

Rapport final de la Fondation autochtone de guérison

Volume II

Mesurer les progrès : Évaluation des programmes



© Fondation autochtone de guérison, 2006

Publié par :
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
Site internet : www.ahf.ca

Conception graphique et mise en page par :
Anishinabe Printing (Kitigan-Zibi)
Kanatiio Communications (Kanesatake)

Impression par :
Anishinabe Printing (Kitigan-Zibi)

ISBN 1-897285-05-1

L'utilisation du nom « Fondation autochtone de guérison » et du logo de la Fondation est interdite.
La Fondation encourage cependant la reproduction du présent document à des fins non commerciales.

This document is also available in English.

Rapport final de la Fondation autochtone de guérison

Volume II

Mesurer les progrès : Évaluation des programmes

Rédigé par

Kishk Anaquot Health Research

2006



Table des matières

Définitions	i
1. Introduction	1
1.1 Contexte	1
1.1.1 Besoins de guérison des séquelles liées au régime des pensionnats	1
1.1.2 La Fondation autochtone de guérison	2
1.1.2.1 Activités	3
1.1.2.2 Résultats escomptés	5
2. L'évaluation	7
2.1 Enjeux conceptuels	7
2.2 Détails techniques	9
2.2.1 Planification et analyse	15
2.2.2 Qualité, précision des données et limitations	16
3. Qui, quoi, où et quand	19
3.1 Qui	19
3.1.1 Participants	20
3.1.1.1 Participation au projet de guérison	20
3.1.1.2 Participation aux projets de formation	22
3.1.1.3 Défis confrontés par les participants	24
3.1.1.4 Critères de sélection des participants	26
3.1.2 Caractéristiques et formation des équipes	26
3.2 Quoi	30
3.2.1 Répartition des ressources	30
3.2.2 Besoins identifiés	31
3.2.3 Stratégies appliquées en vue d'obtenir l'appui des personnes	35
3.3 Où	36
3.4 Quand	38
4. Partage de l'expérience et des apprentissages	43
4.1 Encourager la participation et le soutien	43
4.1.1 « Réceptivité » ou « arrimage »	49
4.2 Questions d'intérêt pour les équipes, qualités et soins	53
4.2.1 Le guérisseur/aidant compétent	56
4.3 Thérapies et programmes	63
4.4 Partenariats et viabilité	77
5. Rapport de rendement	81
5.1 Impact sur les personnes	83
5.1.1 Séquelles des pensionnats - Sensibilisation et compréhension	91

5.1.2	Guérison personnelle	92
5.1.2.1	Établir un environnement sécuritaire	93
5.1.2.2	Remontée des souvenirs et deuil	97
5.1.2.3	Réappropriation	100
5.1.3	Capacité de guérir	104
5.2	Influence sur les communautés	107
5.2.1	Première étape: Le cheminement est amorcé	111
5.2.2	Deuxième étape: Prendre son élan	117
5.2.2.1	Sensibilisation et prise de conscience vis à vis des séquelles des pensionnats	119
5.2.3	Étape trois: Frapper le mur	126
5.2.3.1	Une plus grande aptitude à encourager la guérison	128
5.2.3.2	Planification stratégique	130
5.2.4	Étape quatre: Transformation	134
5.2.5	Encourager la participation des Survivants et assurer l'imputabilité et la transparence	140
5.2.6	Répondre aux besoins	145
5.2.7	Établir des partenariats et assurer leur viabilité	148
5.3	Gérer l'amélioration des programmes	155
5.3.1	Distinction entre mesures et résultats réels	157
5.3.2	Les individus en contraste avec les communautés	159
5.3.3	Cadre de mesures proposés, stratégies et outils	161
5.3.4	Schémas d'évaluation proposés	168
6.	Conclusions	171
Annexe A)	Liste des dossiers d'examen de documents	181
Annexe B)	Modèle d'examen des documents	183
Annexe C)	Enquêtes nationales	185
Annexe D)	Entrevue nationale	231
Annexe E)	Questions pour le groupe de travail	237
Annexe F)	Critères de sélection des études de cas et sommaires des études de cas	241
Annexe G)	Questionnaire individuel du participant: Ce que vous avez vécu en cheminant vers la guérison	393
Annexe H)	Sources, types d'information et méthodes de cueillette	403
Annexe I)	Critères de sélection des participants	405
Annexe J)	Répartition des membres des équipes travaillant à plein temps ou à temps partiel par poste	407
Annexe K)	Stratégies les plus couramment utilisées pour encourager l'engagement des Survivants	409
Annexe L)	Méthodes utilisées pour assurer la sécurité des participants	411
Annexe M)	Lieux où se déroulent les projets	413
Annexe N)	Enjeux et retombées pour la collectivité	415
Annexe O)	Fréquence des leçons apprises, meilleures pratiques et défis découlant des treize	

	études de cas	417
Annexe P)	Plan de réalisation d'une vision	421
Annexe Q)	Lignes directrices pour l'analyse inductive des objectifs personnels des Survivants	425
Annexe R)	Efficacité des partenaires de la FADG	433
Annexe S)	Résultats spécifiques escomptés au niveau des apprentissages, par le biais des activités d'éducation sur les séquelles des pensionnats	435
Annexe T)	Consentement éclairé	437
Annexe U)	Sondage californien - Enfants en santé	439
Annexe V)	Programme de traitement holistique Waseya : Évaluation initiale	443
Annexe W)	Questionnaire - pré et post programme parental	457
Annexe X)	Échelle de cohérence	461
Annexe Y)	Exemple d'une fiche de rendement sur le bien-être communautaire	465
Annexe Z)	Facteurs critiques qui influencent de façon significative les résultats découlant des abus d'enfants en institutions	467
Notes		469

FIGURES

Figure 1)	Fondation autochtone de guérison : Modèle logique	6
Figure 2)	Organisations qui ont retourné les sondages de la FADG, 2001 - 2004	11
Figure 3)	Subventions approuvées, juin 1999 - mars 2005	12
Figure 4)	Participation à l'activité de guérison par identité autochtone (2004)	20
Figure 5)	Participation à l'activité de guérison par groupe cible (2004)	21
Figure 6)	Participation à la formation par identité autochtone (2004)	22
Figure 7)	Participation à la formation par groupe cible (2004)	23
Figure 8)	Sévérité des défis confrontés par les participants (2004)	24
Figure 9)	Mise de fonds de la FADG par type de projet (1999-2004)	30
Figure 10)	Distribution de ressources par identité autochtone des organisations bénéficiaires (2004)	31
Figure 11)	Coûts moyens estimés des besoins de programme par type	33
Figure 12)	Total des coûts estimés des besoins de programme par type	34
Figure 13)	Fréquence d'application de diverses approches de guérison	35
Figure 14)	Répartition des répondants par isolement géographique (2004)	36
Figure 15)	Nombre de subventions par région (2004)	37
Figure 16)	Répartition des projets par taille de la collectivité	37
Figure 17)	Arrimer réceptivité et stratégie	52
Figure 18)	Cheminement de guérison d'un Survivant	85
Figure 19)	Objectifs des répondants selon le type (2004)	87
Figure 20)	Perceptions concernant l'atteinte des objectifs personnels (2004)	90
Figure 21)	Types de services utilisés (2004)	96
Figure 22)	Évaluation des types services (2004)	96
Figure 23)	Évaluation des sessions de counselling en groupe (2004)	98

Figure 24)	Évaluation des sessions individuelles de counselling, par thème spécifique (2004)	99
Figure 25)	Évaluations des sessions de counselling individuelles, par objectifs sélectionnés (2004)	100
Figure 26)	Perceptions relatives au rendement – Objectifs des projets (2004)	101
Figure 27)	Cheminement de guérison communautaire	110
Figure 28)	Perceptions des équipes liées au nombre d'enfants vivant dans des situations à risque, selon la durée du projet	135
Figure 29)	Influence du temps sur la perception des variables sélectionnées	139
Figure 30)	Fréquence de l'engagement des Survivants dans la gestion des projets, selon le type d'activité (2002)	145
Figure 31)	Capacité de rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants (2004)	146
Figure 32)	Montant total des fonds contribués, selon la source (2004)	152
Figure 33)	Financement régulier - Montant total, selon la source (2004)	153
Figure 34)	Valeur totale des dons, selon le type (2004)	154
Figure 35)	Appréciation des activités de la FADG	155
Figure 36)	Se concentrer sur le changement	158
Figure 37)	Influence réciproque d'un changement de relation	167
Figure 38)	Schéma de mesure des activités qui ont eu lieu après le projet	168
Figure 39)	Schéma de comparaison équivalente des activités qui ont lieu après le projet	168
Figure 40)	Schéma de comparaison non équivalente des activités qui ont lieu après le projet	169
Figure 41)	Comparaison des différentes approches de guérison ayant lieu après le programme	170
Figure 42)	Facteurs Influençant la décision de s'engager dans une cheminement de guérison	178

TABLEAUX

Tableau 1)	Catégories de projets financés par la Fondation autochtone de guérison	4
Tableau 2)	Cinq méthodes appliquées à l'évaluation	7
Tableau 3)	Questions fondamentales relatives à l'évaluation	8
Tableau 4)	Description des projets des études de cas	14
Tableau 5)	Représentation des Autochtones dans les postes à temps plein et à temps partiel au sein des équipes	27
Tableau 6)	Besoins des projets financés par la FADG, par ordre de priorité (2000 et 2002)	32
Tableau 7)	Atteindre ceux qui ne sont pas « prêts »	51
Tableau 8)	Qualités d'un bon guérisseur/aidant	60
Tableau 9)	Aptitudes d'un bon guérisseur/aidant	61
Tableau 10)	Approches occidentales, traditionnelles et d'alternative utilisées pour traiter les séquelles des pensionnats	71
Tableau 11)	Analyse inductive des buts des participants (2004)	88
Tableau 12)	Première étape: le cheminement commence—Indicateurs de guérison communautaire proposés	116
Tableau 13)	Étape deux: Prendre son élan - Indicateurs de guérison communautaire	124

Tableau 14)	Étape trois: Frapper le mur - Indicateurs de guérison communautaire	132
Tableau 15)	Étape quatre: Transformation - Indicateurs de la guérison communautaire	137
Tableau 16)	Projets inclus dans les études de cas - activités de reddition de compte et engagement des Survivants	142
Tableau 17)	Établissement des partenariats	149
Tableau 18)	Questions-clé pour mesurer le rendement	159
Tableau 19)	Suggestions relatives aux renseignements recueillis auprès des individus à l'étape de l'accueil et du suivi	161
Tableau 20)	Évaluation du progrès des participants - Questions d'évaluation et Indicateurs potentiels	162
Tableau 21)	Indicateurs de changement - relation avec soi	165
Tableau 22)	Indicateurs de changement - relation avec autrui	166

Le Conseil d'administration
1998 - 2005

John Amagoalik
Garnet Angeconeb
Simona Arnatsiaq
Charlene Belleau
Jerome Berthelette
Roy Bird
Rose-Marie Blair
Janet Brewster
Paul Chartrand
Angus Cockney
Keith Conn
Marlyn Cook
Ken Courchene
Darliea Dorey
Yvon Dumont
Georges Erasmus
Phil Fontaine
Martha Flaherty
Dan George
Wendy Grant-John

Sandra Ginnish
Susan Hare
Maggie Hodgson
Richard Kistabish
Carrielynn Lamouche
Bill Lightbown
Ann Meekitjuk-Hanson
Teresa Nahanee
Elizabeth Palfrey
Dorris Peters
Debbie Reid
Gene Rheaume
Viola Robinson
Fred Sasakamoose
Grant Severight
Louis Tapardjuk
Navalik Helen Tologanak
David Turner
Charles Weaselhead
Cindy Whiskeyjack

L'Équipe de préparation du rapport final :

Georges Erasmus, Président, Fondation autochtone de guérison
Garnet Angeconeb, Directeur, Fondation autochtone de guérison
Mike DeGagné, Directeur-Général, Fondation autochtone de guérison
Marlene Brant Castellano, auteur, Volume I
Kim Scott, Kishk Anaquot Health Research, évaluatrice et auteur, Volume II
Linda Archibald, auteur, Volume III
Gail Valaskakis, Directrice de la recherche, Fondation autochtone de guérison
Jackie Brennan, Adjointe Exécutive à la Directrice de la recherche, Fondation autochtone de guérison
Flora Kallies, Agente de la recherche, Fondation autochtone de guérison
Janice Horn, Agente de la recherche, Fondation autochtone de guérison
Pat Shotton, Consultante en services informatiques, Fondation autochtone de guérison
Michel Dahan, Éditeur, Fondation autochtone de guérison
Giselle Robelin, Traductrice
Liliane Gideon, Traductrice

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.

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 le plus 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.

Coordonnateur de soutien communautaire (CSC) - le personnel régional de la Fondation autochtone de guérison dont le rôle est de fournir conseils dans le développement de programme au niveau de proposition; place les communautés en relation avec d'autres communautés dont le travail est similaire; aide les demandeurs à établir des liens et des partenariats; et procure de l'information sur le matériel de programme de la FADG, ou de recherche, de services, de programmes ainsi que d'autres sources de financement existantes.

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.

Démarches de guérison - se réfère à toutes les activités de guérison, que ce soit celles entreprises au niveau des programmes, des foyers (familles), des institutions ou des centres de guérison.

Développement des capacités - signifie l'amélioration, le perfectionnement des compétences, des aptitudes, des connaissances des guérisseurs, des administrateurs de projets, des bénévoles et des membres de la communauté.

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.

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 - guérison de toutes les dimensions humaines : mentale, spirituelle, physique et émotionnelle.

Guérison individuelle - se concentre 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 - se réfère aux résultats qui peuvent être raisonnablement escomptés sur une période de 10 à 15 ans.

Médian - le médian ou la valeur médiane représente la valeur « du milieu » ou celle qui se trouve à « michemin. » Elle est utilisée en statistique pour représenter la valeur centrale. Autrement dit la moitié des valeurs seront inférieures à la valeur médiane, l'autre moitié lui sera supérieure.

Meilleures pratiques ou pratiques prometteuses - modèles, approches, techniques et initiatives basés sur des expériences autochtones; qui sont acceptables pour les Survivants et leurs familles; et dont le résultat entraîne des changements positifs dans la vie des personnes.

Moyenne - la moyenne est ce qui tient « le milieu » entre deux extrêmes. Elle est utilisée dans le domaine des statistiques et se calcule en additionnant les valeurs de deux ou plusieurs éléments et en divisant la valeur totale additionnée de ces éléments par le nombre d'éléments.

(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.

Peuple autochtone ou Autochtone - comprend les Métis, les Inuits et les Premières Nations, peu importe s'ils habitent au Canada ou non et s'ils sont des Indiens « inscrits » aux termes de la *Loi sur les Indiens* du Canada.

Pivot - d'une importance suprême, cruciale.

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.

Répercussions intergénérationnelles - se réfère aux séquelles des pensionnats sur les enfants et les petits-enfants de ceux qui ont 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.

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

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

Viabilité - une indication de longévité au-delà de l'existence de la Fondation autochtone de guérison, soit à partir de contributions financières venant d'ailleurs ou à partir d'effort volontaire.



Introduction

Ce volume est la consolidation d'un ensemble de rapports d'évaluation annuels, faisant l'examen du processus et des incidences, qui ont été publiés pendant la période de 2001 à 2003. Le premier rapport, *Rapport intérimaire : évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison (2001)*, portait essentiellement sur les phases de développement de la Fondation autochtone de guérison (ci-après désignée la FADG). Le deuxième rapport intitulé *Cheminement et équilibre - Deuxième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison (2002)* s'est penché sur l'atteinte des résultats obtenus à court terme. Quant au *Troisième rapport intérimaire : Évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison (2003)*, il a fusionné l'évaluation du processus et des incidences, l'intention principale étant de faire ressortir les nouvelles données d'information et d'étoffer les données recueillies à l'aide d'un questionnaire d'évaluation.

