratégies plus saines, plus positives dans l'éducation des enfants, dans l'exercice du rôle parental). Si cette évolution des comportements chez les personnes devient assez générale, en bout de ligne, **l'environnement ou la collectivité changera** pareillement, de concert avec les personnes (c.-à-d. des changements dans les conditions sociales et communautaires).

La figure 21 permet de représenter visuellement ce qu'est le déroulement ou le cheminement d'activités de projets et des changements souhaités.<sup>34</sup>

Figure 21) Le modèle ou mode général des changements prévus



En plus, il est utile de s'étendre davantage sur le changement souhaité, comme prétexte à une présentation des premiers signes d'incidences ou de retombées. Toutes les fois qu'on évalue les résultats de projets, il est aussi toujours important de savoir chez qui les changements se produiront, quelles seront les manifestations des changements chez les sujets ou autres objets de changement, à

<sup>34</sup> Cette figure est adaptée d'après le modèle TOP par Bennett, C. et K. Rockwell (1995). Targeting Outcomes of Programs (TOP); An Integrated Approach to Planning and Evaluation [Objectifs : Résultats de programme ? Une approche intégrée pour la planification et l'évaluation]. Document non publié. University of Nebraska. Lincoln, Nebraska : Obonsawin-Irwin Consulting, Inc.

quel moment et de quelle façon les changements s'opéreront-ils et combien de temps dureront-ils? Le tableau 7 permet de résumer les réponses à ces questions, insistant sur les activités financées par la FADG.

Tableau 7) Changements visés par la Fondation autochtone de guérison<sup>35</sup>

But premier (finalité)	Les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles ont fait face aux traumatismes du passé, les ont résolu, ont brisé le cycle de la violence et renforcé leur capacité d'assurer la continuité de leur bien-être et celui des générations futures; intensification de la réconciliation
Source de changement	L'activité financée/subventionnée (le développement de projets, le processus de guérison, de la formation, le développement/acquisition de connaissances, la commémoration de l'histoire; l'identification de besoins, les rencontres et les conférences)
Qui changera?	Les Survivants (personnes survivantes), les familles et les collectivités
Qu'est-ce qui changera?	la sensibilisation, les attitudes, les comportements, les conditions sociales
Quand ces changements s'opéreront-ils?	Bien que la sensibilisation et les attitudes non précisées devraient être modifiées immédiatement, des changements au niveau du comportement et des changements sociaux s'effectueront sur une période à plus long terme.
De quelle façon ces changements s'opéreront-ils?	L'acquisition des connaissances et la sensibilisation amèneront les personnes à s'engager dans le processus de guérison, ce qui améliorera la vie de ces personnes et en bout de ligne, les normes sociales
Dans quelle mesure ces changements se produiront-ils?	La sensibilisation et les attitudes devraient suffisamment apporter de changements pour inciter les Survivants à s'engager dans la démarche de guérison; les comportements devraient suffisamment changer pour améliorer la qualité de vie des personnes et des familles; les collectivités devraient suffisamment changer pour permettre de constater des différences de fréquences de suicide, de placement d'enfants en famille d'accueil, de fréquence d'abus physique et sexuel, d'incarcération et de divulgation/signalement.
Combien de temps ces changements dureront-ils?	Sans précision : on peut ne pas être en mesure de présumer si les changements d'attitudes et de comportements seront durables, mais l'espoir nous amène à croire que le changement sera persistant, durable; une fois que le climat social aura évolué, on anticipe que les changements dureront.


Étant donné que des informations sur la façon dont les personnes et les collectivités évolueront ou se transformeront sont nébuleuses, on doit faire certaines suppositions. À titre d'exemple, on ne sait pas vraiment à quel moment le changement se produira, quelle en sera l'ampleur ou sa durée réelle. C'est pourquoi on suppose qu'un changement sur le plan cognitif ou un changement d'attitude, une amélioration des connaissances, un changement de motivation et d'intention s'opéreront

<sup>35</sup> Grembowski, D. (2001). *The Practice of Health Program Evaluation*. Thousand Oaks, California : Sage Publications, page 51.

---

immédiatement. Autrement dit, tous les projets devraient être en mesure de déceler un changement qui se produit chez un participant sur le plan des idées pendant ou immédiatement après l'exécution du projet. Quant au changement comportemental, il peut être plus difficile à prédire ou à prévoir et ses manifestations varient considérablement suivant le type de changement recherché. Certains participants vont changer de comportement pendant leur participation au projet et d'autres changeront peu de temps après leur participation. Les contextes, comme les personnes, fluctuent beaucoup en fonction de l'accueil, de la réceptivité du milieu au changement.

#### 4.1 Influence exercée sur les personnes



*Quelle est la signification de toutes ces données numériques (chiffres)?*

Que signifie  $n=138$  ou  $n=672$ ? Ces données correspondent au nombre de personnes qui répondent à une question en particulier. Il est important de savoir combien de personnes répondent à une question étant donné que ces renseignements permettent de déterminer la représentativité de l'énoncé ou à quel point l'énoncé est commun ou peut l'être pour l'ensemble du groupe. Si très peu de personnes répondent (p.ex., 156 sur un total de 826 personnes), le lecteur doit alors accepter cette information « avec un grain de sel », vu que l'opinion peut ou peut ne pas représenter celle de l'ensemble des 826 personnes.

Pourquoi est-ce que les pourcentages ne totalisent pas 100 %? Dans certains cas, les pourcentages additionnés ne donnent pas un total de 100 % du fait qu'on les a arrondi (c.-à-d. en arrondissant 13,7 % à 14 % ou 2,2 % à 2 % pour simplifier). D'autres fois, les pourcentages ne totalisent pas 100 % parce que certaines réponses ne sont pas valides ou ne sont pas interprétables, compréhensibles, et cette information est perdue. Généralement, il s'agit d'un pourcentage très peu significatif (presque toujours <5 %) par rapport à l'ensemble des réponses obtenues pour une question.

Jusqu'à la présentation de ce rapport, l'opinion des personnes survivantes s'est limitée à ce qu'on pouvait obtenir indirectement à partir de la documentation et des dossiers sur les projets et des informations obtenues des informateurs clés. Par conséquent, le Questionnaire adressé aux participants (QP) a été élaboré pour les besoins de renforcement de l'expression des personnes survivantes et de collecte de données sur la satisfaction des participants, de même que la confirmation déclarée par l'intéressé *lui-même* de la réalisation des principaux objectifs de la FADG, notamment :

- ▶ des rapports accrus entre les Survivants et les personnes pouvant faciliter le cheminement de guérison;
- ▶ la capacité accrue de reconnaître les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et de s'y attaquer;
- ▶ un mouvement intensifié vers l'atteinte des buts personnels de guérison;



- ▶ une capacité accrue chez les personnes survivantes de surmonter les traumatismes du passé;
- ▶ des changements sur le plan des connaissances et des capacités pouvant appuyer le cheminement de guérison.

Nous avons reçu 826 questionnaires de participants provenant d'au moins 90 projets. Les répondants étaient aussi jeunes que 11 ans et s'échelonnaient en âge jusqu'à 93 ans (une moyenne d'âge de 43 ans, n=782), une forte majorité d'entre eux étant des femmes (60 %) (n=785). La plupart des répondants ont terminé l'activité prévue de guérison financée par la FADG (61 %, n=634) et les personnes ne l'ayant pas terminée 83 % (n=220) ont déclaré qu'il s'agissait d'un programme permanent. Les personnes ayant *décidé de se retirer* ont fait état de problèmes d'ordre psychologique (notamment la peur, le manque de confiance, le déni, les dépendances) (46 %, n= 38), suivi de raisons liées à des responsabilités concurrentes ou conflictuelles (c.-à-d. un nouvel emploi, une réinstallation/changement de domicile, une situation de crise familiale ou des obligations familiales) (19 %) et des problèmes d'ordre physique ou matériel (p.ex. mauvais état de santé et manque de moyen de transport). Dans quelques cas, les participants sont décédés et dans d'autres cas, les participants ont attribué leur abandon à des lacunes ou à la mauvaise qualité des services offerts par le projet (p.ex. roulement de personnel, incapacité de s'adapter aux besoins divers, en fonction des niveaux différents d'avancement vers la guérison, et un manque d'intérêt à l'égard des thèmes présentés). À titre d'exemple, quelques participants peuvent ne pas avoir terminé le programme en raison de leur manque d'adaptation ou de leur manque de dispositions à l'égard des dimensions culturelles et spirituelles (c.-à-d. des participants chrétiens considérant ou recherchant une approche autre que celle des pratiques spirituelles traditionnelles). Quelques-uns seulement ont été obligés de partir (p.ex. inobservation des règles ou cas de non-respect).

Des personnes survivantes (celles qui ont réellement fréquenté les pensionnats) représentaient la majorité des répondants (61 %, n=723), une forte majorité (80 %, n=691) appartenait à une famille (c.-à-d. avait un frère, une soeur, tante, oncle) dont les membres avaient fréquenté les pensionnats et la plupart des répondants ont déclaré que leurs parents (70 %, n=702) et leurs grands-parents avaient aussi fréquenté les pensionnats (57 %, n=609). Les personnes de Premières Nations formaient le plus grand nombre des répondants au QP (87 %, n=799), suivi des Métis (8 %), des participants non autochtones (2 %) et des Inuits (1 %).

On a demandé aux participants de quelle façon ils en étaient venus à s'engager dans la démarche de guérison financée par la FADG et leurs réponses entrent plus ou moins dans trois catégories : de façon autonome/décision personnelle; dirigés ou sous la recommandation de quelqu'un; « assignés » ou obligés à participer. C'est avec circonspection qu'on conseille au lecteur d'interpréter les réponses des participants car on se demande si la question a toujours été bien comprise.

Comment ont-ils été amenés à participer	Plus de détails sur la motivation à poursuivre une démarche de guérison
<p>décision personnelle (51 %, n=826; autrement dit, 424 participants sur 826)</p>	<p>De ce groupe (c.-à-d. 424 des personnes ayant <i>décidé</i> de participer), un groupe assez important (26 %, n=424) a été motivé à participer à l'activité de guérison après avoir fait du travail de bénévole pour appuyer la FADG ou s'est trouvé d'une façon ou d'une autre associé au projet (16 %, n=424). Quant aux annonces, aux invitations diffusées par les équipes de projet, elles ont permis d'attirer presque un tiers des personnes qui sont venues de façon volontaire (28 %, n=424) et la communication de bouche à oreille en a attiré un autre 10 % (n=424). Les membres de la famille et les autres participants ont inspiré un autre groupe de 6 %, les amis ont été les catalyseurs pour quelque 3 % et une situation de crise en a incité une petite minorité de 1 %.</p>
<p>sur recommandation ou dirigés (28 %, n=826 ou 231 sur 826).</p>	<p>De ce nombre (c.-à-d. ce sont 231 personnes survivantes qui ont déclaré avoir été « dirigées » vers le programme), les personnes ont été fort probablement mises en relation avec l'activité de guérison par un autre programme (58 %, n=231); par contre, il est surprenant de constater ce nombre de personnes (13 %, n=231) qui ont été envoyées en raison de la « recommandation » de parents ou d'amis ou qui ont répondu à une invitation lancée par l'activité financée par la FADG (16 %, n=231). Quelques-unes (9 %, n=231) ont été dirigées par des organismes juridiques ou gouvernementaux.</p>
<p>« assignés » ou obligés à participer (3 %, n=826 ou 28 participants sur 826)</p>	<p>Dans le cas où des participants ont été assignés à participer ou « demandés » de suivre la démarche, cette exigence venait d'une diversité de sources, notamment d'organismes juridiques ou gouvernementaux (50 %, n=28), des exigences liées à de la formation pour les besoins d'activités de projet financées par la FADG (18 %, n=28), des Aînés (4 %, n=28), des membres de la famille (7 %, n=28) ou d'intervenants des services sociaux de secteurs connexes (14 %, n=28). D'après ces sources, il est clair que le terme « assignés » doit être traduit grosso modo comme fortement incités à participer ou priés avec insistance de s'engager.</p>
<p>autres motifs (18 %, n=826)</p>	<p>Le groupe restant s'est engagé pour diverses raisons, notamment parce qu'ils étaient motivés par leur famille, des amis, d'autres participants, des annonces/invitations lancées par le projet, l'encouragement de leur employeur et par une situation de crise.</p>

Pour la plupart des participants (55 %, n=755), il s'agissait de la *première fois où ils participaient à un programme de guérison*. Du nombre de ceux ayant déjà suivi une démarche de cette nature (n=362), 44 % s'étaient engagés au moins dans un programme, 22 % à deux programmes et 33 % avaient une expérience confirmée en guérison et avaient suivi trois ou plus de trois programmes différents avant de participer à l'activité financée par la FADG.

Si on considère les types de services auxquels les participants ont eu recours et la perception qu'ils ont eue de leur efficacité, ce sont les cercles de guérison ou les cercles de la parole, l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, les Aînés, le counselling individuel, la médecine et les cérémonies traditionnelles, de même que des occasions pour les personnes survivantes de se rencontrer et de se lier, qui ont été les plus fréquemment suivis et les plus populaires. Les figures 22 et 23 montrent ces types de services auxquels les participants ont eu recours et leurs préférences.

Figure 22) Types de services dispensés

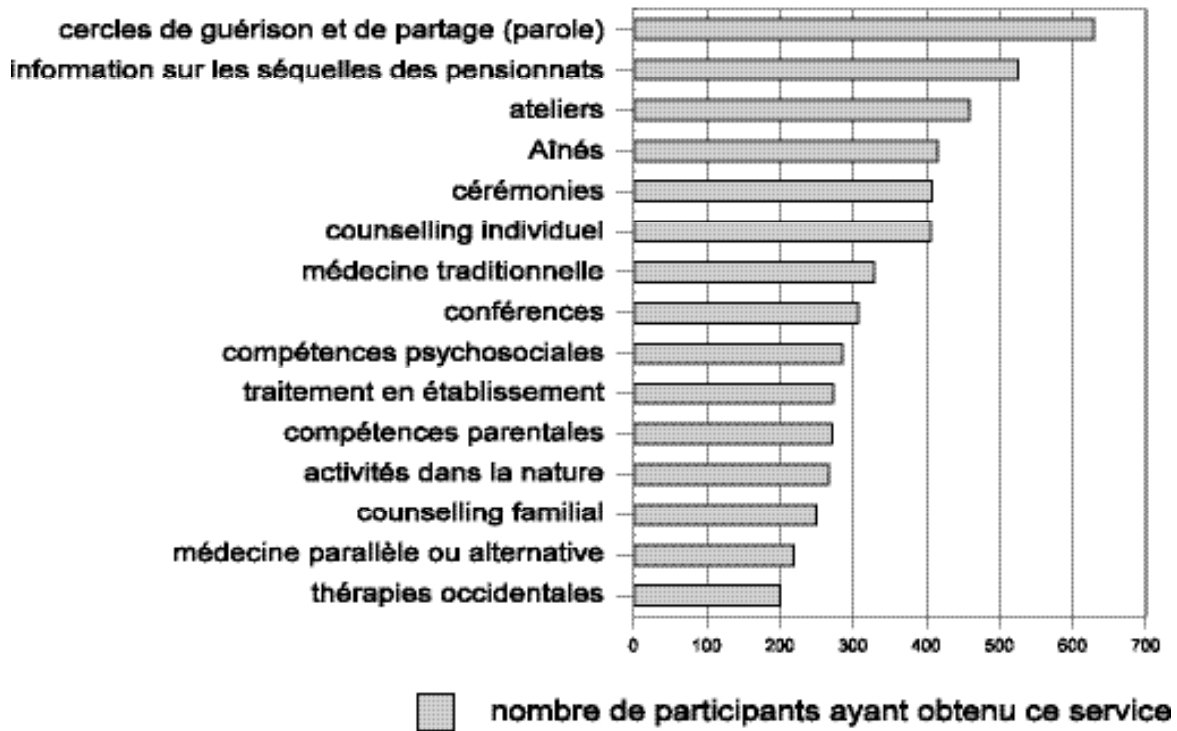
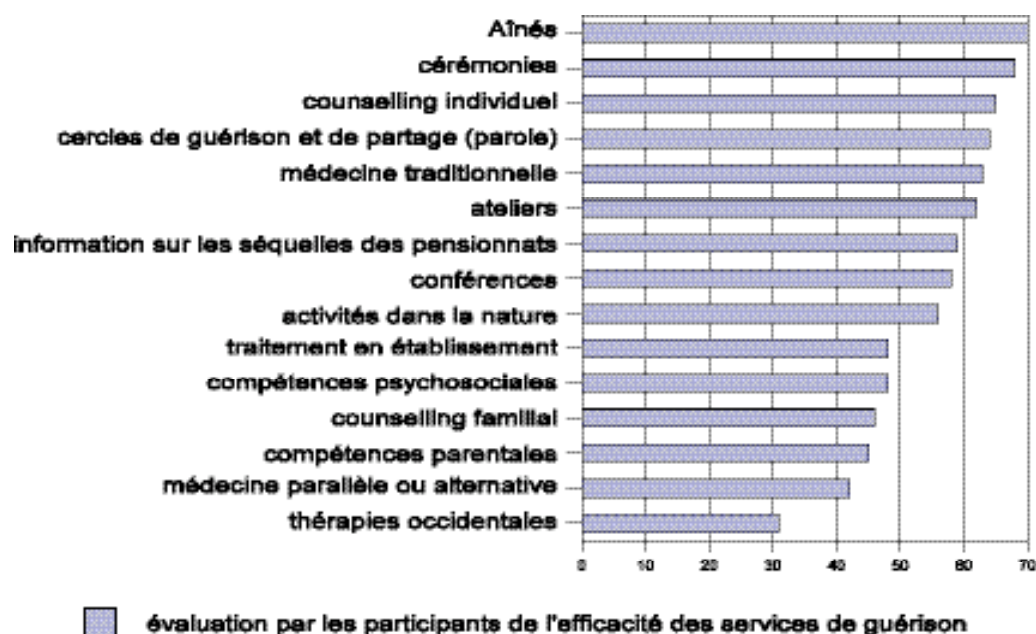


Figure 23) Évaluation des types de services dispensés



Légende : On peut mieux interpréter cette figure en tenant compte du nombre de participants qui ont évalué l'efficacité des services. Voici un tableau qui fait le relevé du nombre de participants ayant répondu à chaque question.

type de service	n =	type de service	n =	type de service	n =
Aîné	268	ateliers	257	compétences psycho-sociales	259
cérémonie	377	information sur les séquelles des pensionnats	482	counselling familial	218
counselling individuel	368	conférences	274	compétences parentales	109
cercles de guérison et de la parole	579	activités rattachées à la forêt	238	médecine parallèle	193
médecine traditionnelle	301	traitement en établissement	251	thérapies occidentales	183

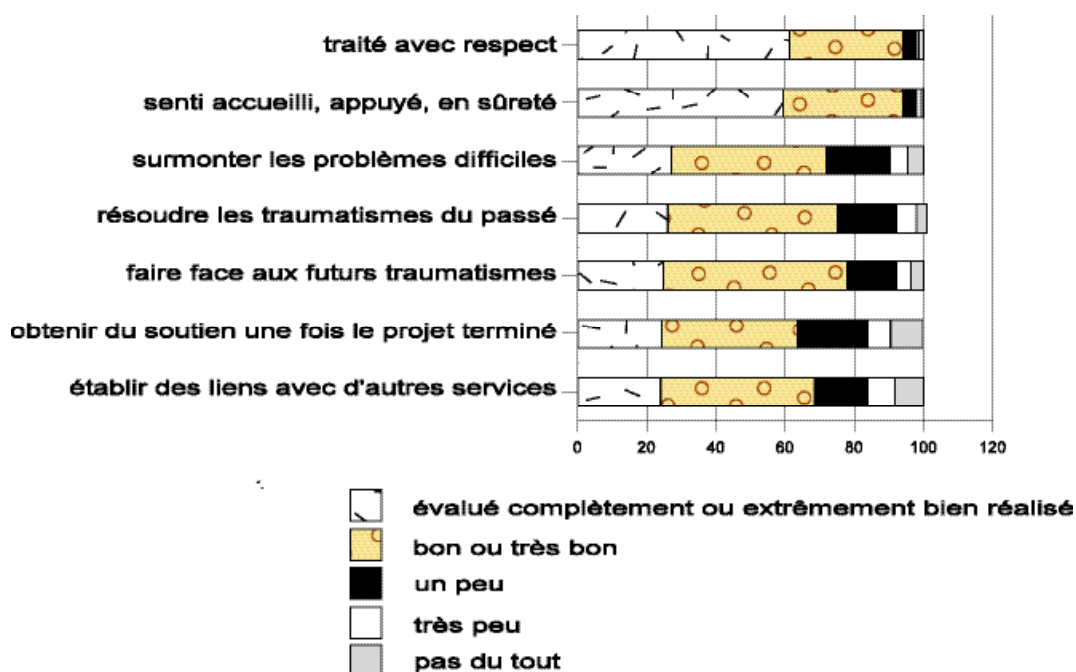
Malgré qu'il y ait une gamme d'activités offertes par les projets financés par la FADG, plusieurs objectifs poursuivis par ces activités sont communs, notamment :

- ▶ s'assurer que le climat est accueillant, chaleureux, qu'il apporte soutien et sécurité;
- ▶ améliorer les relations entre les personnes à la recherche de soutien/d'aide et les prestataires de services capables de faciliter la guérison;
- ▶ accroître la capacité individuelle à obtenir au moment nécessaire du soutien quelle qu'en soit la provenance (professionnelle, familiale ou personnelle);

- ▶ accroître la capacité d'affronter les futurs traumatismes, de prendre les mesures nécessaires, et celle de traiter les traumatismes du passé;
- ▶ améliorer la capacité générale de faire face aux difficultés de la vie et à en venir à bout.

Selon les répondants, les projets ont excellé à assurer un environnement propice à la guérison, un environnement respectueux, accueillant et sécuritaire. En fait, la vaste majorité (>85 %, n=761) a évalué ces aspects ou caractéristiques des projets très favorablement. La majeure partie d'entre eux ont eu l'impression que le fait d'avoir participé les avait aidé à résoudre des problèmes difficiles (71 %, n= 726), à résoudre des traumatismes du passé (75 %, n=726), à se préparer à être capables d'affronter de futurs traumatismes (78 %, n=731) et d'obtenir du soutien (64 %, n=675), en cas de besoin, une fois le projet terminé.

Figure 24) Objectifs généraux des projets - perceptions relatives à leur réalisation



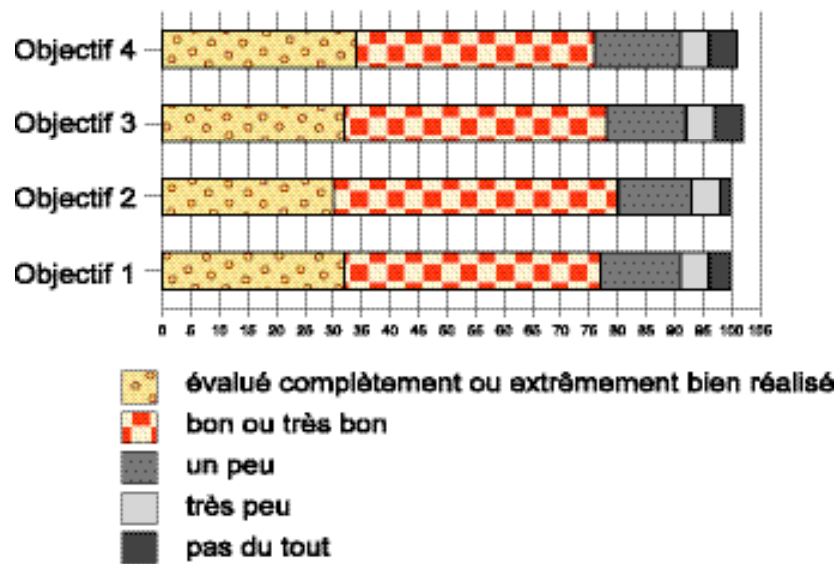
Dans l'avenir, et aussi par ordre de fréquence, les participants consulteront très probablement un conseiller ou un thérapeute (31 %, n=733), un Aîné ou un guide traditionnel (26 %) ou un membre de l'équipe de projet financé par la FADG (25 %). Peu de participants comptent avoir recours à leurs propres ressources, à leur famille et à leurs amis (7 %), à leurs chefs spirituels (2 %), ou à d'autres aidants non précisés (5 %) ou à des intervenants en toxicomanie (1 %).

En plus des objectifs fixés dans le cadre du projet financé par la FADG, les participants ont bon espoir d'arriver à une bonne connaissance et une bonne compréhension d'eux-mêmes de façon à se sentir bien au sujet de ce qu'ils sont et de ce qu'ils ont à offrir aux autres. Ils éprouvent le besoin impérieux de trouver une consolation, un soulagement, que suscitent un véritable sentiment d'identité et l'amour de soi. Ils veulent se libérer de l'anxiété, de la tristesse, de la culpabilité, des tendances autodestructrices et des interventions des services sociaux. Certains souhaitent



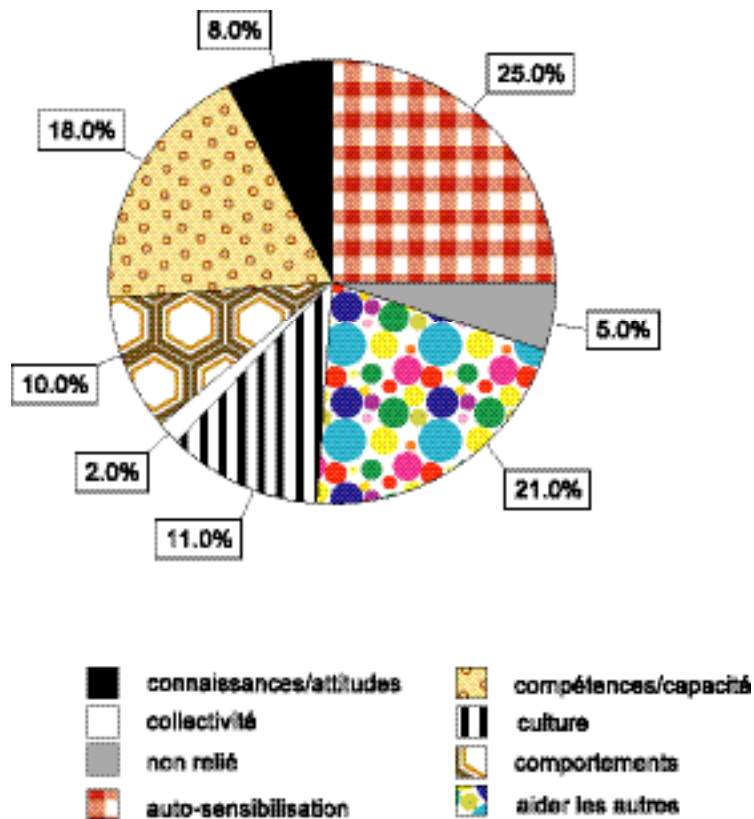
simplement se réveiller un matin *sans* éprouver de douleur. Les participants sont désireux d'acquérir de nouvelles compétences, de générer de nouvelles idées et d'affronter la vie avec une nouvelle attitude, de sorte qu'ils puissent disposer de l'énergie mentale et affective nécessaire pour s'attaquer à leurs problèmes, se consoler de leur deuil, de même que pour développer et renforcer des relations interpersonnelles saines. Des participants veulent acquérir la capacité d'écouter attentivement et de communiquer efficacement, de sorte qu'ils puissent avoir de bons rapports avec les autres, leur faire assez confiance pour partager, de même qu'ils veulent se sentir écoutés et compris. Ils veulent avoir la capacité d'influencer les autres, d'avoir un emploi stable, de rester abstinentes, de trouver du soutien et de pardonner aux personnes qui les ont fait souffrir. Ils aspirent à donner un meilleur exemple, à être un modèle à suivre pour des parents, des étudiants. Les participants envisagent également un avenir plus prometteur, plus serein pour leur collectivité, un environnement où leurs enfants seraient en sécurité, où les problèmes de dépendance seraient rares et où les femmes se sentiraient plus libres. Ils aspirent à établir des collectivités où les gens qui s'y trouveraient éprouveraient un sentiment d'appartenance, où ils s'y plaindraient, auraient un bon moral, où la culture serait un objet de fierté, de célébration, et où les souffrances causées par le cycle intergénération de la violence deviendraient un souvenir flou. À la question portant sur la capacité pour le participant de réaliser ses objectifs personnels dans le cadre du projet financé par la FADG, environ un tiers des participants ont indiqué qu'ils se sentaient en mesure de le faire complètement ou extrêmement bien. À peu près la moitié de ces participants avaient l'impression que le projet était un bon moyen ou un très bon moyen pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs personnels; cependant, il restait un petit groupe (environ 10 %) pour qui le projet n'a que de façon minimale répondu à leurs attentes, ou satisfait à leur besoin dans le contexte des activités financées par la FADG. La figure 25 montre la capacité des projets à permettre aux participants de réaliser leurs objectifs personnels et les perceptions des participants à cet égard.