1.1 Contexte

1.1.1 Besoins de guérison des séquelles liées au régime des pensionnats

Le régime des pensionnats pour enfants autochtones était l'approche favorisée pour « civiliser » les premiers habitants du Canada vers les années 1830, sur l'initiative des missionnaires chrétiens. Le régime des pensionnats a été introduit comme politique gouvernementale canadienne, à la suite du rapport sur le fonctionnement des écoles industrielles aux États-Unis par Nicholas Flood Davin en 1879 respectant alors le mandat qui originait du Premier Ministre Sir John A. MacDonald.

L'existence des pensionnats a été ratifiée en vertu d'ententes contractuelles entre le gouvernement du Canada et les Églises catholique, anglicane, méthodiste (unie) et presbytérienne. Les pensionnats étaient également gérés par les Églises mennonite et baptiste ainsi que par l'Armée du Salut. Ces écoles opéraient avec l'intention spécifique de faire disparaître les cultures autochtones. Comme le déclarait l'ancien premier ministre John A. MacDonald : [TRADUCTION] « Le grand objectif de nos mesures législatives était de se débarrasser du système tribal et d'assurer l'assimilation des Indiens à tous les égards pour qu'ils deviennent semblables aux autres membres du Commonwealth, aussi rapidement qu'ils étaient en mesure de changer. »¹ En leur interdisant de parler leur langue, de communiquer avec leurs frères et sœurs si ceux-ci étaient de sexe opposé, de garder des liens d'affection avec leurs parents et leurs grands-parents, on a du coup arraché ces élèves aux influences culturelles et psychologiques importantes qui sécurisaient leurs jeunes vies. Le fait que des générations d'enfants ont grandi dans des institutions austères, un véritable régime militaire, les privant d'affection, de liberté personnelle, de leur droit à l'intimité et à la sécurité, ont fait en sorte que des générations entières de jeunes autochtones, au moment de fonder leur propre famille, se sont retrouvés mal préparés pour élever leurs enfants.

Reconnaître que l'expérience des pensionnats a des effets néfastes à long terme sur les enfants autochtones commence tranquillement à faire son petit chemin dans la conscience des Canadiens. Les Autochtones mêmes, dans plusieurs cas, ont été inconscients de la relation entre la privation, l'humiliation et la violence qu'ils ont connues sous le régime des pensionnats et les défis subséquents à leur bien-être physique, social, émotionnel et spirituel. Des histoires de séparation de la famille, la faim et une discipline sévère des enseignants et des superviseurs a circulé d'une famille à l'autre parfois agrémentées de récits de résistance.

Bien que l'on se réfère aux écoles comme écoles résidentielles pour Indiens, les enfants métis étaient acceptés afin de combler les places vacantes tout au long de leur histoire. Entre 1955 et 1970, les écoles résidentielles et les pensionnats pour élèves inuits étaient en opération dans le Nord, sous l'autorité fédérale. Avant 1955 les églises anglicane et catholique romaine dans l'arctique, avaient le contrôle opérationnel des pensionnats avec des subsides provenant du fédéral. Après 1970, les écoles passèrent sous le contrôle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1969 le gouvernement du Canada et les églises mirent fin à leur partenariat en ce qui touchait la gestion des pensionnats et adoptèrent une politique pour le démantèlement du système des pensionnats.² Entre les années 1800 et 1990, plus de 130 écoles résidentielles, industrielles et pensionnats ainsi que des écoles d'hébergement du Nord sous la tutelle des églises étaient en opération à un moment donné, ce nombre atteignant un sommet de 80 en 1931.³ Le dernier pensionnat sous la tutelle du fédéral a fermé ses portes en 1996.⁴

Jusqu'en 1980 une conspiration du silence a réussi à faire taire des milliers d'histoires des Survivants des pensionnats. Il y avait un nombre considérable d'étudiants qui sont morts pas longtemps après leur départ de l'école, leur état de santé précaire ou qui ont été enterrés sur la propriété de l'école, victimes de malnutrition et de maladie. D'autres ont renié leurs racines autochtones du mieux qu'ils ont pu, se perdant dans l'anonymat des villes ou établissant des familles auxquelles ils n'ont jamais révélé leur passé. Et il y a certains qui ont quitté les écoles transportant un bagage intolérable de colère et de honte, totalement déconnectés de la société. Dans les décades finales du 20^{ème} siècle, le silence entourant les Survivants du régime des pensionnats a été brisé et le lien entre les abus initiaux et la détresse résultante a été reconnue dans le discours public. Récemment les Autochtones ont reconnu la relation entre les effets intergénérationnels du régime des pensionnats et les cycles des abus.

Les abus physiques et sexuels perpétrés dans ces pensionnats ont laissé dans leur sillage toute une suite de profondes blessures se manifestant par un faible niveau d'estime de soi, une colère latente, de la dépression, de la violence, des dépendances, des relations interpersonnelles malsaines et un manque de compétences parentales, de la peur, de la honte, des obsessions, des douleurs physiques et de l'anxiété. Les effets cycliques (des répercussions intergénérationnelles) de ces traumatismes non résolus sont évidents en constatant que la génération suivante adopte les mêmes comportements d'adaptation et la même conduite. Il est essentiel, pour que les communautés autochtones redeviennent des environnements sains et équilibrés où les enfants sont élevés avec amour, de briser le cycle d'abus. La Fondation autochtone de guérison a mis de l'avant une mission et une vision qui visent précisément à faire cesser ces abus et à appuyer les familles dans leur démarche d'apprentissage et de cheminement vers leurs bien-être.

1.1.2 La Fondation autochtone de guérison

La FADG est une corporation à but non lucratif, ayant reçu des fonds du gouvernement fédéral, qui est administrée par des Autochtones. Établie le 31 mars 1998, elle a pour mandat d'appuyer des projets de guérison communautaires menés par des Métis, des Inuits et des membres des Premières Nations des réserves et de l'extérieur des réserves subissant l'influence directe ou indirecte des abus physiques et sexuels commis dans les pensionnats. La FADG constitue la pierre angulaire de *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les peuples autochtones* (annoncé le 7 janvier 1998), une stratégie du gouvernement du Canada visant à amorcer le processus de renouveau et de réconciliation avec les peuples autochtones. Sa mission est d'encourager et d'appuyer les Autochtones (c.-à-d. les jeunes, les Aînés, les homosexuels et les lesbiennes, les femmes et les personnes incarcérées) à concevoir, à développer et à renforcer des démarches de guérison

visant à traiter les effets des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. Dans son approche, la FADG considère les peuples autochtones comme les agents de transformation les plus importants et elle mise sur les forces et la capacité inhérente des communautés à se guérir elles-mêmes. L'objectif final ou à long terme de la FADG est le suivant :

[TRADUCTION] toutes les personnes qui ont été affectées par les abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats ont confronté les expériences traumatisantes qu'elles ont vécues et ont guéri une grande partie de leurs blessures. Elles ont brisé le cycle des abus et elles ont développé et ont de manière significative renforcé leurs capacités aux niveaux individuel, familial, communautaire et national, jetant ainsi les bases d'un plus grand bien-être pour elles-mêmes et les générations futures.⁵

1.1.2.1 Activités

Au départ, sous les catégories de programmes admissibles pour le financement entraînent une grande diversité de thèmes, notamment la guérison, le rétablissement de l'équilibre, le développement et le renforcement des capacités des Autochtones, la commémoration et la restauration de l'historique des faits. Au début du processus, la FADG a investi beaucoup d'efforts dans l'identification des besoins, dans l'élaboration et la planification de programmes. Cette façon de procéder a permis aux collectivités de s'attaquer aux effets laissés par les pensionnats en enlevant des pelures. À mesure de l'évolution de la FADG, son appui financier a ciblé plus précisément des projets pouvant optimiser les retombées sur la communauté, assurer la durabilité des activités, de même que ceux répondant aux besoins de guérison des personnes les plus affligées par les séquelles des abus physiques et sexuels au moyen de méthodes et techniques de guérison éprouvées, sûres. Le tableau 1 présente les types de projets admissibles pour obtenir du financement.

Tableau 1) Catégories de projets financés par la Fondation autochtone de guérison

Services de guérison	fournir directement des soins de guérison au moyen d'approches traditionnelles et modernes axées sur la collectivité, la famille ou la personne, et qui respectent les normes d'éthique des traitements thérapeutiques et de la guérison axée sur la collectivité
Prévention et sensibilisation	mener des activités qui visent à sensibiliser la population sur les séquelles des abus physiques et sexuels, sur la détection précoce et la prévention des effets des abus
Conférences	des réunions comprenant des animateurs, des séances et des participants d'une vaste région géographique
Honorer l'Histoire	monuments commémoratifs, généalogie et autres projets liés au souvenir
Formation	donner une formation ou une instruction spécialisée aux guérisseurs et élaborer un programme en vue d'établir une capacité durable concernant le processus de formation
Développement des connaissances	recherche en conception de programmes et en mise en valeur du potentiel
Évaluation de besoins	évaluation des besoins en matière de guérison dans la collectivité
Conception et mise en oeuvre de projets	des projets qui ne touchent que le démarrage, sans offrir aucun service

Ces types de projet ne doivent pas être considérés comme des activités étant mutuellement exclusives; cette catégorisation vise plutôt à fournir une plus grande spécificité, clarté et organisation dans un continuum ou une séquence d'activités que la FADG a financées.

La FADG a développé des approches stratégiques afin de faire face aux nombreux défis auxquels elle a été confrontée depuis sa création. Au moment de sa création en 1998, la FADG a relevé ces défis d'établir un processus pour financer des projets de guérison communautaires pour traiter des séquelles du régime des pensionnats sur une base de qualité, de capacité et d'équité. En plus de développer ce processus, la FADG a fait face à la complexité et à l'énormité du manque de conscientisation et de résistance dans de nombreuses communautés autochtones; bâtir une base de connaissance reliée aux séquelles des pensionnats; éduquer le public canadien; et clarifier la confusion associée entre la guérison et la compensation. Pour faire face à ces défis, la FADG a développé des approches stratégiques pour favoriser l'accès au financement et pour répondre aux besoins de guérison exprimés par les communautés. Au cours de sa première année seulement, la FADG a mis sur pied un programme d'aide pour le développement de projets (PDA), programme qui a procuré du financement aux communautés pour les aider à développer des demandes pour des projets pertinents et viables. Dans les premiers jours du processus, la FADG a également embauché des coordonateurs d'aide communautaire (CSC) qui ont tenu des ateliers à travers le pays pour expliquer le processus de financement aux Survivants et aux groupes communautaires. Ce programme a graduellement disparu vers le mois d'août 2003 avec une exception pour le Nord, qui possède un coordonateur d'aide communautaire disponible pour les communautés inuites.

La FADG a également initié des rassemblements régionaux dans un effort de transparence et de redevabilité auprès des communautés autochtones. Vingt-sept rassemblements régionaux ont eu lieu à travers le pays pour permettre aux communautés autochtones de présenter leurs doléances et de faire rapport sur les activités ainsi que sur l'état des finances de la FADG. En réponse à trois évaluations d'impact et aux besoins exprimés par les Survivants, les communautés et les projets, les processus d'application de la FADG et du suivi, ont été restructurés au cours des années et les priorités de financement ont été continuellement épurées. En six ans la FADG a publié trois guides d'application, chacun d'eux plus compréhensible que le précédent et guidé par les priorités de financement qui ont résulté des trois enquêtes nationales, des 13 études de cas et d'autres recherches entreprises à des fins d'évaluation qui ont permis d'établir les priorités de financement au cours du temps.

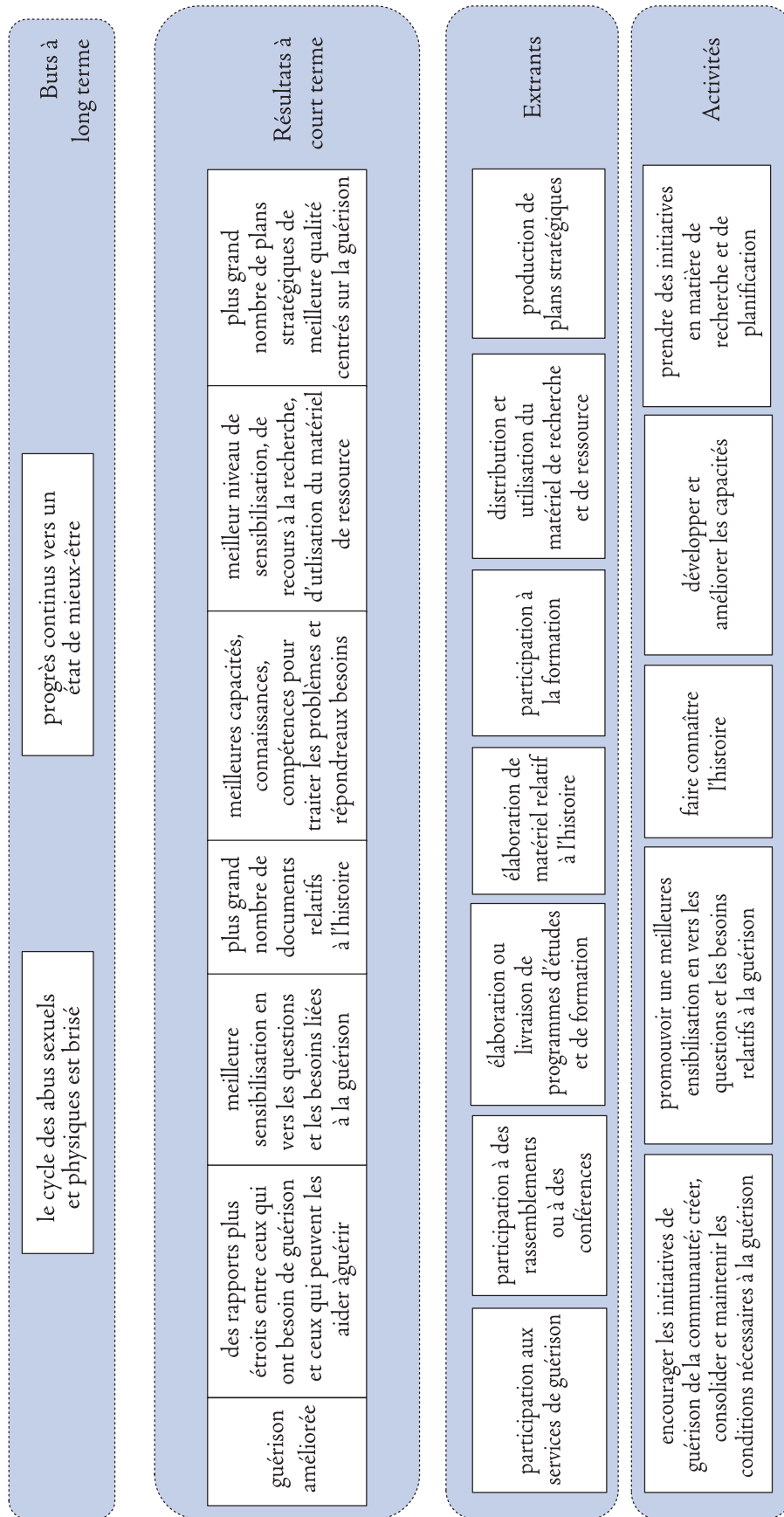
1.1.2.2 Résultats escomptés

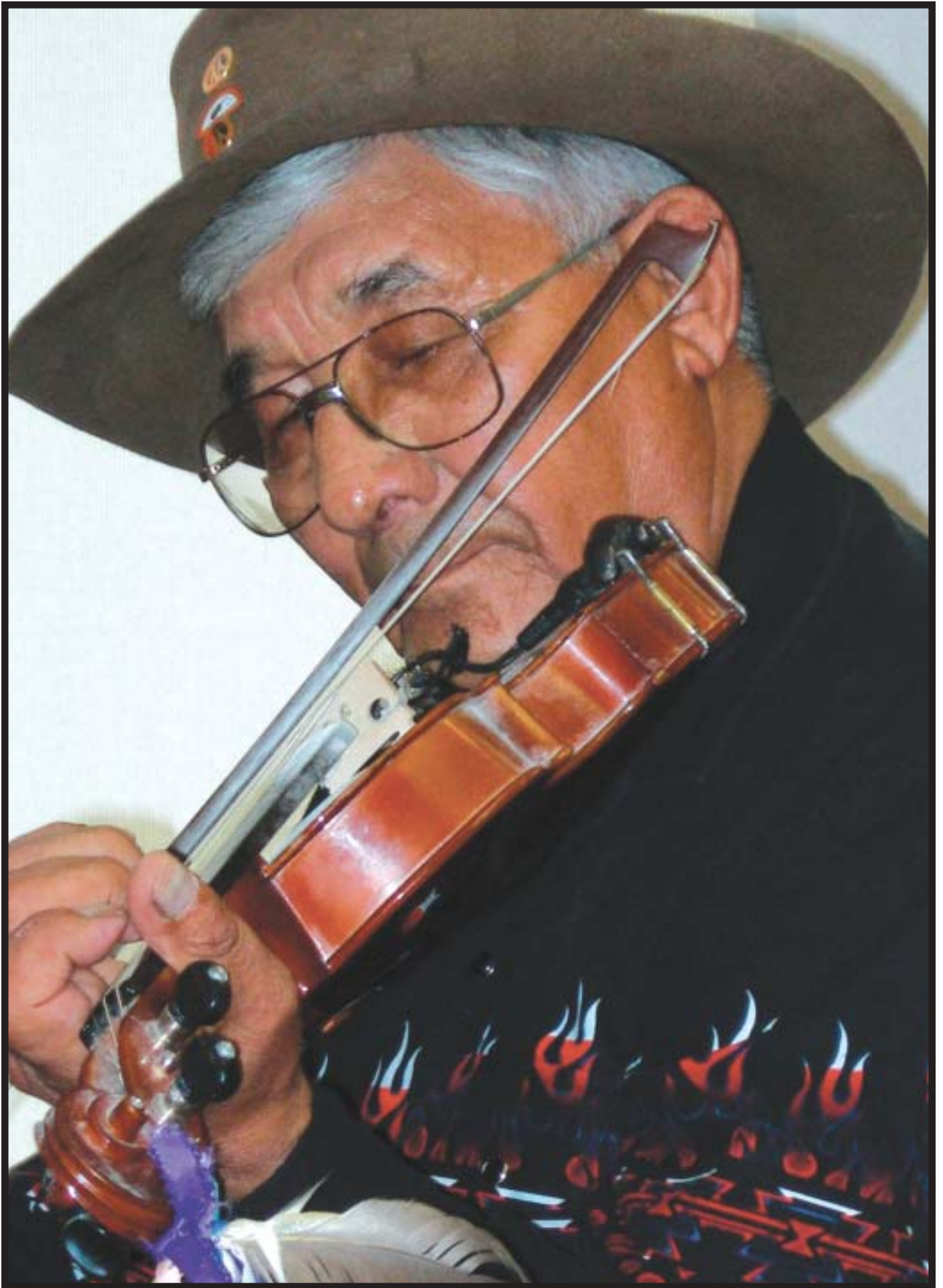
Fondamentalement, la FADG anticipait que ces activités financées donneraient lieu à des expériences visant à répondre aux besoins de guérison des Survivants ayant fréquenté les pensionnats et aux personnes affectées par les répercussions intergénérationnelles. Comme prévu, ces activités auront pour résultat :

- un niveau de sensibilisation et de compréhension des impacts directs et intergénérationnels des pensionnats, de même que des questions relatives à la guérison et aux besoins de guérison des Survivants;
- une capacité accrue des Autochtones à s'engager dans des professions ou dans des activités reliées à la guérison;
- des liens positifs renforcés entre les personnes souffrant des séquelles laissées par les pensionnats et celles pouvant les aider à les guérir;
- une planification stratégique axée sur la guérison;
- un plus grand nombre de documents et de publications portant sur l'histoire et rehaussant l'honneur et la dignité des personnes ayant souffert;
- le sentiment accru de guérison, d'un meilleur équilibre, défini de façon générale comme la reconquête de tout ce qui a été perdu au cours et à la suite de la fréquentation des pensionnats.

Par ricochet, on s'attend à ce que ces résultats à court terme assurent des conditions pouvant faciliter des activités de guérison *durables* et mettre fin au cycle intergénérationnel de l'abus physique et sexuel et de toutes autres formes d'abus. Dans la figure 1, on fait la représentation du rapport logique entre les activités, les résultats et les objectifs à long terme.

Figure 1) Fondation autochtone de guérison : Modèle logique





L'évaluation

2.1 Enjeux conceptuels

De prime abord, il est important d'établir clairement que les efforts d'évaluation du *programme*⁶ de la FADG sont décrits dans ce volume pour répondre des résultats essentiels de la Fondation devant ses principaux partenaires et parties concernées, notamment les personnes affectées par les séquelles laissées par les pensionnats (c.-à-d. les Survivants, leur famille et leur communauté), les partenaires intervenants, les alliés/défenseurs de la cause, ainsi que les bailleurs de fonds – y compris le gouvernement du Canada ayant un intérêt certain relativement à l'atteinte des objectifs recherchés. Comme autres buts poursuivis par cette évaluation, on veut déterminer la contribution de la FADG à l'atteinte des buts et objectifs *initiaux*, offrir un bon aperçu aux premiers preneurs de décisions et aux autres utilisateurs de l'information, de même que partager l'apprentissage et l'expérience acquis par les personnes en voie de guérison des séquelles des pensionnats. Le tableau 2 présente les principales caractéristiques de cette approche mixte qui a été appliquée.

Tableau 2) Cinq méthodes appliquées à l'évaluation⁷

Procédure	Aspect dominant	Principale question	Rôle de l'évaluateur	Type d'évaluation
Expérimentale	Design de la recherche	Quelle est l'influence des activités du programme et comment peuvent-elles être généralisées?	Expert/scientifique	
Orientée vers les objectifs	Buts et objectifs	Quels sont les buts et objectifs et comment peuvent-ils être mesurés?	Spécialiste de la mesure	Impact
Orientée vers la prise de décision	Prise de décision	Quelles décisions faut-il prendre et quelles sont les informations nécessaires pour une prise de décision éclairée?	Facilitateur de la prise de décision	Processus
Orientée vers les utilisateurs	Utilisateurs de l'information	Qui sont les utilisateurs potentiels et quelles informations peuvent leur être les plus utiles?	Collaborateur	
Souple		Quelles sont les personnes qui ont un intérêt personnel dans le programme et quels sont leurs points de vue?	Conseiller/facilitateur	

Le dialogue entre les équipes de projet et les Survivants est utilisé pour produire la connaissance, diriger l'action et évaluer le mérite des efforts tout en améliorant la motivation et la capacité de gérer en vue d'obtenir des résultats.

Certaines considérations de nature politique gravitent autour du fait que la Fondation autochtone de guérison est une entité autochtone, dirigée et administrée par des Autochtones. De plus, reconnaître publiquement la FADG, c'est reconnaître les traumatismes institutionnels subis et les répercussions intergénérationnelles découlant de l'internement des enfants autochtones dans les pensionnats. Le comité de Recherche et Évaluation de la FADG supervise le travail de l'équipe d'évaluation, incluant un facilitateur national externe. Kishk Anaquot Health Research, qui se spécialise dans la « décolonisation » de la façon de mener l'évaluation a été chargée de réaliser ce projet. En d'autres mots, assurer un équilibre entre la conformité rigoureuse aux paramètres associés à la confiance et une approche stratégique ou tactique qui est d'abord et avant tout responsable devant les personnes survivantes et leur famille, de même que devant les autres autorités morales internes où l'information qualitative affiche une certaine prédominance, a été pris en considération dans la mesure permise par les ressources. Malheureusement, l'évaluation ne s'est pas déroulée dans une langue choisie par les Autochtones; toutefois, une version populaire du rapport sera préparée. Les ressources consacrées à cette évaluation comprenaient les efforts conjoints de facilitateurs externes et de membres du personnel de la FADG. Ce rapport devrait être apprécié dans la mesure où il permet à la collectivité de livrer ses opinions et de partager les motifs d'une orientation future en traitant les séquelles des abus physiques et sexuels. Les questions fondamentales relatives à l'évaluation apparaissent au tableau 3.

Tableau 3) Questions fondamentales relatives à l'évaluation

<p>Orientation vers un but Quelle est la preuve que la FADG a contribué aux résultats souhaités et aux expériences ?</p>	<p>Quels ont été les effets sur les participants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • la compréhension et la prise de conscience des séquelles des abus physiques et sexuels • la guérison • les aptitudes à titre de guérisseurs <p>Quels ont été les effets sur la collectivité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • la compréhension et la prise de conscience des séquelles des abus physiques et sexuels • des liens entre ceux qui ont souffert et ceux qui sont en voie de guérison • une planification stratégique en insistant sur la guérison • la guérison • la réconciliation • des partenariats en place • une documentation et une publication de l'histoire et de la vénération de ceux qui ont souffert
<p>À l'intention des utilisateurs et des preneurs de décisions Qu'est-ce qui améliorera le succès ?</p>	<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 ? Avons-nous répondu aux besoins ? Le processus de guérison est-il durable ?</p>

Ces questions ont été établies dans le but de déterminer les incidences à court terme qu'ont eues les efforts de financement de la FADG. L'évaluation des incidences à long terme s'avère peu réalisable à cette étape de l'initiative.

2.2 Détails techniques

Comme méthodes de collecte de données, on a eu recours à la révision de documents, à des enquêtes nationales, à des entretiens individuels téléphoniques, à des groupes de discussion, à des études de cas et à des évaluations directes.

Révision de documents

En 2000, un échantillon de 36 projets financés par la FADG sélectionnés au hasard, auquel on a ajouté les données de deux projets inuits et d'un projet des Métis pour s'assurer d'une représentativité équitable, ont été examinés (se reporter à l'annexe A pour obtenir une liste complète des projets révisés). De l'information a été extraite de ces dossiers par le biais d'un guide préétabli conçu principalement pour répondre à des questions d'évaluation (se reporter à l'annexe B) et aussi pour identifier quelle information serait disponible et utilisable facilement. De façon plus spécifique, l'information recherchée visait à collecter des indications de retombées ou d'incidences, des pratiques prometteuses, les caractéristiques des groupes cibles, des défis, des leçons retenues, des stratégies d'évaluation, des estimations, des recommandations ainsi que les efforts de développement de capacités. De plus, on a passé en revue des comptes rendus de 27 rencontres dans le but de cerner les problèmes et les sujets de préoccupation communs. En tout, il y a eu 2 537 personnes qui ont participé à ces rencontres et qui ont répondu à une invitation faite à tout le monde par l'entremise d'annonces dans les journaux et à la radio. Ces invitations ont aussi été envoyées par la poste et par télécopieur, suivies d'un appel téléphonique de relance. En dernier lieu, les données d'information extraites des bases de données internes de la FADG ont constitué la source primaire d'information sur la distribution des ressources financières réparties par groupes cibles, par types de projet et par situation géographique.

Enquête nationale

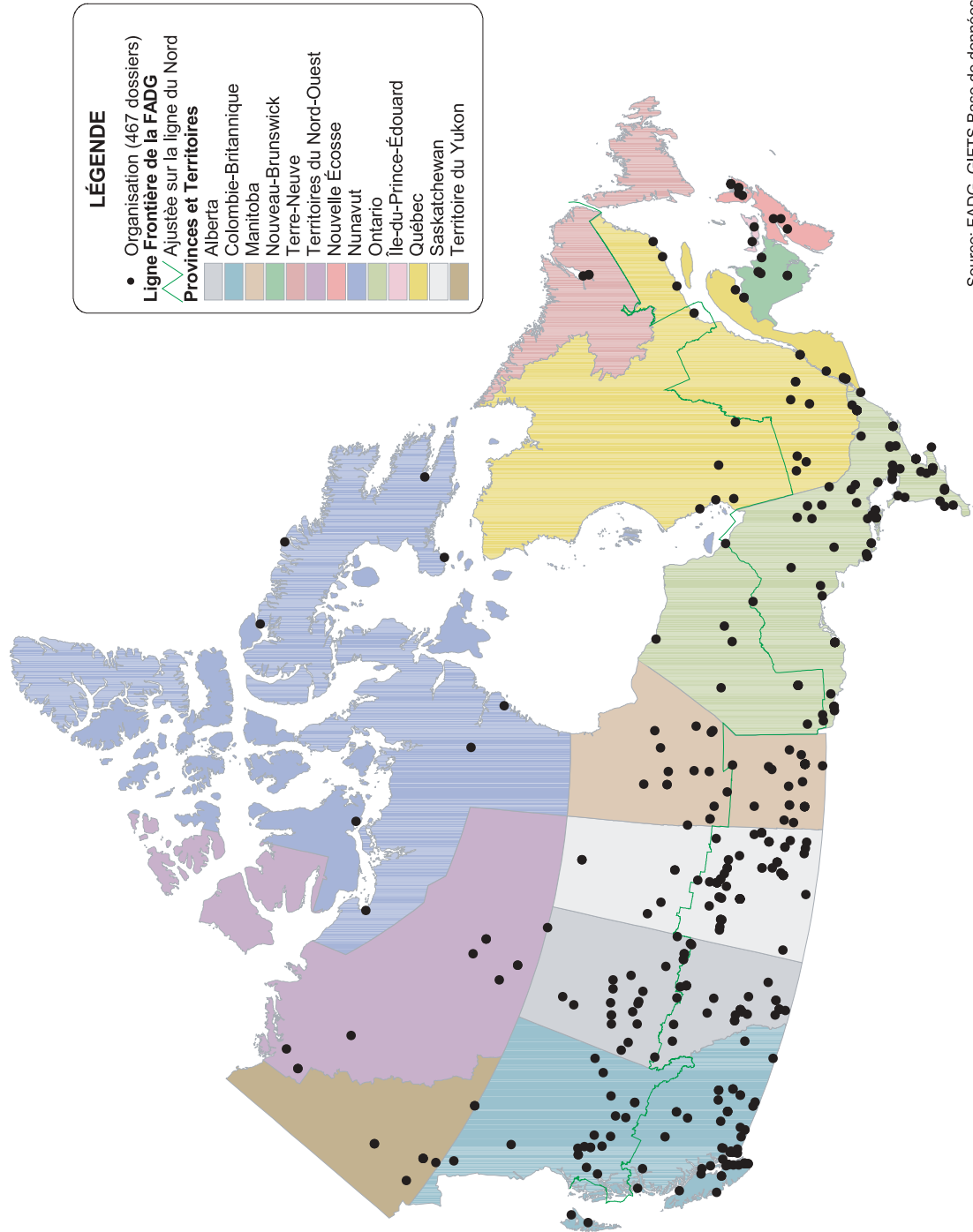
Une fois la révision des 36 dossiers de projets complétée, une enquête envoi/retour par la poste a été mise de l'avant pour permettre de combler les lacunes. Cette première version de l'enquête nationale a été menée à six endroits à titre expérimental et elle a été révisée en fonction de la rétroaction obtenue. Quant à la deuxième version de l'enquête, malgré les modifications apportées, elle n'a pas permis d'obtenir de l'information sur les incidences des projets;⁸ pour ce qui est de la troisième version, elle a été beaucoup réduite afin de centrer l'attention sur des variables clés, notamment :

- la participation à la formation et à la guérison par groupe cible;
- la situation géographique;
- la composition de l'équipe;

- les besoins particuliers et prioritaires;
- les partenariats;
- la participation des Survivants;
- la durabilité.