Figure 25) Réalisation des objectifs personnels



Les objectifs des répondants traduisent la primauté des besoins individuels et le fait qu'ils éprouvent un sentiment de rapprochement à l'égard de ce que les autres personnes survivantes ont vécu. L'objectif le plus souvent mentionné vise la prise de conscience personnelle (25 %, n=741), l'aide, le soutien aux autres personnes survivantes (21 %), l'acquisition de nouvelles compétences ou habiletés (18 %), la redécouverte/la reconquête de la culture (11 %), des changements de comportement (10 %), l'acquisition de connaissances ou un changement d'attitude (8 %) et la capacité d'influencer la collectivité dans son ensemble (2 %). La figure 26 illustre les objectifs des répondants présentés par type.

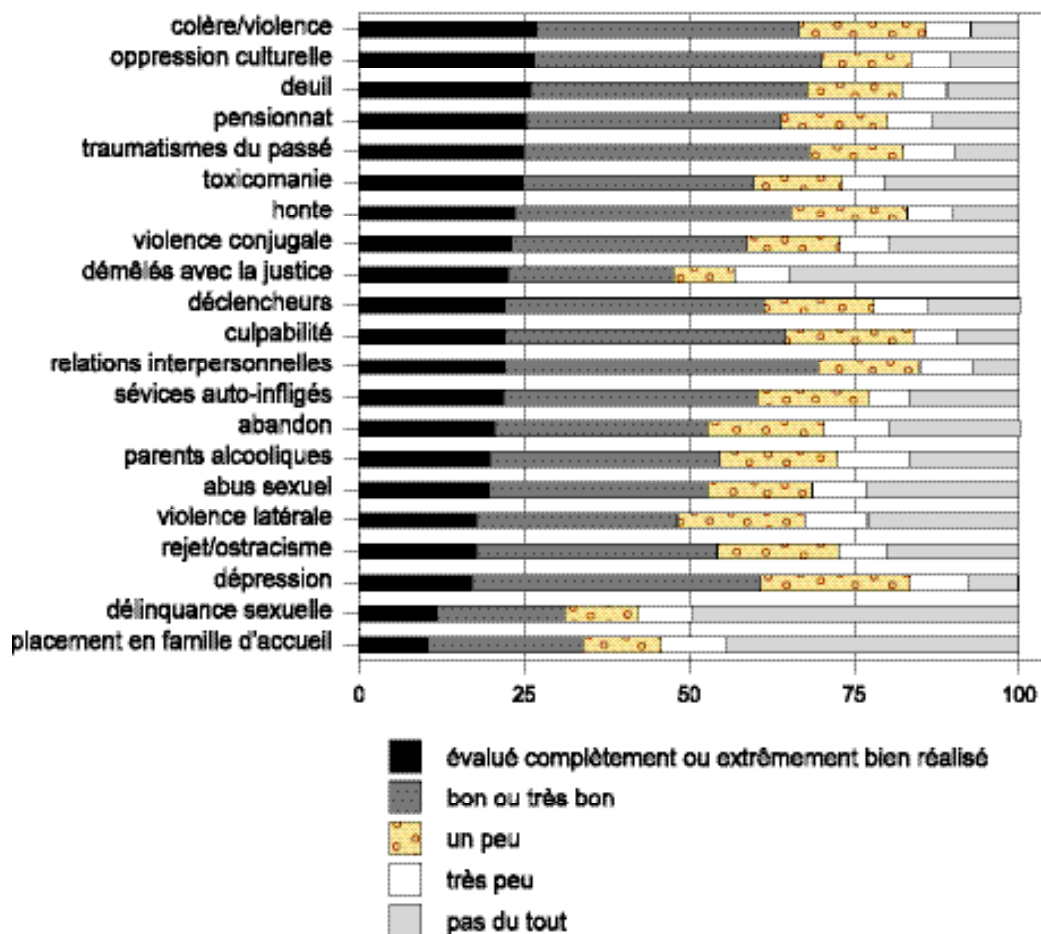
Figure 26) Objectifs des répondants par type (2002)



Plus de soixante pour cent ont accordé aux séances de groupe de counselling une appréciation positive dans les cas où les thèmes suivants ont été traités : le deuil/les pertes, les facteurs déclencheurs, les pensionnats, la dépression, la colère, la violence, la honte, la culpabilité, les traumatisme du passé, l'oppression culturelle et les problèmes de relations interpersonnelles. En ce qui a trait aux sessions de groupe ayant été évaluées moins positivement, il s'agissait de cas où on

traitait notamment d'agression sexuelle, de démêlés avec la justice (problèmes avec la loi) et de placement en famille d'accueil, La figure 27 montre l'évaluation des séances de groupe de counselling facilitées par les projets financés par la FADG.

Figure 27) Évaluation des séances de counselling de groupe

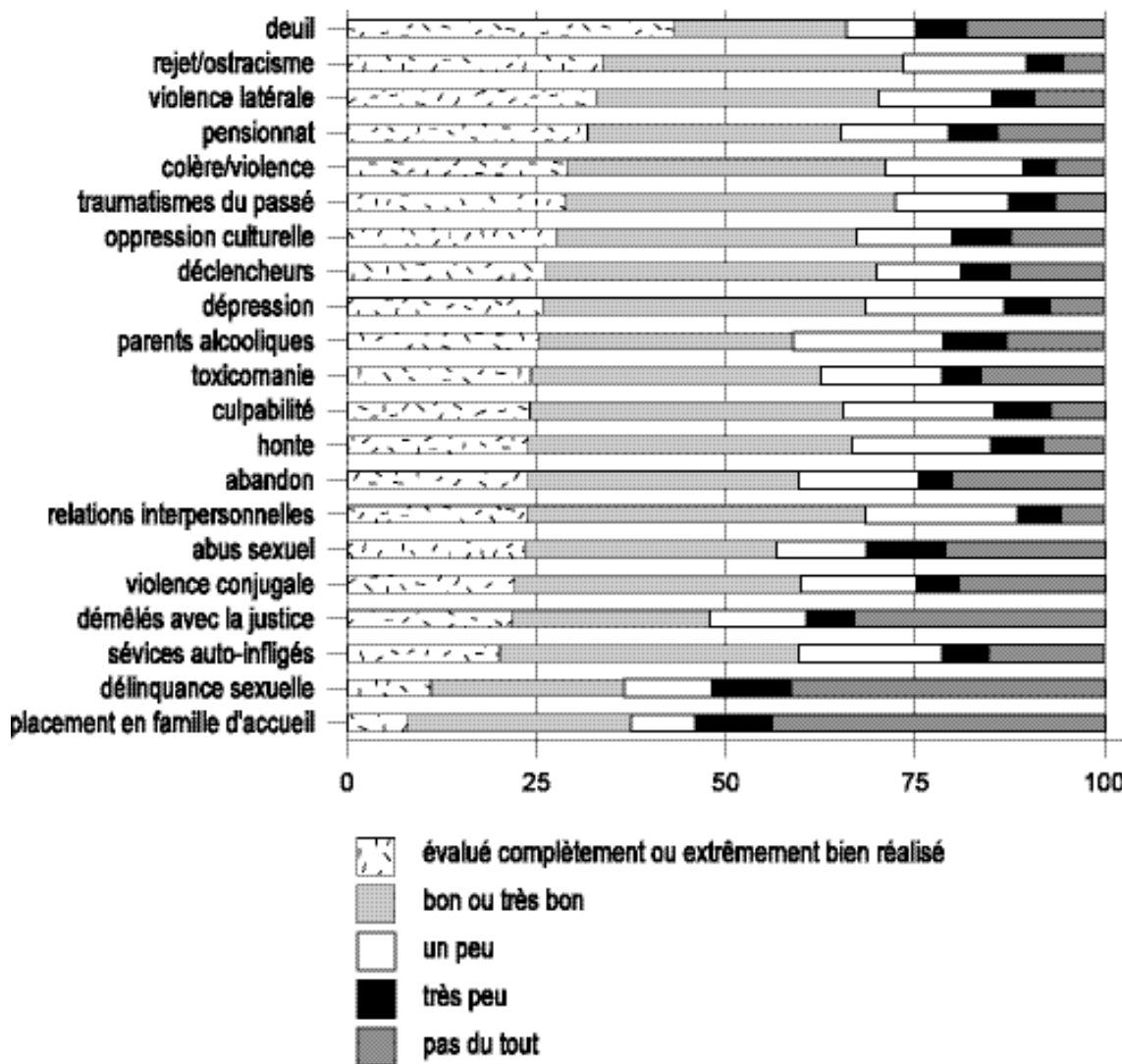


Plus de soixante pour cent ont accordé aux séances individuelles de counselling une appréciation positive dans les cas où les thèmes suivants étaient traités : le deuil, la violence latérale, les facteurs déclencheurs, la dépression, la colère, la violence, la honte, la culpabilité, les traumatismes du passé, les pensionnats, l'oppression culturelle et les problèmes de relations interpersonnelles. En ce qui a trait aux séances individuelles ayant été évaluées moins positivement, il s'agissait de cas où on traitait d'agression sexuelle, de démêlés avec la justice et de placement en famille d'accueil. La figure 28 montre l'appréciation des séances individuelles de counselling facilitées par les projets financés par la FADG.

La plupart des participants (60 %, n=700) ont affirmé que leurs objectifs avaient changé au cours de leur participation à l'activité financée par la FADG, allant dans le sens d'une prise de conscience accrue, d'une amélioration des rapports avec les autres, d'une acquisition de connaissances et d'une reconquête de la culture.

La moitié des répondants au QP ont obtenu le privilège de séances individuelles de counselling (50 %, n=687) et ils ont indiqué leur appréciation pour ces séances d'une façon assez similaire.

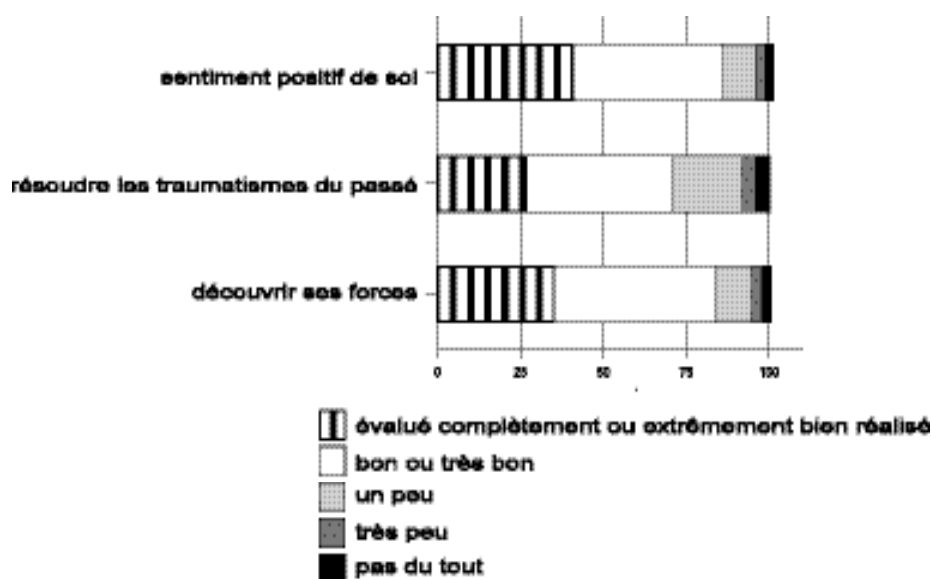
Figure 28) Évaluation des séances individuelles de counselling par thème spécifique



En moyenne, les participants ont pu bénéficier de huit séances individuelles de counselling (médian = 5, n=247) et, par ordre d'importance, ils ont eu une consultation avec : des conseillers qualifiés, des Aînés, des psychologues, des pairs prestataires de services, des guérisseurs traditionnels, des praticiens de médecine parallèle, des travailleurs sociaux, des psychiatres ou des bénévoles. D'autres types d'intervenants se trouvent engagés à donner des services individuels aux participants (quoique ces séances ne sont peut-être pas toutes des séances de « counselling »), dont les travailleurs des services d'approche (communautaires), les grands-mères, les médecins/omnipraticiens, les membres de la famille, les infirmiers/infirmières, les gardiens des sueries, les amis, les pasteurs, les prêtres, les praticiens du Reiki, les mentors et les intervenants en toxicomanie.

Les séances individuelles ont été évaluées en fonction de leur capacité à aider les participants à traiter les traumatismes du passé (n=431), à ressentir un sentiment positif de soi (n=434) et à découvrir leurs forces (n=444). Un nombre remarquable de participants ayant bénéficié de counselling individuel ont été satisfaits<sup>36</sup> en raison de la capacité de ces séances à renforcer l'estime de soi, à leur permettre de découvrir leurs forces (86 % et 84% respectivement) et à surmonter les épreuves du passé (71 %).

Figure 29) Évaluation des séances individuelles de counselling par thème général



La plupart des répondants ont attribué un *grand mérite au programme*, ont *reconnu ses qualités*, l'ont considéré très utile dans leur cheminement de guérison, particulièrement *l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats* parce qu'elle leur a permis de mieux comprendre ce qui arrivait dans leur vie et celle de leur famille (44 %, n=682). Ils ont aussi apprécié les nouvelles *possibilités offertes d'acquérir des connaissances* sur la vie familiale fonctionnelle, saine, d'apprendre comment composer avec des émotions intenses et les traiter et comment améliorer en général leurs rapports avec les autres. Créer des liens avec les autres personnes survivantes a été considéré comme un aspect très fort; ces rencontres ont donné lieu à des possibilités d'apprentissage sur la façon dont les autres personnes réagissent et sur la façon dont elles ont surmonté les séquelles laissées par les pensionnats (30 %). Des lieux de rassemblement ont permis aux participants de faire part de leur rétroaction, d'apporter du soutien et de dégager comme message clé qu'ils *n'étaient pas seuls* dans leur lutte. Les célébrations culturelles, le renforcement de l'identité culturelle (12 %) ont été considérés comme une restitution de ce qui avait été perdu, une confirmation de la reconquête de l'identité culturelle et une raison d'inspirer la fierté. La spiritualité, qu'elle s'exprime par des manifestations traditionnelles autochtones ou eurochrétiennes, nourrit l'âme des participants. La prière quotidienne, la méditation, la foi retrouvée ou la redécouverte de son moi spirituel sont des contributions attribuées aux mérites du programme qui s'est avéré très utile à cet égard (4 %).

<sup>36</sup> À titre d'exemple, l'appréciation quant à la réalisation de ces objectifs était positive, évaluée à bonne, très bonne, extrêmement satisfaisante ou complètement satisfaisante.



Enfin, les qualités de l'équipe ont exercé une influence puissante sur le cheminement de guérison (4 %). En particulier, les participants ont relevé des approches sécuritaires, respectueuses, non critiques et valorisantes, des approches considérées très facilitantes pour leur démarche de guérison.

Les participants ont très probablement acquis des *compétences les aidant dans leurs relations interpersonnelles* alors qu'ils participaient aux projets financés par la FADG (50 %, n=577), notamment la capacité de communiquer et des compétences parentales. Ils se sont sentis plus capables d'écouter les autres, de leur pardonner, de les comprendre et de les respecter. Les participants ont l'impression d'être devenus de meilleurs conjoints et de meilleurs amis, d'avoir plus de patience et de sensibilité, et ils se sentent réconfortés par leurs capacités nouvellement acquises qui leur permettent de mieux vivre les rapports intimes, d'y prendre plaisir. Nombreux (19 %) sont ceux qui ont appris de nouvelles façons ou qui ont amélioré la façon d'être en relation avec *soi*, en étant plus confiants, en prenant le temps de s'occuper de soi, en se réjouissant d'être plus éclairés, plus conscients, et de faire confiance à leurs intuitions. Un bon groupe (14 %) parmi eux ont terminé leur participation avec des capacités d'adaptation et des compétences psychosociales renforcées, accrues, comme celles les aidant à rester sobres et à vivre sans drogue et à chercher du soutien en cas de besoin. D'autres (5 %) ont acquis des connaissances et des compétences à caractère culturel importantes, y compris mais non de façon limitative, à faire des tambours, à chanter, à entrer en contact avec la nature, à respecter les Aînés et à conter des légendes. Quelques-uns sont devenus des conseillers plus qualifiés (1 %), ont été davantage en mesure de participer à des pratiques spirituelles (1 %) ou de partager avec les autres les problèmes causés par les répercussions intergénérationnelles des pensionnats dont ils sont les victimes (3 %).

La plupart des participants ont réclamé *plus de temps*, soit que le programme continue ou qu'il y ait accroissement de la fréquence des sessions de guérison et de formation (30 %, n=642). Un nombre surprenant de participants ont eu l'impression que des installations et du matériel (équipement) plus adéquats amélioreraient le fonctionnement du projet (10 %) et certains d'entre eux (17 %) ont recommandé de changer des aspects caractéristiques du programme, plus particulièrement d'offrir des sessions de groupe réunissant un nombre plus petit de personnes, de façon à favoriser des rapports plus étroits ou du counselling individuel. D'autres pensaient que la prestation dans le cadre des projets pourrait être améliorée si on centrait davantage les efforts sur la communication, sur l'amélioration de la capacité de communiquer (10 %). En particulier, ils ont parlé de l'utilisation de la traduction simultanée et de la langue usuelle, généralement parlée, pour essayer d'attirer les gens de la communauté à participer aux activités. L'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats a été un aspect positif pivot dans les recommandations formulées pour accroître et améliorer la sensibilisation, la communication et la participation des membres de la collectivité. Des participants ont fortement insisté sur l'importance d'une plus grande intégration de la culture, sur la participation des Aînés, des activités inspirées de la nature et de la spiritualité (8 %). Ils veulent un plus grand nombre de personnes survivantes et d'Autochtones comme guérisseurs, un accès plus grand aux ressources spécialisées (aux professionnels) et en général, une augmentation de la taille des équipes de projet (11 %).

---

## 4.2 Influence exercée sur les collectivités

### 4.2.1 Établir des partenariats et assurer la durabilité

La Fondation autochtone de guérison a été établie pour remplir un rôle de catalyseur dans le cadre de l'action communautaire visant à prendre des mesures à l'égard des séquelles intergénérationnelles des pensionnats. En ayant à sa disposition des ressources bien déterminées et une période de référence définie, formelle, pour les dépenser, la FADG a dès le départ su clairement le moment de l'expiration de son mandat. Par conséquent, elle a invité les projets à obtenir auprès d'autres partenaires un financement prolongé et durable; sans cela, il leur faudrait élaborer et mettre en application des stratégies de guérison durables. Le montant de financement à long terme obtenu à ce jour est l'indicateur choisi pour refléter la durabilité. D'autre part, les partenariats sont constitués de toutes les contributions à court et à long termes (monétaires ou autre), de même que les relations de travail ou rapports de collaboration avec des organismes de services complémentaires. Dans la présentation de données d'information financière, on donne des totaux parce qu'ils représentent plus justement en quoi consistent ces contributions à *l'échelle nationale*.

Moins de la moitié des répondants (87 répondants sur 176) ont rapporté avoir obtenu du financement d'autres sources pendant le fonctionnement du projet, en baisse d'environ les deux tiers de l'ensemble des répondants ayant participé à la première enquête nationale (n=234).

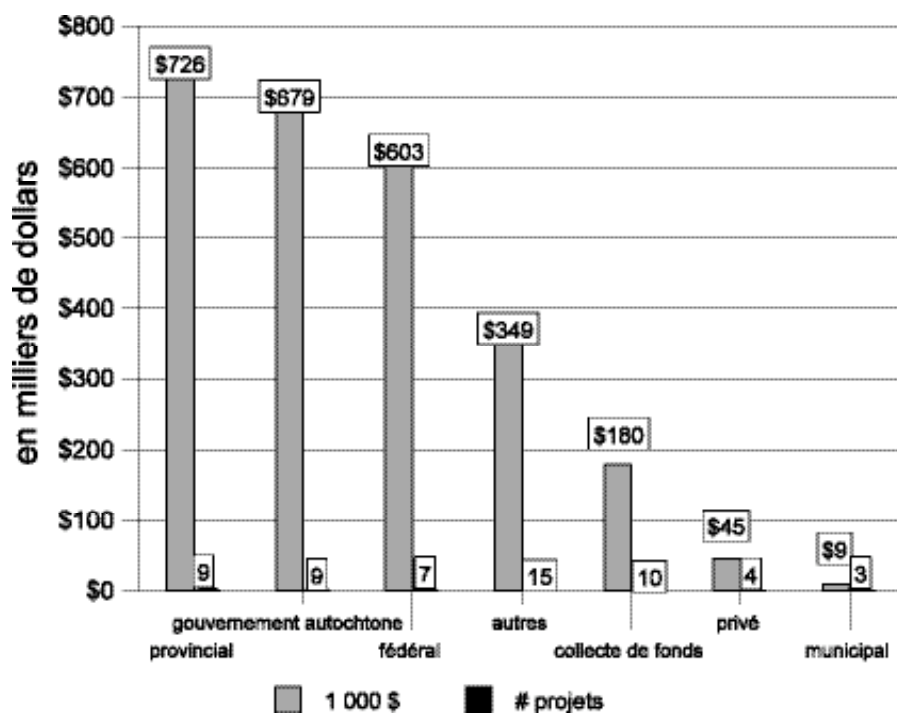
**Un total de 6 921 282 \$<sup>37</sup> a été obtenu des partenaires pendant le fonctionnement de 87 projets ayant rapporté avoir reçu des fonds.**

*Ce sont les gouvernements autochtones qui ont fourni le montant le plus élevé (2 001 270 \$), suivi de très près par le gouvernement fédéral (1 963 511 \$). Les gouvernements provinciaux ont donné 1 181 520 \$, alors que les autres partenaires réunis dans une catégorie générale appelée « autres » ont fourni un montant de presque un million de dollars (979 710 \$). Ce qu'on a désigné par « autres », ce sont des montants/contributions provenant des organismes locaux de la santé et des services sociaux, des Églises unie, anglicane et catholique, des conseils tribaux et des organismes autochtones de prestation de services, des Services de santé non assurés, de la Nation métisse, des commissions de formation et des centres d'emploi locaux, des industries, des contributions individuelles, de Centraide, des associations de femmes autochtones, de la Conférence des évêques catholiques du Canada et de collecte de fonds. Des campagnes de financement communautaires ont permis d'amasser au-dessus d'un demi-million de dollars (543 921 \$), des fondations privées attribuant des subventions ont offert 164 530 \$ et des gouvernements municipaux ont donné 86 820 \$. La figure 30 montre la répartition de ces fonds par source. Pour s'assurer de pouvoir considérer ces dons pour ce qu'ils sont (les mettre en perspective), le lecteur prendra note que le nombre de projets ayant déclaré avoir reçu ces contributions est présenté près de l'axe x (au bas de la ligne horizontale et à droite de la barre graphique).*

---

<sup>37</sup> Ce montant global de 2002 est augmenté par rapport à celui de 5 619 882 \$ en 2000 (n=99).

Figure 30) Montant total des fonds accordés par source



Un petit groupe (37 répondants à l'enquête) a déclaré avoir obtenu un *financement permanent* des gouvernements fédéral, provinciaux, municipaux, de la localité, ainsi que des gouvernements autochtones; d'autres fonds provenaient de fondations privées de subventions et de collectes de fonds. En fait,

**37 répondants à l'enquête ont déclaré avoir obtenu un financement permanent totalisant 2 589 920 \$.**<sup>38</sup>

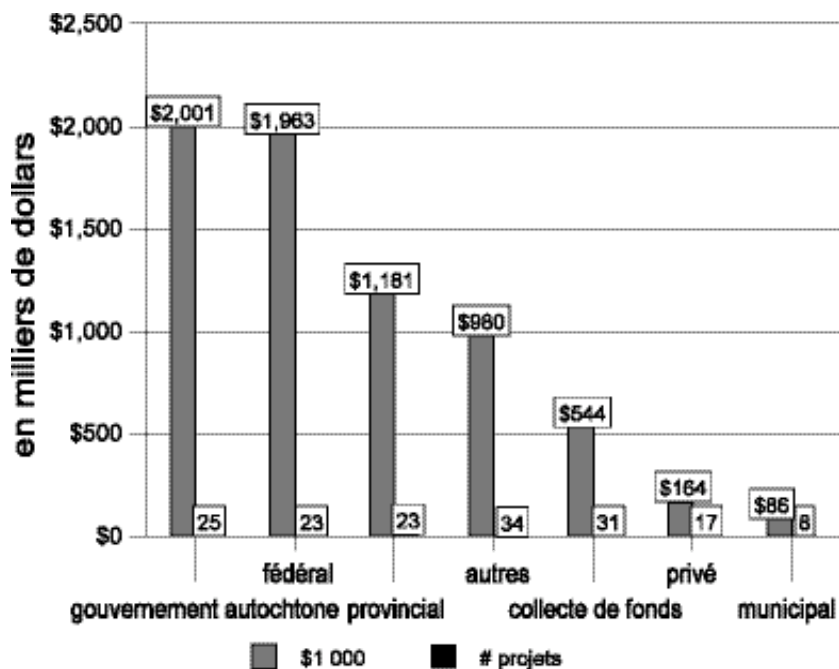
Le groupe tout juste supérieur au cinquième (22 %, n=164) des répondants pense *être capable* de continuer à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats au-delà de la durée de vie de la FADG. Presqu'autant (23 %) sont par contre convaincus de *ne pas pouvoir* continuer cette démarche de guérison et une grande partie de ces répondants (56 %) ont exprimé de l'incertitude à cet égard. Ce sont les partenaires provinciaux qui ont engagé le plus gros montant pour un programme de guérison *continu* (725 500 \$), suivis des gouvernements autochtones (678 794 \$) et du gouvernement fédéral (602 962 \$). Quant à la catégorie générale « autres », on compte un imposant engagement à long terme de 349 075 \$; encore une fois, les parties contributives comprenaient les organisations locales de santé et des services sociaux, les Églises unie, anglicane et catholique, les gouvernements autochtones et les organismes autochtones de service, les Services de

<sup>38</sup> Ce montant représente une légère baisse comparativement à celle déclarée par 33 répondants à l'enquête en 2000, soit 4 090 575 \$, et elle est proportionnellement différente. En moyenne, chaque répondant aurait obtenu environ 123 957 \$ en 2000 et, maintenant, en moyenne ils auraient obtenu 69 997 \$ de financement permanent.



santé non assurés et les collectes de fonds. On invite le lecteur à prendre note du nombre de répondants à l'enquête ayant déclaré avoir obtenu ces contributions, indiqué près de l'axe « x » (au bas de la ligne horizontale et à droite de la barre graphique).

Figure 31) Attribution de fonds de longue durée par source

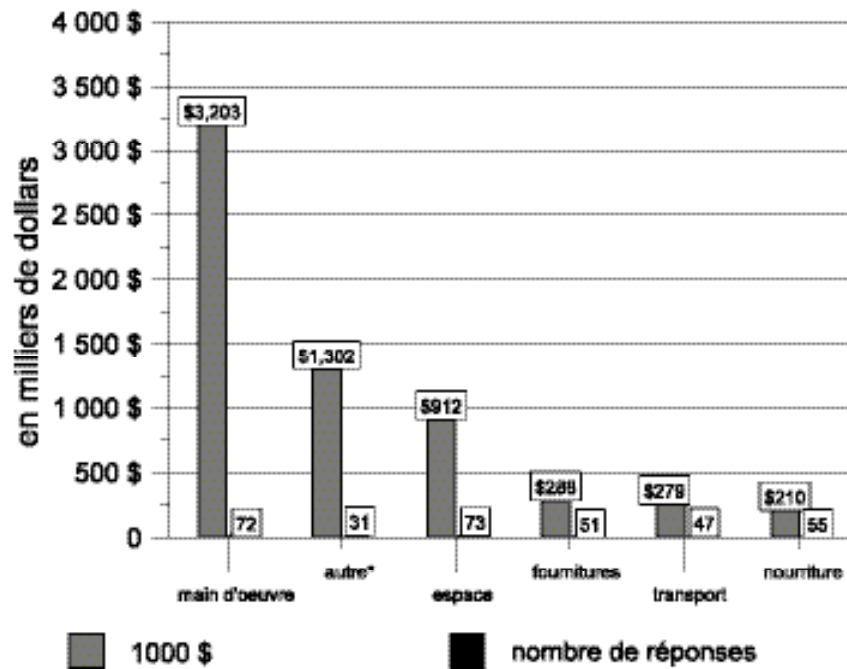


Près de la moitié (70 %) des répondants ont rapporté avoir reçu des dons en biens et services d'une *valeur estimée à 6 195 479 \$*. Les dons en main d'oeuvre étaient clairement en première position en fait d'importance et ils représentaient 3 203 597 \$, suivis de dons divers<sup>39</sup> totalisant 1 302 071 \$. Des dons en terme d'espace ( 912 006 \$), de matériel pour le projet (287 962 \$), de transport (279 153 \$), de la nourriture (210 690 \$) ont été assez fréquents. La figure 32 illustre quelles formes ont pris les dons obtenus. Une fois de plus, le lecteur considérera le nombre de répondants à l'enquête ayant rapporté avoir reçu ces dons, indiqué près de l'axe « x » (au bas de la ligne horizontale et à droite de la barre graphique).