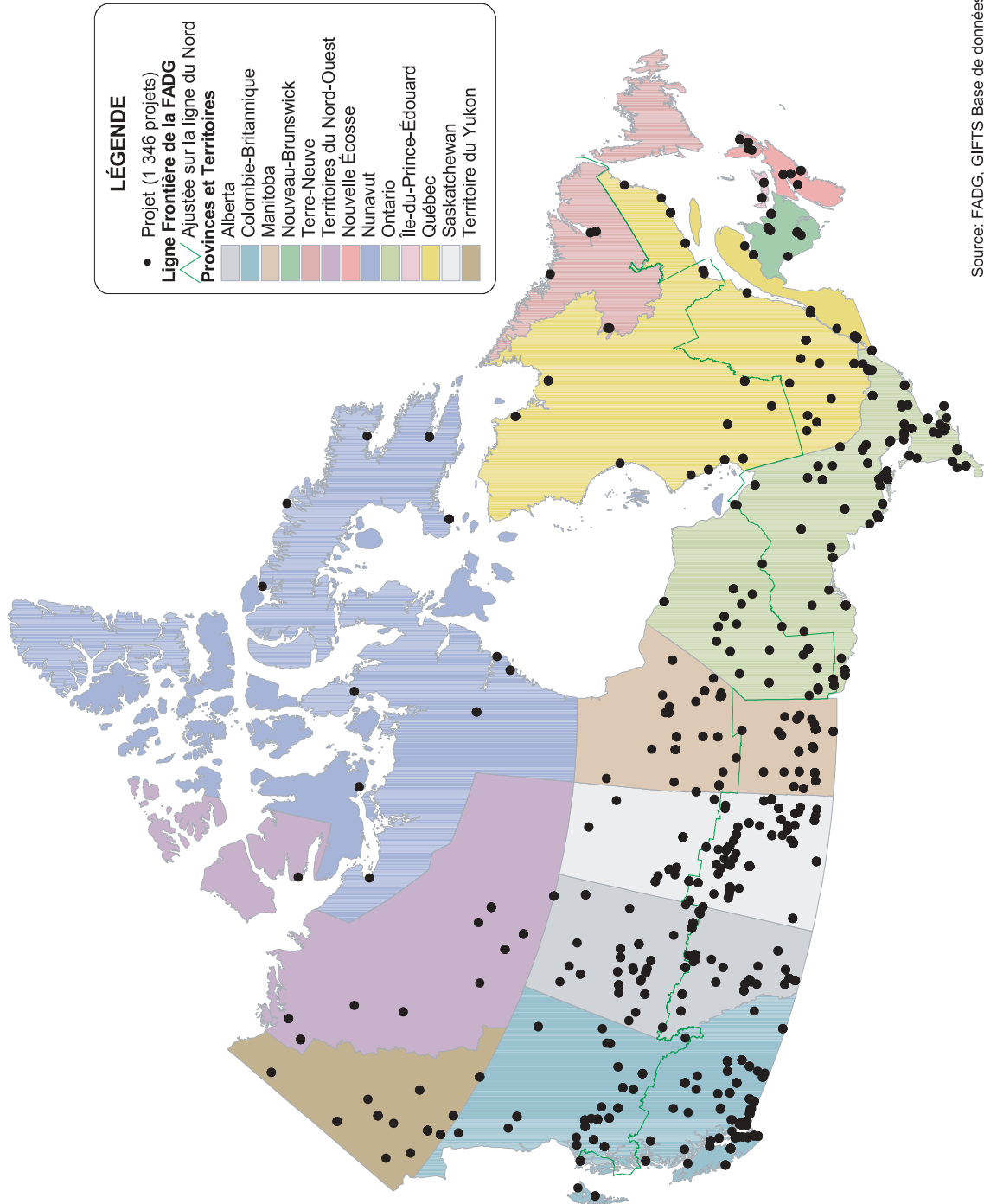
Les trois enquêtes nationales s'adressaient à des organisations ou à des projets actifs à ce moment-là; elles ont été envoyées en français et en anglais, suivies d'un appel téléphonique de relance pour s'assurer qu'on y donnait suite. La première enquête nationale a été envoyée par la poste (janvier 2001, pour l'année 2000) à 344 titulaires de subventions faisant partie de 274 organisations. Un total de 208 questionnaires provenant de 195 organisations ont été reçus. Cependant, des cas ont été pondérés afin de tenir compte des données manquantes de la part d'organisations ayant obtenu plus d'une subvention. Avec la pondération, le taux de réponses passe à 253 ou 74 pour cent. La deuxième enquête nationale (décembre 2002) a été aussi envoyée par la poste à 384 organisations ayant des titulaires de subvention à qui on a demandé de remplir un seul questionnaire et de fournir de l'information sur tous leurs projets financés en cours en ce moment-là.; nous avons obtenu 176 réponses. Finalement, la troisième enquête nationale (août 2004) a elle aussi été envoyée par la poste à 447 organisations ayant une entente de contribution se terminant au 31 mars 2004 ou après cette date; cette fois encore, nous leur avons demandé de remplir un seul questionnaire pour décrire ce qui a été accompli simultanément par l'ensemble de leurs projets subventionnés. Un total de 209 questionnaires a été reçu. Vous trouverez à l'annexe C les trois questionnaires d'évaluation de ce processus national et la distribution géographique de l'échantillon autosélectionné illustrée dans la figure 2. (Une carte illustrant la localisation de tous les projets financés dans la figure 3.)

Figure 2) Organisations qui ont retourné les sondages de la FADG, 2001 - 2004



Source: FADG, GIFTS Base de données

Figure 3) Subventions approuvées, juin 1999 - mars 2005



Source: FADG, GIFTS Base de données

Entretiens individuels téléphoniques

Des entrevues par téléphone ont été menées par des membres du conseil d'administration et du personnel de la FADG auprès de personnes choisies en raison de leur connaissance approfondie de l'activité communautaire. Ces entretiens faisant partie d'un processus national avaient pour but de recueillir les opinions des personnes interviewées relativement à la répartition des ressources, aux besoins prioritaires, aux leçons retenues, aux défis à relever et d'obtenir leurs recommandations. Le questionnaire conçu pour les entretiens se trouve à l'annexe D.

Groupes de discussion

Dans le cas des six groupes de discussion nationaux, porte-parole de projets « prometteurs, »⁹ on a mis en application une stratégie d'échantillonnage intentionnelle. On a fourni à ces équipes une recension des connaissances acquises à ce moment-là, liées entre autres aux qualités attribuées aux guérisseurs, aux approches ou méthodes thérapeutiques, à l'état de réceptivité dans une démarche de guérison et aux indicateurs communautaires de changement. Des questions leur ont été posées pour obtenir plus de détails concernant chacun des sujets d'intérêt dans le but de circonscrire les tendances générales et les particularités. Le cadre de discussion de ces groupes de discussion nationaux est présenté à l'annexe E.

Études de cas

Nous nous sommes servis d'études de cas pour évaluer l'incidence du programme de financement de la FADG, en tenant compte de la diversité des initiatives pour traiter des séquelles qui ont été appuyées en très grand nombre.¹⁰ Une variation maximum de la stratégie d'échantillonnage a été utilisée pour s'assurer que les cas choisis étaient représentatifs de tous les groupes autochtones, des catégories de besoins particuliers et des collectivités dont l'éloignement géographique et l'infrastructure étaient variés et d'une gamme complète de catégories de projets. Le tableau 4 donne une description de chacun des projets sélectionnés pour l'étude de cas. Les critères de sélection et le résumé des études de cas sont présentés à l'annexe F.

Pour recueillir et colliger toutes les données des études de cas, de faire rapport, les coordonnateurs du soutien communautaire (CSC) de la FADG ont effectué des visites de site visant à faire la collecte de l'information par le biais d'observations directes de la communauté, d'entrevues individuelles avec des intervenants locaux, de demandes de renseignements auprès des services de police locaux et auprès d'autres organismes de services sociaux dans le but d'obtenir des indicateurs sociaux, là où ils étaient disponibles.

Tableau 4) Description des projets des études de cas

Projet	Description	Communauté	Groupe cible
Hamlet of Cape Dorset (maintenant Municipality of Cape Dorset) / Healing & Harmony in Our Families	Guérison et formation d'un groupe cadre de soignants de la communauté	Cape Dorset, Nunavut : 1 200 (éloignée)	Inuit
Urban Native Youth Association / Two-Spirited Youth Project	Activités d'entraide et de guérison pour la jeunesse lesbienne, bisexuelle et transgenre	Vancouver, C.-B. : (urbaine)	Jeunesse homosexuelle et lesbienne
George Manuel Institute/Neskonlith Indian Band / Honouring Survivors Theatrical Production (Every Warrior's Song)	Recherche, rédaction et prestation d'une pièce de théâtre qui honore les survivants et traite des séquelles de la violence physique et sexuelle dans les pensionnats	Chase, C.-B. : rendement dans toute la région (rurale)	Autochtones, principalement des Premières Nations
Tsow-tun Le Lum Society / Qul-Aun Program	Guérison des patients hospitalisés fondée sur différentes guérisons traditionnelles et sur des soins centralisés en établissement	C.-B. (Dans toute la province) : centre de guérison pour les Premières Nations de Nanoose: 151 (île de Vancouver)	Autochtones, principalement des Premières Nations
Shining Mountains Living Community Services / Tawow Healing Home	Maison de traitement fondée sur la culture et sans mandat pour les enfants, les adolescents et leur famille qui pourraient avoir besoin de services de protection	Red Deer, Alberta : 68 308 (urbaine)	Premières Nations, Métis
Building a Nation, Life Skills Training Inc. (maintenant Building A Nation, Inc.) / Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement - Urban Access Program	Formation auprès des bénéficiaires pour les aider à mieux gérer les crises, formation interculturelle, éducation sur l'héritage de la violence, services de guérison et services adjoints (par ex., défense du client et soutien à l'égard de la garde d'un enfant, services juridiques et sociaux, logement et connaissances élémentaires).	Saskatoon, Saskatchewan: 200 000; population autochtone: 30 000 (urbaine)	Autochtones urbains
Willow Bunch Métis Local #17 / Willow Bunch Healing Project	Activités destinées à sensibiliser les gens à l'histoire des Métis et à la fierté d'être Métis	Willow Bunch, Saskatchewan : 400 (rurale)	Métis
Kikinahk Friendship Centre Inc. / Kikinahk Parenting Program	Programme de compétences parentales qui combine des modèles et des approches traditionnelles et occidentales	La Ronge, Saskatchewan : 7000 (rurale)	Premières Nations, Métis
Nelson House Medicine Lodge Inc./Pisimweyapi Counselling Centre	Programme de consultations externes de neuf semaines au sein de la communauté pour les survivants et leur famille	Nisichawayasihk Cree Nation, Nord du Manitoba : (rurale)	Autochtones, principalement des Premières Nations
Centre for Indigenous Sovereignty/ I da wa da di	Cercles de guérison, retraite de guérison et de jeûne, pour les femmes autochtones et ateliers de formation pour les fournisseurs de services qui travaillent avec les survivants	Dans tout l'Ontario, organisme hôte à Toronto : Centre de guérison des Six Nations	Femmes autochtones
Odawa Native Friendship Centre / When Justice Heals	Un projet juridique urbain de rechange qui inclut des cercles de guérison et des Conseils de détermination de la peine.	Ottawa, Ontario : 875 100, population autochtone : 35 000 (urbaine)	Autochtones
Conseil de la Nation Atikamekw inc. / Koskikiwetan	Formation offerte aux travailleurs de la communauté et aux conseillers, Etablissement d'un réseau de soutien, Enseignement des séquelles de la violence et activités de guérison axées sur la terre	Opitciwan, Wemotaci, Manawan, Québec : Nation Atikamekw	Principalement les Premières Nations vivant sur et à l'extérieur des réserves, mais incluant les Indiens non inscrits, les Métis, les Inuits et les membres des familles non autochtones
Big Cove First Nation / Our Youth, the Voice of the Future (Big Cove Youth Initiative)	Activités qui visent à appuyer le bien-être personnel, social, mental et physique de la jeunesse	Big Cove, N.B. : 2 458 (rurale)	Jeunesse des Premières Nations

Évaluation directe

Étant donné que les retombées à court terme des projets sont sans doute plus manifestes dans la vie quotidienne des participants, on a cherché à appliquer une approche plus discriminante permettant de mieux mesurer les changements opérés en élaborant un questionnaire destiné au participant (QIP) (voir annexe G). Ces questionnaires adaptés à partir de cet outil ont été d'abord conçus par une équipe clinique en collaboration avec les Survivants des pensionnats oeuvrant au programme Qul Aun Program à la Société Tsow Tun Le Lum, un centre de traitement en établissement à Lantzville en Colombie-Britannique. Des adaptations ont été faites pour que ce questionnaire soit conforme aux objectifs spécifiques de guérison appuyés par le programme de financement de la FADG et pour qu'il permette d'identifier les résultats positifs obtenus à l'aide des méthodes thérapeutiques choisies, de même que les difficultés rencontrées. Plus précisément, le QIP reflète l'histoire des expériences personnelles et familiales dans les pensionnats, la nature et le niveau de motivation pour la participation, l'histoire de la participation aux programmes de guérison, les objectifs thérapeutiques et leur atteinte, l'expérience individuelle de l'environnement thérapeutique, la dimension de l'aide externe, l'acquisition d'habiletés et les préférences de services. Un total de 384 questionnaires individuels de participants (QIP) ont été envoyés à l'ensemble des titulaires de subventions (décembre 2002) à qui on a demandé, le cas échéant, de reproduire et de distribuer ce questionnaire aux personnes participantes disposées à le remplir. Les participants pouvaient décider de retourner directement le QIP à la FADG ou de le remettre à l'équipe de projet pour que le coordonnateur renvoie globalement les questionnaires. De décembre 2002 à juin 2004, 1 479 QIP ont été obtenus et analysés.

À l'annexe H, vous trouverez les types de données recueillies, leur source et les méthodes de collecte de données utilisées.

2.2.1 Planification et analyse

Une analyse du contenu des réponses obtenues à l'aide de questions ouvertes, des entrevues et des documents extraits des dossiers de projets a été réalisée. Alors que le processus d'analyse de données était grandement fait par raisonnement inductif (p.ex. les thèmes, les modèles et les catégories se dégageant des renseignements), il n'en reste pas moins que, dans le cadre des questions d'évaluation, certaines tendances ou thèmes (ou principes organisationnels) avaient également été imposés. Les données d'information qualitative comme l'influence des projets sur les personnes participantes et sur les collectivités, de même que les questions liées à la durabilité, aux partenariats, à la satisfaction des besoins, aux pratiques prometteuses, aux défis, aux leçons retenues, ont été prises en considération et étudiées de façon particulière. Les données numériques et catégoriques fournies par les enquêtes nationales et les questionnaires individuels du participant (QIP) ont été analysées par le biais d'un logiciel, le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 10. Les analyses unidimensionnelles ont aussi considéré les fréquences, les totaux et la portée (importance), les moyennes et les médians. Une tabulation en croix a été faite dans le cadre de l'analyse de questions spécifiques sur la participation et les incidences, tout comme des extrapolations ont été effectuées pour permettre de déterminer des estimations de la population. Malgré la grande valeur du processus de comparaison, comme la Fondation est en voie d'accorder un

soutien sans précédent aux collectivités autochtones dans la guérison de leurs traumatismes institutionnels, de nombreuses initiatives (p.ex. des programmes de lutte contre l'abus des substances psychoactives ou contre la violence familiale, le counselling) semblent conceptuellement mal adaptées à la comparaison. Les ressources attribuées à l'évaluation ont plutôt servi à s'assurer que le processus serait axé sur le rétablissement et sur le développement des capacités.

Au début, une formule de « mesures répétées au sein des groupes »¹¹ a été choisie avec l'intention de comparer au fil du temps les incidences ou les influences des projets; cependant, en raison de la fermeture de la Fondation qui approche rapidement, la formule des mesures répétées n'est plus réalisable et des études de cas ont été replanifiées à titre de « post-test seulement » ou une mesure unique. Comme indicateurs sociaux choisis au départ dans le cadre de l'analyse des répercussions, on a retenu les taux d'abus physique et sexuel, d'incarcération, de suicide et de prises en charge d'enfants. Considérés comme insuffisamment discriminants, ces indicateurs sociaux ont été remplacés à titre d'indicateurs de changements à l'échelle communautaire par les paramètres suivants :

- la participation des personnes survivantes et leur intervention;
- l'établissement de partenariats et leur durabilité;
- l'existence de services *adéquats* destinés aux Survivants et leur accessibilité, la relation entre les deux;
- la sensibilisation et la compréhension générales des séquelles des pensionnats et de leurs répercussions;
- la capacité de l'équipe communautaire de s'attaquer aux séquelles des pensionnats et à leurs répercussions;
- des indicateurs laissant entrevoir la guérison (p.ex. des changements au niveau de la participation, un plus grand nombre de divulgations, la cohésion de la communauté à l'égard du soutien à la guérison);
- l'intention de continuer les efforts de guérison manifestée par l'élaboration de plans ou de visions pour la collectivité.