<sup>39</sup> Ce qu'on a entré dans la catégorie « autres », ce sont des items comme le déneigement, les possibilités de formation à frais partagés, des évaluations, des vêtements, de la médecine traditionnelle, des téléphones, des facilités/installations, des meubles, des services (chauffage, eau, électricité), des fournitures de bureau, de la publicité et du soutien administratif.



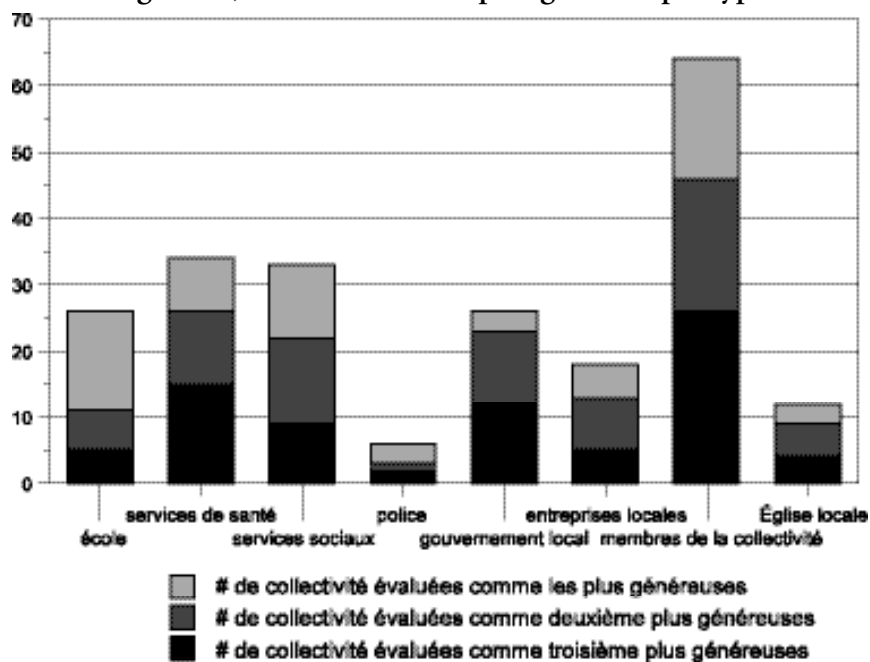
Figure 32) Valeur totale des dons par type



\* « autres » comprend périodes de diffusion/articles de promotion dans les médias, la médecine et d'autres items divers.

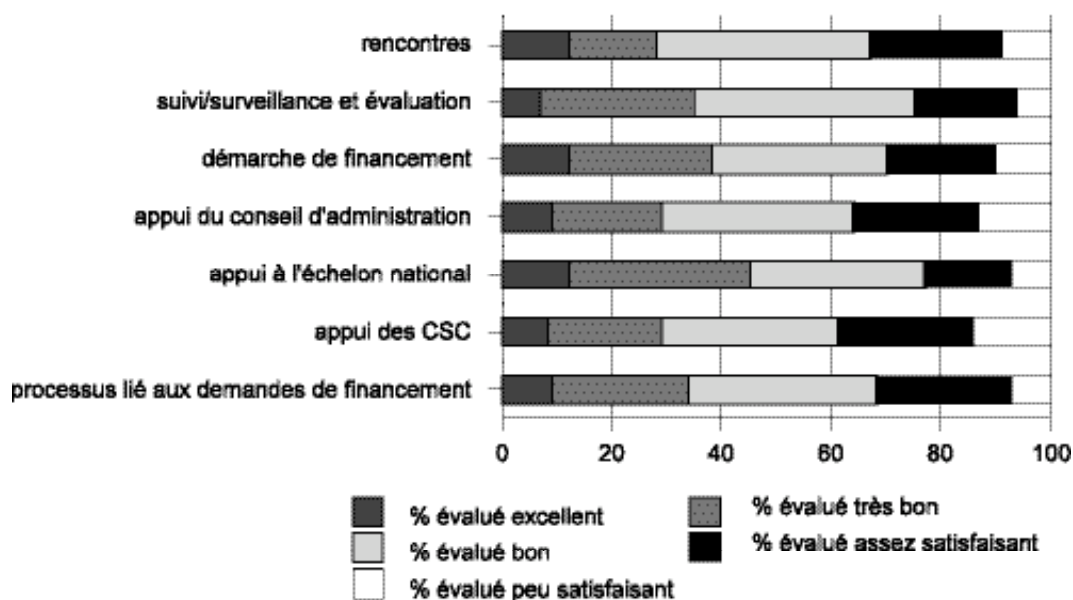
De façon constante, les membres de la collectivité ont été évalués comme les donateurs les plus généreux en fait de biens et de services, suivis de près par les services locaux de santé et de services sociaux. L'administration locale et les écoles se sont aussi avérées des partenaires importants. La figure 33 illustre l'appréciation des projets relativement à la générosité des donateurs.

Figure 33) Les donateurs les plus généreux par type



En dernier lieu, les équipes ont eu la chance de faire des commentaires sur leurs rapports avec la FADG. Une grande partie de l'activité de la FADG a été évaluée positivement. En particulier, les équipes ont trouvé très positif le soutien dispensé par l'équipe du bureau national, de même que le processus de suivi et d'évaluation. La figure 34 montre la distribution de l'appréciation à l'égard du processus ou du fonctionnement de la FADG.

Figure 34) Évaluation des activités de la FADG



Note : CSC = coordonnateur ou coordonnatrice du soutien communautaire

En plus de dispenser du soutien à la population en général, les projets financés par la FADG se sont aussi efforcés de s'assurer le concours et la participation active des personnes survivantes et des personnes touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. La section suivante étudie les progrès cumulés à ce jour.

#### 4.2.2 Faire participer les personnes survivantes

La moitié des répondants (51 %, n=154) n'ont eu aucune difficulté à engager les personnes survivantes dans le processus de guérison. Un certain nombre (49 %) de personnes se butent encore à des obstacles pour diverses raisons. Dans la plupart des cas, les personnes survivantes dans les collectivités sont âgées ayant de réels problèmes de santé urgents et elles ne veulent pas retracer leur expérience vécue au pensionnat ou en traiter les séquelles.

---

[TRADUCTION] *Les personnes âgées sont réticentes à s'engager [dans une telle démarche] en raison de leur conviction que la guérison est impossible à réaliser; elles craignent aussi d'affronter et de mêler le passé à leur vie actuelle.*<sup>40</sup>

*Parfois, il est difficile [de les faire participer] parce que les personnes survivantes sont âgées, malades, et elles ne sont pas intéressées à raviver leurs souffrances; ce n'est pas le cas de toutes ces personnes, mais c'est celui de personnes qu'on ne pourra jamais aider parce qu'elles refusent d'écouter, d'envisager les possibilités offertes, ou de parler au sujet de l'expérience vécue au pensionnat.*<sup>41</sup>

Le manque de confiance, les problèmes de dépendances multiples (c.-à-d. l'alcool, la toxicomanie, le jeu compulsif), de même que le peu ou l'absence de connaissance et de compréhension des séquelles intergénérationnelles des pensionnats ont en général empêché les personnes survivantes de participer.

[TRADUCTION] *Bien des personnes survivantes ont du mal à faire confiance; certaines d'entre elles acceptent mal les rapports avec des gens occupant des postes d'autorité et d'autres sont trop engagées dans des comportements destructifs pour participer à des projets de guérison et apporter du renforcement positif, du soutien, de quelque façon que ce soit. Il y a aussi des personnes refusant simplement de participer ou de même parler de leur expérience pour une raison ou pour une autre.*<sup>42</sup>

[TRADUCTION] *Les personnes survivantes se méfient des projets parce qu'elles pensent que leur participation compromettra leur demande d'indemnité financière présentement soumise aux tribunaux. Les personnes survivantes ont l'impression qu'on prend avantage, [qu'on les exploite] à cause de leur passé.*<sup>43</sup>

[TRADUCTION] *Ce que j'ai découvert, c'est que les gens ne faisaient pas le lien entre leur comportement ou leur mode de vie et leur passé. Ils ne comprenaient pas toujours que c'est en raison du fait qu'ils ont perdu leur identité qu'ils sont si perdus.*<sup>44</sup>

Certaines personnes se montrent contrariées, se retiennent à cause de la honte, de la peur, de l'affliction profonde, du déni ou de la réticence d'être vues comme critiques à l'égard de l'Église et d'autres ont complètement perdu espoir : « [TRAD.]... *certains ont souffert si atrocement qu'il leur semble impossible que quelqu'un puisse arriver à les comprendre.* »<sup>45</sup> Dans certains cas, des personnes se

---

<sup>40</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #40.

<sup>41</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #8.

<sup>42</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #139.

<sup>43</sup> A FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #152.

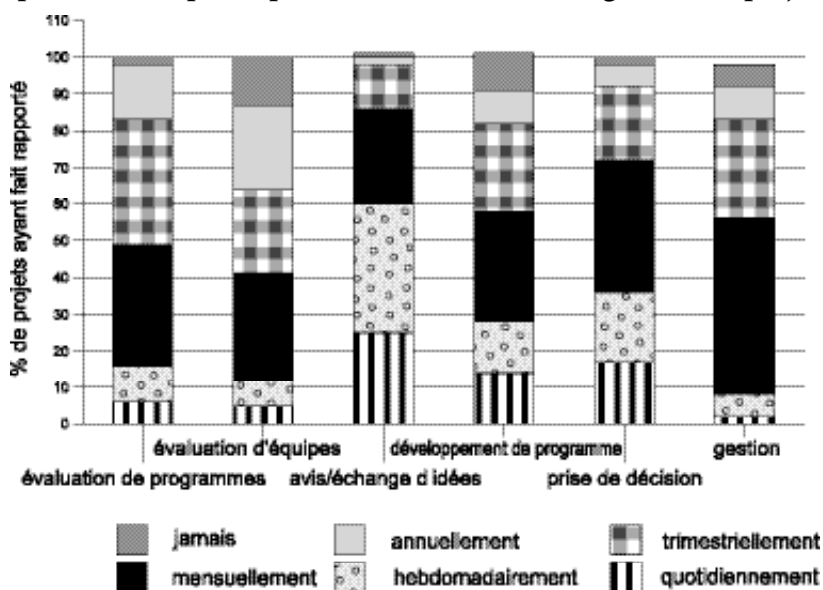
<sup>44</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #144.

<sup>45</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #51.

sont butées à des obstacles comme le manque de moyen de transport et de service de garde pour leurs enfants, la mauvaise température, le chômage et un manque d'appui, les empêchant de participer à la démarche de guérison. En d'autres mots, des besoins plus urgents, comme l'obligation de nourrir une famille, ont eu la priorité au moment de centrer ses énergies.

Dans les situations où les personnes survivantes se sont engagées, elles ont le plus souvent prodigué des conseils, échangé des idées (60 %) et elles ont pris des décisions en collaboration avec les équipes de projet quotidiennement ou au minimum toutes les semaines (n=164). Plus de la moitié des équipes de projet (n=161) ont rallié les personnes survivantes pour participer aux activités de développement des programmes ou pour siéger au conseil de direction ou d'administration ou pour être membre d'un comité consultatif au moins une fois par mois. Les personnes survivantes ont aussi participé aux évaluations des programmes et des équipes; en général, ces activités se passaient mensuellement, ou trimestriellement ou annuellement. La figure 35 indique la fréquence à laquelle les personnes survivantes ont participé aux activités de gestion de projet.

Figure 35) Fréquences de la participation des Survivants à la gestion du projet par activité

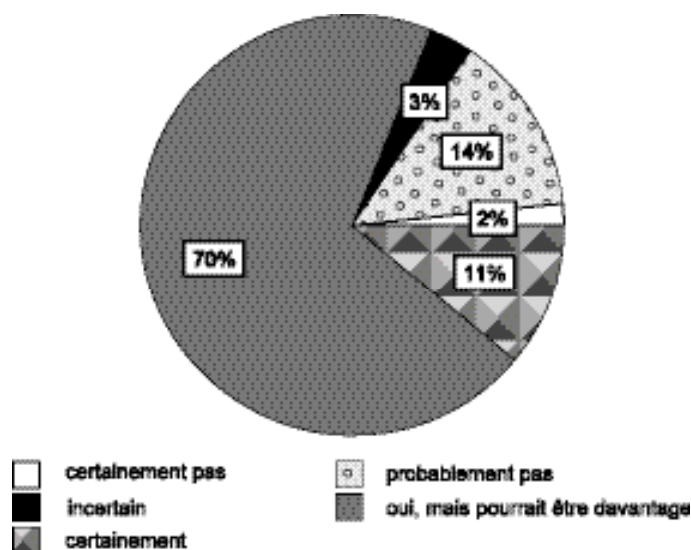


Les personnes survivantes représentent 35 % des membres des équipes de projet (n=106), 51 % des contractants et des personnes recevant des honoraires et 51 % des tous les membres des conseils de direction/d'administration ou des conseils consultatifs (n=139). Quant aux personnes touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, elles sont aussi bien représentées et elles forment 58 % des équipes de projet (n=128), 29 % des contractants ou qui reçoivent des honoraires (n=139) et elles forment 42 % des membres des conseils de direction/d'administration ou des comités consultatifs (n=124).

### 4.2.3 Rejoindre les personnes ayant les plus grands besoins

Presque la moitié des répondants (44 %, n=164) déclarent être en mesure de dispenser de la formation et d'offrir des activités de guérison à toutes les personnes qui en éprouvent le besoin. Par contre, cinquante-six pour cent d'entre eux affirment ne pas en être capables et trente-six pour cent (n=166) ont établi une liste d'attente de participation. Il n'y a qu'un petit groupe (11 %, n=160) qui se dit certain d'avoir rejoint les personnes ayant les besoins *les plus pressants*. La plupart d'entre eux (70 %, n=160) reconnaissent qu'en dépit du fait d'avoir fort probablement rejoint ces personnes ayant les plus grand besoins, ils voudraient pouvoir faire mieux. Certains (3 %) étaient incertains à cet égard, alors que d'autres (16 %) étaient sûrs de ne pas avoir rejoint (probablement certain ou absolument certain) les personnes les plus touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. La figure 36 illustre la façon dont les projets ont perçu leur capacité de rejoindre les personnes ayant de très grands besoins.

Figure 36) Capacité de rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants



À la question portant sur le **nombre de personnes de plus qui auraient pu être desservies si le projet avait eu le temps et les ressources suffisantes pour le faire**, les réponses des projets ont donné comme **total 68 407** (n=68) personnes de plus qui auraient pu être desservies. Ce nombre est supérieur à celui en 2000 alors qu'on comptait 56 857 personnes (n=101). En d'autres mots, *moins* de projets ont identifié un *nombre supplémentaire de personnes* qui auraient pu participer à de la formation ou à des activités de guérison. Pour comprendre ce que ces données peuvent signifier, on doit considérer l'ensemble des 384 projets en activité à un moment donné et supposer que les non-répondants ont les mêmes caractéristiques que les répondants. C'est une hypothèse raisonnable étant donné que les non-répondants et les répondants se distinguent très peu relativement à bon nombre de variables importantes,<sup>46</sup> ce qui signifie qu'il y aurait deux fois autant de personnes, 136 814 personnes à l'échelle nationale qui auraient pu participer si elles en avaient eu la possibilité. En moyenne, ces données signifieraient un nombre de 416 personnes par projet.

<sup>46</sup> Source : base de données de la FADG.

### 4.3 Leçons retenues

Bien que l'activité de financement de la FADG ne soit qu'une des initiatives du mouvement général de guérison et que bien d'autres interventions aient permis d'amorcer le traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats avant la mise sur pied de la FADG, pour de nombreuses collectivités, les ressources de la FADG ont représenté *leur première chance* de s'attaquer systématiquement aux répercussions des pensionnats. En plus, l'activité de financement de la FADG *représente* le premier effort *national* visant à panser les blessures et résoudre les problèmes ou préjudices spécifiques causés par les pensionnats. Par conséquent, comme ils n'avaient pas à leur disposition une mine de protocoles bien documentés, de solutions facilement accessibles et d'exemples de réussite constitués à travers l'histoire, les projets ont adopté une approche d'« apprentissage sur le tas, par la pratique » selon laquelle les leçons d'expérience tournent autour de thèmes centraux, notamment :

- ▶ l'ampleur et la complexité du problème;
- ▶ les exigences fondamentales de l'approche thérapeutique;
- ▶ les forces de l'équipe;
- ▶ le rôle de la collectivité.

#### Ampleur et complexité du problème

[TRADUCTION] *Même si on savait dès le début à quel point ce type d'initiative était nécessaire, il est encore accablant d'entendre ce que les membres de la communauté et des générations subséquentes ont à exprimer du plus profond de leur coeur sur les conséquences de l'expérience [des pensionnats]. Ces propos nous ont inspiré tout ce qui est possible de faire pour assurer un suivi auprès des participants et pour continuer le processus de guérison dans la collectivité.*<sup>47</sup>

Outre le fait d'avoir vécu pendant des générations avec les répercussions découlant des pensionnats, c'est *l'ampleur et la complexité* des incidences attribuables aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats qui constituent la leçon apprise la plus importante. Dans certaines collectivités, la plupart des gens vivent accablés par le fardeau des répercussions intergénérationnelles. Démêler cette toile enchevêtrée des problématiques exige une concentration d'énergie et des stratégies efficaces pour traiter des dimensions aussi diverses que l'identité, la culture, les relations interpersonnelles, les compétences parentales, l'éducation, l'économie et la spiritualité; tous ces problèmes sont *profondément enracinés* et ils requièrent un *long rétablissement*. Fondamentalement, *les gens sont ce qu'ils font* : en effet, la principale intention sous-jacente à l'établissement des pensionnats était d'éliminer les façons de faire autochtones et ainsi, de désorganiser, d'altérer le coeur même de la personnalité des élèves, leur identité individuelle.

<sup>47</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #108.

---

[TRADUCTION]. . . *Je pense que la détérioration a commencé le jour où je suis entré. Pour plusieurs d'entre nous, c'était le commencement d'un monde en changement; nous n'étions plus des pêcheurs de saumons, des chasseurs de bisons ou des pêcheurs de baleines. Nous n'avions plus d'autres issues.*<sup>48</sup>

Les équipes de projet ont appris que la guérison est un processus, non un événement, qui demande que tout un réseau de spécialistes/professionnels ou de guérisseurs soit établi pour apporter du soutien en cours de démarche, *ainsi* que des ressources matérielles suffisantes. Gagner la confiance, assurer la sécurité, élaborer des stratégies spécifiques pour différents groupes, rassembler et renforcer ou affermir des équipes d'intervenants de première ligne, faire l'intégration avec d'autres services nécessaires tout en dispensant des services de traitement et de prévention ont fait en sorte que certaines de ces équipes se sont senties écrasées, dépassées par la lourdeur de la tâche. Cette pression s'est développée non seulement en raison de l'ampleur des besoins ou des exigences, mais également parce que les intervenants étaient conscients qu'en encourageant la divulgation, il *devenait nécessaire d'assurer* un suivi et une aide ou post-intervention. Rouvrir une plaie veut dire qu'il *ne peut y avoir du point de vue éthique de temporisation (durée limite)* au processus de guérison amorcé sans qu'il n'y ait le risque très élevé que le traumatisme soit ravivé. Finalement, dans certains cas, il y a eu plus de personnes qui ont résisté au changement que de personnes s'étant engagées à participer; réussir à « rejoindre » les personnes réticentes ou même essayer de communiquer avec elles représentait un effort herculéen. Dans d'autres situations, le fait d'essayer d'établir une relation de confiance avec des participants intéressés mais hésitants a exigé un grand nombre de ressources de créativité et de patience. En ce qui a trait aux efforts ou à la priorité à long terme, les équipes de projet recommandent d'accorder une importance particulière aux jeunes et à la prévention.

### Exigences fondamentales de l'approche thérapeutique

Même si la démarche de guérison se déroule d'après un cheminement assez prévisible, les équipes ont appris que les résultats ne surviennent pas tout d'un coup ou selon un programme ou un calendrier bien précis; il s'agit d'une progression délicate (nuancée), une de celle qui requiert d'être motivée de l'intérieur et facilitée de l'extérieur.

[TRADUCTION]. . . *les gens acceptent l'aide et le soutien [offerts] à leur propre rythme. Juste parce qu'on a une échéance, cela ne veut pas dire que les personnes survivantes sont prêtes à avancer à notre demande. Il faut accepter les personnes là où elles sont et leur apporter du soutien au moment où elles en ont besoin.*<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Fondation autochtone de guérison, participant à la Rencontre régionale, le 26 octobre 2000 — Vancouver, Colombie-Britannique.

<sup>49</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #136.





Les guérisseurs et les thérapeutes peuvent mieux concentrer leurs efforts et ils peuvent intervenir de façon plus adaptée s'ils reconnaissent un certain degré de « préparation ou de réceptivité » et une motivation à s'engager dans la guérison. Parfois, les participants peuvent tolérer les séances de groupe seulement s'il s'agit de séances d'information. Les participants préfèrent que les guérisseurs « cheminent avec eux » vers la guérison, suivent la même démarche qu'eux plutôt qu'ils les dirigent.

Les thérapies doivent s'adapter à une grande diversité de points de départ dans un environnement où on entoure les participants de sécurité, d'empathie, de compréhension et de respect, ce qui facilite l'habilitation ou la prise en main personnelle, le renforcement de l'estime de soi, l'adaptation aux différences entre les personnes et les groupes, tout en renforçant la culture et l'identité. Voici ce que comprennent quelques stratégies qui sont adaptées à des besoins très particuliers, des stratégies qu'on recommande :

- ▶ elles assurent à des jeunes un environnement très structuré qui mise sur une diversité d'activités dans de courts laps de temps;
- ▶ elles prennent en considération les questions de sécurité toutes particulières liées aux délinquants sexuels incarcérés;
- ▶ elles amènent les Aînés à s'engager ou à participer en tenant compte de leurs besoins de rapport avec les autres, de socialisation;
- ▶ elles centrent les efforts sur l'affirmation de l'identité, particulièrement dans le cas des Métis.

Les environnements propices à la guérison doivent être des endroits où le participant est *libre* d'exprimer son opinion, où il est reconnu et honoré, où la vérité prévaut et où le pardon est encouragé. Le holisme doit être le fondement de toutes les activités et un bon nombre de participants privilégient le counselling individuel au counselling de groupe.

### Forces de l'équipe et mesures de soutien pour ses membres

Des membres d'une équipe forte qui fonctionnent bien sont des personnes représentant des modèles de réussite sur le plan de la guérison, préférablement des personnes survivantes ou des personnes touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, des personnes capables de conserver une vie équilibrée, bien formées ou ayant obtenu la formation dont elles avaient besoin et des personnes libérées du besoin de tout contrôler, de sauver les autres, de faciliter ou de prendre soin des autres. Évidemment, de telles personnes sont difficiles à trouver, particulièrement celles ayant la formation spécifique requise pour le traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Des équipes efficaces ont un équilibre harmonieux. sont capables de bien travailler *ensemble* et elles peuvent assurer des relations publiques positives.

Pour permettre à ces équipes de rester centrées sur leurs objectifs, il était essentiel d'avoir des plans de travail bien définis, d'avoir pour les aider à l'exécution un soutien administratif suffisant visant à réduire leur fardeau, à faire en sorte que ses membres ne soient pas déroutés par la paperasse. Des



projets étaient d'avis qu'une évaluation professionnelle les aiderait à répondre à des besoins particuliers et à préparer la planification de démarches de guérison. D'autres ont vanté les vertus des séances en groupe de *debriefing* comme moyen de désamorcer ou de neutraliser l'intensité émotionnelle liée à leur travail et l'évaluation par les pairs comme moyen d'amélioration de leur rendement. D'autres ont relevé comme mesure constructive la méthode de surveillance (d'un contrôle suivi) de la performance ou de l'atteinte des objectifs visés, non pas seulement à titre d'outil de mesure pour la reddition des comptes, mais aussi pour établir de *nouveaux* objectifs et de *nouvelles* orientations.

## Rôle de la collectivité

La culture ou la dynamique de la collectivité a contribué à l'obtention des résultats recherchés, particulièrement dans le cas où il y avait une véritable volonté de s'engager dans une démarche de guérison et où il existait un réseau efficace de services tenant compte des différences culturelles et un esprit de collaboration, de solidarité. *Plus la force d'impulsion, l'influence du projet était grande, plus celui-ci a suscité une participation accrue et les deux dynamiques se nourrissent mutuellement.* Dans les situations où il y avait une culture interne de violence, de déni, des priorités politiques conflictuelles ou qui se font concurrence et des préoccupations personnelles concernant les indemnités monétaires, l'atteinte des objectifs de guérison a été compromise. Des projets ont décrit la culture de violence comme la résultante des actes criminels commis dans les pensionnats dont les effets ont été intériorisés et ont amené les personnes à considérer la violence comme un aspect normal de la vie.

[TRADUCTION] *Les séquelles intergénérationnelles de la violence qui remontent aux pensionnats constituent un crime motivé par la haine. . . Ce comportement violent s'est transmis des premiers agresseurs aux victimes et des victimes aux générations ultérieures.*<sup>50</sup>

Dans certains cas, la guérison n'était pas une priorité pour les dirigeants qui voulaient plutôt centrer leurs efforts sur la résolution des questions de revendications territoriales. Sans oublier que la guérison pouvait ne pas être une priorité dans l'esprit de la population en général, plutôt préoccupée par des problèmes ou des besoins fondamentaux, par des mesures de survie (la nourriture et le logement), ou convaincue que tout ce qu'il fallait, c'était un paiement d'indemnité. L'essentiel pour la réussite de l'activité de guérison, c'est l'acceptation de la collectivité ou, au minimum, la tolérance à cet égard. Là où le climat régnant dans la collectivité était une entrave ou une force négative, les équipes de projet ont clairement *demandé de l'aide extérieure*. Dans une de ces collectivités, plusieurs groupes religieux eurochrétiens ont fait obstacle; ils se livraient bataille pour exercer le rôle de bastion de la spiritualité dans la collectivité, n'ayant aucun intérêt à appuyer la culture autochtone. Bien des collectivités ont considéré l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats comme la mesure correctrice, particulièrement pour les jeunes, non seulement dans la société autochtone, mais également dans le contexte canadien en général.

---

<sup>50</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #42.



Tout bien considéré, elles allèguent que les gens ne reconnaissant ou ne comprenant pas un problème ne chercheront pas à le résoudre. Ces collectivités veulent que des partenariats soient établis avec des éducateurs et qu'elles aient des outils leur permettant d'aider les personnes intéressées à s'informer sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Dans un de ces cas, la collectivité a répondu à une demande d'information de plus en plus importante en utilisant toutes les ressources dont elle disposait, quelqu'en soit la provenance.

[TRADUCTION]. . . dès le début de cette initiative, nous avons reçu de nombreuses demandes d'information concernant les pensionnats et leurs répercussions. Ces demandes venaient des éducateurs sanitaires, d'infirmiers et infirmières, d'étudiants au doctorat, des travailleurs sociaux et des médias. Le fait d'avoir eu à leur répondre nous a poussé à dresser une liste de ressources pour donner suite à ces requêtes.<sup>51</sup>

Quoi qu'il en soit, de jeunes guérisseurs ayant avec assurance conduit la marche, des parents déterminés à assurer une vie différente à leurs enfants, et le *désir* collectif *de recourir* dans le cheminement de guérison à un *soutien continu*, représentent autant de manifestations évidentes d'espoir.

#### 4.4 Meilleures pratiques

Quoique le terme de « meilleure pratique » soit utilisé fréquemment dans l'exposé qui suit, comme il s'agit d'un concept en vogue facilement employé et compris, il est important de préciser que dans le présent contexte, l'expérience décrite constitue une pratique ou une activité prometteuse; elle semble bien fonctionner et elle peut facilement être adaptée à une diversité de situations. D'aucune façon, ce qualificatif « meilleure » ne saurait être interprété comme la seule façon de fonctionner ou la *seule façon* de faire, non plus devrait-il susciter la rivalité entre des équipes de projet ou des collectivités. Pour être bien précis, les termes « meilleure » et « pratique prometteuse » sont utilisés dans ce contexte de façon interchangeable pour une raison de simplicité stylistique.

Au fil des années, des tendances importantes sont ressorties des pratiques prometteuses. Les résultats obtenus à date entrent grosso modo dans les mêmes catégories de thèmes indiquées dans les précédents rapports d'évaluation intérimaires de la FADG, notamment :

- ▶ approches thérapeutiques;
- ▶ l'importance de l'incidence de la culture;
- ▶ les qualités/caractéristiques et l'encadrement des équipes;
- ▶ l'offre de possibilités d'apprentissage;
- ▶ la mobilisation de la collectivité.

Avant d'amorcer la présentation sur l'application des diverses approches thérapeutiques, il est important d'apporter des précisions et de faire la distinction entre ce que nous avons convenu collectivement de désigner par thérapie occidentale, thérapie traditionnelle et thérapie parallèle ou alternative.

---

<sup>51</sup> FADG, Enquête nationale 2002, évaluation du processus et des incidences, questionnaire d'enquête — répondant #108.



Les approches **occidentales** intègrent l'ensemble des stratégies auxquelles le praticien/spécialiste ou l'intervenant a été formé dans des institutions occidentales (c.-à-d. des institutions d'enseignement post-secondaires, y compris mais non de façon limitative, les psychologues, les psychiatres, les éducateurs, les médecins et les travailleurs sociaux. Pour la plupart d'entre eux, les praticiens occidentaux sont régis par des organisations professionnelles, ont une assurance de responsabilité civile et ils sont reconnus (autorisés) par l'État, c'est-à-dire que leurs services sont couverts par des régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Les approches **traditionnelles** intègrent l'ensemble des stratégies de guérison à caractère culturel ou fondées sur la culture, y compris mais non de façon limitative, les cercles de partage, de guérison, les cercles de la parole, les sueries, les cérémonies, les jeûnes, les célébrations, la quête d'une vision, les médecines traditionnelles (inspirées des Anciens) et d'autres pratiques spirituelles.

Les approches **parallèles ou alternatives** intègrent l'ensemble de ces stratégies qui se situent en dehors des thérapies occidentales le plus souvent réglementées et couvertes par les régimes provinciaux d'assurance-maladie et ces approches comprennent, non de façon limitative, l'homéopathie, la naturopathie, l'aromathérapie, la réflexologie, le traitement thérapeutique par massage, l'acupuncture et l'acupressure, le Reiki, la programmation neurolinguistique et le groupe de bio-énergie.

## Approches thérapeutiques

En traitant des besoins particuliers de groupes spéciaux (c.-à-d. en raison du sexe, de l'âge, des besoins des familles, etc.), les projets ont fait preuve de souplesse et ils se sont adaptés à toute une diversité de besoins et de préférences individuels. Des exemples probants ont montré que les thérapies axées sur des activités (c.-à-d. la thérapie par l'art, l'artisanat et la fabrication de tambour) ont été populaires auprès des personnes se sentant plus à l'aise avec les formes d'expression non-verbales et l'humour a *toujours* été un ajout bien accueilli dans un contexte thérapeutique. Malgré le fardeau que représentent les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, la grande majorité des personnes survivantes ont encore la capacité d'apprécier l'humour et de faire de l'humour.

[TRADUCTION] *Il a demandé le nom de l'homme et celui-ci lui a donné son nom indien. Comme le prêtre ne pouvait le prononcer, il l'a baptisé sous le nom de John. Cet homme [du nom de John] partit chasser, il tua un chevreuil et il le suspendit. Le vendredi suivant, il éprouva un sentiment de culpabilité, mais il décida de le couper en morceaux et d'en faire cuire. Le prêtre arriva sur ces entrefaites et il vit que John faisait cuire de la viande. Il se mit en colère contre lui; John essaya de le calmer en lui disant de ne pas se*



*mettre dans cet état-là. John lui rappela le moment de leur première rencontre où il n'avait pu prononcer son nom; ce que j'ai fait dans le cas de ce chevreuil, j'ai mis un bâtonnet sur lui et j'ai changé son nom pour l'appeler « Poisson ».*<sup>52</sup>

L'accès aux programmes a été facilité en faisant des visites à domicile, en offrant un moyen de transport et en éliminant des obstacles à la participation (c.-à-d. en offrant un service de garde pour les enfants, de la nourriture et de l'hébergement). Certains projets ont même appliqué des « mesures incitatives » pour stimuler la participation; toutefois, la nature de ces « incitatifs » n'a pas été précisée. La thérapie a semblé bien fonctionner si elle était axée sur le *client* et si elle intégrait une diversité d'approches thérapeutiques (c.-à-d. occidentales, traditionnelles et parallèles ou alternatives). Ce qu'on entend en général par pratiques occidentales, c'est le counselling (individuel, de groupe, pour la famille et le couple), la psychothérapie ou la spiritualité chrétienne; quant aux approches traditionnelles, elles s'étendent aux cercles de partage, aux sueries, aux cérémonies et aux enseignements traditionnels. Selon certains projets, on a préféré des rencontres de grand groupe parce que, d'un côté, elles offraient la possibilité pour les participants d'avoir des contacts avec d'autres et ces rencontres étaient des occasions privilégiées pour un premier échange et pour obtenir de l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Dans d'autres cas, on a préféré comme stratégies des petits groupes et du counselling individuel pour la bonne raison qu'elles offraient la possibilité de rencontres plus privées, d'un traitement plus personnalisé et réconfortant. Un des projets a prévenu le risque associé à la facilitation ou à l'appui de divulgations dans des rencontres de grand groupe. Pour ce qui est des thérapies parallèles ou alternatives, elles varient considérablement et elles comprennent le massage, la programmation neuro-linguistique, le Reiki, la thérapie « *timeline* » et la thérapie par la respiration. Au tableau 8, on trouve une liste des approches occidentales, traditionnelles et parallèles appliquées dans le traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats.

---

<sup>52</sup> Fondation autochtone de guérison, participant à la rencontre régionale, le 26 octobre 2000 — Vancouver, Colombie-Britannique.

Tableau 8) Approches/méthodes occidentales, traditionnelles et alternatives utilisées pour traiter les répercussions intergénérationnelles des pensionnats

Occidentales	Traditionnelles	Alternatives
counselling (groupe, individuel, famille, couples)	cercles	programmation neuro-linguistique
psychothérapie	sueries	thérapie <i>time-line</i>
compétences sociales	cérémonies (pipe, conférer un nom indien, conférer des honneurs)	massothérapie
promotion de la santé mentale	fêtes	thérapie Huna
thérapie par l'art	activités dans la forêt	thérapie par la respiration
spiritualité chrétienne	jeûne	bio-énergie (la guérison par le toucher)
psychiatrie	wailers Métis	Reiki
thérapie rogérienne	célébrations culturelles	acupuncture
théorie d'Erikson sur le développement psycho-social	récolte et préparation d'aliments traditionnels	le travail dispensateur d'énergie
thérapie de l'enfant en soi	parler la langue	la guérison par relaxation vibrationnelle
théorie de l'attachement	rites de passage	
génogrammes	purification	

En général, on applique consécutivement les thérapies traditionnelles et occidentales ou on les offre comme options en faisant preuve d'une grande créativité dans la recherche de moyens efficaces, tout en admettant qu'aucune approche ne satisfera les besoins de tout le monde. Parfois, les deux approches sont combinées de façon assez équilibrée ou elles sont appliquées en même temps. Dans d'autres cas, les traditions sont *adaptées* pour intégrer des éléments thérapeutiques occidentaux et ces échanges adaptifs semblent être réciproques.

#### 4.4.1 Adaptation des approches traditionnelles

À titre d'exemple, dans le cadre de cercles traditionnels de partage et cercles de la parole, chaque participant s'assoit et attend patiemment son tour; il écoute alors que les autres personnes parlent aussi longtemps qu'elles en ressentent le besoin. On se sert symboliquement d'une plume, d'une pierre ou d'un autre objet pour donner la parole à une personne et les participants du cercle l'écoutent attentivement et silencieusement. On considère les interruptions ou les interférences comme un manquement au protocole établi; par conséquent, la rétroaction et les échanges au sein du groupe ne constituent pas une partie intégrée au contenu de la séance. C'est pourquoi beaucoup de projets ont *adapté le cercle de la parole pour permettre l'interaction* avec les pairs ou membres du groupe et un facilitateur ou conseiller.



La suerie est l'une des pratiques généralisées comme cérémonies de purification autochtones et de prière qui a été également adaptée. Même s'il y a autant de façons de mener la cérémonie de la suerie qu'il y a de facilitateurs de suerie, on retrouve cependant des caractéristiques communes. Ordinairement, la suerie se tient dans une hutte ou cabane à suer construite de bois souple, en forme de demi-dôme et recouverte de couvertures et d'une bâche (tapis). On place des pierres chaudes dans la hutte et on verse de l'eau sur ces pierres pour créer de la vapeur (une étuve). Les pierres représentent les ancêtres et le facilitateur considère la hutte comme un lieu sacré pouvant aider les participants et il les fait prier et chanter. Les participants sont invités à s'exprimer en se laissant inspirer par leur cœur, à parler de leur vie et de leurs préoccupations collectives, dans le cadre d'une exploration *libre* de leur esprit. Pour les besoins de traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, les sueries ont été adaptées pour qu'elles soient *axées sur des thèmes*. En d'autres mots, l'exploration est *dirigée* dans le but d'examiner un problème en particulier, comme les relations avec d'autres, le traitement de traumatismes remontant à des expériences antérieures ou le réconfort/le soutien à l'enfant en soi.

Les sueries ont aussi été adaptées pour intégrer des génogrammes ou des outils qui s'apparentent à la représentation graphique ou à une forme d'arbre généalogique donnant de l'information spécifique liée aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Dans le cas où des membres de la famille ont fréquenté un pensionnat, le génogramme apporte des clarifications et permet de rendre les nuances dans la compréhension ou l'interprétation des incidences des répercussions intergénérationnelles. Si les participants sont capables de se reconnaître dans des comportements familiaux, ils arriveront à une connaissance de soi beaucoup plus approfondie. De façon analogue, la purification physique se fait en association avec des pratiques de purification spirituelle, en intégrant un jeûne ou un régime, de façon à ce que l'élimination soit plus grande que la consommation. La combinaison de la purification physique et spirituelle représente une façon de se libérer plus complètement de l'intoxication par l'action environnementale et émotionnelle.

Les approches de guérison traditionnelles ont été mêlées à la thérapie de l'enfant en soi, ce qui est une approche populaire pour de nombreux projets financés. Fondamentalement, la thérapie de l'enfant en soi aide le participant à reprendre contact avec des souvenirs qui remontent de son enfance alors qu'il était un enfant heureux, insouciant. Cet enfant aimé qui a été « intériorisé » ou bâillonné, neutralisé, par des circonstances l'ayant amené à grandir trop tôt et à étouffer ses besoins d'enfant devient l'enfant « en soi », de sorte qu'il peut toujours faire bonne figure et être bon. Dans le cas où l'enfant en soi se développe en n'étant pas aimé pour ce qu'il est, mais plutôt pour ce qu'il fait, il n'a jamais la liberté de jouer, ni celle d'agir puérilement (comme un enfant), de faire des enfantillages. De ce type de situation découlent beaucoup de questions ou de problèmes psychologiques remontant à l'enfance qui restent en suspens. Un refoulement continu de l'enfant en soi a pour effet de ne jamais pouvoir apprendre à se sentir bien, à jouer, à avoir du plaisir, à se détendre, à gérer le stress ou à apprécier la vie. Ce refus peut entraîner un sentiment de culpabilité, à la « boulotmanie » (à travailler sans cesse), à l'incapacité de prendre plaisir à la vie familiale, à l'isolement social et à être suspicieux à l'égard des personnes qui profitent de la vie. La thérapie fondée sur l'enfant en soi vise à permettre à la personne de *venir à bout*, de régler les problèmes psychologiques de l'enfance en reprenant contact avec les souvenirs du passé liés au bonheur éprouvé par l'enfant au sein d'une famille, en compagnie de compagnons de jeux et de camarades d'école, et en réapprenant la façon de jouer, d'avoir du plaisir et de se détendre.



La participation des Aînés constitue l'un des aspects traditionnels les plus communs dans le cadre de la pratique de guérison des projets qui a été adapté. Des projets ont offert de la formation aux Aînés pour leur permettre d'améliorer leur compétence comme conseillers et d'acquérir l'assurance nécessaire pour traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. L'un des moyens les plus puissants utilisés par les Aînés, le récit ou les légendes, a aussi été adapté pour devenir une façon de présenter un « diagnostic » et d'expliquer l'incidence des répercussions intergénérationnelles des pensionnats. Même si les récits peuvent ne pas permettre de faire directement saisir une idée, ils réussissent habituellement à toucher les participants, à les émouvoir sur le plan des sentiments et des croyances, ils leur offrent un apprentissage par modèle, de même que tout un éventail de solutions non menaçantes. On compte aussi parmi ces adaptations celle du balot de « remèdes » enveloppé de produits modernes d'autosoins comme une chandelle, des cédéroms de méditation, des huiles de bain et de massage. En dépit du fait qu'il y ait des gens très stricts au sujet de l'adaptation des méthodes ou approches de guérison traditionnelles, d'autres ont une attitude plus ouverte « [TRAD.] *Tout fait partie de notre façon de faire si le but visé est de s'assurer un avenir meilleur* »<sup>53</sup> Tout comme les approches de guérison traditionnelles évoluent pour introduire des éléments d'autres thérapies, les approches thérapeutiques occidentales suivent le mouvement et elles aussi s'adaptent.

#### 4.4.2 Adaptation des pratiques occidentales

Dans le cas où le cadre obligatoire de la démarche de guérison était bien fondé dans la pratique occidentale, il reste que la tradition exerçait tout de même une influence et est devenue une partie du répertoire de comportements pour un état complet de bien-être. À titre d'exemple, on a renforcé l'action du counselling pour les personnes affligées ou en deuil en faisant appel aux chants plaintifs traditionnels des Métis. D'un point de vue historique, le rôle de ces personnes, des wailers, faisant entendre leurs plaintes, leurs lamentations, était de venir à la veillée de corps des morts et de pleurer fort comme moyen d'aider la famille à manifester sa peine. Dans d'autres cas, on s'est servi de chants traditionnels, de la musique ou du tambour, comme rituel ou cérémonie, dans le but de créer une atmosphère favorable ou des conditions préalables à l'utilisation de techniques de relaxation contemporaines et de thérapie par le massage. Faire participer des praticiens/spécialistes ou des intervenants des approches occidentales à des cérémonies pour les sensibiliser à la réalité culturelle est considéré un moyen particulièrement efficace de les amener à considérer, à respecter les pratiques traditionnelles et à les intégrer aux thérapies de la société dominante. Quelques guérisseurs ont encouragé les participants à demander que leurs thérapeutes non autochtones s'inspirent davantage des approches traditionnelles ou à préconiser activement les approches traditionnelles auprès des praticiens occidentaux. Dans une des collectivités, les médecins ont appris la pratique traditionnelle consistant à enterrer le placenta et ils ont permis aux personnes de le faire; dans un autre cas, un entrepreneur de pompes funèbres perce un trou dans le cercueil pour permettre à l'esprit de se libérer et un hôpital local permet de tenir la cérémonie du « passage ».

Comme adaptations des méthodes occidentales, on a mentionné les cérémonies d'ouverture et de clôture qui, en général, sont considérées comme une façon d'établir un pont entre les thérapies occidentales et l'espace culturel; les conseils de détermination de la peine qui font appel aux Aînés

---

<sup>53</sup> Participant, Rencontre de projets de la FADG, les 28-30 mars 2003.





pour intervenir en collaboration avec les conseillers; les stratégies de groupes d'entraide qui commencent à ressembler beaucoup aux cercles de guérison. La thérapie de Rogers - rogéenne - (désignée ainsi d'après le théoricien de la personnalité Carl Rogers) — a été identifiée comme une approche occidentale qui s'adapte parfaitement bien aux enseignements traditionnels de la responsabilité à l'égard de soi-même. Rogers a conçu une approche centrée sur le client et il l'a appliquée, une approche selon laquelle le client identifie son problème, trouve des manières de s'améliorer et détermine le moment où la thérapie est terminée. Il s'agit là d'une approche de soutien, non pas d'une approche de reconstruction. Dans ce cadre, on veut établir, *en reconnaissant la responsabilité*, une relation fondée sur l'autonomie d'action et la liberté de choix du client et non établir des rapports de dépendance malsaine à l'égard d'un thérapeute. Par conséquent, les approches centrées sur le client permettent aux personnes d'expérimenter par elles-mêmes leurs intuitions, la connaissance de soi nouvellement acquise, dans la vraie vie et à l'extérieur des séances de thérapie et de counselling.<sup>54</sup>

Comme thérapies occidentales figure également le symbolisme qui semble particulièrement bien se prêter à l'adaptation. Par exemple, la thérapie par l'art facilite l'expression émotionnelle et la guérison grâce à des moyens *non-verbaux* bien adaptés à des enfants ou à des adultes qui peuvent se servir des mots pour intellectualiser et se distancer de leurs émotions. Cette thérapie par l'art permet aux personnes de surmonter les barrières empêchant l'expression de soi en se servant d'éléments, de matières simples sans nécessiter une expérience préalable ou du talent; il s'agit d'une approche symbolique et non logique. Dans le même ordre d'idées, il n'y a rien d'étonnant à ce que la théorie d'Erik Erikson sur le développement social soit considérée une approche répondant bien aux besoins d'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et des pratiques de guérison traditionnelles étant donné qu'elle a été *grandement influencée* par les tribus autochtones nord-américaines, notamment les Yurok et les Sioux.<sup>55</sup> En fait, il est difficile de déterminer si la théorie d'Erikson est une *adaptation de la tradition* ou si elle est une *adaptation d'une approche occidentale*. Fondamentalement, Erikson pose comme postulat qu'à chaque étape de la vie, il y a une crise psychologique cruciale à traverser et une inadaptation sociale à résoudre et si on réussit à surmonter ces difficultés, on en retire de nombreux avantages. Si ces moments difficiles ne sont pas franchis positivement, il peut en résulter un comportement mal adapté ou même un dysfonctionnement.

Comme la théorie sur le développement psychosocial d'Erikson, la théorie de l'attachement semble bien correspondre aux programmes de guérison et elle valide le rôle traditionnel de la mère comme première éducatrice. Essentiellement, la théorie de l'attachement est fondée sur l'idée que le développement de la personnalité est fortement influencé par l'interaction entre l'enfant et la principale personne dispensatrice des soins (habituellement la mère) pendant la première enfance et l'éducation pré-scolaire. La sécurité et, par conséquent, la capacité d'explorer permet à l'enfant de devenir complètement autonome, de s'affranchir de la dépendance. Si la relation entre cet enfant et la personne dispensatrice des soins est caractérisée par des liens d'amour et d'affection sains, positifs,

---

<sup>54</sup> Boeree, Dr. C. George (1998). *Personality Theories, Carl Rogers, 1902-1987, Biographie*. Extrait le 1 juin 2003 de : <http://www.ship.edu/~cgboeree/rogers.html>

<sup>55</sup> Erikson, E. H. (1985). *Childhood and Society*. 35th Anniversary Edition. New York : W.W. Norton and Company.

---

fondés sur la confiance, il sera alors en mesure d'établir des relations interpersonnelles avec d'autres adultes, des relations où il contribuera de façon réciproque. Les pensionnats ont rompu ces attachements fondamentaux.

[TRADUCTION] *Je suis allé au pensionnat à l'âge de 4 ans et demie. Je parlais couramment le dogrib et je ne parlais pas du tout l'anglais. . . Je suis resté pendant 10 ans au pensionnat. La première année, j'ai pu retourner chez moi... Tout le monde était content de revoir ses parents; j'avais peur car je ne savais plus qui était ma mère et mon père jusqu'au moment où mon frère me les a montrés. Ce qui m'a aidé à passer au travers, c'est que mon père pouvait parler anglais et m'aider à communiquer avec ma mère qui ne parlait que le dogrib. Quand j'ai vu ma mère, je ne l'ai pas saluée, je ne l'ai pas embrassée, car je pensais qu'une religieuse au pensionnat était ma mère. . . Quand j'ai vu ma mère, je n'étais pas content au premier abord étant donné que je ne savais pas qui elle était.*<sup>56</sup>

Parfois, l'adaptation n'a représenté pas beaucoup plus qu'une simple mise au point, comme d'élaborer des formulaires d'admission et de tenir des séances de *debriefing* (séance-bilan) pour le personnel, ce qui comprenait de l'information sur l'état mental, émotionnel, physique et spirituel des personnes ou honorer les participants en chantant un chant soulignant leurs efforts. Dans d'autres cas, on a utilisé des moyens occidentaux ou technologiques comme le recours au *Aboriginal Peoples Television Network* (APTN) pour faciliter la guérison. Même s'il n'est certes pas inspiré des méthodes/pratiques de guérison traditionnelles, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV)<sup>57</sup>, témoigne par contre certainement d'une sensibilisation à la réalité autochtone actuelle; cette principale référence en matière de diagnostic que consultent les intervenants en santé mentale en Amérique du Nord a récemment fait état des caractéristiques particulières du syndrome de stress post-traumatique associé aux pensionnats. En plus de l'adaptation des thérapies traditionnelles et occidentales, d'autres aspects de la programmation ont été considérés très prometteurs.

## Importance de la culture

Dans le cadre des nombreux efforts visant à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, le thème sous-jacent a été l'expression et l'acceptation de soi. L'annulation rétroactive de l'animosité suscitée dans les pensionnats à l'égard de la culture a été des plus réussie en faisant la reconquête de la culture, en parlant la langue maternelle, en récoltant ou en s'alimentant de mets traditionnels et en se servant de l'art, de l'architecture et du milieu naturel pour bien encadrer les participants, pour les mettre sur la voie d'un environnement témoignant de façon explicite et tacite de la célébration de l'*identité autochtone*. Les activités traditionnelles ont fourni aux « *clients la*

---

<sup>56</sup> Fondation autochtone de guérison, participant à la rencontre régionale, le 26 janvier 2001 — Yellowknife, T.N.-O.

<sup>57</sup> American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual* [Manuel diagnostique et statistique], 4e édition (DSM-IV). Washington, DC : American Psychiatric Association.



*possibilité d'acquérir la connaissance de soi, la connaissance de leur propre identité*»,<sup>58</sup> une situation où les Aînés ont été les meilleurs guides et ont montré que la façon traditionnelle de comprendre la vie, les fondements ou la philosophie autochtones peuvent s'appliquer à la vie moderne.

### Qualités et encadrement des équipes

Recruter et engager les « meilleures » personnes a constitué la formule pour réussir, particulièrement si ces personnes connaissent bien la collectivité, si elles étaient respectées par la population, rattachées à la communauté, et si elles pouvaient assurer une stabilité au programme. En général, les « meilleures » personnes veut dire des « personnes qualifiées » en raison de l'expérience ou de la formation. Un des projets a souligné qu'il était important de reconnaître au moyen de séances régulières de « *debriefing* » (rencontres-bilan) la lassitude ou la fatigue/l'usure de compassion qui touche les aidants, de déterminer les forces des équipes, ses limitations, ainsi que les premières manifestations du stress et d'en discuter. Si un des membres de l'équipe est susceptible d'épuisement professionnel ou de surmenage, la gestion devrait encourager et faciliter des mesures d'autosoins et d'entraide. Dans un cas, on a recommandé des *debriefings à chaque jour*. En ce qui a trait à une autre situation, tout le personnel a dû préparer un plan de préservation du bien-être avant de s'attaquer aux séquelles intergénérationnelles des pensionnats, en prévision de l'intensité émotionnelle rattachée aux interventions à venir. Quoique les détails de la formation offerte ne soient pas toujours précis, on s'entend sur le fait que les bonnes équipes doivent assurer la confidentialité, ne pas émettre de critiques ou porter de jugements, doivent faire passer les besoins des participants avant leurs propres besoins et parler la langue des participants. Les membres de ces équipes doivent être suffisamment libérés du besoin de garder le contrôle, être en mesure de fonctionner *sans* un programme préétabli, écouter attentivement, bien comprendre et, ce qui est le plus important, faciliter une prise de décision *autonome*. On a vanté les mérites des bons coordonnateurs d'équipe ayant des qualités solides de chef/une direction éclairée permettant de faciliter l'atteinte des objectifs.

### Possibilités d'apprentissage

L'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats a été en général applaudie, ayant exercé un rôle catalyseur dans la démarche de guérison; elle a aussi constitué un moyen efficace de mobiliser les vastes institutions. Le fait d'avoir établi des liens entre les comportements, les sentiments et les émotions du moment présent à l'expérience du passé et aux acquisitions antérieures a permis de mieux faire comprendre la situation globale; un monde où les causes et les effets apparaissent plus clairement et donc des solutions peuvent être identifiées. Un des projets a produit une bande vidéo, une contribution qui s'est avérée très efficace étant donné qu'elle a facilité la compréhension en employant des moyens, en fournissant des explications à la portée de tout le

<sup>58</sup> FADG, Enquête d'évaluation nationale 2002 sur le processus et les incidences, répondant à l'enquête #45.



monde. Dans les cas où on a aidé les gens de la collectivité à mieux comprendre, tout particulièrement en s'adressant aux jeunes, on a suscité la réflexion et cette introspection a eu pour effet d'engendrer un « mouvement » généralisé vers la guérison. En plus d'informer sur l'expérience des pensionnats et leurs répercussions, les équipes de projet recommandent aux autres projets d'intégrer des possibilités d'apprentissage permettant aux parents de recouvrer leurs compétences parentales, leur rôle dans l'éducation des enfants; d'acquérir la capacité de faire face aux épreuves de la vie en général, à leur deuil, aux pertes et aux situations de crise et d'apprendre à en venir à bout; de commencer à suivre une démarche de développement personnel.

### Faire participer la collectivité

Comme moyen d'amorcer la démarche de guérison et de rattacher les participants aux ressources qui pourraient continuer à les aider au-delà de la durée prévue de la FADG, on a privilégié la sensibilisation de la collectivité, non seulement au sujet des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, mais également concernant toute une diversité d'options pour la démarche de guérison et de guérisseurs. Une des pratiques considérées importantes et recommandables a été de faire participer les dirigeants politiques locaux et de s'assurer de l'engagement des personnes intelligentes, talentueuses (aux idées lumineuses). De plus, mobiliser les gens de la communauté, entre autres dans des groupes d'entraide en les amenant à participer à des collectes de fonds, s'est avéré une stratégie *pratique* susceptible d'assurer la durabilité. Une collectivité a bravé les difficultés pour relever le défi d'amener les gens à s'engager *sans* faire référence aux conséquences intergénérationnelles associées aux pensionnats. Comme moyen de faire connaître le programme ou d'encourager les gens à venir au programme, ils ont mis sur pied un « mur dédié au rêve », un endroit public où les gens pouvaient se laisser aller à imaginer et à représenter la possibilité d'un monde meilleur, d'un avenir plus prometteur. Dans un autre cas, un projet d'art a amorcé leur travail en réunissant les enfants et les parents dans des activités comme moyen de faire participer la famille au complet.

Pour certaines équipes, la constitution de réseaux avec d'autres collectivités et des efforts particuliers pour rejoindre les régions isolées ont permis de produire des résultats très positifs. Une collectivité s'est engagée dans une campagne très active de recrutement de participants, plutôt que d'attendre patiemment qu'ils viennent s'inscrire au programme. L'intégration des services et la collaboration *au sein* de la collectivité même ont été pour d'autres la clé de la réussite, particulièrement dans le cas où les efforts nécessitaient la participation d'un grand nombre d'intervenants et de prestataires de services différents. Des projets sont convaincus que c'est grâce à l'effet synergétique de l'approche interdisciplinaire qu'ils ont été capables d'aller chercher de l'appui additionnel pour le traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Si tous les systèmes/structures communautaires collaborent, mènent une action commune, et ont des objectifs communs, la collectivité indique un état de préparation, une véritable motivation à s'engager; c'est le reflet d'une volonté d'agir facilement reconnaissable par les bailleurs de fonds à l'extérieur de la collectivité. À coup sûr, et certainement une influence très importante, la participation des personnes survivantes et des Aînés aux structures d'autorité, de conduite des affaires, aux prises de décision ou au minimum aux



échanges moins formels est *très valorisée*. Cependant, on ne doit pas oublier que certains projets doivent toujours livrer bataille contre des barrières systémiques qui entravent leur capacité d'atteindre les résultats visés et, dans certains cas, les empêchent même de réaliser les objectifs de la prestation des services tels que planifiés.

## 4.5 Défis les plus importants

Les équipes ont été confrontées à des difficultés considérées sur le plan qualitatif remarquablement stables au fil des années, des difficultés directement liées à :

- ▶ des facteurs environnementaux ou contextuels;
- ▶ la tâche en cours;
- ▶ les problèmes liés à la constitution de l'équipe, à l'encadrement et au soutien à lui apporter.

### 4.5.1 Facteurs contextuels

Pour certaines collectivités, la situation géographique joue en leur défaveur, particulièrement celles qui sont dans des régions isolées ou éloignées, des endroits où il y a une pénurie de personnel qualifié, un manque d'accès à la nouvelle technologie et l'absence d'un réseau de services sociaux et même d'infrastructure. Parfois, la température elle-même fait obstacle. Le racisme, l'oppression dans le contexte de la société en général ou l'ingérence de la politique dans le processus de guérison ont donné du fil à retordre aux équipes comme des grains de sable luttant contre la terrible force des vagues de l'océan. Quelquefois, l'environnement physique a représenté tout un défi à relever. À titre d'exemple, l'environnement de travail a été loin d'être idéal parce que l'atmosphère y était froide, formelle, les bureaux se trouvant souvent dans des établissements ou milieux institutionnels. Pour un autre projet, la difficulté a été d'obtenir un consensus et un engagement des organisations locales et, pour un autre, il y a eu comme problème à résoudre le recrutement et le maintien des équipes de bénévoles.