Au fil du temps, il est devenu évident que la façon la plus efficace d'évaluer les effets ou les changements opérés à court terme était de procéder à une évaluation directe en s'adressant aux participants. L'élaboration et la distribution du QIP a permis aux équipes de projet de recueillir de l'information directement des participants des services; par conséquent, les unités d'analyses comprenaient les *collectivités* et les *participants*.

2.2.2 Qualité, précision des données et limitations

La précision et la qualité des données étaient assurées en essayant d'abord de donner une information pertinente. En outre, les sources de données et les méthodes étaient triangulaires.¹² Les enquêtes et les questionnaires individuels du participant se sont avérés des instruments d'auto-déclaration reposant principalement sur la capacité et la motivation des répondants à remplir cet engagement. Comme aucune formation n'a été offerte dans le cadre de l'administration des enquêtes nationales, ni pour répondre au QIP, des guides de référence ont été préparés et distribués dans le but d'apporter des clarifications quant aux questions précises et d'assurer une certaine conformité et fiabilité des auto-déclarations. Certaines personnes peuvent avoir obtenu de l'aide des équipes de projet pour remplir le QIP; quant aux groupes/responsables de projet, ils ont été invités à communiquer avec la direction de la recherche de la FADG s'ils avaient des questions à poser. En regard de la validité apparente, l'ensemble des données obtenues par le biais des enquêtes, des entrevues et des QIP ont été considérées fiables et aucune vérification (test) n'a été

effectuée pour en mesurer la fiabilité. Le QIP n'est pas un outil normalisé, mais, par contre, il est fort probable qu'il n'existe pas d'instrument d'évaluation psychométrique ou de normalisation qui permettrait d'évaluer des indices de guérison cognitifs ou behavioristes montrant que les peuples autochtones se guérissent des séquelles des abus physiques et sexuels (des traumatismes institutionnels). D'autres instruments normalisés, bien que considérés pertinents, n'ont pas été évalués pour une utilisation spécifique auprès de la population des peuples autochtones nord-américains. Alors que la première enquête nationale a fait l'objet d'un projet pilote, pour tous les autres outils ou méthodes d'évaluation, il n'y a pas eu d'essai, en raison des contraintes de temps. Ceci pourrait avoir entraîné que des questions ont été apparemment incomprises, résultant en une perte de certaines données.

Aucun effort particulier n'a été déployé pour aller chercher des données contraires, des explorations antagonistes ou des cas négatifs. On s'est donc limité à l'information obtenue grâce aux enquêtes nationales et au QIP. Bien qu'il y ait eu des indications que certains participants n'étaient pas aussi satisfaits de leur participation, vu le manque de temps et de ressources, l'analyse plus approfondie de l'évaluation de ce groupe a été impossible à faire. Même si, dans la plupart des cas, les participants ont clairement indiqué être satisfaits et avoir atteint dans l'immédiat leurs objectifs, on ne sait pas exactement quelles seront les conséquences à long terme des efforts de guérison ou si les incidences cernées conduiront à des changements permanents. Bref, l'information manquante la plus importante se rapporte aux progrès des participants identifiés dans le cadre d'un suivi à plus *long* terme ou si les projets financés par la FADG créent un changement durable chez les participants. Dans le même ordre d'idées, lors de la sélection de l'échantillon, comme on n'avait pas pris en considération la durée de participation, on a constaté que le fait de n'avoir pas de laps de temps maximal ou minimal rendait plus difficile de percevoir les retombées ou les incidences de la participation sur les personnes participantes.

L'information quantitative a été collectée à partir des enquêtes nationales, du QIP et des comptes rendus/dossiers ou documents internes de la FADG. Le taux de réponse aux enquêtes nationales est passé de 74 pour cent en 2001 à 46 pour cent en 2004. En comparant les répondants aux non répondants, on note des différences bien évidentes quant à un certain nombre de variables, notamment le type d'organisation, la région, l'appartenance ethnique, l'année où la subvention a été accordée, le montant de la subvention et le type de projet; par conséquent, il faut considérer avec circonspection les extrapolations et l'établissement d'estimations approximatives de la population. Le nombre de répondants aux QIP (n=1479 participants) constitue un très petit nombre pour un échantillon auto-sélectionné dont la perspective prépondérante est celle des Premières Nations; il reste cependant que la validité (ou la force de l'évidence) de cet échantillon émane directement du fait que ce sont au moins 143 organisations différentes dont les voix se sont fait entendre, ce qui représente une grande diversité de types de projets dans des communautés bien distinctes. Par ailleurs, il faut noter que l'influence dominante de la voix des Premières Nations se dégageant des questionnaires du participant et des enquêtes évoque la nécessité de procéder à un examen approfondi des problèmes et des besoins particuliers des populations inuites et métisses.

En ce qui a trait aux dossiers de documentation sur les projets, il importe de souligner que ces sources d'information portent davantage sur des aspects positifs que sur des aspects négatifs. Il y avait également une grande diversité dans les détails et dans la complexité de ces rapports, certains ont fait référence à l'utilisation d'instruments normalisés, d'évaluations externes ou de données brutes, mais quelques-uns seulement les ont inclus dans leurs rapports ou intégrés aux renseignements fournis. De nombreux responsables de projets ont été incapables d'effectuer l'évaluation comme prévu ou ont cru que leurs

rapports sur le contrôle des projets permettraient de satisfaire aux exigences de l'évaluation. Alors que beaucoup de rapports soulignaient les progrès réalisés à l'échelle des activités et des produits, très peu sont allés plus en profondeur pour souligner les changements prévus qui ont pu survenir à la suite des activités.

De la formation et des guides de préparation ont été offerts aux coordonnateurs de soutien communautaires (CSC) avant d'entreprendre les études de cas dans le but de réduire les déviations et d'assurer une certaine conformité aux méthodes appliquées dans les divers projets et, de ce fait, améliorer la fiabilité. Les participants ont été invités à répondre avec intégrité et de bonne foi – même si leurs commentaires pouvaient soulever la controverse – à au moins deux occasions, notamment dans deux observations préliminaires précédant les questions d'entrevue. Il a été impossible de se payer le luxe d'évaluateurs multiples étant donné les restrictions en matière de ressources, mais, par contre, les analyses des études de cas effectuées à l'interne par les CSC ont été révisées et vérifiées par un évaluateur externe, réduisant ainsi le risque de déviation. Dans 50 pour cent des cas, le rôle des CSC, à titre d'agent de relations publiques et de bras de soutien de la FADG, a permis des relations élargies et multiples avec les informateurs avant l'évaluation, leur offrant ainsi l'occasion d'être plus familiers et plus à l'aise à l'étape de la collecte des renseignements. Les CSC se sont davantage fiés à l'information facilement disponible. En outre, dans les études de cas, comme l'évaluation directe soulevait des problèmes pour le personnel de la FADG, l'évaluation indirecte ou les perceptions des informateurs clés a pesé lourd dans la balance.

En dernier lieu, les énoncés et les conclusions signalés ici traiteront de la contribution¹³ apportée par la Fondation autochtone de guérison au cheminement vers la rétablissement, une démarche visant à traiter les séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats. Ces rapports offriront aux utilisateurs et aux preneurs de décisions une orientation pour l'élaboration de programmes qui fonctionnent bien et qui sont bien faits, c'est-à-dire aptes à déterminer une « association plausible »¹⁴ entre les résultats et les activités. Ce processus est centré sur l'atteinte des nombreux objectifs relatifs à la rigueur scientifique/ fiabilité, sur le partage de la connaissance et de l'expérience liés aux efforts menés par les Autochtones pour traiter les séquelles des pensionnats et sur le renforcement de la capacité des Autochtones à améliorer la gestion des programmes.¹⁵



Qui, quoi, où et quand

Cette section traite principalement des données quantitatives se rapportant au processus ou à la prestation de programmes que les enquêtes nationales et les bases de données internes de la FADG ont permis de collecter. Le regroupement de l'information recueillie au fil du temps par le biais des différentes enquêtes menées auprès des organisations (c.-à-d. la première, la deuxième et la troisième enquête et, sauf indication contraire, les résultats rapportés dans ce document correspondant à cet ensemble de données longitudinales et regroupées, $n = 467$)¹⁶ a permis d'établir tout un ensemble de données de base (p.ex. le taux de participation, les caractéristiques des équipes de projet, les partenariats et l'étendue des besoins à combler). D'autres données plus spécifiques (p.ex. le nombre d'heures consacrées à des activités de guérison ou de formation et les besoins de formation à satisfaire) sont répétées, qu'elles proviennent de la première enquête (désignée pour les besoins de ce rapport E1) ou de la deuxième enquête (identifiée comme E2), étant donné qu'une grande partie de cette information n'a pas été reproduite dans le troisième rapport pour réduire à l'essentiel les efforts de collecte de données. En outre, comme les données regroupées provenant des enquêtes reposent sur un échantillon composé de 467¹⁷ organisations distinctes et qu'en date du 1^{er} septembre 2004, la FADG a appuyé plus de 725 organisations, les extrapolations¹⁸ doivent être considérées comme un moyen de mettre en évidence les incidences possibles du programme de financement de la FADG et elles sont préfixées par la dénotation suivante : [Ext:].

Comme cette section présente un portrait quantitatif du programme national, des explications sont nécessaires pour bien comprendre les chiffres rapportés. Premièrement, les répondants n'ont pas répondu à chacune des questions du questionnaire d'enquête; c'est pourquoi le lecteur trouvera entre parenthèses ($n =$) le « n » signifiant le nombre total de réponses obtenues pour un item en particulier.¹⁹ Deuxièmement, on s'est servi de deux unités de mesure représentant la tendance²⁰ centrale (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 une *meilleure* mesure de la « tendance centrale » (les moyennes sont influencées soit par un nombre très élevé ou par un nombre très petit²¹).

3.1 Qui

Les caractéristiques des participants aident les planificateurs ou décideurs à mieux comprendre les besoins, à identifier les écarts, à mitiger (modérer) l'environnement ou à restructurer le programme pour faciliter la réalisation des résultats recherchés. 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. Un grand nombre de projets (43 %, $n = 467$) se sont centrés uniquement sur la guérison, alors qu'un petit nombre parmi eux (4 %) a porté seulement sur la formation. La plus forte proportion des projets (49 %) ont dispensé des activités de guérison et de formation et quelques-uns n'ont pas offert de guérison, ni de formation (4 %). Les sections suivantes du rapport présentent les caractéristiques des participants pour ces deux catégories de projets.

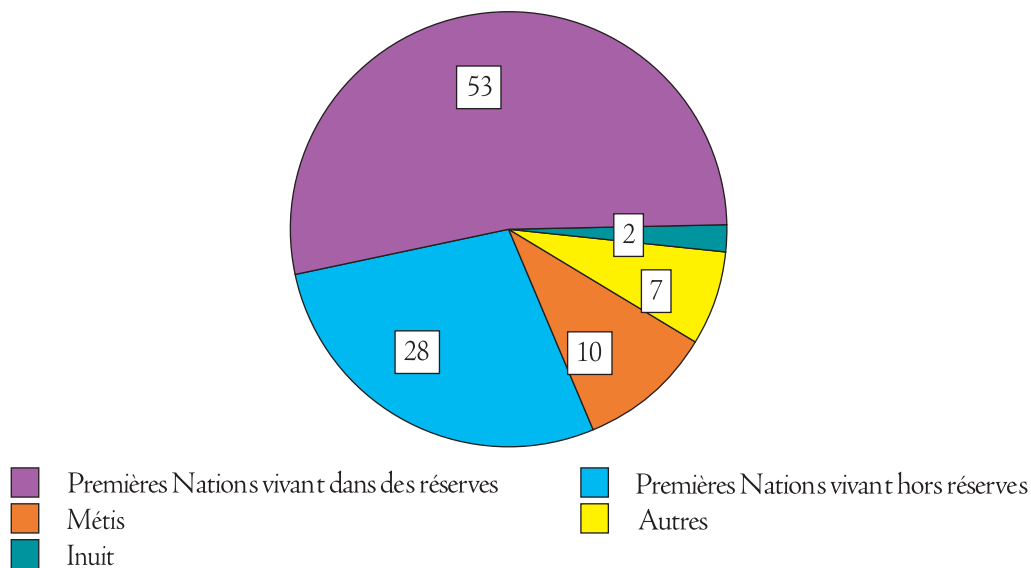
3.1.1 Participants

3.1.1.1 Participation au projet de guérison

Les répondants comprennent que la guérison s'applique à une démarche *individuelle* et également à des activités axées sur la communauté ou sur des *groupes*. La guérison individuelle se réfère à la participation constante ou à un calendrier de traitements réguliers dans un contexte clinique ou thérapeutique où l'emphase est placée sur la croissance personnelle. Pour ce qui est des activités de guérison en groupe, elles font référence à des événements qui s'adressent à la communauté dans son ensemble et qui servent à promouvoir le bien-être des groupes, par exemple, les festivités, les événements à caractère social et les *pows wows*. Malgré qu'on ait tenté de bien distinguer la guérison individuelle des activités de guérison en groupe (événements communautaires), les répondants ont répondu en ayant à l'esprit une conception plus englobante de la guérison.

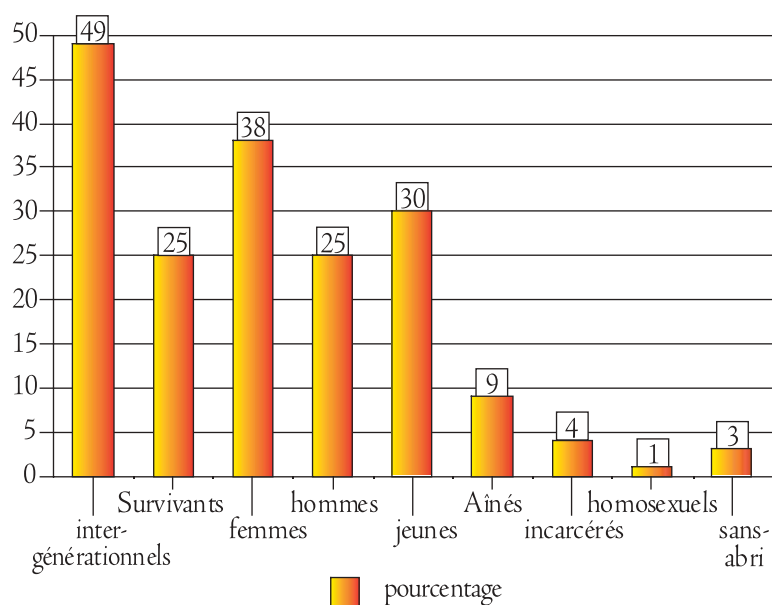
Un nombre estimatif total de 111 170 participants ($n = 394$), avec un médian de 122 participants par projet (moyenne = 282), ont participé aux activités de guérison dans le cadre de cette série de projets financés par la FADG [Ext - 204 564 : $n = 725$]. Les participants ont passé en moyenne 149 heures dans des activités de guérison (médiane = 80 heures, $n = 117$, E2) et ils peuvent y avoir passé aussi peu que deux heures ou autant que 1225 heures dans des activités programmées de guérison.²² Proportionnellement, le plus grand des groupes était celui des participants des Premières Nations résidant à l'intérieur des réserves et en dehors des réserves (53 % et 28 % respectivement), suivi des Métis (10 %), d'autres participants²³ (7 %) et des Inuits (2 %).²⁴ En comparaison, les données du dernier recensement révèlent que 62 pour cent des Autochtones au Canada s'identifient comme Amérindiens, 30 pour cent comme Métis et 6 pour cent comme Inuits.²⁵

Figure 4) Participation à l'activité de guérison par identité autochtone²⁶



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 les répercussions intergénérationnelles des pensionnats (49 %) et celui formé par les femmes (38 %), suivi de celui des jeunes (30 %), des hommes (25 %), des personnes survivantes (25 %) et celui des Aînés (9 %). Seulement un petit groupe de personnes étaient incarcérées, homosexuelles, lesbiennes ou sans-abri (4 %, 1 % et 3 %, respectivement).²⁷ Il est important de noter que ces catégories *ne sont pas* spécifiques. Autrement dit, un participant peut être classé dans plusieurs catégories, par exemple une personne âgée qui est une personne survivante. La figure 5 représente la participation aux activités de guérison répartie par groupe cible.