Par ailleurs, les efforts les plus exigeants souvent mentionnés, et de loin les plus éprouvants, ont été faits pour vaincre la peur et le déni qui continuent à entraver la participation et, dans les cas extrêmes, engendrent carrément de la résistance. Là où les dirigeants n'étaient pas encore rétablis, ils ont semé plein d'embûches pour les projets financés, notamment ils ont imposé le silence, forcé les gens à l'hypocrisie ou à pire, normalisé le dysfonctionnement; ils ont traduit dans les faits par leur approbation tacite la continuation de l'abus sexuel et ils ont créé un milieu hostile pour les projets. Dans divers cas, en raison des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, la culture de la collectivité a radicalement changé, faisant en sorte que les agresseurs violents qui autrefois, selon la tradition, auraient été mis au ban de la société, sont maintenant élevés à l'échelon supérieur sous des régimes patriarcaux, contraignant les victimes à garder secrètes leurs divulgations.

---

[TRADUCTION]. . . *en ce qui concerne la divulgation, un certain nombre de personnes de notre tribu se sont réunies et sont arrivées tant bien que mal à dresser un registre de noms d'agresseurs, des personnes qui sont des personnalités importantes dans la collectivité. Ce qui se produit à chaque fois qu'on parle d'un processus de guérison, c'est qu'on cherche à imposer le silence. Tout devient ultra secret. C'est pourquoi maintenant les gens sont plus réticents à traiter du processus de guérison car ils ne veulent pas être considérés comme ayant choisi un camp en particulier. S'il fallait que des divulgations soient faites, on aurait tellement de difficultés à continuer à vivre.*<sup>59</sup>

Les équipes ont tenu le manque d'information et de préoccupation au sujet des séquelles intergénérationnelles des pensionnats responsable du peu ou de l'absence de participation de la collectivité à la guérison. Le climat où la peur, les commérages et la colère prévalent fait obstacle à l'établissement de la confiance et à l'engagement dans le processus. Les situations de crise dans les collectivités, particulièrement celles que provoquent les suicides, font toujours dérailler les efforts de guérison ou de formation. De nombreuses équipes sont vraiment désireuses d'apprendre de quelle façon d'autres collectivités ont été capables de composer avec la peur et le déni, de prendre des mesures à cet égard. La façon la plus simple, la plus directe de mettre fin à la peur et au déni, d'après des projets, c'est de poser la question suivante : « *De quoi avez-vous besoin pour vous sentir prêt à vous engager?* » D'autres solutions plus complexes et nécessitant plus de temps sont proposées et présentées ci-après.

#### 4.5.1.1 Surmonter la peur et le déni

« [TRADUCTION] *Toute démarche de guérison repose sur l'établissement de relations interpersonnelles.* »<sup>60</sup>

Nouer des liens ou établir des relations dans des conditions normales *exige du temps, de la patience et des efforts constants* : c'est une action caractérisée par des échanges, un dialogue, prolongés et informels. On instaure des rapports de confiance et d'intimité *indirectement* par des possibilités d'apprentissage, des expériences communes, une célébration, de même que par l'expression personnelle. La peur et le déni, des mécanismes de défense naturels si on est confronté à une situation menaçante et des réactions tout à fait prévisibles si on fait une expérience traumatisante, se dissipent plus facilement si on pose tout d'abord comme bases dans la relation entre le participant et le guérisseur l'**acceptation** et la **sécurité**.

L'**acceptation** correspond au fait de trouver par une recherche créatrice des moyens d'accueillir les participants à la démarche de guérison et d'axer le processus sur ce que chaque personne peut apporter comme contribution au groupe en reconnaissant ses forces/ses qualités personnelles. Isolés par la honte et la culpabilité, de même que par la colère des autres, les contrevenants sont privés des possibilités de socialiser normalement, de poursuivre un processus de guérison ou de se réinsérer

---

<sup>59</sup> Fondation autochtone de guérison, participant à la Rencontre régionale, le 26 octobre 2000 — Vancouver, Colombie-Britannique.

<sup>60</sup> Membre d'une équipe de projet, Réunion des projets de la FADG, le 28 mars 2003, Ottawa, Ontario.



harmonieusement à la vie communautaire. Si on arrive à permettre aux contrevenants de faire profiter les autres de leurs forces positives ou de leur faire jouer un rôle utile par le biais d'un système de jumelage (c.-à-d. assigner quelqu'un qui leur vient en aide s'ils se trouvent placés dans des situations à risque), la collectivité pourra alors tirer avantage de leur apport sincère, de leurs réflexions utiles. Si on réussit à le faire, l'intégration et l'acceptation des délinquants ou contrevenants peuvent inciter ces personnes à demander de l'aide si elles ressentent à nouveau l'impulsion de commettre d'autres infractions. En tenant compte du niveau de départ pour ce qui est des besoins et de la compréhension des personnes desservies, on fait preuve aussi d'acceptation. Aborder dès le début des problèmes immédiats peut contribuer à jeter les bases d'une relation de confiance et amener la personne à vouloir s'attaquer à d'autres problèmes plus délicats et à plus long terme, à des dilemmes plus profonds. En vue de faciliter l'*établissement de relations solides*, il faut saluer la présence des personnes survivantes et les honorer, reconnaître leurs forces personnelles et les amener à les exercer, tout en favorisant un dialogue ouvert.

Pour réduire la résistance, on doit établir *des conditions où les personnes requérant des services se sentent en sécurité, physiquement et émotionnellement*, où elles se sentent *appuyées et valorisées* et où de façon collective, le groupe se sent en confiance et à l'aise. Dans l'intention d'assurer la sécurité des clients, il faut les informer clairement de leurs droits, partager avec eux et leur remettre les principes directeurs et les règles, être d'abord le défenseur de leurs intérêts, s'assurer que le milieu physique présente le moins de risques possibles de déclencher des souvenirs traumatisants (entre autres des établissements résidentiels). Ce sont des environnements chaleureux, accueillants, où tout est *prévisible*, ayant un code d'éthique (des règles de conduite ou de comportement) clair (particulièrement en ce qui a trait au respect de la confidentialité) qui ont permis d'éliminer la peur de l'inconnu, ou la possibilité d'être traumatisé de nouveau.

On considère généralement la résistance à s'engager dans la guérison comme « un mur multicouches de nature émotionnelle ». En surface, le déni est évident; mais, en dessous, il cache la honte, la culpabilité, la colère et, finalement, la peur. Cette peur de l'inconnu, de la perte, d'être traumatisé de nouveau et des conséquences répressives *est réelle*, particulièrement dans de petites collectivités et en prison. Les victimes peuvent subir aux mains d'un agresseur violent, encore en liberté dans la collectivité, dont le pouvoir ou la capacité d'intimidation n'a pas été freiné, des contrecoups ou des préjudices très sévères. Les équipes ont pensé que c'était important de savoir *qui* était agresseur et de mettre en place un système pour faire cesser ces activités. Dans certains cas, c'est l'agresseur qui craignait d'être incarcéré et de subir des représailles entre les mains des détenus violents. Une fois en prison, ces agresseurs sont abordés de front dans le cadre de programmes qui les mettent face au déni en leur présentant une question de fait, une déclaration véridique sans jugement d'ordre moral. Comme prétexte à une confrontation, on invoque l'établissement de rapports de *confiance* entre l'aidant/l'intervenant et la personne survivante; cette *confiance essentielle requiert que toute les parties reconnaissent la vérité* et le fait d'être informé des répercussions intergénérationnelles des pensionnats facilite chez l'agresseur l'acceptation de la vérité.

Dans des cas, le mot « pensionnat » a eu comme effet d'éloigner les gens des activités du projet, de les chasser au lieu de les attirer. Dans la même veine, des projets ont eu plus de succès à rester ouverts à la participation de l'ensemble de la collectivité plutôt que de viser les personnes survivantes. Ce qui a aussi aidé à diminuer le déni ou le refus de participer a été de concentrer les



efforts sur l'aspect positif de la pression à l'uniformité ou du conformisme et de présenter le cheminement de guérison comme un acte de courage et de prise en main personnelle, et non comme une marque de faiblesse; cette approche a contribué à ce que les personnes se sentent plus sûres sur le plan émotionnel. Présentée de façon positive, l'activité de guérison est généralement désignée sous « *création de nouvelles possibilités* » ou de conditions favorables pour l'apprentissage, pour l'expression de soi (verbale et non-verbale), de même que pour le renforcement et la célébration de la culture (du sentiment d'identité culturelle).

## Apprentissage

Les projets ont été presque unanimes à considérer très favorablement l'influence exercée par des modèles de rôles. On a vanté les mérites de l'apprentissage par la pratique, sur le tas, si le modèle est un Aîné, un guérisseur ou même un pair, étant donné que ces modèles sont des exemples, des expériences *vécues* de ce que la guérison apporte comme bienfaits. Si des personnes peuvent apprendre en observant l'expérience directe des autres, elles sont épargnées des difficultés associées au fait d'avoir à subir l'épreuve des « essais et erreurs ». Les modèles sont susceptibles d'être imités si leurs expériences sont *semblables* à celles de l'observateur, si leurs efforts sont couronnés de succès ou s'ils sont compétents, si leur situation est admirable et s'ils disposent de ressources enrichissantes. Même si observer des modèles positifs présentés dans les médias ou symboliquement représentés sur des affiches est utile, le fait d'être *en contact direct pendant des périodes prolongées avec des modèles et leur expérience vécue a plus de portée, fonctionne mieux*.<sup>61</sup>

Il a été relevé que les hommes en bonne santé, mais ayant des antécédents marqués par des comportements négatifs, malsains, qui ont développé des compétences de facilitation de groupe ou fonctionnant comme guérisseur ont semblé être efficaces en attirant d'autres hommes vers le cheminement de guérison. Les mythes associés au machisme et les contraintes sociales gardent les hommes en otage, les enferment dans leur stress émotionnel ou leur peine qui est aussi vive et aussi autodestructrice que les souffrances endurées par les adultes victimes. Essentiellement, le fait d'être victime enseigne à l'enfant que le monde est formé de victimes; c'est pourquoi des agresseurs faisant le choix de devenir agresseur s'engagent dans cette voie pour se protéger et c'est aussi une réaction commune chez les hommes ayant vécu des traumatismes dans l'enfance.<sup>62</sup>

À la limite, les comportements négatifs sont acquis; par conséquent, il faut créer des possibilités pour que des structures de comportements sains et de relations interpersonnelles positives soient *acquises à l'aide d'exemples, et non par des directives*, et, par la suite, qu'elles soient *mises en pratique, exercées*. Des occasions de pouvoir apprendre de quelle façon se comporter comme couple, se ressourcer, mettre en application les outils/les moyens suggérés pour le cheminement de guérison (c.-à-d. le jeûne, les chants, l'écriture, l'expression spirituelle, la relaxation et la méditation) et traiter ou s'occuper de ses émotions, voilà autant d'exemples considérés efficaces.

<sup>61</sup> Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.

<sup>62</sup> Wolfe, D. A., P. G. Jaffe, J.L. Jette et S.E. Poisson (2002). *Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Improving Public and Professional Understanding*. Ottawa : Commission du droit du Canada.





Grâce à l'apprentissage, on peut réussir à réduire l'imprévisibilité : apprendre à désigner les répercussions intergénérationnelles des pensionnats, à comprendre les réactions normales provoquées par un traumatisme et de quelle façon la démarche de guérison communautaire peut se dérouler. En effet, le fait de pouvoir décrire une menace ou une série de réactions donne à une personne un sentiment de contrôle. À titre d'exemple, le fait de comprendre les étapes du développement psychosocial et les étapes du deuil, de même que le rôle de la colère et de la dépression en vivant un deuil, permet de centrer les efforts thérapeutiques et permet à une personne de surmonter ses émotions. Alors que beaucoup d'enseignements sont transmis par des campagnes bien orchestrées et des programmes d'études ou des curriculum bien ciblés, les projets ont précisé qu'il faut également saisir les « périodes sensibles pour l'apprentissage » et les exploiter. L'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats est particulièrement utile en permettant d'expliquer que les réactions provoquées par l'expérience vécue au pensionnat sont normales et constituent des conséquences prévisibles de traumatismes découlant de la violence subie en établissement et *non* des lacunes ou des faiblesses de caractère chez une personne.

### Expression de soi

L'expression de soi ou de la personnalité se développe dans un climat d'acceptation, sans jugement critique, où l'expression d'émotions intenses comme la honte, la culpabilité et particulièrement la colère est permise. L'acceptation est aussi grandement facilitée dans le cas où des guérisseurs reconnaissent que les manifestations des séquelles intergénérationnelles des pensionnats sont en fait *diverses, multidimensionnelles, s'étendant* au meurtre, à la violence sexuelle à l'égard des enfants, à la violence conjugale, *qu'il s'agit d'une question de fait*. La colère est une émotion généralisée chez les personnes survivantes et elle doit être considérée comme une manifestation naturelle, nécessaire au processus de guérison et au processus de deuil. On doit permettre à la colère d'être exprimée à fond, et, au bout du processus, d'être libérée tout en *respectant* cependant les distinctions (différences) entre les femmes et les hommes, ces derniers pouvant avoir besoin d'exutoires pour leur colère plus intense, plus agressive, plus physique. Dans le cas où l'intensité des émotions s'aggrave au cours d'une séance de guérison, il faut recourir au système d'entraide par les pairs. Quoi qu'il en soit, les équipes de guérison doivent croire en leur capacité de gérer les manifestations de colère.

L'expression de soi, de la personnalité, est appuyée par *toute une gamme* d'options, de méthodes de guérison avec lesquelles les Autochtones qu'ils soient traditionnels ou chrétiens se sentent à leur place. De la même manière, les différentes techniques permettent de s'adapter à diverses audiences. Les hommes sont particulièrement réceptifs aux activités, aux approches non-verbales comme les compétitions d'épreuves physiques, les cris de guerriers, la musique et le travail du bois vu qu'ils préfèrent agir plutôt que parler. Une autre stratégie non-verbale vantée pour son efficacité, c'est la thérapie par l'art. Suggérer aux participants de sculpter des représentations en argile de ce qu'ils ressentent au sujet des incidences de l'expérience vécue au pensionnat permet aux problèmes d'exister « en dehors » de l'artiste (c'est-à-dire d'être représentés par des figurines en argile), ce qui, par ricochet, diminue l'intensité du trop-plein émotionnel provoqué par l'histoire des répercussions des pensionnats. L'humour, l'art, la créativité et les pauses-repas ont constitué des moyens populaires d'alléger le lourd fardeau du processus de traitement des séquelles intergénérationnelles des



pensionnats, de faciliter l'expression de soi. Malheureusement, dans le cas des personnes incarcérées, les divulgations ont été entravées par des politiques influant sur le temps de libération, même si les divulgations constituent une façon de faire progresser la personne émotionnellement et de l'amener à la responsabilisation envers soi-même.

### Renforcement et célébration du sentiment d'identité culturelle

Les Aînés sont constamment et extrêmement populaires. Qu'ils aient reçu ou non de la formation officielle comme conseillers, il reste que leur expérience vécue et leur connaissance solide de la culture les assurent d'avoir les qualités nécessaires pour être efficaces. En raison de ce qu'ils projettent comme modèle d'honnêteté, de l'empathie, de l'acceptation et du regard positif inconditionnel qu'ils posent sur les personnes survivantes, de leur considération pour la culture autochtone, les Aînés sont considérés comme des intervenants puissants pouvant offrir aux participants une validation de leur expérience. Des cérémonies et des emplacements traditionnels (c'est-à-dire des camps dans la nature, des lieux sacrés) ont permis aux Autochtones d'être reconfortés et d'être confirmés qu'à titre d'Autochtones ils ont le droit d'être ce qu'ils sont.

#### 4.5.2 La tâche en cours

Alors qu'aucune des personnes engagées dans le processus de guérison des répercussions intergénérationnelles des pensionnats n'a pensé qu'il s'agirait d'une tâche facile, rapidement réalisée, très peu parmi elles avaient une idée précise de l'importance des ressources et du temps qu'il faudrait pour appuyer les participants et les collectivités pendant cette période difficile. En fait, beaucoup d'équipes ont indiqué que les ressources allouées ne correspondaient pas à l'ampleur des besoins ou nombreuses sont celles qui ont été forcées de constamment faire le compte ou tout soupeser pour pouvoir répondre à des priorités de services concurrentes. À titre d'exemple, essayer de venir en aide à des mères monoparentales ayant des difficultés à exercer leur rôle parental, aux prises avec des problèmes *quotidiens* avec leurs enfants ou avec leur « chum »/petit ami, dépasse la capacité d'un programme de courte durée. En général, le poids du colonialisme pèse lourd sur l'âme autochtone; il a eu pour conséquence que les personnes doivent se débattre contre la dépossession, la perte de la culture, la pauvreté, des traumatismes non résolus et persistants et un désespoir si profond qui pousse plusieurs à s'adonner à des dépendances mettant leur vie en danger.

[TRADUCTION] *Nous avons établi des relations de travail très étroites avec le programme de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie; c'est parce que l'abus des substances psychoactives joue un rôle déterminant dans beaucoup de situations de crise. Il devient plus difficile d'intervenir et d'apporter du soutien en raison de l'épuisement et des problèmes de dépendance chez les clients.*<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> FADG, Enquête d'évaluation nationale 2002 sur le processus et les incidences, répondant à l'enquête #139.



En partie, la tâche à laquelle les équipes sont confrontées ne peut être comprise sans la rattacher au processus complexe de la décolonisation. En fait, nombreuses sont ces équipes qui se débattent pour s'affermir et soutenir leur élan dans le cadre de la période déterminée du parrainage, tout en continuant à chercher de l'appui financier au-delà de la durée de vie de la FADG afin de poursuivre leurs efforts.

Pour certaines d'entre elles, réussir à « faire correspondre ou à bien ajuster » les approches thérapeutiques pour qu'elles répondent aux besoins ou aux préférences *individuelles* des participants représente une tâche accablante, particulièrement dans le cas où il s'agit de victimes d'abus sexuel et d'agresseurs. Faire participer les personnes âgées et garder les jeunes engagés et intéressés n'a pas été non plus une tâche facile; c'est pourquoi les équipes demandent qu'on lance une initiative visant les jeunes et les personnes âgées qui pourrait de façon plus spécifique satisfaire leurs besoins. Dans quelques cas, l'opération ardue a été du côté du recrutement. Les procédures et les protocoles précisant la façon de mobiliser et de rejoindre les personnes survivantes étaient rarement claires et ces procédés n'étaient certainement pas dûment consignés dans un manuel de fonctionnement. Assurer la cohérence dans le cas où on desservait plusieurs collectivités ou même celui où on fonctionnait dans une seule collectivité en disposant d'un appui financier à court terme, incertain ou annulé, s'est avéré somme toute une entreprise très difficile. Seulement un petit nombre a trouvé que les rapports administratifs étaient onéreux; nombreux ont fait mention du manque de service de garde pour les enfants, du manque de moyen de transport, de traduction simultanée et d'information sur la culture, les considérant comme des obstacles à la participation.

#### 4.5.3 Constitution des équipes et l'encadrement du personnel

Bien des projets ont décrit des situations où ils n'étaient encadrés, supervisés que par une direction à temps partiel, une direction changeante, ou même des situations où ils ont eu une association négative ou nuisible avec la gestion. Pour un certain nombre de projets, c'est le manque de formation et d'expérience qui a présenté des difficultés particulières, plusieurs d'entre eux mentionnant la résolution de conflit comme la formation qui s'impose (module indispensable). Dans certains cas, même si la formation a été offerte, il n'y a pas eu suffisamment de temps pour réellement pouvoir assimiler le contenu ou pas suffisamment de possibilités de surveillance clinique pour pouvoir le mettre en pratique. Une fois intégrés au personnel, au sein d'une équipe où la responsabilité n'était pas bien définie, ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour combler les besoins, des intervenants de première ligne se sont retrouvés en situation à risque grave.

[TRADUCTION] *Je suis préoccupé du niveau de fatigue excessive, d'épuisement, et de réelle maladie physique qui touche nos intervenants de première ligne, les dirigeants, des personnes qui subissent autant de stress... Je vois ces personnes qui tiennent le fort succomber à la maladie... Je m'inquiète vraiment de ces personnes qui concentrent leurs efforts avec vigilance sur la guérison. Elles sont si fatiguées.*<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Fondation autochtone de guérison, participant à la Rencontre régionale, le 26 octobre 2000 — Vancouver, Colombie-Britannique.



Quelques guérisseurs ont déjà éprouvé la lassitude ou fatigue/usure de la compassion et ils trouvent extrêmement difficile d'établir un équilibre dans leur vie, de contrôler leurs émotions, d'établir des limites et de trouver la sagesse et le soutien dont ils ont besoin pour poursuivre leur quête. Dans le pire cas, cette fatigue aboutit à un roulement de personnel élevé et à une programmation précaire.





## 5. Recommandations

Les recommandations suivantes sont faites en tenant compte de toute une diversité de groupes. Tout d'abord on songe aux équipes de projets ou aux autorités morales internes<sup>65</sup> qui se serviront de cette information pour l'amélioration du fonctionnement du projet. Ensuite, le deuxième groupe comprend tous les organismes de financement et le troisième, les institutions canadiennes en général (les municipalités, les gouvernements fédéral et provinciaux, de même que tous les autres qui peuvent appuyer les efforts de la collectivité visant à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats).

### Recommandations s'adressant aux équipes de projet

Ces recommandations pour les équipes de projet entrent dans deux catégories : les questions liées aux approches thérapeutiques et les questions liées aux responsabilités de l'équipe.

#### Questions liées aux approches thérapeutiques

Malgré les efforts fournis par les équipes de projet, il ressort, d'après les conclusions dégagées par des répondants, qu'il y a d'autres besoins, notamment ceux des personnes ayant souffert de traumatismes découlant de leur expérience en institution, des besoins qui valent la peine d'être partagés; il serait aussi utile de les intégrer aux efforts d'information sur les répercussions intergénérationnelles des pensionnats ou à des plans thérapeutiques destinés à des participants. Plus précisément, il est manifeste que les préjudices découlant de la violence et de la négligence envers des enfants dans des institutions sont fortement attribuables :

[TRADUCTION] *à l'importance de cette institution pour la société, au rôle de l'agresseur au sein de cette institution (p. ex. un enseignant, un ministre), au degré de participation de l'enfant à l'organisation, si la participation de l'enfant à cette institution a été volontaire ou obligatoire, et aux circonstances mêmes suivant les actes d'abus ou de violence (p. ex. si on a présenté des excuses de grande portée pour les actes commis). . .*<sup>66</sup>

---

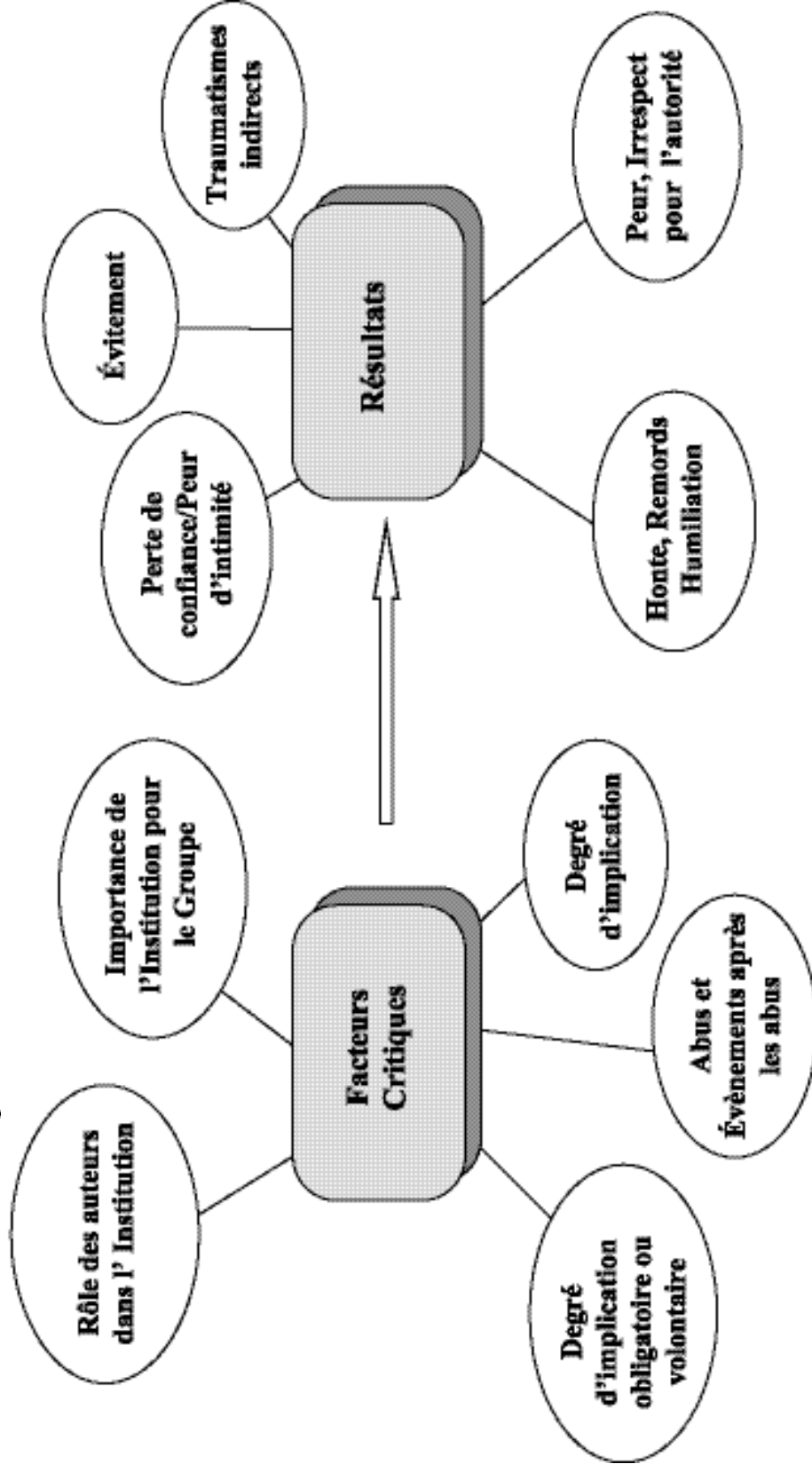
<sup>65</sup> On peut définir une autorité morale interne comme une personne ou un groupe ou une organisation qui sert les intérêts collectifs en surveillant les comportements contraires à l'éthique ou à la morale ou les comportements violents. Comme exemples traditionnels d'autorités morales internes qui tenaient les personnes responsables de leurs actes et obligeaient ces membres à répondre de leurs actes devant le groupe en question, on fait référence au clan des mères, aux conseils des Aînés et aux conseils tribaux. Pour ce qui est des exemples contemporains, on pense aux cercles de justice réparatrice, aux organisations de femmes, aux Aînés et aux gouvernements autochtones qui fonctionnent, qui ont une saine gestion. Essentiellement, une autorité morale interne veille à ce que toutes les mesures/interventions sont faites dans l'intérêt de la population locale et que les personnes répondent de leurs actes devant la collectivité.

<sup>66</sup> Wolfe, D. A., P. G. Jaffe, J.L. Jette et S.E. Poisson (2002). *Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Improving Public and Professional Understanding*. Ottawa : Commission du droit du Canada, page iii.



Dans le même ordre d'idées, il y a des conséquences assez prévisibles, notamment la honte, la culpabilité, l'humiliation, la crainte ou le manque de respect envers l'autorité, l'évitement des rappels de l'expérience traumatisante, de la situation de violence, la perte de confiance envers autrui et la crainte de l'intimité. Les personnes proches de la victime ressentiront aussi les effets d'un traumatisme « infectieux » ou traumatisme transmis par personne interposée. La figure 37 présente les caractéristiques de ces répercussions et de quelle façon la nature de l'expérience traumatisante peut influencer sur elles.

Figure 37) Facteurs critiques qui influencent de façon significative les résultats découlant des abus d'enfants en Institutions<sup>67</sup>



<sup>67</sup> Wolfe, D. A., P. G. Jaffe, J.L. Jette et S.E. Poisson (2002). Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Improving Public and Professional Understanding. Ottawa : Commission du droit du Canada.





À partir des efforts des équipes de projet, il est évident que les interventions thérapeutiques sont efficaces en autant que les équipes reconnaissent le « degré de préparation ou la réceptivité » ou l'engagement à l'égard de la démarche de guérison. Ce préalable peut être déterminé au cours de l'évaluation initiale/à l'arrivée ou par n'importe quel autre moyen permettant de préciser s'il y a bien correspondance entre la personne et les services offerts. Les agents responsables de renvois devraient par conséquent être formés, informés ou mis au courant, pour qu'ils puissent *bien* diriger la personne en s'appuyant sur le degré d'ajustement ou de correspondance entre elle et le programme. Autrement dit, il est important de centrer les efforts en répondant au besoin précis et en ayant une stratégie adaptée pour un groupe cible bien défini. De plus, si des élaborateurs de programme tiennent compte des ressources dont on dispose et identifient des groupes raisonnablement ciblés, les résultats sont mieux conçus, atteignables *de façon réaliste*.

Pour nouer des liens avec les participants, établir des relations avec eux, il faut des échanges prolongés et informels, des occasions d'apprendre, de partager des expériences, des célébrations culturelles, de même que la possibilité de s'exprimer. Voici d'autres recommandations : Appuyer ses interventions sur l'acceptation en les accueillant tous et en mettant l'emphase sur leurs forces individuelles. Amorcer la démarche là où se situent les participants, en fonction de leurs besoins actuels. Offrir un milieu sûr, physiquement et émotionnellement; faire bien connaître les droits des clients, les principes directeurs et les règles; faire passer les intérêts des clients en premier; diminuer la possibilité de facteurs déclencheurs dans l'environnement physique (particulièrement en ce qui a trait aux établissements résidentiels); s'assurer que les milieux *ne réservent pas de surprise*. On recommande également de savoir *qui* commet encore des agressions/des actes de violence dans la collectivité et de s'assurer de mettre en place un système de contrepoids permettant de faire cesser ces activités.

La thérapie semble mieux fonctionner et bien convenir si elle est inspirée par une motivation intrinsèque ou si elle est axée sur le client et facilitée de l'extérieur. Il est important qu'on préconise la confrontation avec la réalité, qu'on établisse une relation de confiance et que les personnes survivantes aient la possibilité de retracer l'histoire des traumatismes du passé par des témoignages, des visites de sites, des documentaires/des dramatiques ou tout autre moyen. Les personnes survivantes sont fatiguées d'être blâmées au sujet des séquelles intergénérationnelles et elles *veulent que leur cheminement de guérison soit mené positivement*. Évitez d'utiliser les termes « pensionnats » et « guérison ». Il faut plutôt parler de la « *création de nouvelles possibilités* » d'apprentissage, d'expression de soi ou de la personnalité (verbale et non verbale), de pair avec des possibilités de renforcement et de célébration de la culture.

Créer des possibilités d'adopter des comportements sains, des possibilités de compréhension de soi et d'*apprentissage* de modes de comportement positifs dans les relations interpersonnelles au *moyen d'exemples et non par le biais de directives/d'exposés, et permettre de faire des applications* (c.-à-d. comment se comporter en tant que couple; comment se ressourcer; comprendre les étapes du deuil, comprendre en quoi consiste les répercussions intergénérationnelles des pensionnats et le développement psychosocial sain; comment mettre en application les moyens/les outils de guérison; comment faire face à ses émotions et les traiter; relaxer; faire face et s'adapter aux situations; exercer son rôle de parent ou s'engager spirituellement). Faire référence à des modèles de rôles, des exemples



à suivre, qui sont assez proches des participants, qui se sont rétablis avec succès et qui peuvent être *en contact direct pendant des périodes prolongées avec eux*.<sup>68</sup> Permettre d'exprimer les émotions, y compris la colère. Offrir une *diversité* d'options pour le cheminement de guérison (traditionnelles et chrétiennes), verbales et non verbales, calmes et axées sur des activités (c.-à-d. des compétitions sportives, cris de guerriers, de la musique, le travail sur bois, la thérapie par l'art). L'humour et les pauses-repas facilitent aussi l'expression de soi. Les Aînés, les cérémonies traditionnelles et les lieux (c.-à-d. des camps dans la nature ou des sites sacrés) permettent de reconforter et ils sont constamment et extrêmement populaires.

En général, les approches occidentales et traditionnelles sont appliquées consécutivement ou combinées, ce qui permet à la plupart des personnes de trouver une façon de voir ou des principes directeurs qui correspondent à leur façon personnelle de penser à leurs croyances. Pouvant intéresser potentiellement l'équipe en faveur d'une approche thérapeutique, voici des thérapies occidentales pertinentes : la théorie de l'attachement, la théorie d'Erikson sur le développement psychosocial, la thérapie de Rogers (rogérienne) (ou thérapies axées sur le client); la thérapie de l'enfant en soi, le psychodrame, les représentations basées sur le génogramme, des approches actives non verbales, non logiques comme la thérapie par l'art. Finalement, le tableau 9 fait ressortir les considérations spéciales pour des groupes cibles identifiés.

---

<sup>68</sup> Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.

Tableau 9) Considérations s'appliquant à des groupes cibles particuliers

<b>Les jeunes et les enfants</b>	<p>Pour la présentation de services aux jeunes et aux enfants, on recommande d'intégrer de l'information sur les incidences qu'ont eues les pensionnats. Il est souhaitable d'offrir des activités directives et non verbales encadrées par des modèles de rôle positifs qui connaissent et comprennent bien les difficultés posées par les stades du développement pendant l'enfance et l'adolescence et qui peuvent travailler dans ce contexte. On conseille aussi d'établir des partenariats avec des garderies et des écoles, une mesure efficace. Les jeunes en particulier semblent bénéficier des interactions avec des Aînés et ils réagissent bien dans un contexte où s'entremêlent des activités de projet avec des relations entre pairs et la culture de leur groupe affinitaire.</p>
<b>Les Aînés</b>	<p>Il est important pour les équipes de reconnaître que les personnes âgées participantes peuvent avoir d'autres problèmes de santé constituant des obstacles à leur participation au processus de guérison. Des efforts particuliers devraient être faits pour s'adapter à leurs limitations et faciliter leur accès aux services. De plus, il est recommandé que les équipes prennent en considération les besoins des personnes âgées, s'efforcent de les combler afin de favoriser les rapports avec les autres et la socialisation.</p>
<b>Les hommes</b>	<p>Permettre aux hommes d'identifier leurs besoins de guérison et s'assurer que les hommes cheminent avec d'autres hommes (particulièrement des hommes en bonne santé qui ont des antécédents de dysfonctionnement). Permettre aux hommes d'exprimer leurs émotions, en particulier respecter la façon masculine de laisser libre cours, de faire face à/ou de traiter des émotions, y compris la colère. Allouer aux hommes l'espace dont ils pourraient avoir besoin comme exécutoire à leur colère, leur permettant de libérer le trop-plein d'émotions intenses, d'agressivité, de violence physique. Reconnaître, <i>comme une question de fait</i>, qu'il y a une <i>diversité</i> de manifestations des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, notamment le meurtre, l'agression sexuelle à l'égard des enfants et la violence physique à l'endroit d'une conjointe. Donner aux hommes la possibilité de participer à des activités pratiques/concrètes ou non verbales et tenir compte des différences entre les personnes obligées à participer/aiguillées et celles qui décident elles-mêmes de s'engager.</p>
<b>Les délinquants ou les agresseurs</b>	<p>Créer des possibilités pour amener les agresseurs/délinquants à socialiser normalement, favorisant leur réinsertion dans la collectivité ou l'intégration à la vie communautaire. Appliquer l'approche du jumelage (c.-à-d. avoir quelqu'un travaillant avec eux dans des situations à risque) en cas de besoin. Reconnaître que les agresseurs posent des problèmes particuliers sur le plan de la sécurité et planifier des stratégies novatrices pouvant aider à composer avec ces difficultés, particulièrement dans les prisons. Une méthode serait d'autoriser des séances individuelles où les divulgations resteraient confidentielles. En dernier lieu, évaluer leur progression pendant le cheminement de guérison par des moyens supplémentaires à ceux prévus pour détecter le risque de récidive.</p>
<b>Les Inuits</b>	<p>Il serait dans l'intérêt des projets de s'assurer que la culture, la langue, les traditions et les valeurs inuites sont intégrées, pas seulement ajoutées, à l'approche thérapeutique. Étant donné la sous-représentation des groupes inuits dans les activités de formation, on recommande qu'une mise de fonds supérieure soit faite du côté du développement ou du renforcement des compétences.</p>
<b>Les Métis</b>	<p>En ce qui a trait aux Métis, il est particulièrement important de revendiquer leur identité culturelle. Une mise de fonds supérieure doit être assurée pour permettre de renforcer chez les Métis l'identité et la fierté culturelles, les coutumes ou pratiques culturelles ainsi que les célébrations.</p>

## Questions liées aux responsabilités de l'équipe

On conseille de reconnaître les guérisseurs potentiels avec beaucoup de circonspection. Voici quelques critères généraux recueillis dans le but d'aider les projets à les identifier :

<b>Une liste de contrôle pour reconnaître un guérisseur potentiel</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> de bons antécédents de comportement d'ordre éthique ou de responsabilité professionnelle avec des références à l'appui</li><li><input type="checkbox"/> savoir comment neutraliser, désamorcer la négativité</li><li><input type="checkbox"/> humble, honnête (intègre) et doux/bienveillant</li><li><input type="checkbox"/> accepte la réalité des séquelles intergénérationnelles des pensionnats</li><li><input type="checkbox"/> s'être occupé de sa colère et l'avoir vaincue/surmontée</li><li><input type="checkbox"/> être passé par tous les stades du deuil et avoir terminé cette période de transition</li><li><input type="checkbox"/> être reconnu par les autres comme guérisseur</li><li><input type="checkbox"/> totale acceptation de soi-même</li><li><input type="checkbox"/> reconnu comme un modèle de rétablissement complet, réussi</li><li><input type="checkbox"/> capable de partager avec les autres son histoire et les stratégies personnelles appliquées dans sa propre démarche de guérison</li><li><input type="checkbox"/> a bien établi ses limites personnelles, ce qui le protège contre les préjudices ou l'épuisement professionnel</li><li><input type="checkbox"/> est respecté dans la collectivité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ne connaît pas la peur, garde son calme (imperturbable/n'est pas facilement pris au dépourvu)</li><li><input type="checkbox"/> sans dépression, reconnaît que la vie doit continuer</li><li><input type="checkbox"/> familier avec les cérémonies, en a une très bonne connaissance</li><li><input type="checkbox"/> est présent, capable d'écouter attentivement, de comprendre clairement</li><li><input type="checkbox"/> fait preuve d'une grande ouverture d'esprit</li><li><input type="checkbox"/> libre du besoin de contrôle, de garder la maîtrise</li><li><input type="checkbox"/> une énergie positive non équivoque</li><li><input type="checkbox"/> ne marchand pas ses interventions, ne négocie pas les actions des autres</li><li><input type="checkbox"/> être sobre ou abstinent ou sans drogue depuis au moins deux ans</li><li><input type="checkbox"/> accepte la supervision clinique, d'apprendre et de travailler en collaboration dans ce cadre</li><li><input type="checkbox"/> connaît ses propres limitations professionnelles et fait les renvois appropriés</li><li><input type="checkbox"/> a élaboré un plan de préservation de son bien-être</li><li><input type="checkbox"/> s'est engagé à rompre le cycle de la violence/de l'abus, entreprend des actions communautaires et facilite la prise en main, l'habilitation</li><li><input type="checkbox"/> ayant des croyances spirituelles bien fondées</li><li><input type="checkbox"/> s'est réconcilié avec la Mère Terre</li></ul>

Le « *debriefing* » ou les rencontres-bilan » préconisé par des équipes permet de « désamorcer » ou de neutraliser les émotions intenses associées aux fonctions professionnelles et l'examen de la performance et l'évaluation par des pairs permettent d'améliorer l'accomplissement des tâches. Des lignes directrices sur l'identification de manifestations de lassitude ou de fatigue/usure de compassion que peuvent ressentir les aidants, l'établissement de limites personnelles bien définies et un plan de préservation du bien-être aideront à protéger les équipes contre l'épuisement. Les membres de ces équipes bénéficieraient de recevoir de la formation en résolution de conflit, d'avoir assez de temps pour en assimiler le contenu ou le matériel de formation et d'avoir la possibilité *d'être encadrés, de travailler sous supervision clinique et d'être sur une base continue soutenus et conseillés.* Des responsabilités bien établies, des services de soutien bien planifiés pour les équipes, peuvent préserver les intervenants de première ligne de l'épuisement professionnel et épargner au programme d'être aux prises avec un problème de roulement de personnel élevé.

En dernier lieu, il semble que les ressources provenant des fondations privées dispensatrices de fonds et des gouvernements municipaux sont sous-utilisées. La FADG a identifié tout un éventail de fondations canadiennes subventionnaires qui accordent la priorité aux Autochtones, au mieux-être



des collectivités, à la violence familiale ou au soutien familial et aux enfants. La publication du présent document constitue un effort de développement (un processus visant le prolongement dans le temps); il est envoyé à tous les projets financés par la FADG qui sont en cours d'exécution et il est également affiché au site Web de la FADG. Éventuellement, d'autres médias (c.-à-d. bulletin d'information, radio, télévision) devraient être mis à profit pour permettre de mieux connaître cette publication.

### Recommandations adressées aux organismes de financement appuyant les initiatives de guérison

En date du 31 mars 2003, un montant global de 285 millions de dollars avait été engagé par la FADG pour appuyer les efforts communautaires visant à traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et le reste des fonds disponibles devraient être engagés d'ici octobre 2003. Les recommandations suivantes s'adressent donc à tous les organismes de financement appelés à appuyer la continuation du cheminement de guérison des répercussions intergénérationnelles des pensionnats. Ces recommandations ont été catégorisées pour pouvoir répondre aux questions suivantes : l'approche orientée vers les objectifs, le soutien aux équipes, les communications et l'opinion des participants.

#### Approche orientée vers les objectifs

Il est clair qu'*il faut du temps* pour établir une relation de confiance et pour cheminer à travers toutes les étapes du processus de guérison, mais on ne sait pas quelle est l'étendue de la période nécessaire. En reformulant la vision, *la question du temps reste encore d'actualité*, il faut donc qu'une vision plus réaliste du cheminement de guérison soit énoncée. En dépit du fait qu'on ait vécu depuis des générations aux prises avec les contrecoups de l'expérience des pensionnats, les équipes ont dégagé comme leçon commune la constatation de *l'ampleur et de la complexité* des effets/du retentissement découlant des séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Il faut concentrer tous les efforts et adopter des stratégies efficaces pour arriver à démêler cette toile enchevêtrée, pour traiter de problèmes liés à l'identité, à la culture, aux relations interpersonnelles, au rôle parental/éducation des enfants, à l'information/formation, à l'économie et à la spiritualité; toutes ces problématiques sont *profondément enracinées* et requièrent un *rétablissement de longue durée*. *Il faut par conséquent un énoncé de vision beaucoup plus spécifique, plus précis, qui reconnaît et couvre toute la complexité et le temps requis pour réaliser ce but.*

Il est recommandé aux organismes de financement de privilégier l'appui aux efforts de guérison dans les collectivités et auprès des personnes qui sont « *prêtes* » ou *réceptives à entreprendre une démarche de guérison* et de concentrer les efforts sur l'information traitant des séquelles intergénérationnelles des pensionnats dans des milieux où les gens ne sont pas encore sensibilisés ou disposés à commencer le processus. Le degré de préparation ou de réceptivité d'une collectivité et sa capacité de maximiser les résultats obtenus se manifestent par des besoins bien définis, par des plans



de travail détaillés, la collaboration au sein de partenaires engagés et les forces de l'équipe ou de la structure de l'organisation démontrées par l'expérience antérieure ou la réussite d'autres programmes similaires. On peut aussi déterminer le degré de préparation par l'importance de la contribution des personnes survivantes à la démarche proposée en vue du traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats, par l'importance de projets pilotes ou l'importance des recherches *spécifiques* visant à répondre aux besoins des personnes survivantes. Une forte *demande* de services au niveau local (à ne pas confondre avec des besoins) indique également la réceptivité d'une collectivité à entreprendre un processus de guérison.

## Soutien aux équipes

Des équipes sont vivement intéressées à des évaluations professionnelles qui les aideraient à répondre à des besoins particuliers et à faire des planifications centrées sur la guérison. L'élaboration d'un outil d'évaluation adaptable à l'intention de tous les projets pourrait aider, particulièrement les projets qui n'en ont pas en ce moment. De nombreuses équipes *sont en train* d'évaluer le degré de réceptivité ou l'état de préparation individuel à l'égard du processus de guérison et le niveau de risque ou le besoin et elles se servent des résultats pour déterminer chez qui les services porteront fruit. Ces paramètres devraient être partagés avec tous les projets de sorte qu'ils soient tous en mesure de pouvoir rejoindre les personnes réceptives ou à risque. De plus, les collectivités veulent établir des partenariats avec des enseignants et obtenir des outils susceptibles d'aider *toutes* les personnes intéressées à recevoir de l'information sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. En plus de l'évaluation professionnelle et thérapeutique, il faudrait que les évaluations des impacts sur la collectivité tiennent compte de la dynamique identifiée dans ce rapport concernant les facteurs facilitants ou les facteurs faisant obstacle au processus de guérison.

Les équipes veulent bénéficier d'orientations, de guides, de suggestions, de procédures ou de protocoles visant à mobiliser et à rejoindre des participants; ces guides pourraient aussi leur permettre d'assurer une étroite correspondance ou une conformité entre les approches thérapeutiques et les besoins ou préférences de chaque participant. En particulier, elles veulent de la documentation spécifique qui aiderait à l'extension de services et au traitement des victimes d'abus sexuel, des agresseurs, qui aiderait à faire participer les personnes âgées et à garder l'intérêt des jeunes. Elles ont réclamé que les initiatives de formation accordent assez de temps pour permettre d'assimiler le contenu des sessions, qu'il y ait la possibilité de pratiquer sous supervision clinique et que des dispositions soient prises pour que des thérapeutes/guérisseurs chevronnés ou expérimentés leur apportent du soutien continu jusqu'à ce que leur assurance soit renforcée et leurs compétences bien rodées. Les équipes étaient aussi d'avis qu'elles bénéficieraient d'une formation répondant à des besoins spéciaux et en résolution de conflit.

## Communications

Le rôle que pourrait exercer le *Aboriginal People's Television Network* (APTN) ne devrait pas être ignoré étant donné que ce réseau de télévision autochtone constitue un moyen extrêmement efficace à l'échelle nationale pour informer sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. Il vaudrait



la peine d'explorer la possibilité d'établir un partenariat avec l'APTN et tout autre réseau de télévision ou organisme de radiodiffusion (p.ex. *Inuit Broadcasting Corporation*). Dans le même ordre d'idées, comme les Métis et les Inuits continuent d'être sous-représentés, il serait recommandé de mettre sur pied un programme spécifiquement pour ces collectivités.

Depuis ces dernières années, on a accumulé beaucoup d'information au sujet du traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats; cependant, une grande partie de cette documentation est présentée sous un format *inaccessible* pour les équipes de projet. Il serait vraiment utile de produire des versions vulgarisées, mises à la portée de tous, de cette information recueillie qui pourraient être diffusées auprès des collectivités par le biais d'une diversité de médias populaires comme une affiche présentée dans la langue commune de la population, des productions audiovisuelles et des forums de discussion participants ou des hyperliens en langage clair sur le site Web de la FADG, distribués ou annoncés par les réseaux de médias autochtones. On y traiterait des thèmes suivants :

- ▶ des critères permettant de déterminer qui est un guérisseur efficace;
- ▶ des stratégies répondant à des besoins spéciaux et à des groupes cibles;
- ▶ des pratiques thérapeutiques prometteuses;
- ▶ des indices permettant aux prestataires/intervenants de reconnaître la lassitude ou la fatigue de compassion, d'établir des limites et de conserver un équilibre dans leur vie;
- ▶ faire cesser le pouvoir non contrôlé des agresseurs occupant des postes de dirigeants qui contribuent à affermir et à perpétuer le cycle intergénérationnel de la violence, de l'abus.

## Opinion des participants

Malgré que les enquêtes et les questionnaires destinés aux participants soient économiques ou efficaces en fonction des coûts et qu'ils permettent d'avoir une portée nationale, le résultat en est compromis du fait que les échantillons sont autosélectionnés. Autrement dit, ce ne sont que les personnes à l'aise ou capables de remplir les questionnaires qui le font et la vaste majorité de ces répondants représentent les intérêts des Premières Nations. Il serait utile, valable, de tenir compte d'un *échantillon choisi à dessein* parmi des projets sélectionnés auprès duquel on pourrait recueillir de l'information suivant des procédés de tradition orale; cette collecte d'information pourrait se faire au moment des dernières phases des efforts de recherche/d'évaluation, une collecte permettant aux opinions des Métis et des Inuits d'être représentées équitablement.

---



## Recommandations adressées aux institutions et aux gouvernements canadiens

Les recommandations s'adressant aux institutions et aux gouvernements canadiens se rapportent aux thèmes suivants : un accroissement de la sensibilisation, un engagement durable et un appui moral.

### Accroissement de la sensibilisation

Suivant l'exemple de *American Psychological Association*, dans le cadre de sa révision du DSM-IV (le principal document de référence en matière de diagnostic pour les spécialistes en santé mentale en Amérique du Nord), les praticiens devraient être fort bien renseignés au sujet des caractéristiques particulières du syndrome de stress post-traumatique lié aux pensionnats. Les associations professionnelles devraient réserver du temps au programme de leur conférence annuelle à la formulation d'un engagement permanent visant à mettre un terme aux répercussions intergénérationnelles découlant des pensionnats, de même qu'à demander avec instance à leurs membres d'œuvrer avec tous les intervenants traitant les séquelles intergénérationnelles des pensionnats dans la collectivité et à les appuyer. En plus des changements à faire dans la pratique, il y a des modifications manifestes et nécessaires à apporter dans les politiques ou programmes d'actions, particulièrement en ce qui a trait aux divulgations faites par des personnes survivantes incarcérées. Au lieu d'influer négativement sur le moment de la libération, ces divulgations devraient être examinées à la lumière d'indices globaux qui évaluent l'évolution de la personne sur le plan affectif dans son ensemble et sa responsabilité envers elle-même dans le processus de guérison.

### Engagement durable

Il est évident que pour traiter les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, il faut toute une diversité de connaissances et de compétences spécialisées et, d'une façon très utile, les associations professionnelles spécialisées pourraient offrir leur expertise ou donner de la formation aux personnes répondant à ces besoins spéciaux. En fait, chacune de ces organisations pourrait mener une campagne « parrainer un stagiaire » à l'échelle nationale, régionale ou locale, réservant une place à une personne participante pour suivre de la formation professionnelle (du perfectionnement) dans le cadre de leurs programmes réguliers de formation, une place offerte par exemple à un guérisseur communautaire traitant les répercussions intergénérationnelles des pensionnats. Une autre possibilité serait que l'organisation concernée parraine chaque année un de ses membres professionnels pour lui permettre d'offrir des services et de la formation aux personnes traitant les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. En particulier, les équipes ont fait état du besoin d'orthophonistes et d'ergothérapeutes, tout comme de psychologues scolaires. Il y a aussi d'autres services nécessaires pour combler des besoins spéciaux : la stimulation précoce (développement de l'enfant à un très jeune âge), le traitement des problèmes de dépendance, l'intervention en situation de crise, des programmes d'alphabétisation, des installations et services pour les familles, du





counselling pour les couples, la thérapie par le jeu, le psychodrame, le culturisme et une extension de services (particulièrement pour les personnes incarcérées). Elles veulent plus de possibilités d'information et de formation qui pourraient les aider à traiter les agresseurs, les adolescents et les personnes âgées (les Aînés), à intervenir dans les situations de crise, à réussir à traiter ou à gérer les problèmes comportementaux, à prendre les mesures nécessaires dans les cas d'abus sexuel (les victimes et les agresseurs) et à diagnostiquer le SAF/EAF. Des engagements à long terme, quel qu'en soit l'étendue ou l'envergure, des organisations professionnelles au Canada seraient un appui substantiel aux efforts continus pour mettre fin à la violence.

En dernier lieu, les répondants à l'enquête ont rapporté que ce sont les partenaires autochtones et provinciaux qui ont fourni le financement le plus généreux pour un processus de guérison à long terme. Des projets financés par la FADG ont principalement appuyé une divulgation généralisée qui *requiert* du suivi et des services postérieurs à la divulgation. En ouvrant des plaies, il ne peut être question de « *temporisation* » sur le plan de l'éthique au processus de guérison, un processus entrepris sans courir le risque que de nouveaux traumatismes surgissent. On recommande avec insistance aux gouvernements du Canada de *poursuivre* l'appui au traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats avec des groupes et des collectivités dont les stratégies sont bien fondées au-delà de la durée de vie de la présente initiative répondant à des besoins réels.

## Appui moral

Les Églises ont un rôle particulièrement important à exercer en ce qui a trait au soutien de la culture et de la spiritualité autochtones. Il faudrait immédiatement publier une déclaration officielle, largement diffusée, conforme aux politiques organisationnelles internes, pour indiquer ouvertement la position des Églises visant à *faciliter et à appuyer la culture et la spiritualité autochtones*. La présentation d'excuses officielles et la couverture qu'en font les médias *semblent exercer une influence sur* les personnes survivantes *en les motivant* à s'engager dans le processus de guérison. Dans le cas des institutions qui n'ont pas encore présenté d'excuses officielles, il est nécessaire qu'elles le fassent. Finalement, mais peut-être l'aspect le plus important, le remplacement des gouvernements traditionnels par des gouvernements législatifs a donné lieu à une situation où les autorités morales internes dans de nombreuses collectivités autochtones n'ont que peu ou pas du tout de pouvoir. Autrement dit, des systèmes ou des structures de gouvernement imposés de l'extérieur, par mesure administrative, réclament et renforcent une reddition de compte répondant de l'exercice de responsabilités à des bureaucraties *externes*, non à des autorités morales *internes* qui ont à coeur les intérêts de la population. Il s'ensuit que de nombreux agresseurs se servent de leur positions sur le plan politique pour tenir sous leur coupe leur collectivité, permettant à la situation de violence de continuer et de contrecarrer tous les efforts pour briser ce cycle. Les institutions canadiennes plus vastes (les gouvernements, les corporations et les médias) doivent rechercher toutes les possibilités d'appuyer et de renforcer le pouvoir des autorités morales *internes* et, par le fait même, d'instaurer un contrôle au niveau communautaire *qui empêche les agresseurs les plus puissants* de perpétuer le cycle de l'abus physique et sexuel et de couvrir ces actes sous le voile du secret.



## 6. Conclusions finales

Chaque fois que des mouvements sociaux se mettent en branle, il devient difficile de distinguer la cause de l'effet. En fait, au fil du temps, les effets deviennent des causes et ainsi va le cycle. Dans l'opération ardue pour faire correspondre une boucle de causalité à un modèle linéaire, il y a de fortes possibilités qu'on puisse ne pas comprendre la problématique. Pour ce qui est des personnes survivantes, de leur famille et de leur collectivité qui ont entrevu la possibilité d'un avenir meilleur, la situation ne sera plus jamais la même. En bout de ligne, *c'est ce qu'il faut* comprendre. La nature des changements dans ce type de démarche fluctue, laissant entrevoir les espoirs cachés d'une personne et aussi, dans d'autres cas, la résistance ferme généralisée. Si l'activité financée par la FADG a exercé un rôle catalyseur dans certaines situations, dans d'autres, elle a permis de poursuivre une démarche de guérison remontant de loin ou elle s'est ajoutée à un système communautaire homogène de services intégrés. En dépit de maintes indications évoquant l'idée que la situation ne sera jamais plus la même, il est impossible d'en attribuer de façon spécifique tout le mérite à un seul effort.

Ce qui est évident et stable, c'est que, dans le passé, les personnes survivantes ne s'étaient jamais engagées de cette manière, la grande majorité (>98 %) d'entre elles n'ayant jamais participé à un programme semblable. Même d'après une *estimation très prudente*, on peut considérer les deux tiers de ces personnes comme « nouvelles » participantes au processus de guérison. D'autres données probantes indiquant que les efforts sous l'égide de la FADG continuent d'être appropriés, voulus, mentionnent aussi le fait qu'on a identifié *chez trois fois plus de personnes des besoins spéciaux* parmi celles faisant partie de l'échantillon de projets financés. Même une mise de fonds accrue ne pourrait prendre en compte que 40 % de cette augmentation de besoins. D'après l'index, on peut proposer pour expliquer cette augmentation de besoins spéciaux ce qui suit :

- ▶ les projets peuvent être mieux équipés pour rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants;
- ▶ capables de faire participer les personnes qui, au départ, attendaient en regardant craintivement en spectateurs et qui se laissent convaincre que le projet propose un processus de guérison sécuritaire et un milieu d'apprentissage positif; ou
- ▶ les équipes de projet sont davantage capables d'identifier les personnes ayant des besoins spéciaux (p.ex. des problèmes de dépendance mettant leur vie en danger, le risque de suicide, des troubles liés au SAF/EAF et d'autres troubles émotionnels ou physiques).

Quoi qu'il en soit, l'index permet d'appuyer la contribution que la FADG a fait pour augmenter les rapports entre les personnes survivantes et les guérisseurs et pour développer et renforcer la capacité des Autochtones à dispenser des services rattachés au processus de guérison.

D'autres indications laissent croire que la demande de services et de soutien communautaires peut aller en augmentant et que la résistance est en voie de diminution, notamment

- ▶ proportionnellement il y a moins de femmes qu'auparavant et un plus grand nombre d'hommes recevant de la formation;



- ▶ les personnes survivantes et celles touchées par les séquelles intergénérationnelles sont bien représentées à tous les niveaux d'activités du projet;
- ▶ la plupart des projets qui ont répondu à la dernière enquête sont actuellement *incapables* d'accepter toutes les personnes désireuses de participer alors qu'auparavant, une grande partie d'entre eux *pouvaient* le faire;
- ▶ l'échantillon participant à cette évaluation n'a plus à subir le même degré de résistance ou le même manque d'appui dans la collectivité;
- ▶ un nombre moins grand d'équipes ont identifié un plus grand nombre de personnes (68 407 comparativement à 56 857 en 2000) qui auraient pu être desservies si elles avaient disposé de plus de ressources;
- ▶ des membres de la communauté continuent d'être évalués comme les donateurs en biens et services les plus généreux;
- ▶ la moitié des projets ayant répondu à l'enquête ont rapporté n'avoir eu aucune difficulté à faire participer les personnes survivantes.