Figure 5) Participation à l'activité de guérison par groupe cible (2004)



Il est intéressant de préciser que 11 325 répondants ont indiqué qu'ils avaient participé à un programme similaire de guérison *avant* de commencer celui mis de l'avant par le projet financé par la FADG (n = 145). Si l'on suppose que ce groupe se réfère aux participants de la guérison et qu'on les compare au nombre total des participants à la guérison identifiés dans ces mêmes projets ou 34,953 (n=138).²⁸ il est possible qu'approximativement 33 pour cent ait participé par le passé à un programme similaire. En d'autres mots les données suggèrent qu'il y a une portion importante de participants qui ont entrepris de traiter les séquelles une première fois.

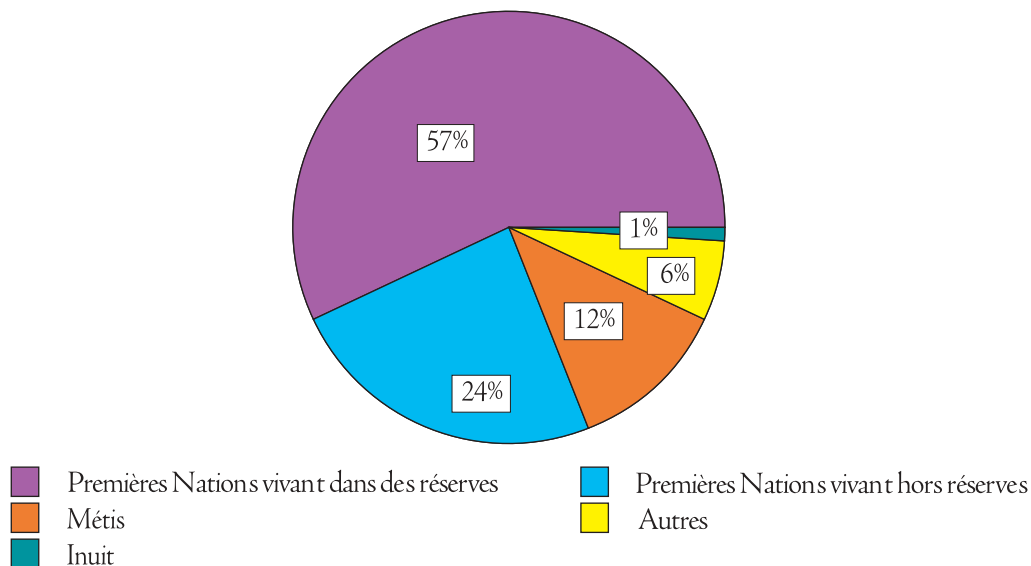
Des répondants au questionnaire de l'enquête rapportent que, même si la plupart des participants ont achevé leur programme de guérison, certains l'ont interrompu avant le temps parce qu'ils n'étaient pas prêts à poursuivre cette démarche de guérison. Les équipes de projet ont généralement défini le fait 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 » (p.ex. des participants chrétiens à la recherche d'autres pratiques que les pratiques spirituelles traditionnelles). 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 par la *personne participante* de compétences. Les projets de formation ont offert des services à 28 133 participants (n = 246; la médiane égalant 31,5 participants par projet et la moyenne = 114 participants [Ext - 49 095 : n=429²⁹]). Les personnes en formation ont passé en moyenne 193 heures en formation (médiane = 74 heures, n = 92, E1). Ce sont les personnes de Premières Nations dans les réserves et à l'extérieur des réserves qui constituent la majorité des participants aux activités de formation (57 % et 24 % respectivement, n = 246). Les Métis composaient 12 %, alors que les Inuits représentaient un pour cent (1 %) des participants à la formation.³⁰ La figure 6 présente cette répartition de chaque groupe autochtone d'après la participation des personnes à la formation.

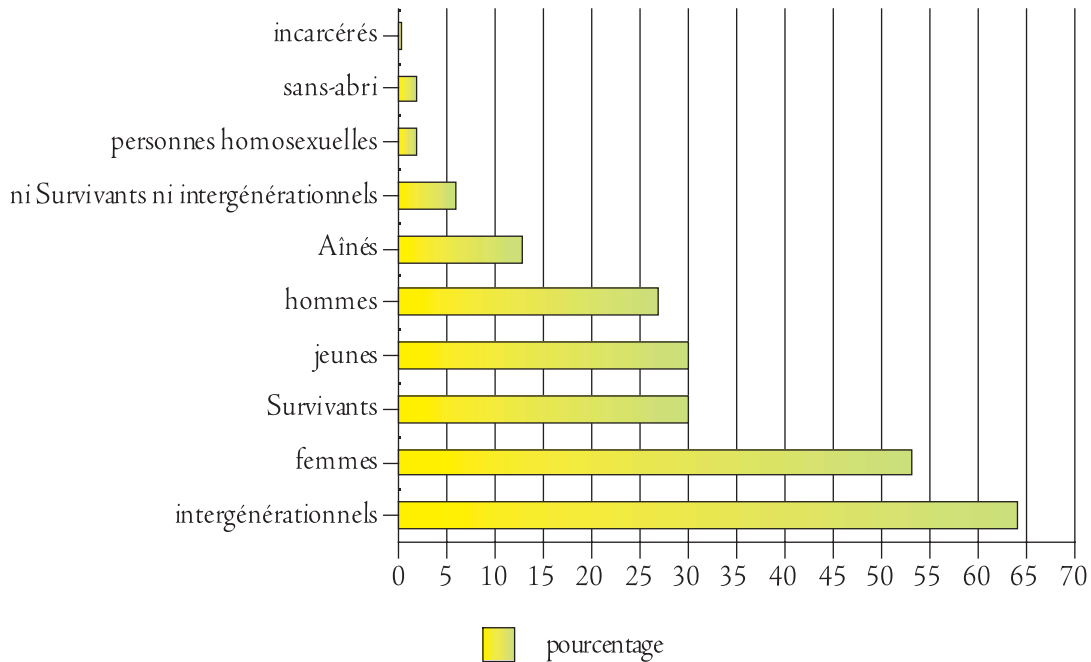
Figure 6) Participation à la formation par identité autochtone



Si on étudie la participation aux activités de formation par groupe cible, il est évident que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (64 %, n = 246) et les femmes (53 %) sont largement représentées. Les hommes constituent juste un peu plus du quart de l'ensemble des participants à la formation (27 %), alors que les personnes survivantes composent trente-deux pour cent. Presqu'un tiers du groupe ayant suivi de la formation sont des jeunes (30 %) et treize pour cent sont des Aînés (13 %). Un petit nombre parmi eux sont des personnes incarcérées (3 %), des homosexuels ou des lesbiennes (2 %) ou des

sans-abri (2 %). Si on constate de légers changements dans cette répartition au moment des différentes périodes d'évaluation, il reste que les proportions relatives de participants demeurent semblables.³¹ La figure 7 montre la répartition des groupes de participants à la formation.

Figure 7) Participation à la formation par groupe cible

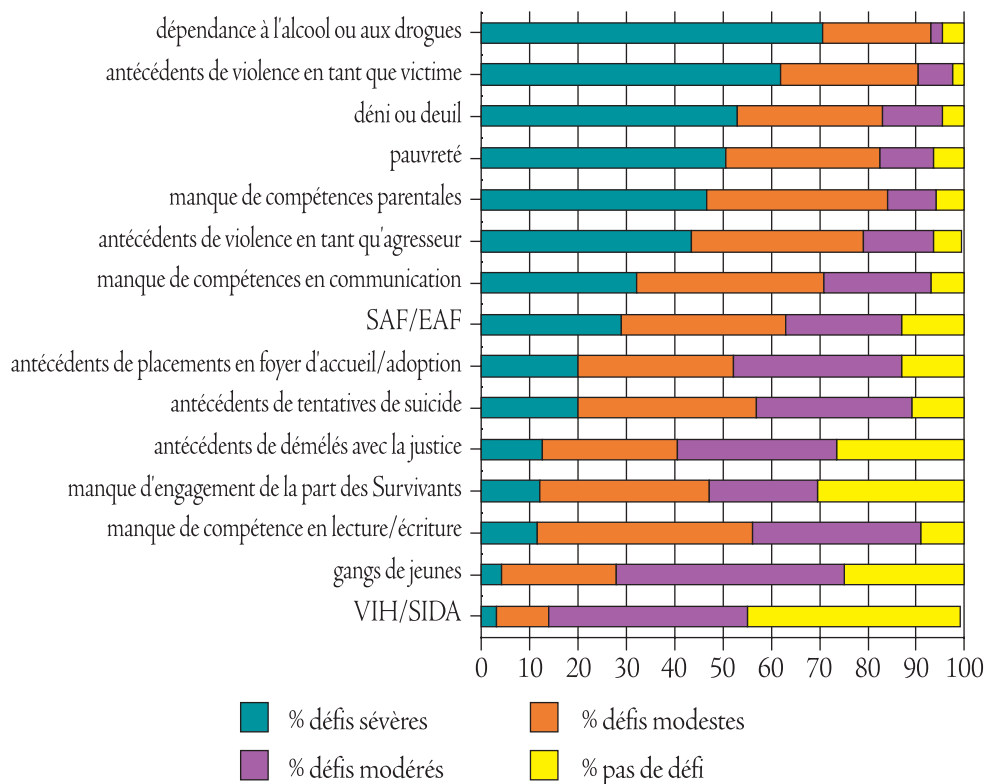


Les répondants à l'enquête ont indiqué que des participants s'étaient retirés de la formation parce qu'ils avaient des responsabilités concurrentes ou conflictuelles se rapportant à leur emploi ou à leur famille ou parce qu'ils avaient l'impression de ne pas être « prêts » à s'engager par crainte que 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 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 l'achèvement de 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 confrontés par les participants

Les toxicomanies ou problèmes de dépendance, la victimisation, la pauvreté, 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 l'incapacité parentale, des antécédents personnels d'agresseur, une inaptitude à communiquer et des troubles liés au SAF/EAF. 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 8 montre l'étendue des difficultés ou problèmes des participants qui peuvent entraver les activités du projet.

Figure 8) Sévérité des défis confrontés par les participants (2004)



Les projets de guérison ont identifié 27 855 personnes ayant des besoins spéciaux (n = 267, p.ex. 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) [Ext - 75 636 : n = 725]. En moyenne, 37 pour cent (médiane = 25 %, n = 152, E1) des participants nécessitaient plus d'attention que la normale pour répondre à des besoins spéciaux;³² nous avons présenté aux projets une série de questions leur demandant comment ils répondaient aux besoins spéciaux dans le cadre de leurs activités. La plupart du temps, les projets nous ont répondu que *quelques* employés ont reçu une formation sur les interventions en cas de problèmes graves comme le suicide, la violence familiale et les problèmes de dépendances (61 %, n = 242, E1). Dans certains cas, *tous* les employés ont reçu une formation sur les interventions en cas de problèmes graves (25 %), mais un petit nombre (9 %) déclare que leurs employés n'ont pas reçu de

formation spéciale et qu'ils n'ont pas eu recours aux services communautaires, ni au bénévolat pour les aider à répondre aux besoins spéciaux. Les autres stratégies les plus couramment citées incluent : le recours à l'assistance de professionnels sur une base mensuelle ou annuelle (47 %) ou, dans certains cas, sur une base hebdomadaire (31 %). Les projets ont compté généralement sur le soutien des pairs (36 %) ou de bénévoles ayant reçu une formation spéciale qui travaillent en séance individuelle avec des personnes et des familles (19 %), alors qu'un petit pourcentage s'est appuyé sur des bénévoles sans formation spéciale (5 %). Certains n'ont pas eu d'autre choix que d'aiguiller leurs clients vers d'autres services (8 %) ou de collaborer avec une autre agence pour gérer les cas (3 %), tandis que d'autres ont utilisé des méthodes traditionnelles (8 %) pour traiter les personnes ayant des besoins spéciaux. Du côté positif, un petit groupe (3 %) a rapporté qu'ils n'ont pas eu de participants dans des situations assez graves pour qu'une approche spéciale soit utilisée.

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. Comme façon de mieux répondre aux besoins spéciaux, les équipes ont de façon constante recommandé un meilleur accès aux services, soit par l'intermédiaire de réseaux mieux constitués ou l'intégration de services généraux déjà en place au niveau communautaire. En fait, la majorité (58 % et 51 % respectivement, n = 177, E2) 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 ré-éducative 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, 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. 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 et des stratégies spécifiques étaient le plus fréquemment mentionnées comme solution (76 %, n = 177, E1) pour traiter les

besoins spéciaux des délinquants, des adolescents et des Aînés; l'intervention et le debriefing en situation de crise, le traitement de problèmes comportementaux; la résolution de traumatismes causés par l'abus sexuel et le diagnostic du SAF/EAF.

Quelques participants ont recommandé que pour qu'il y ait un changement *environnemental*, on devrait porter attention au traitement des besoins spéciaux. Plus précisément, ils recommandent le rétablissement d'organisations sociales traditionnelles fortes, de même que l'amélioration des conditions de vie communautaires, faisant en sorte que la qualité de vie améliorée incite les gens à guérir. D'après eux, la guérison communautaire individuelle devrait aller de pair avec des stratégies globales de développement communautaire qui permettraient d'observer des améliorations à divers niveaux et qui offriraient à la personne en voie de guérison des possibilités nouvelles et des conditions de logement adéquates. Si toutefois des mesures de cette nature s'avèrent impossibles à mettre en place, les participants ont évoqué l'idée d'offrir la possibilité de suivre une démarche de guérison à l'*extérieur* de la collectivité, en s'assurant toutefois que des services de suivi et de soutien à long terme soient fournis. Parmi d'autres idées, on a fait mention de l'établissement d'un climat de confiance et de rendre accessibles des terres traditionnelles ou des sites sacrés comme centres de guérison. L'établissement d'un milieu favorable pourrait éliminer les barrières à la participation aux activités de guérison dans le cas des personnes ayant de très grands besoins, notamment en offrant des possibilités de garde d'enfants, de moyens de transport ou d'hébergement pour les personnes en transit.

3.1.1.4 Critères de sélection des participants

La majorité des répondants (équipes de projets) (56 %, n = 164, E2) ont déclaré *ne pas être en mesure* de répondre aux besoins de tous ceux et celles faisant une demande d'intervention thérapeutique dans le cadre de leur démarche de guérison ou sollicitant de la formation.³³ Si elles ont été amenées à devoir choisir, les équipes de projet ont dit lors de la deuxième enquête 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 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 ont été traités en premier lieu. Un petit nombre a appliqué une politique « premier arrivé, premier servi, » c'est-à-dire une approche non contrôlée, neutre ou aléatoire, ou ils ont été aux prises avec des contraintes provenant du fait qu'ils voulaient assurer l'impartialité géopolitique à l'égard de l'accès aux services. L'annexe I illustre la ventilation des critères utilisés pour prioriser la sélection des participants.

3.1.2 Caractéristiques et formation des équipes

Les projets financés par la FADG ont indiqué qu'il y avait un total de 4 833 employés rémunérés (n = 330) [Ext - 10 618 : n = 725]; 2004 de ces employés occupaient un poste à plein temps (c.-à-d. travaillant régulièrement plus de 30 heures par semaine) et 2 829 employés à temps partiel [Ext - 4 403 à plein temps: 6 215 à temps partiel : n = 725]. Par projet, la taille d'une équipe comprenait en moyenne six employés à plein temps (médian = 3) et 11 employés à temps partiel (médian = 4) pour une équipe composée en moyenne de quinze employés. Par ordre hiérarchique (E2), les équipes étaient normalement composées

des titulaires de postes de gestion,³⁴ d'Aînés, d'autres guides culturels, de spécialistes,³⁵ de conseillers, de membres de la formation générale des équipes de projet,³⁶ de membres de l'administration ou de l'organisation de bureau, du personnel professionnel³⁷ et des communications (voir annexe J).