Malgré qu'il y ait eu un degré surprenant de stabilité dans les données recueillies au fil des années, l'échantillon le plus récent a permis de constater une plus grande représentativité chez les jeunes et les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles dans les activités de guérison et de formation, ce qui pourrait tout simplement être un artéfact de l'échantillon ou pourrait représenter une tendance allant dans le sens d'une augmentation de la participation et de l'enthousiasme chez les jeunes. Toutefois, il reste que les Métis et les Inuits sont encore sousreprésentés dans les activités de guérison et de formation, de même que dans les équipes de projet.

Beaucoup de données font ressortir l'importance accordée à la personne elle-même, ainsi qu'aux autres personnes survivantes, dans le cheminement de guérison. De façon constante, les personnes survivantes montrent beaucoup d'ardeur, font de grands efforts pour s'informer, mieux comprendre et s'aider (se prendre en main), de même que pour nouer des liens avec d'autres personnes survivantes et leur venir en aide. En s'associant à l'activité du projet, que ce soit à titre de bénévoles ou d'une autre façon, une grande partie des Survivants ont été incités à s'engager dans le processus de guérison. Être mêlés aux efforts de traitement des séquelles intergénérationnelles des pensionnats a constitué une approche sans risque leur permettant de voir si le processus de guérison leur convenait. Les participants ont vanté les mérites de l'information donnée sur les répercussions des pensionnats, des possibilités plus générales d'apprentissage et d'établissement de rapports avec d'autres Survivants, considérées comme des moyens très féconds pour le processus de guérison. Les résultats fructueux de l'activité d'appui financier de la FADG a aussi contribué à une plus grande clarté concernant :

- ▶ les protocoles et les procédures appuyant les Survivants dans leur cheminement de guérison;
- ▶ des stratégies innovatrices pour désamorcer, éliminer la peur et le déni;
- ▶ des critères guidant le recrutement des guérisseurs potentiels (mettant tout particulièrement l'accent sur la personne survivante en tant que guérisseuse/guérisseur);
- ▶ la combinaison efficace des thérapies occidentales et traditionnelles.



De plus, les équipes de projet ont rapporté que l'influence de la dynamique communautaire sur la performance du projet était *très déterminante*. Les différences entre les structures des collectivités, celles qui facilitent et celles qui font obstacle, permettent de constater que l'organisation/l'infrastructure, le système comme tel, de la collectivité est indissociable de l'équation de guérison. La plupart des projets sont encore à se démener pour assurer leur durabilité, même si les contributions de départ ont été obtenues. Finalement, en dépit du fait qu'on ait vécu depuis des générations aux prises avec le contrecoup des pensionnats, on prend conscience de l'*ampleur et de la complexité* des répercussions intergénérationnelles qui maintenant sautent aux yeux. Démêler cette toile enchevêtrée des incidences des pensionnats demande une concentration des efforts et des stratégies efficaces permettant de s'attaquer à des problèmes liés à l'identité, à la culture, aux relations interpersonnelles, aux compétences parentales/au rôle parental, aux besoins de formation/d'information, à l'économie et à la spiritualité; toutes ces problématiques sont *profondément enracinées* et requièrent un *rétablissement de longue durée*.

Évaluer les changements réalisés au cours de ce cheminement est une opération ardue, rendue complexe du fait que les collectivités et les personnes ont commencé leur guérison à différents moments spatio-temporels et que cette évolution résulte d'un entrecroisement, d'une action réciproque entre l'*environnement* et la *personne*. Certaines personnes ont commencé dans des circonstances *très difficiles*. Pour mieux comprendre la contribution que la FADG a faite, il faut des repères comme des *indices cliniques fondamentaux*. Bien qu'on constate clairement de nombreux signes d'espoir, il est encore trop tôt dans la durée de vie de cette initiative; et la contribution véritable de la Fondation autochtone de guérison n'est pas encore visible, ne s'est pas encore révélée. Si on arrive à mieux établir des objectifs en ayant les résultats finaux en tête, il faut donc reformuler un énoncé de vision plus détaillé, tenant compte de la complexité des séquelles intergénérationnelles des pensionnats et du temps nécessaire pour les éliminer complètement de la vie des Autochtones du Canada. Manifestement, les approches destinées à traiter les répercussions intergénérationnelles doivent être adaptées au « *degré de réceptivité* » ou de préparation/de motivation de la collectivité et des personnes à l'égard du processus de guérison, une démarche encadrée positivement et faisant appel à l'apport, à la participation d'une grande diversité d'institutions canadiennes. Pour conclure, il faut souligner le manque de données complètes et essentielles au sujet des retombées à *long terme* de la participation à l'activité financée par la FADG et la perspective particulière des Métis et des Inuits.



## Appendice 1

### Processus national de la FADG et sondage d'évaluation des répercussions 2002

#### CONÇU POUR QUE VOUS Y RÉPONDIEZ À L'AIDE DE VOTRE GUIDE

Si vous avez reçu plus d'une subvention de la Fondation autochtone de guérison, veuillez ne remplir *qu'un seul questionnaire pour décrire votre expérience durant votre engagement auprès de la Fondation autochtone de guérison ou pour le temps qu'elle a dévolu à vous venir en aide*. Il n'est pas nécessaire de répondre à un questionnaire pour chaque subvention reçue; celui-ci vise plutôt l'ensemble des activités qui ont été soutenues par la Fondation.

Nom de l'organisme :	
Emplacement :	
Région :	
Durée du financement de la FADG :	

(Veuillez indiquer le nombre total de mois ou d'années au cours desquels vous avez reçu des subventions de la FADG.)

Le présent questionnaire doit être **rempli en groupe** si possible, lequel comprendra au moins :

- ▶ une des personnes qui ont réalisé le PROJET (formateur, guérisseur, etc);
- ▶ une personne ayant survécu ou ayant été affectée par des répercussions intergénérationnelles qui a participé au processus décisionnel du PROJET;
- ▶ une personne qui assure la prestation de services communautaires dont l'engagement indirect découle de son acceptation ou de sa recommandation de patients chez un collègue (par ex., l'infirmière de santé publique ou le travailleur social local).

Si vous vous demandez comment répondre à une question précise, veuillez consulter votre guide du sondage. Tous les termes définis dans le guide apparaissent en lettres majuscules (par ex., le terme PROJET dans la première question). S'il s'avère impossible de rassembler un groupe pour répondre au questionnaire, veuillez demander à un membre de la communauté qui est familier avec le ou les projet(s) de le remplir.

1. À combien de communautés ce PROJET s'adresse-t-il? \_\_\_\_\_
2. Cochez la case correspondante à la situation de votre communauté ou de la plupart des communautés que vous desservez. (Veuillez n'en cocher qu'une seule.)
  - Isolée** - une communauté qui n'est ni accessible par la route ni par un service de traversier.
  - Semi-isolée** - une communauté accessible par la route ou un service de traversier et qui est située à plus de 350 km d'une agglomération comptant plus de 1 000 personnes.
  - Rurale** - une communauté desservie par une route ou un service de traversier et qui est située à plus de 50 km d'une agglomération de plus de 1 000 personnes.
  - Urbaine** - une communauté accessible par la route ou un service de traversier ET qui est située à moins de 50 km d'une agglomération comptant plus de 25 000 personnes.



3. Combien de personnes font partie de votre communauté ? Si votre PROJET s'adresse à plus d'une communauté, quelle est la population totale de l'ensemble de ces communautés? Si vous êtes incertain, demandez à votre administration locale. Veuillez consulter votre guide du sondage pour répondre à cette question.

Nombre de personnes faisant partie de la communauté OU nombre total de personnes comprises dans l'ensemble des communautés : \_\_\_\_\_

**A. QUI  
Participants**

A.1 Votre PROJET est-il...

- un PROJET de guérison? Si votre PROJET comporte des activités de guérison, répondez aux questions A.2 à A.4, sinon, allez directement à la question A.5.
- un PROJET de formation? Si votre PROJET comporte des activités de formation, répondez aux questions A.5 à A.7.
- un PROJET de guérison et de formation? Si c'est le cas, répondez aux questions A.2 à A.7.
- autre - ni un PROJET de guérison ni de formation (par ex., production vidéo, documentation historique).

**Si votre PROJET comporte des activités de GUÉRISON, répondez aux questions A.2 à A.4.**

- A.2 **Combien de personnes ayant participé à une activité de guérison désirent et ont besoin d'obtenir des services de guérison** (comprend la guérison thérapeutique en établissement, les cercles de partage, les campements et les journées de réflexion, etc.). *Chaque participant ne devrait être compté qu'une seule fois et ce total n'inclut pas* les membres de la communauté *qui ne cherchent pas à obtenir de services de guérison* mais qui peuvent avoir participé à d'importantes activités sociales ou de guérison organisées par la communauté comme les banquets, les conférences et les pow-wow.

Nombre de personnes ayant participé à une activité *qui veulent une guérison et en ont besoin* : \_\_\_\_\_

- Incertain
- Sans objet (par ex., production vidéo, recherche ou documentation)

- A.3 Veuillez indiquer, par catégorie, le nombre de participants passés et actuels à une **activité de guérison** financée par la FADG **qui désirent et ont besoin d'obtenir des services de guérison** (selon vos meilleures estimations).

\_\_\_\_\_ Membres des Premières Nations vivant dans une réserve

\_\_\_\_\_ Membres des Premières Nations vivant hors réserve

\_\_\_\_\_ Métis

\_\_\_\_\_ Inuits

\_\_\_\_\_ Autres



A.4 Veuillez indiquer, par catégorie, le nombre de participants passés et actuels à une **activité de guérison** financée par la FADG **qui désirent et ont besoin d'obtenir des services de guérison** (selon vos meilleures estimations).

\_\_\_\_\_ SURVIVANTS

\_\_\_\_\_ personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles

\_\_\_\_\_ personnes qui ne s'identifient pas comme des Survivants ou comme touchées par des répercussions intergénérationnelles

À partir des estimations ci-dessus, veuillez indiquer combien de personnes se classent dans les catégories suivantes :

\_\_\_\_\_ Jeunes

\_\_\_\_\_ Femmes

\_\_\_\_\_ Hommes

Selon les mêmes estimations, veuillez indiquer combien de personnes se classent dans les catégories suivantes (s'il y a lieu) :

\_\_\_\_\_ gais ou lesbiennes

\_\_\_\_\_ personnes incarcérées

\_\_\_\_\_ Aînés

\_\_\_\_\_ sans-abri (consultez la définition dans le guide)

Si votre **PROJET** comprend des activités de **FORMATION**, répondez aux questions A.5 à A.7.

A.5 Combien de *personnes* ont participé à la **formation** en tant que stagiaires (incluant la participation en atelier, la formation formelle en salle de classe, etc.)?

\_\_\_\_\_ nombre total de personnes ayant participé à une formation

Incertain

Sans objet (par ex., production vidéo, recherche ou PROJETS de documentation)

A.6 Combien de personnes ayant participé à une **formation** financée par la FADG font partie des catégories suivantes (selon vos meilleures estimations)?

\_\_\_\_\_ Membres des Premières Nations vivant dans une réserve

\_\_\_\_\_ Membres des Premières Nations vivant hors réserve

\_\_\_\_\_ Métis

\_\_\_\_\_ Inuits

\_\_\_\_\_ Autres

A.7 Combien de personnes ayant participé à une **formation** financée par la FADG font partie des catégories suivantes (selon vos meilleures estimations)?

\_\_\_\_\_ SURVIVANTS (ont réellement fréquenté un pensionnat)

\_\_\_\_\_ personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles (c.-à-d. les enfants et les petits-enfants de Survivants)

\_\_\_\_\_ les personnes qui ne s'identifient pas comme Survivants ni comme ayant été touchées par des répercussions intergénérationnelles





À partir des estimations ci-dessus, veuillez indiquer combien de personnes se classent dans les catégories suivantes :

\_\_\_\_\_ Jeunes  
\_\_\_\_\_ Femmes  
\_\_\_\_\_ Hommes

Selon les mêmes estimations, veuillez indiquer combien de personnes se classent dans les catégories suivantes (s'il y a lieu) :

\_\_\_\_\_ gais ou lesbiennes  
\_\_\_\_\_ personnes incarcérées  
\_\_\_\_\_ Aînés  
\_\_\_\_\_ sans-abri (consulter la définition dans le guide)

A.8 Dans quelle mesure les participants présentent-ils des caractéristiques qui engendrent des difficultés ou des défis à surmonter au cours de la réalisation du PROJET de la FADG? (Indiquez la mesure du défi en cochant la case appropriée.)

		<b>Grave</b>	<b>Modéré</b>	<b>Léger</b>	<b>Sans problème</b>
(a)	manque d'engagement des SURVIVANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	antécédents de différends avec le système de justice pénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	décal, crainte, chagrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d)	manque de compétences parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e)	historique de tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f)	historique d'abus en tant que victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g)	historique d'agressions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h)	historique d'adoptions ou de placement familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i)	VIH/sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j)	dépendance (par exemple à l'alcool, aux drogues, au jeu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k)	paupvreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l)	analphabétisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(m)	implication dans des bandes de jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(n)	SAR/EAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(o)	Autre - Veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques ou commentaires : \_\_\_\_\_

A.9 Combien de participants à votre PROJET de guérison ont besoin d'obtenir davantage de soins en raison de besoins spéciaux (par ex., graves traumatismes antérieurs, incapacité de s'ouvrir devant un groupe, historique de tentatives de suicide ou de dépendances parfois dangereuses, etc.)?

Nombre de personnes en droit d'obtenir des soins plus intensifs \_\_\_\_\_



A.10 Selon vous, par quels moyens devrait-on répondre aux besoins spéciaux des participants comptés dans la question A.9? (nous comprenons le besoin d'allocation de ressources supplémentaires; ce que nous voulons savoir, c'est COMMENT utiliser ces ressources. Cochez toutes les cases adéquates.)

- formation
- élargissement de l'équipe du projet
- amélioration des installations
- réseautage plus efficace
- meilleur accès aux services locaux
- visites de professionnels

Autre : veuillez préciser \_\_\_\_\_

A.11 Votre PROJET est-il en mesure de répondre aux besoins des personnes qui nécessitent une guérison thérapeutique ou qui souhaitent recevoir de la formation?

- Oui Si oui, passez à la question A.13
- Non Si non, allez à la question A.12

A.12 S'il s'avère que votre PROJET n'est pas ou pourrait ne pas être en mesure d'inscrire tous ceux qui souhaitent y participer, comment vous y prendriez-vous pour choisir les participants? En d'autres mots, qui détient la priorité?

\_\_\_\_\_

A.13 Selon l'opinion du groupe rassemblé pour réaliser ce sondage, le PROJET rejoint-il les personnes qui ont le plus besoin du service? Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

5	4	3	2	1
_____	_____	_____	_____	_____
Oui, Absolument	Oui, mais place à amélioration	Incertain	Probablement pas	Absolument pas

Si les membres du groupe ont répondu probablement pas ou absolument pas, expliquez les raisons qui motivent leur choix.

\_\_\_\_\_

A.14 Si vous aviez plus d'espace, de personnel qualifié ou d'argent, à combien d'autres personnes ayant besoin d'obtenir une formation ou une guérison thérapeutique seriez-vous en mesure d'offrir vos services?

\_\_\_\_\_ (nombre de personnes à la recherche de services de guérison ou de formation en matière de guérison)  
\_\_\_\_\_ incertain

A.15 Avez-vous une liste d'attente (formelle ou informelle) pour ceux et celles qui souhaitent s'inscrire à une formation ou à une guérison thérapeutique ?

- Oui Si oui, passez à la question A.16
- Non Si non, allez à la question A.17



- A.16 Si vous détenez une liste d'attente (formelle ou informelle), quel est ou quel était le nombre maximal de personnes sur cette liste et ce, à tout moment donné? \_\_\_\_\_
- A.17 Combien de personnes participant présentement à une formation ou à une guérison thérapeutique ont déjà participé à **un autre PROJET** de formation ou de guérison **semblable (non financé par la FADG) AVANT** leur engagement dans votre PROJET? (*Veillez consulter le guide du sondage pour obtenir une claire définition de ce qui constitue un autre programme ou projet de guérison semblable.*)
- Aucune  
 Incertain
- Nombre de personnes ayant déjà participé à d'autres PROJETS de guérison \_\_\_\_\_

Personnel et bénévoles (*Veillez consulter votre guide pour répondre aux questions A18 à A23.*)

- A.18 Pensez à la durée totale de votre PROJET, à **partir de la première fois que vous avez reçu du financement de la FADG jusqu'à ce jour**. Pendant cette période, quel était le nombre total de *postes* (et non de personnes) rémunérés à **temps plein (soit 30 heures de travail par semaine ou davantage)**? Remarque : cela inclut les employés, les contractuels et ceux qui perçoivent des honoraires. \_\_\_\_\_
- A.19 Pensez à la *durée totale* de votre PROJET, à **partir de la première fois que vous avez reçu du financement de la FADG jusqu'à ce jour**. Pendant cette période, quel était le total de *postes* rémunérés à **temps partiel (soit moins de 30 heures de travail par semaine)**? Remarque : cela inclut les employés, les contractuels et ceux qui perçoivent des honoraires. \_\_\_\_\_
- A.20 Encore une fois, pensez à la *durée totale de votre engagement dans ce projet*, à **partir de la première fois que vous avez reçu du financement de la FADG jusqu'à ce jour et à toutes les personnes concernées**. Veuillez indiquer combien de ces personnes ont été des SURVIVANTS (c.-à-d. qui ont fréquenté un pensionnat) ou ont été touchées par des répercussions intergénérationnelles (c.-à-d. les enfants et les petits-enfants de ceux qui ont fréquenté un pensionnat).

Rôles	Total	Nombre de SURVIVANTS	Nombre de personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles
employés			
bénévoles			
contractuels ou percevant des honoraires			
membres du Conseil ou du comité consultatif			



A.21 Quelle est la fréquence de la participation des SURVIVANTS dans les activités suivantes de la gestion de votre PROJET ?

	Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Aux trois mois	Chaque année	Jamais
(a) Préparation de matériel ou de contenu relatif au PROJET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Processus décisionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Communications informelles visant à obtenir des conseils ou à produire un échange d'idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Évaluation du progrès ou de la performance du PROJET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Évaluation du progrès ou du rendement des membres de l'équipe de la FADG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Inclusion dans un comité de direction ou dans un comité consultatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.22 Les SURVIVANTS participent-ils aux décisions relatives à l'embauche ou à l'évaluation du personnel?

Oui  Non Expliquez \_\_\_\_\_

### Question A.23

Veillez remplir ce tableau pour tous les postes à temps plein et à temps partiel. Faites-en des copies au besoin. *Pour répondre à cette question, veuillez consulter le guide du sondage.*

Poste ou rôle à TEMPS PLEIN	Groupe autochtone*				Survivant (oui ou non)	Intergénérationnel (oui ou non)	Type de grade, de certificat ou de formation				Nombre d'années d'expérience pertinente
	P N	M	I	N A			Grade	Certificat ou diplôme	Formation donnée par la FADG	Autre formation	
Poste ou rôle à TEMPS PARTIEL	Groupe autochtone*				Survivant (oui ou non)	Intergénérationnel (oui ou non)	Type de grade, de certificat ou de formation				Nombre d'années d'expérience pertinente
P N	M	I	N A	Grade			Certificat ou diplôme	Formation donnée par la FADG	Autre formation		

\* PN = Premières Nations, M = Métis, I = Inuits, NA = Non Autochtone

A.24 Dans un mois typique, estimez le nombre d'heures de service bénévole consacrées au PROJET. \_\_\_\_\_



## B. PROJET

Si votre PROJET comprend des activités de guérison, répondez aux questions B.1 à B.4; autrement, passez à la question B.5.

- B.1 Si votre PROJET met *l'accent* sur la **guérison** (c.-à-d. que la majorité [plus de 50%] des ressources et du temps sont consacrés à la guérison), estimez le nombre d'heures durant lesquelles une PERSONNE participe à une activité de guérison, à partir du début du projet de guérison jusqu'à la fin. Veuillez consulter le manuel du sondage pour répondre à cette question. \_\_\_\_\_
- B.2 Combien de personnes ont achevé les activités de **guérison** comme prévu? \_\_\_\_\_
- B.3 Combien de personnes n'ont PAS achevé les activités de **guérison**? \_\_\_\_\_
- B.4 Expliquez pourquoi elles ne les ont pas achevés.  
\_\_\_\_\_

Si votre PROJET comprend des activités de formation, répondez aux questions B.5 à B.9; autrement, passez à la section suivante.

- B.5 Veuillez estimer le nombre d'heures durant lesquelles les PERSONNES participantes ont pris part à des séances de **formation**. Consultez le guide pour répondre à cette question. \_\_\_\_\_
- B.6 Quel est le nombre maximal de stagiaires pouvant s'inscrire à votre PROJET de **formation** dans une année donnée? \_\_\_\_\_ (Nombre de stagiaires)
- B.7 Combien d'entre eux ont achevé le PROJET de **formation**? \_\_\_\_\_
- B.8 Combien n'ont pas achevé le PROJET de **formation**? Donnez votre meilleure estimation. \_\_\_\_\_
- B.9 Expliquez les raisons pour lesquelles ils n'ont pas achevé la **formation**.  
\_\_\_\_\_



B.10 Dans quelle mesure les caractéristiques suivantes décrivent-elles ou touchent-elles votre communauté? (Veuillez indiquer la nature de l'effet en cochant la case appropriée.)

	Défi redoutable	Défi modéré	Léger défi	Ne sait pas	Léger avantage	Avantage modéré	Grand avantage
(a) Leadership de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Langue et culture autochtones appuyées par des institutions locales (par ex., les écoles, les hôpitaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Soutien actif de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Désir des personnes ayant besoins de participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Emplois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Accès aux services de santé et aux services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Capacité de récolter et de s'alimenter de nourriture traditionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Familiarité des membres de la communauté avec la langue et la culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Transport (autobus local, véhicules, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(m) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(n) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(o) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p) Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.11 Quels sont les événements survenant ou survenus dans votre communauté qui peuvent avoir influencé vos résultats? Tentez de penser à *tout* (par ex., les suicides, le réveil de la culture, les programmes destinés aux enfants, les problèmes politiques, les actions en justice, un financement accru des services de santé, un nouveau centre de traitement, une nouvelle route d'accès, une relocalisation, etc.)

Veuillez expliquer.

---



B.12 Quelles sont les caractéristiques principales de votre PROJET de guérison? (c.-à-d. en établissement ou sous forme de cercles de partage, de journées de réflexion, de counseling individuel ou familial ou de tout autre type de guérison) (Indiquez la fréquence de chaque approche en cochant la case correspondante.)

	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
(a) Utilisation exclusive d'approches traditionnelles (par ex., cercles de partage et de guérison, consultations ou temps libres avec les Aînés, enseignants culturels, personnes traditionnelles, guides spirituels; célébrations, cérémonies, danses, chansons, récits, jeûnes et sueries autochtones; activité axée sur la terre, la brousse ou le campement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Utilisation exclusive d'une approche thérapeutique occidentale par des professionnels en visite (c.-à-d. ceux qui ont été formés dans des établissements occidentaux comme les psychologues, les psychiatres, les éducateurs et les formateurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Utilisation d'une approche combinée de méthodes thérapeutiques traditionnelles et occidentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Traitements propres à chaque sexe (c.-à-d. des groupes séparés d'hommes et de femmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Traitements selon l'âge (c.-à-d. des groupes séparés d'enfants, d'adolescents, d'Aînés, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Tout autre regroupement fondé sur _____ (c.-à-d. gais ou lesbiennes, personnes intersexuées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Activités sportives et récréatives (c.-à-d. musique, théâtre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Thérapies alternatives (c.-à-d. homéopathie, naturopathie, aromathérapie, réflexologie, massothérapie, Reiki, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Autre; veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Autre; veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. FINANCEMENT

C.1 Accordez-vous un moment de réflexion sur les besoins de votre PROJET d'une perspective *réaliste*. Dans la colonne de gauche, classez par ordre d'importance les besoins essentiels de votre PROJET en inscrivant 1 pour votre besoin le plus urgent, 2 pour le second et ainsi de suite. Dans la colonne de droite, estimez de façon *réaliste* combien d'argent serait requis pour répondre à ce besoin.

	\$
(a) ___ Augmenter les effectifs et accroître les avantages sociaux des employés	_____
(b) ___ Améliorer le PROJET et l'étendre à l'échelle locale	_____
(c) ___ Assurer la formation des employés et des guérisseurs potentiels	_____
(d) ___ Fournir, accroître ou améliorer le transport	_____
(e) ___ Rehausser et agrandir notre édifice	_____
(f) ___ Produire et distribuer des renseignements sur l'historique et sur les impacts des pensionnats	_____
(g) ___ Acheter du matériel ou des fournitures	_____
(h) ___ Répondre à des besoins spéciaux (ressources, professionnels)	_____
(i) ___ Solliciter et forger des partenariats et des réseaux	_____
(j) ___ Améliorer la communication (avec la communauté, la FADG et les Canadiens en général)	_____
(k) ___ Assurer le contrôle et l'évaluation du PROJET	_____
(l) ___ Obtenir des évaluations professionnelles de la formation continue et de la guérison	_____
(m) ___ Parvenir à un engagement accru des Survivants	_____
(n) ___ Améliorer le soutien familial et les compétences parentales	_____
(o) ___ Encourager la participation de la communauté	_____
(p) ___ Autre (veuillez préciser) _____	_____
<b>Total général :</b> _____	



C.2 Traitez-vous de la question des séquelles de l'abus physique et sexuel avec d'autres organismes?

- Non  
 Oui (veuillez expliquer) \_\_\_\_\_

C.3 Quelle est la valeur du financement obtenu auprès d'autres sources lors de la marche du PROJET (c.-à-d. à partir de la date où vous avez commencé à obtenir du financement de la FADG jusqu'à la date à laquelle vous avez cessé d'en obtenir OU, si vous recevez toujours du financement, jusqu'à ce jour)? Dans quelle mesure les partenaires se sont-ils engagés à financer *de façon continue* les PROJETS de guérison, de formation, de service ou de recherche ou toute autre activité liée à la FADG?

Source de financement	Contributions versées au cours de l'exécution du PROJET	Montant des engagements en matière de financement <i>continu</i>
(a) Autres sections, directions générales ou ministères fédéraux	_____,00 \$	_____,00 \$
(b) Gouvernements provinciaux ou territoriaux	_____,00 \$	_____,00 \$
(c) Administrations municipales ou conseils de hameau	_____,00 \$	_____,00 \$
(d) Gouvernements autochtones	_____,00 \$	_____,00 \$
(e) Fondations privées de financement	_____,00 \$	_____,00 \$
(f) Initiatives de collecte de fonds provenant de la communauté	_____,00 \$	_____,00 \$
(g) Autre (veuillez préciser) _____	_____,00 \$	_____,00 \$
(h) Autre (veuillez préciser) _____	_____,00 \$	_____,00 \$
(i) Autre (veuillez préciser) _____	_____,00 \$	_____,00 \$
(j) Autre (veuillez préciser) _____	_____,00 \$	_____,00 \$

C.4 Serez-vous en mesure de poursuivre vos activités une fois que la FADG aura mis un terme aux siennes?

- Oui  
 Non  
Incertain \_\_\_\_\_

C.5 Quelle est la valeur estimée des biens ou services reçus (contributions en nature) (c.-à-d. à partir de la date où vous avez commencé à obtenir du financement de la FADG jusqu'à la date à laquelle vous avez cessé d'en obtenir OU, si vous recevez toujours du financement, jusqu'à ce jour) pour les catégories suivantes? (Veuillez estimer la VALEUR APPROXIMATIVE.)

		Estimation impossible
(a) Transport	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(b) Nourriture	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(c) Matériaux relatifs au PROJET	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(d) Main-d'œuvre (y compris les bénévoles)	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(e) Espace pour le PROJET	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(f) Autre (veuillez préciser):	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(g) _____	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(h) _____	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(i) _____	_____,00 \$	<input type="checkbox"/>
(j) <input type="checkbox"/> Aucune		





C.6 Qui fait don des plus grandes quantités de biens et de services à votre PROJET? Identifiez les partenaires les plus généreux en inscrivant 1 pour le plus généreux, 2 pour le second et ainsi de suite.

- a) \_\_\_ école
- b) \_\_\_ services de santé
- c) \_\_\_ services sociaux
- d) \_\_\_ corps policier
- e) \_\_\_ administration locale
- f) \_\_\_ entreprises locales
- g) \_\_\_ membres de la communauté
- h) \_\_\_ église locale
- i) \_\_\_ autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- j) \_\_\_ autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

#### D. APPRENTISSAGE

D.1 Quelles sont les leçons les plus importantes que vous avez apprises?