Quatre-vingt-onze pour cent de l'ensemble des postes à plein temps et quatre-vingt-cinq pour cent des postes à temps partiel sont occupés par des Autochtones (n = 160, E2). Le tableau 5 montre la représentation des personnes autochtones dans les postes à temps plein et à temps partiel au sein des équipes.

Tableau 5) Représentation des Autochtones dans les postes à temps plein et à temps partiel au sein des équipes

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

Quatre-vingt-neuf pour cent des postes administratifs (n = 219, E1) sont occupés par des personnes autochtones, 87 pour cent des guérisseurs sont autochtones et 84 pour cent du personnel de terrain sont autochtones. La plus grande concentration de personnel non autochtone se trouve dans les postes de soutien au projet et d'animateurs (23 % et 18 % respectivement). Les personnes survivantes (celles ayant fréquenté les pensionnats) occupent 32 pour cent de l'ensemble des postes (n = 185, E3) et les personnes affectées par les répercussions intergénérationnelles occupent 60 pour cent de ces postes. Pour ce qui est du groupe de bénévoles, 43 pour cent (n = 129, E3) parmi ces personnes étaient des personnes survivantes, alors que 57 % étaient des personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles. Dans le groupe des personnes à forfait ou des personnes ayant reçu des honoraires se retrouvait un nombre également réparti entre des personnes survivantes (47 %) et des personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (44 %, n = 163, E3). Au sein des structures de gestion (conseil d'administration / de direction et comités consultatifs), 51 pour cent sont des personnes survivantes et 43 pour cent des personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (n = 176, E3). Dans la plupart des cas, les personnes survivantes participent à l'embauche du personnel et aux décisions de l'équipe d'évaluation (73 %, n = 357).

Les résultats d'enquête ont confirmé les données obtenues par le biais de l'examen des dossiers, notamment que la majorité des employés étaient des personnes des Premières nations, Inuit ou Métis et qu'elles étaient victimes des séquelles des pensionnats soit directement ou par suite aux répercussions intergénérationnelles. En outre, la capacité de certains employés autochtones à parler la langue a été soulignée de façon constante. Moins de la moitié des dossiers de projets qui ont été examinés ont fait mention de l'utilisation de ressources ou d'expertise externe, seulement certains ayant reconnu la valeur de cette expertise externe. En général, on est allé chercher de l'aide extérieure dans des cas où les membres de la communauté ne se sentaient pas équipés pour répondre aux exigences et aux besoins des groupes-cibles ou dans des cas où ils avaient peur d'être vus ou « étiquetés » comme des « experts » relativement à certaines questions. De plus,

l'expertise externe a été considérée très précieuse dans le cas où les guérisseurs potentiels provenant de la communauté avaient eux-mêmes besoin d'aide thérapeutique. L'expertise externe était souvent obtenue par le biais de contrats pour la préparation de propositions, les évaluations de besoins, la rédaction d'un rapport final, la prestation de la formation et l'exécution d'évaluations. Malgré les avantages pratiques d'une collaboration avec des personnes ressources externes, les équipes de projets financés par la FADG n'aimaient pas leur présence. Ces responsables de projets ont reconnu que les membres de leur communauté étaient mieux habilités à faciliter les divulgations et que la plupart des personnes survivantes se sentaient en général plus à l'aise avec des guérisseurs autochtones.

[TRADUCTION] Faites en sorte que nos propres gens nous guérissent. Cela m'a pris six ans avant que je puisse parler de mon passé! J'ai gardé ma souffrance en dedans de moi pendant cinquante ans avant de voir le visage de ceux qui ont abusé de moi. Il a fallu le décès de plusieurs personnes avant que j'en arrive à faire face à mon enfance... Pour nos enfants, il faut briser le cycle, mettre fin à la violence. Nous devons former nos gens pour qu'ils puissent nous guérir (Anonyme).

Mis à part le ressentiment à l'égard du personnel externe, personne n'a nié que les compétences et les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins des Survivants ont été renforcées grâce à la formation dispensée par des personnes ressources externes.

Outre la formation et l'expérience que les membres des équipes de projets financés par la FADG possédaient déjà, de nombreux projets ont offert de la formation. Les thèmes les plus souvent couverts par cette formation (n = 226, E1) étaient les suivants :

- sensibilisation à l'histoire et aux séquelles des pensionnats (69 %);
- formation en perfectionnement professionnel³⁸ (56 %);
- connaissances des traumatismes (55 %);
- programmes liés à la dynamique familiale (p.ex., développement de l'enfant et compétences parentales) (54 %);
- intervention en cas de violence familiale (54 %);
- intervention en situation de crise (49 %);
- compétences en counselling (47 %);
- langue et culture autochtones (47 %);
- formation en informatique/Internet (46 %).

Dans l'ensemble, 74 pour cent ont affirmé que la formation offerte était suffisante tandis que les autres (26 %) ont trouvé qu'elle était insuffisante (n = 226, E1). Les besoins de formation que les projets perçoivent comme nécessaires sont les suivants (n = 225, E1) :

- intervention en situation de crise (77 %);
- connaissances des traumatismes (76 %);
- compétences en counselling (74 %);
- intervention en cas de violence familiale (73 %);
- formation en perfectionnement professionnel (71 %);
- programmes liés à la dynamique familiale (p.ex., développement de l'enfant et compétences parentales) (70 %);

- langue et culture autochtone (69 %);
- sensibilisation à l'histoire et aux séquelles des pensionnats (69 %);
- sensibilisation à l'application de la Charte des droits et libertés au projet (65 %);
- formation en informatique/Internet (63 %);
- RCR et secourisme (61 %);
- « autres » formations offertes (16 %) incluant sensibilisation au sujet des thérapies alternatives, de la gestion de cas, de la justice et de l'élaboration de programmes.

Du nombre de projets qui considéraient que la formation était nécessaire, 68 pour cent ont déclaré que le personnel tirerait davantage de bénéfices s'il pouvait obtenir une formation *avancée* (n = 225, E1), alors que les autres projets ont dit que la formation de base suffisait.

Une grande majorité des dossiers de projets examinés (93 %, n = 36) ont révélé que les projets financés par la FADG fournissaient de la formation à toute une variété de clientèle incluant les dirigeants, le personnel de projet et les membres de la communauté pour essayer d'établir de bons programmes bien gérés et respectueux des réalités culturelles. De temps à autre, des bénévoles ont reçu de la formation et quelquefois cette formation a été parrainée par d'autres organisations autochtones. Des compétences ont été acquises en administration, en animation, en counselling, en méthodes de guérison et de changement de mode de vie. Les projets ont démontré une forte tendance à partager avec les autres les méthodes traditionnelles de guérison qu'ils utilisaient par le biais de conférences et d'ateliers où les participants apprenaient des techniques de counselling spirituel, d'animation de cercles de guérison, de cérémonies comme la suerie, la cérémonie du calumet et la manière de traiter les divulgations. Quelques projets ont dispensé de la formation dans le but de former des formateurs communautaires.

Les dossiers ont aussi révélé que la formation et les approches utilisées doivent changer continuellement pour mieux répondre aux besoins. À titre d'exemple, un projet a noté qu'il serait plus efficace d'enseigner des compétences de base en matière de communication parents-enfants avant d'offrir des sessions visant le développement de compétences parentales. Ils ont aussi recommandé que la formation vise principalement les dirigeants et le personnel de projets.

[TRADUCTION] Nous devons considérer la santé et la guérison de notre personnel afin d'offrir des pratiques sécuritaires à nos clients. Il a fallu faire l'autocritique de notre leadership, examiner de près la direction que nos dirigeants prenaient avant de pouvoir aller de l'avant (Anonyme).

L'examen portant sur les caractéristiques des équipes serait bien incomplet si on ne faisait pas mention des efforts énormes que les bénévoles ont consacré aux projets. Au cours d'un mois typique, plus de 23 660 heures de bénévolat ont été consacrées aux projets financés par la FADG (n = 263) [Ext - 36 704 : n = 408³⁹]. Chaque projet bénéficie d'une moyenne de 90 heures de bénévolat par mois (médiane = 28). Si nous assumons que la valeur de cette contribution correspond à une rémunération de 10 dollars/heure, une estimation prudente de ces heures de service bénévole représenterait 236 600 \$ [Ext - 367 704] par mois ou 2 839 200 par année [Ext - 4 412 448 \$].

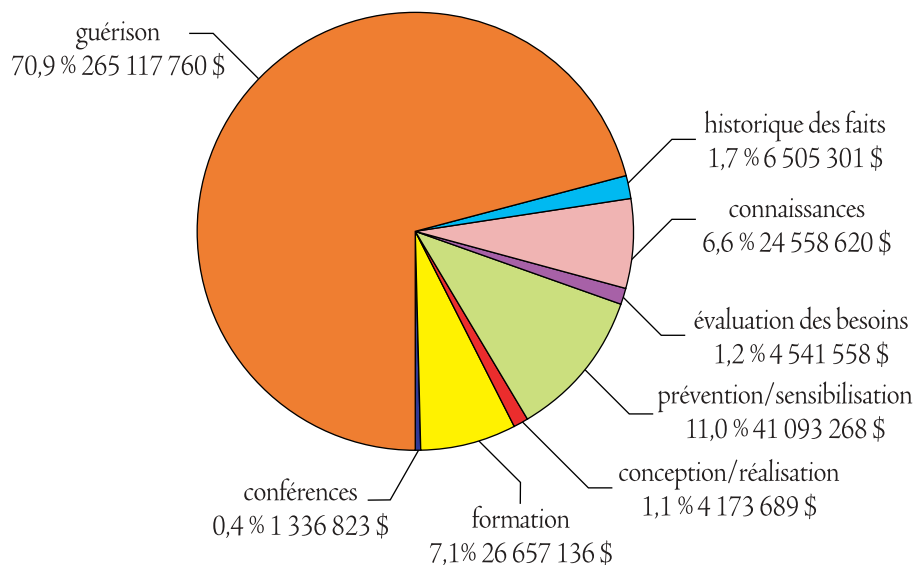
3.2 Quoi

Cette section décrit la répartition des ressources affectées par types de projet, par type d'organisation autochtone auto-déclarée, par degré d'éloignement, de même que par région. On présente aussi dans cette section les besoins identifiés et les approches privilégiées pour le cheminement de guérison.

3.2.1 Répartition des ressources

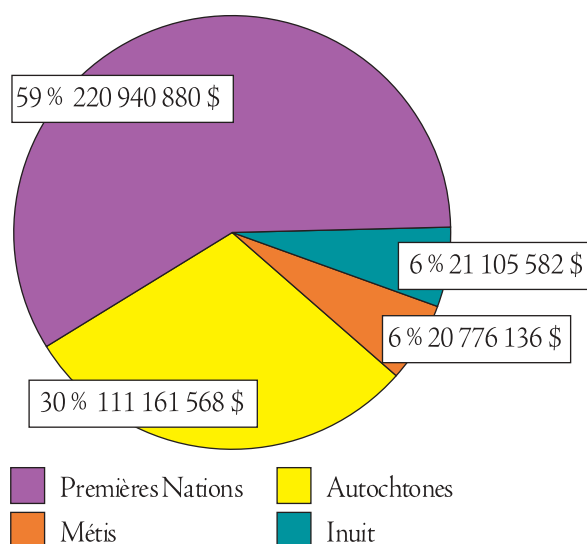
Il est clair que la très grande partie des ressources de la FADG (engagés en octobre 2003 avec 72 pour cent transférés aux projets en date du 1^{er} septembre 2004) ont été investies dans la guérison (70.9 %). Les activités sur la prévention et la sensibilisation ont bénéficié du second montant le plus élevé (11 %). Quant au reste des ressources, selon la valeur qui a été accordée aux activités, elles ont été consacrées à la formation (7,1 %), au développement des capacités (6,6 %), à la commémoration historique (1,7 %), à l'évaluation des besoins (1,2 %), à la conception et à la mise en oeuvre de programme (1,1 %), à l'organisation des conférences (0,4 %). Il est important pour le lecteur de comprendre que les projets en très grand nombre ont entrepris simultanément une grande diversité d'activités (c.-à-d. de la formation et de la guérison, des activités de sensibilisation et la préparation de documentation). Par conséquent, même si la figure 9 donne un aperçu général de la mise de fonds de la FADG, les activités *n'entrent pas* toujours clairement dans un seul type de projet.

Figure 9) Mise de fonds de la FADG par type de projet (1999–2004)



La figure 10 illustre le pourcentage des fonds alloués aux organisations qui se sont déclarées volontairement autochtones,⁴⁰ soit Premières Nations, Inuit ou Métis. Un petit pourcentage d'organisations n'ont pas rempli cette partie du formulaire de demande de financement et, par conséquent, on ne connaît pas leur affiliation.

Figure 10) Distribution de ressources par identité autochtone des organisations bénéficiaires (2004)⁴¹



3.2.2 Besoins identifiés

Les besoins prioritaires des projets financés par la FADG sont restés relativement stables pendant la période d'évaluation 2000-2002. Les besoins jugés les plus importants ont été d'augmenter la taille des équipes et d'améliorer la participation des personnes survivantes. Dans la hiérarchie des besoins, ces derniers ont été suivis de près par d'autres comme l'extension de projet, la formation, la participation communautaire et le soutien à la famille. Le tableau 6 fait la comparaison entre la hiérarchie des besoins en 2002 avec les résultats de 2000. En commençant par les besoins les plus pressants exprimés par les projets, voici la liste établie.

Tableau 6) Besoins des projets financés par la FADG, par ordre de priorité (2000 et 2002)

Besoins – ordre de priorité en 2000	Besoins – ordre de priorité en 2002
1. accroître le nombre d'employés et les avantages sociaux	1. accroître le nombre d'employés et les avantages sociaux
2. améliorer la participation des Survivants	2. améliorer la participation des Survivants
3. améliorer et agrandir les installations	3. apporter des améliorations au projet et l'élargir au niveau local
4. apporter des améliorations au projet et l'élargir au niveau local	4. dispenser de la formation
5. dispenser de la formation	5. faciliter la participation de la collectivité
6. améliorer le soutien à la famille et les compétences parentales	6. améliorer le soutien à la famille et les compétences parentales
7. faciliter la participation de la collectivité	7. élaborer et distribuer de l'information sur l'historique des pensionnats et sur leurs incidences intergénérationnelles
8. obtenir des évaluations professionnelles en vue du développement des compétences et de la guérison	8. améliorer et agrandir les installations
9. obtenir des ressources et des services professionnels pour traiter des besoins spéciaux	9. obtenir des ressources et des services professionnels pour traiter des besoins spéciaux
10. élaborer et distribuer de l'information sur l'historique des pensionnats et sur leurs incidences intergénérationnelles	10. renforcer les partenariats et les réseaux
11. améliorer, offrir des moyens de transport	11. améliorer, offrir des moyens de transport
12. améliorer la communication (avec la collectivité, la FADG et les Canadiens en général)	12. obtenir des évaluations professionnelles en vue du développement des compétences et de la guérison
13. acheter du matériel et des fournitures	13. acheter du matériel et des fournitures
14. renforcer les partenariats et les réseaux	14. améliorer la communication (avec la collectivité, la FADG et les Canadiens en général)
15. assurer la surveillance et l'évaluation du projet	15. assurer la surveillance et l'évaluation du projet

Lorsqu'on examine les coûts associés aux besoins, un autre portrait se dégage. Les besoins en matière de programmes les plus coûteux, par ordre de valeur, s'établissent comme suit : l'amélioration et l'agrandissement des locaux, l'augmentation du nombre d'employés (taille de l'équipe), le développement et l'extension de programme, l'obtention de ressources pour répondre aux besoins spéciaux, la formation, le transport, l'information au sujet des séquelles des pensionnats, le soutien familial, les évaluations professionnelles, l'achat de matériel et de fournitures, l'évaluation de projet, l'amélioration de la participation des personnes survivantes, la promotion de la participation de la communauté et l'amélioration des communications. La figure 11 montre les besoins par coûts moyens *médians* établis à partir des deux enquêtes nationales (2000 et 2002), tandis que la figure 12 montre le *total* des coûts moyens estimés provenant des enquêtes nationales. Lorsque tous les coûts des besoins sont combinés, un montant estimé à 111 375 920 \$ (n=282, E1, E2) [Ext : 140 855 595 \$, n=573]⁴² serait requis pour répondre aux besoins *actuels* des projets.