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

D.2 Quelles étaient vos meilleures pratiques?

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

D.3 Quels étaient les défis les plus sérieux auxquels vous étiez confrontés?

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

D.4 A-t-il été éprouvant de susciter l'engagement des SURVIVANTS ?

Non

Oui

Si oui, quelles sont les obstacles à un engagement accru des Survivants? En d'autres mots, pourquoi s'est-il avéré difficile de susciter leur engagement?

\_\_\_\_\_

D.5 A-t-il été difficile de convaincre les hommes de s'engager?

Non

Oui

Si oui, quels sont les obstacles à un engagement accru des hommes? En d'autres mots, pourquoi s'est-il avéré difficile de susciter l'engagement des hommes?

\_\_\_\_\_



D.6 Pour répondre à cette question, le groupe doit rassembler des renseignements provenant de sources fiables là où ils sont disponibles ou *estimer, au meilleur de ses compétences*, combien (ou quel pourcentage) de membres de la communauté peuvent être décrits à l'aide de la liste de caractéristiques de la colonne de gauche pour l'année *antérieure au projet* et une fois encore, dans l'année *postérieure au projet*. *Veillez consulter le guide pour répondre à cette question correctement.*

Caractéristiques de la guérison	Avant le début du projet	Après la fin du projet (ou maintenant)	Ne s'applique pas	Ne sait pas	Commentaires
% des participants autochtones qui tentent de traiter de la question des séquelles de l'abus physique et sexuel					
% des ménages de la communauté où la violence persiste					
% des jeunes ou d'enfants à risque et sans soutien adéquat					
% des membres de la communauté autochtone qui sont au courant des séquelles de l'abus physique et sexuel et qui comprennent ses effets.					
% des fournisseurs de services NON autochtones (c.-à-d. la santé, la justice, etc.) qui sont au courant des séquelles de l'abus physique et sexuel et qui comprennent ses effets.					
% des membres de la communauté autochtone présentant une attitude favorable face à la guérison					
# de révélations d'abus sexuels					
# d'agressions sexuelles signalées					
# de tentatives de suicide					
# de cas signalés de violence conjugale					
# d'accusations d'agression physique					
% des SURVIVANTS et des personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles qui sont engagées dans un cheminement personnel de guérison					
# de personnes autochtones capables d'être des chefs de file en matière de guérison					
# de documents ou de productions (c.-à-d. des vidéos éducatives) sur l'historique des pensionnats					
# de plans stratégiques mettent l'accent sur la guérison					
% des personnes ayant des besoins qui communiquent avec ceux et celles pouvant faciliter leur guérison					



D.7 Classez chacun des aspects suivants des activités de la Fondation autochtone de guérison sur une échelle de 1 à 5, où 1 = médiocre, 2 = passable, 3 = satisfaisant, 4 = très satisfaisant, 5 = excellent

	médiocre	passable	satisfaisant	très satisfaisant	excellent
(a) processus d'application pour du financement (principes, lignes directrices, aide à remplir la demande)	1	2	3	4	5
(b) Soutien et assistance des coordonnateurs de soutien communautaire	1	2	3	4	5
(c) Soutien et assistance de l'équipe nationale (personnel du bureau principal)	1	2	3	4	5
(d) Soutien et représentation fournis par le Conseil national	1	2	3	4	5
(e) Processus de financement (par ex., rapports de contrôle, trésorerie et renouvellement trimestriels)	1	2	3	4	5
(f) Processus de contrôle et d'évaluation	1	2	3	4	5
(g) Assemblées	1	2	3	4	5
(h) Autre (veuillez préciser)	1	2	3	4	5
(i) Autre (veuillez préciser)	1	2	3	4	5
(j) Autre (veuillez préciser)	1	2	3	4	5

Veuillez offrir une explication pour toute note de 2 ou moins :

Les personnes-ressources suivantes ont coordonné la conduite de ce sondage (ce nom ne sera utilisé que si nous sommes dans l'obligation de vous demander la signification d'une certaine réponse) (IMPRIMER OU TAPER). Veuillez également obtenir la signature d'un répondant qui a revu les réponses fournies dans le cadre de cette sondage.

La personne présentant le PROJET qui participe à la conduite du sondage :

(Nom) \_\_\_\_\_

(Téléphone) \_\_\_\_\_

(Signature) \_\_\_\_\_

Le Survivant participant à la conduite du sondage :

(Nom) \_\_\_\_\_

(Téléphone) \_\_\_\_\_

(Signature) \_\_\_\_\_

Le prestataire de service communautaire participant à la conduite du sondage :

(Nom) \_\_\_\_\_

(Téléphone) \_\_\_\_\_

(Signature) \_\_\_\_\_

Les autres parties intéressées participant à la conduite du sondage :

(Nom) \_\_\_\_\_

(Téléphone) \_\_\_\_\_

(Signature) \_\_\_\_\_

## Appendice 2

### Questionnaire adressé au participant : Votre expérience personnelle de la démarche de guérison

#### Ce que vous avez vécu en cheminant vers la guérison

Vous avez le choix de remplir ce formulaire ou de ne pas le faire. Nous avons demandé à *tous* les participants au projet de remplir ce formulaire afin que nous puissions tirer des leçons de ce que vous avez vécu. Ces renseignements seront utilisés pour une évaluation nationale et peut-être pour une évaluation communautaire. Tous les renseignements demeureront confidentiels. Dans aucun des rapports il ne sera possible de savoir qui a fourni ces renseignements. Vous êtes donc tout à fait libre de dire ce que vous voulez, même si cela peut causer des controverses ou sont des choses que l'équipe du projet n'est peut-être pas prête à entendre. Les renseignements nous permettront d'*améliorer* les services que nous vous offrons, à vous et à d'autres. Si vous désirez répondre à certaines questions seulement et non à d'autres, cela n'affectera pas les services qui vous sont fournis. *Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, simplement des réponses qui sont vraies pour vous.*

Date \_\_\_\_\_

Nom du projet de la FADG auquel vous avez participé \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Date du début des activités de guérison du projet \_\_\_\_\_

Date de la fin des activités de guérison du projet \_\_\_\_\_

Les activités de guérison ont-elles été complétées  Oui  Non

Si la réponse est non, pourquoi?

1. a) J'ai fréquenté le pensionnat  Oui  Non  
b) Mon frère/soeur/tante/oncle ont fréquenté le pensionnat  Oui  Non  
c) Mes parents (mère, père ou les deux) ont fréquenté le pensionnat  Oui  Non  
d) Mes grands-parents ont fréquenté le pensionnat  Oui  Non

2. Nation à laquelle j'appartiens: \_\_\_\_\_  
(Métis, Inuit, Anishnabe, Kanienké'ha:ka, non autochtone, etc.)

3. J'ai participé aux démarches personnelles de guérison offertes par la FADG parce que :

- J'en ai entendu parler et je suis venu(e) (auto-aiguillage)
- J'ai été aiguillé(e) par \_\_\_\_\_ (SVP, veuillez indiquer le titre professionnel de la personne ou service, pas le nom de la personne)
- On m'a demandé (ou forcé) à participer par \_\_\_\_\_ SVP, veuillez indiquer le titre professionnel de la personne ou service, pas le nom de la personne)
- Autre, Veuillez spécifier \_\_\_\_\_

4. Est-ce que cela est la **première** fois que vous participez à un programme de guérison?

- Oui (Allez à la question No. 6)  Non (Allez à la question No. 5)

5. Veuillez faire une liste des programmes/activités de guérison auxquels vous avez participé **dans le passé**. Trois sortes d'activités ou de programmes vous sont donnés sur les trois premières lignes, à titre d'exemple.

Programme de guérison	Je l'ai commencé le: (mois et année)	Je l'ai terminé le: (mois et année)
Traitement des toxicomanies	Novembre 1998	Janvier 1999
Sessions de conseil individuel	Juin 1997	Juillet 1997
Thérapie familiale	Mai 1993	Décembre 1993

6. Prenez le temps de réfléchir aux impacts que les pensionnats ont eu sur vous, sur votre capacité de parler votre langue, sur la connaissance que vous avez de votre culture, sur vos compétences parentales etc...Veuillez ensuite mettre une note qui correspond à l'impact que les pensionnats ont eu sur ces aspects de votre vie.

Si cette question ne s'applique pas à votre cas, passez à la question 7.

Aspects de votre vie	NÉGATIF			Pas d'impact	POSITIF		
	Élevé	Modéré	Minime		Minime	Modéré	Élevé
a) langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Compétences parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Compétences relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Dépendance drogues/alcool ou substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quels étaient vos attentes par rapport à cette activité de guérison? Décrivez brièvement vos attentes lors de votre participation au projet de la FADG. Quels étaient vos buts et vos attentes?

But #1 \_\_\_\_\_  
 But #2 \_\_\_\_\_  
 But #3 \_\_\_\_\_  
 But #4 \_\_\_\_\_



8. Ces buts et attentes ont-ils changé durant l'activité de guérison?

Oui  Non si la réponse est oui, expliquez comment ils ont changé

---

9. Avez vous atteint vos buts? Veuillez **cochez la case** qui correspond à votre degré de satisfaction à ce sujet

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Bien	Très bien	Extrêmement bien	Complètement
But #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
But #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
But #3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
But #4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Le projet de la FADG auquel vous avez participé veut vous aider à guérir des traumatismes et les dépasser. Est-ce que ce but a été atteint dans votre cas :

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement

11. Est-ce que le projet de la FADG auquel vous avez participé vous a aidé à être à l'aise, à vous sentir appuyé et en sécurité?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement

12. Est-ce que l'on vous a bien traité (e), en respectant vos croyances, vos valeurs, votre langue et votre culture?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement

13. Êtes-vous motivé(e) à guérir? Veuillez encercler un chiffre qui correspond à votre degré de motivation. Le chiffre 1 correspond à pas motivé(e) du tout et le chiffre 7 à Extrêmement motivé(e).

Pas motivé(e) du tout motivé(e)						Extrêmement
1	2	3	4	5	6	7

14. Avez-vous été appuyé(e) au cours de votre cheminement de guérison? Veuillez encercler un chiffre qui correspond au degré d'appui que vous avez reçu. Le chiffre 1 correspond à pas d'appui du tout et le chiffre 7 à tout l'appui dont j'ai besoin.

Pas d'appui du tout						Tout l'appui dont j'ai besoin
1	2	3	4	5	6	7

Questions 15 à 15b

Guérison en groupe



15. Si vous avez participé à des sessions de *guérison en groupe*, quelles sont les sujets sur lesquels vous avez travaillé? Etes-vous satisfait(e) de vos progrès personnels en regards de chacune de ces questions? Veuillez cocher seulement les sujets sur lesquels vous avez travaillé et cochez les cases qui indiquent jusqu'à quel point vous avez résolu ces problèmes. Ne cochez **qu'une seule case** sur la ligne correspondant au sujet travaillé.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Bien	Très bien	Extrêmement bien	Complètement
Toxicomanies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence contre soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec la loi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppression culturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandon pendant l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séquelles des traumatismes subis dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment de culpabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colère et violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant de parents alcooliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement en foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes dûs aux pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressions sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déterminer les déclencheurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rejetion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence latérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

---

15a) Est-ce que le projet de la FADG vous a aidé à résoudre des difficultés majeures qui avaient un impact négatif sur votre vie?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement

15b) Avez-vous trouvé des moyens d'être appuyé(e) une fois le projet terminé?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement



**Questions 16 à 22**      **Guérison individuelle**

16. Avez-vous bénéficié de sessions de guérison individuelles au cours du projet de la FADG auquel vous avez participé?

Oui     Non      Si la réponse est Non, passez à la Question 23.

17. Vous avez participé à combien de sessions individuelles? \_\_\_\_\_

18. Veuillez écrire le nombre de sessions individuelles auxquelles vous avez participé, pour chaque type de guérisseur indiqué dans le tableau ci-dessous:

Nombre de sessions	Type de guérisseurs
	Psychologue ou psychothérapeute
	Psychiatre
	Praticien en santé alternative (e.g. masseur-thérapeute ou naturopathe)
	Intervenant formé en counselling
	Personne soignante ou pair agissant comme conseiller
	Bénévole
	Travailleur social
	Guérisseur traditionnel
	Aîné(e)
	Autre, spécifiez SVP _____
	Autre, spécifiez SVP _____

19. Est-ce que les sessions individuelles vous ont aidé(e) à découvrir ou à développer vos forces?

Pas du tout    Un peu    Moyennement    Bien    Très bien    Extrêmement bien    Complètement

20. Est-ce que les sessions individuelles vous ont aidé(e) à guérir/dépasser les traumatismes de votre passé?

Pas du tout    Un peu    Moyennement    Bien    Très bien    Extrêmement bien    Complètement

21. Est-ce que les sessions individuelles vous ont aidé(e) à vous sentir mieux avec vous-même?

Pas du tout    Un peu    Moyennement    Bien    Très bien    Extrêmement bien    Complètement





22. Quelles sont parmi les questions suivantes, celles que vous avez travaillées en *sessions individuelles*? Avez-vous été satisfait(e) de l'expérience? Cochez les cases qui correspondent aux sujets travaillés pendant les *sessions individuelles seulement*.

Problèmes	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Bien	Très bien	Extrêmement bien	Complètement
Toxicomanies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence contre soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec la loi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppression culturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandon pendant l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séquences des traumatismes subis dans le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment de culpabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colère et violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant de parents alcooliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement en foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes liés aux pensionnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressions sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déterminer les déclencheurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rejection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence latérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Quest-ce qui vous a été le plus utile dans votre cheminement de guérison?

\_\_\_\_\_

24. Vers qui iriez-vous si vous aviez besoin, dans l'avenir, de faire du travail sur votre guérison (veuillez indiquer le titre professionnel de la personne, **pas le nom de la personne**)

\_\_\_\_\_

25. Comment le projet vous a-t-il préparé(e) à réagir lorsqu'un traumatisme vous affectera dans le futur?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement



26. Est-ce que l'on vous a aidé(e) à prendre contact avec les autres services dont vous aviez besoin?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Bien  Très bien  Extrêmement bien  Complètement

27. Comment pourrions-nous améliorer le programme?

\_\_\_\_\_

28. Quelles nouvelles compétences avez-vous acquises ou développées au cours du programme?

\_\_\_\_\_

29. Quels services ou activités du projet de la FADG auxquels vous avez participé avez vous utilisé? (Vérifiez **tous** les services qui sont notés sur la liste et que vous avez utilisés). Quels services ou activités ont été le **plus efficace** pour votre cas? Quels services ou activités n'ont pas été **efficaces** pour votre cas? Ne donnez une note qu'aux services ou activités auxquels vous avez participé.

Type de Service	J'ai utilisé ce service	Le moins efficace	Un peu efficace	Modérément efficace	Le plus efficace
Guérison/Cercles de parole/Sessions de counselling en groupe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Activité de guérison en milieu naturel/sauvage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Thérapies alternatives (e.g. Rieki, massage, naturopathie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cérémonies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Medicine traditionnelle (herbale)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Counselling familial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Counselling individuel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Éducation : compétences parentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Histoire des pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Programme de traitement résidentiel pour les Survivants des pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Éducation sur les compétences de vie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Visites d'un(e) Aîné(e)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ateliers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Conférences	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Thérapies occidentales (e.g. psychoanalyse et psychiatrie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Autre (Spécifiez) _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

Veuillez envoyer ce formulaire complété à l'adresse suivante:

Fondation autochtone de guérison  
 801 - 75 rue Albert, pièce 801  
 Ottawa, Ontario  
 K1P 5E7  
 Attention: Recherche



Fondation autochtone de guérison  
 Les voix des projets de guérison : groupes de discussions  
 Les 28-29 mars 2003

PRINCIPAL OBJECTIF - recherche d'information *approfondie* sur ce que les projets ont déjà mentionné au sujet de :

- ◆ la façon de libérer les personnes/les populations de la peur et du déni.
- ◆ la façon dont les thérapies occidentales et traditionnelles fonctionnent bien *ensemble*.
- ◆ la façon dont vous pouvez reconnaître que quelqu'un est un bon « guérisseur ».

Tableau 1) Élimination de la peur et du déni

<b>Les projets nous ont dit que pour libérer de la peur et du déni, il faut :</b>	<b>Y a-t-il d'autres façons de faire pour réussir à éliminer la peur et le déni?</b>
<p><i>beaucoup de temps</i> parce qu'on doit d'abord créer des relations personnelles et établir un climat de confiance;</p> <p>donner de l'information sur les répercussions de l'abus physique et sexuel commis dans les pensionnats, particulièrement si elle permet d'expliquer que les réactions par suite de l'expérience vécue au pensionnat sont normales et que les conséquences des traumatismes subis en établissement sont prévisibles, qu'il <i>ne s'agit pas</i> de lacunes ou de faiblesses de caractère chez une personne;</p> <p><b><i>affronter la vérité, de plein fouet; *</i></b></p> <p>encadrer le cheminement de guérison, (le présenter) comme un acte de courage et une indication de la capacité d'agir/de prendre sa vie en main et non comme un signe de faiblesse;</p> <p><b><i>assurer la sécurité; *</i></b> (nous savons que pour y arriver, il faut informer avec clarté sur les droits des clients, partager et publier les principes directeurs et les règles, avoir d'abord à coeur les intérêts des clients, assurer un milieu physique à l'abri de tous les déclencheurs chez les clients, surtout dans un établissement résidentiel)</p>	<p>Est-ce que les hommes ont besoin d'une approche particulière? Si oui, laquelle?</p> <p>Est-ce que les hommes ont des problèmes différents en ce qui a trait à la sécurité? Si oui, lesquels?</p> <p>Est-ce qu'il y a un service d'approche (outreach) dans des collectivités encore aux prises avec des problèmes de déni? Comment ce service d'approche est-il offert?</p>

Tableau 2) *Combinaison* des thérapies traditionnelles et occidentales

Les projets nous ont dit que :	De quelle façon les thérapies occidentales et traditionnelles fonctionnent-elles bien si on les associe l'une à l'autre?
<p>Ils appliquent les thérapies/les méthodes occidentales et traditionnelles (y compris mais sans en exclure d'autres, la thérapie par l'art, le psychodrame, le massage, la relaxation, les thérapies cognitivo-comportementales appliquées en groupe et individuellement, des groupes d'entraide/de pairs; des cercles de guérison et de partage, des cérémonies, cérémonie de la suerie, de purification [<i>smudging</i>] ou cérémonie purificatrice; les récits, la retraite dans des camps traditionnels en forêt, la récolte et la préparation d'aliments ou de mets traditionnels, les célébrations culturelles, particulièrement celles qui donnent l'occasion de chanter, manger et danser)</p> <p><b>Voici des exemples de combinaisons qu'on a trouvées :</b></p> <p>Myers Briggs applique un outil d'auto-sensibilisation et l'intègre aux enseignements du Cercle d'influence</p> <p>L'association de l'imagerie du monde naturel de la création et des pratiques ou coutumes de la vie inuite pour mieux comprendre les étapes du développement ou de croissance personnel par suite des crises de la vie</p> <p>Thérapie axée sur l'enfant en soi <i>intégrée</i> aux thérapies traditionnelles Attikamek</p>	<p>En plus d'appliquer tout simplement les deux approches ensemble, y a-t-il quelqu'un qui a <b>choisi</b> des techniques occidentales en s'inspirant du fait <i>qu'elles s'adaptent très bien au contexte culturel</i>? Si oui, lesquelles?</p> <p>Y a-t-il une approche occidentale quelconque qui a été adaptée pour qu'elle s'imbrique ou s'ajuste bien aux approches culturelles traditionnelles de guérison?</p> <p>Y a-t-il des thérapies traditionnelles ayant été sélectionnées et bien <b>liées/tissées</b> à une approche occidentale?</p> <p>Y a-t-il des thérapies occidentales ou traditionnelles ayant été <i>modifiées ou adaptées</i> pour s'ajuster à une combinaison des deux?</p>

Tableau 3) Identification d'un bon guérisseur

Les projets nous ont dit que le bon guérisseur est :	Y a-t-il d'autres aspects à considérer pour reconnaître un bon guérisseur?
<p>hautement qualifié, ayant tout un bagage de formation et d'expérience; (particulièrement en ce qui a trait aux questions/problèmes liés aux pensionnats)</p> <p><i>les Survivants pourraient s'inspirer de son exemple comme personne ayant terminé un processus de guérison réussi; *</i></p> <p>parle couramment la langue;</p> <p>est <i>semblable</i> (très proche) au groupe cible (c.-à-d. homosexuel ou lesbienne, adolescents, femmes, hommes, parents ou grands-parents <i>et des membres respectés de la collectivité</i>);</p> <p>extraverti, sociable, a une grande visibilité dans la collectivité;</p> <p>soucieux des autres, bienveillant, compatissant, respectueux, ne porte pas de jugements critiques, pas de préjugés, ouvert aux différences culturelles, patient;</p> <p><i>engagé; *</i></p> <p>est capable de faciliter une prise de décision <i>autonome</i> de façon à renforcer chez la personne l'estime de soi;</p> <p>capable de faire en sorte que les personnes survivantes se sentent en sécurité;</p> <p>capable de conserver un bon équilibre personnel, grâce à l'appui organisationnel, au soutien familial et à des mesures d'autosoins;</p> <p>capable d'aider les autres à cheminer vers la guérison <i>sans</i> assumer le rôle de sauveteur.</p>	<p>Comment pouvez-vous dire qu'une personne survivante a complété suffisamment la démarche de guérison, est « rétablie », pour pouvoir guider d'autres personnes engagées dans un processus de guérison?</p>



---

## Appendice 4

### Répartition par région des questionnaires retournés

<b>Région</b>	<b># de questionnaires retournés</b>
Colombie-Britannique	29
Alberta	28
Saskatchewan	28
Manitoba	25
Ontario	37
Québec	8
Atlantique	11
Nord	9
Yukon	1





## Répartition des ressources allouées par la FADG

Degré d'éloignement géographique des collectivités	Nombre total de subventions	Montant total accordé
Isolée		
Isolée	81	13 813 323,03 \$
Isolée, rurale	2	248 484,53 \$
Isolée, rurale, semi-isolée	3	468 269,48 \$
Isolée, rurale, urbaine, semi-isolée	1	832 785,00 \$
Isolée, semi-isolée	5	1 873 252,96 \$
Isolée, semi-isolée, rurale	1	902 206,00 \$
Isolée, semi-isolée, rurale, urbaine	1	378 842,00 \$
Isolée, urbaine	1	240 175,00 \$
Isolée, urbaine, rurale	1	85 310,00 \$
Isolée, urbaine, rurale, semi-isolée	5	3 482 880,52 \$
Rurale, isolée	2	275 150,00 \$
Rurale, isolée, semi-isolée, urbaine	2	1 650 724,39 \$
Rurale, semi-isolée	5	716 369,00 \$
Rurale, semi-isolée, isolée	2	1 263 460,00 \$
Rurale, semi-isolée, isolée, urbaine	1	127 500,00 \$
Rurale, urbaine, isolée	1	203 952,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée, isolée	2	500 768,00 \$
Semi-isolée, isolée	5	567 093,87 \$
Semi-isolée, isolée, rurale, urbaine	1	682 350,00 \$
Semi-isolée, rurale, isolée	1	872 000,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée	1	145 200,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée, rurale	1	66 000,00 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée, isolée	1	172 339,05 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale, isolée	1	346 502,50 \$
Total	127	29 914 937,33 \$

Degré d'éloignement géographique des collectivités	Nombre total de subventions	Montant total accordé
<b>Semi-isolée</b>		
Isolée, rurale, semi-isolée	3	468 269,48 \$
Isolée, rurale, urbaine, semi-isolée	1	832 785,00 \$
Isolée, semi-isolée	5	1 873 252,96 \$
Isolée, semi-isolée, rurale	1	902 206,00 \$
Isolée, semi-isolée, rurale, urbaine	1	378 842,00 \$
Isolée, urbaine, rurale, semi-isolée	5	3 482 880,52 \$
Rurale, isolée, semi-isolée, urbaine	2	716 369,00 \$
Rurale, semi-isolée	5	1 650 724,39 \$
Rurale, semi-isolée, isolée	2	1 263 460,00 \$
Rurale, semi-isolée, isolée, urbaine	1	127 500,00 \$
Rurale, semi-isolée, urbaine	1	981 176,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée	1	500 768,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée, isolée	2	500 768,00 \$
Semi-isolée	130	39 439 411,86 \$
Semi-isolée, isolée	5	567 093,87 \$
Semi-isolée, isolée, rurale, urbaine	1	682 350,00 \$
Semi-isolée, rurale	7	1 150 658,57 \$
Semi-isolée, rurale, isolée	1	872 000,00 \$
Semi-isolée, rurale, urbaine	3	818 612,52 \$
Semi-isolée, urbaine	2	175 255,00 \$
Semi-isolée, urbaine, rurale	1	50 000,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée	1	145 200,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée, rurale	1	66 000,00 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée	2	1 391 466,00 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée, isolée	1	172 339,05 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale	1	325 000,00 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale, isolée	1	346 502,50 \$
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>59 880 890,72 \$</b>



Degré d'éloignement géographique des collectivités	Nombre total de subventions	Montant total accordé
<b>Urbaine</b>		
Isolée, rurale, urbaine, semi-isolée	1	832 785,00 \$
Isolée, semi-isolée, rurale, urbaine	1	378 842,00 \$
Isolée, urbaine	1	240 175,00 \$
Isolée, urbaine, rurale	1	85 310,00 \$
Isolée, urbaine, rurale, semi-isolée	5	3 482 880,52 \$
Rurale, isolée, semi-isolée, urbaine	2	716 369,00 \$
Rurale, semi-isolée, isolée, urbaine	1	127 500,00 \$
Rurale, semi-isolée, urbaine	1	981 176,00 \$
Rurale, urbaine	26	8 699 254,34 \$
Rurale, urbaine, isolée	1	2 464 134,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée	1	203 952,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée, isolée	2	500 768,00 \$
Semi-isolée, isolée, rurale, urbaine	1	682 350,00 \$
Semi-isolée, rurale, urbaine	3	818 612,52 \$
Semi-isolée, urbaine	2	175 255,00 \$
Semi-isolée, urbaine, rurale	1	50 000,00 \$
Urbaine	315	75 898 102,17 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée	1	145 200,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée, rurale	1	66 000,00 \$
Urbaine, rurale	13	4 293 544,38 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée	2	1 391 466,00 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée, isolée	1	172 339,05 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale	1	325 000,00 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale, isolée	1	346 502,50 \$
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>103 077 517,48 \$</b>
<b>Non spécifiée</b>	<b>47</b>	<b>6 458 288,31 \$</b>

Degré d'éloignement géographique des collectivités	Nombre total de subventions	Montant total accordé
<b>Rurale</b>		
Isolée, rurale	2	248 484,53 \$
Isolée, rurale, semi-isolée	3	46 269,48 \$
Isolée, rurale, urbaine, semi-isolée	1	832 785,00 \$
Isolée, semi-isolée, rurale	1	902 206,00 \$
Isolée, semi-isolée, rurale, urbaine	1	378 842,00 \$
Isolée, urbaine, rurale	1	85 310,00 \$
Isolée, urbaine, rurale, semi-isolée	5	3 482 880,52 \$
<b>Rurale</b>	<b>383</b>	<b>94 031 739,46 \$</b>
Rurale, isolée	2	275 150,00 \$
Rurale, isolée, semi-isolée, urbaine	2	716 369,00 \$
Rurale, semi-isolée	5	1 650 724,39 \$
Rurale, semi-isolée, isolée	2	1 263 460,00 \$
Rurale, semi-isolée, isolée, urbaine	1	981 176,00 \$
Rurale, semi-isolée, urbaine	1	981 176,00 \$
Rurale, urbaine	26	8 699 254,34 \$
Rurale, urbaine, isolée	1	2 464 134,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée	1	203 952,00 \$
Rurale, urbaine, semi-isolée, isolée	2	500 768,00 \$
Semi-isolée, isolée, rurale, urbaine	1	682 350,00 \$
Semi-isolée, rurale	7	1 150 658,57 \$
Semi-isolée, rurale, isolée	1	872 000,00 \$
Semi-isolée, rurale, urbaine	3	818 612,52 \$
Semi-isolée, urbaine, rurale	1	50 000,00 \$
Urbaine, isolée, semi-isolée, rurale	1	66 000,00 \$
Urbaine, rurale	13	4 293 544,38 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée	2	1 391 466,00 \$
Urbaine, rurale, semi-isolée, isolée	1	172 339,05 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale	1	325 000,00 \$
Urbaine, semi-isolée, rurale, isolée	1	346 502,50 \$
<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>127 618 399,73 \$</b>

Fondation autochtone de guérison  
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Téléphone : (613) 237-4441  
Sans frais : (888) 725-8886  
Bélinographe : (613) 237-4442  
Courriel : [programs@ahf.ca](mailto:programs@ahf.ca)  
Site internet : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