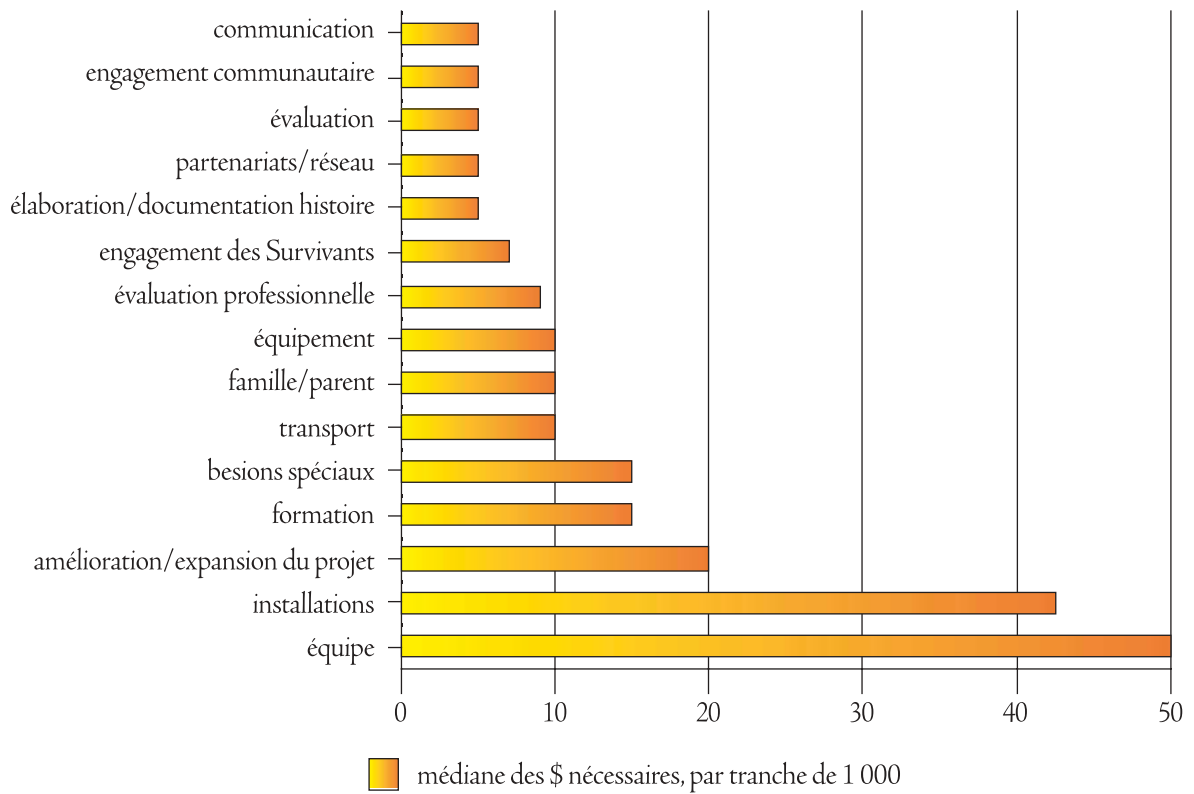
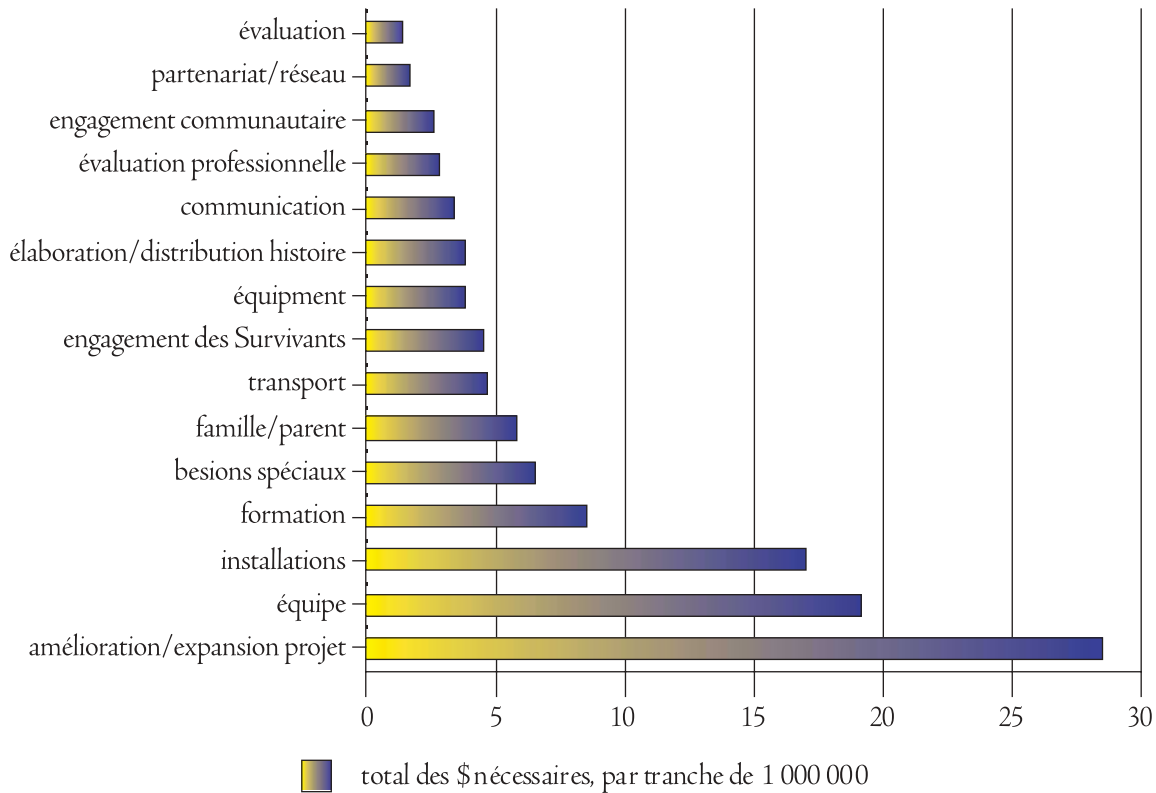
Figure 11) Coûts moyens estimés⁴³ des besoins de programme par type

Figure 12) Total des coûts estimés des besoins de programme par type



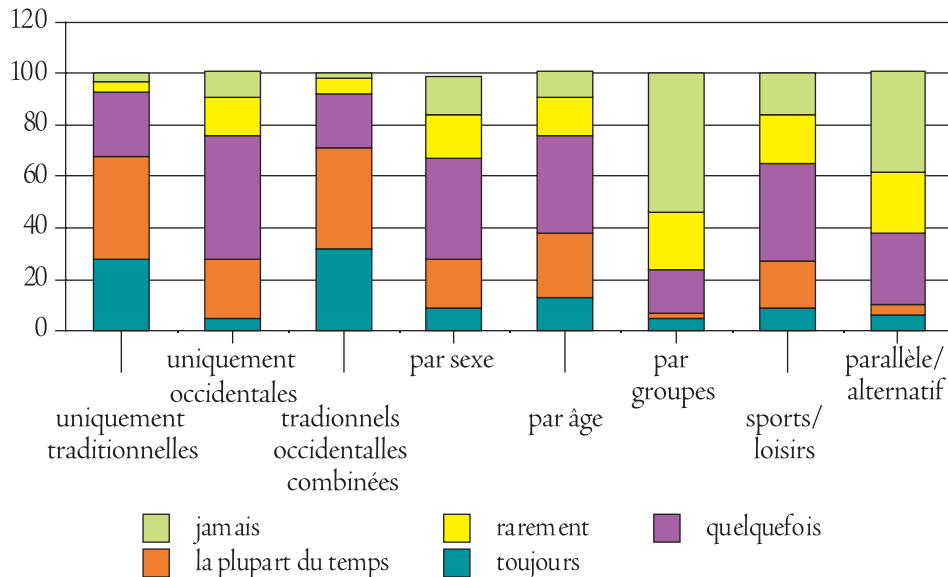
Il est important de noter que l'amélioration de la participation des Survivants et la promotion d'un plus grand engagement de la communauté, de pair avec une amélioration du soutien familial et des compétences parentales, sont considérées comme des besoins pressants et prioritaires; par contre, les coûts associés à la satisfaction de ces besoins se classent parmi ceux qui sont les moins onéreux.

Lorsqu'on a demandé aux répondants nationaux de hiérarchiser leurs besoins, ils ont de façon constante été d'accord pour dire que le besoin prioritaire était d'améliorer et d'encourager l'engagement des Survivants et de la communauté. Suivant la perspective nationale, les autres besoins prioritaires étaient : l'amélioration des communications avec la communauté, la population canadienne en général et le secteur privé, particulièrement en ce qui a trait aux séquelles laissées par les pensionnats; l'amélioration du soutien familial et des compétences parentales; la recherche et l'établissement de partenariats et de réseaux qui appuient les efforts de guérison; les évaluations professionnelles en matière de perfectionnement des compétences et du processus de guérison. Un répondant national a mentionné que les autres priorités, par ordre d'importance, étaient : obtenir des ressources pour répondre aux besoins spéciaux, l'amélioration du projet et son extension, l'amélioration du transport, l'augmentation du nombre d'employés dans les équipes et de leurs avantages sociaux, l'amélioration des locaux, l'achat d'équipement (matériel) et l'évaluation du projet.

Finalement, nous présentons un tableau des approches de guérison les plus fréquemment utilisées. On a privilégié la formation de groupes d'âge spécifique et des groupes selon le sexe; presque un tiers (27 %, n = 160, E2) des groupes s'adonnent à des activités sportives et à des activités de loisir sur une base régulière (la

plupart du temps ou toujours). La figure 13 montre à quelle fréquence diverses approches de guérison sont mises en application.

Figure 13) Fréquence d'application de diverses approches de guérison



3.2.3 Stratégies appliquées en vue d'obtenir l'appui des personnes

Cette section a pour but de faire ressortir les stratégies visant à inciter les gens à participer aux projets suivant les données recueillies au moment de l'évaluation du processus en 2000. Quelque soit la visée du projet, la Fondation espère que tous les projets s'efforceront de mobiliser les Survivants, d'encourager leur participation. Bien que certains projets utilisent une variété de stratégies pour encourager la participation des Survivants, les stratégies les plus couramment citées (n=240, E1) étaient le bouche à oreille (89), les rencontres avec les individus et les familles, dans les locaux du projet (37), des bulletins (27), des campagnes téléphoniques (24), des feuillets d'information ou des brochures (20), des annonces publicitaires (19), la collaboration avec d'autres groupes ou agences (16), des visites à domicile (14), des babillards communautaires (13), la participation dans tous les secteurs de prestation de services sociaux (7), des entrevues avec des familles et des individus et les inviter à visiter le projet (6), « se promener dans la rue » comme façon d'entrer en contact (2). L'annexe K présente les stratégies les plus couramment utilisées pour encourager la participation et l'engagement des Survivants.

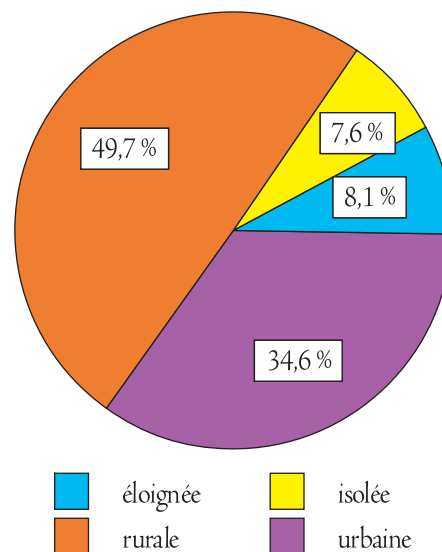
Afin d'assurer la sécurité des participants, les projets ont utilisé une variété de stratégies (n = 243, E1), les plus courantes étant celles-ci; vérification rigoureuse des dossiers criminels par le biais du CPIC (centre d'information de la police canadienne) (194); des entrevues individuelles (173); des références morales (168); une vérification périodique auprès du groupe des participants pour assurer leur sécurité (155); le bouche à oreille (119) et la consultation d'autres personnes qui ont utilisé les services des professionnels (119). Certaines méthodes étaient directement reliées aux politiques et procédures (51) du projet qui exigeaient que les guérisseurs signent un code de déontologie (85), ou qu'ils s'engagent formellement, sous une autre forme, à respecter la confidentialité et à assurer la sécurité des participants (19). De plus, les

participants engagés se protégeaient les uns les autres (10). L'annexe L montre comment les équipes de projet ont assuré la sécurité des participants.

3.3 Où

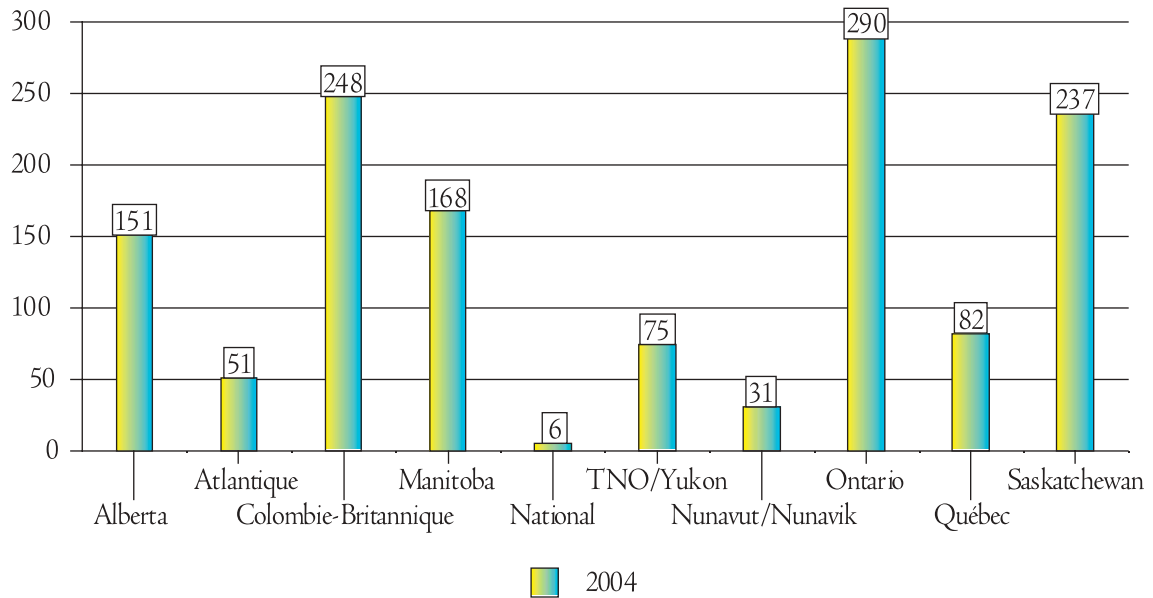
La plus grande proportion de collectivités ayant participé à l'enquête que les projets ont desservies continue d'être celle des collectivités rurales⁴⁴ (49,7 %, n = 384); ces projets ont aussi eu lieu dans 34,6 pour cent de collectivités urbaines, 7,6 pour cent dans des régions isolées et 8,1 pour cent dans des régions éloignées. La figure 14 montre la répartition des répondants par isolement géographique de leur région.

Figure 14) Répartition des répondants par isolement géographique (2004)



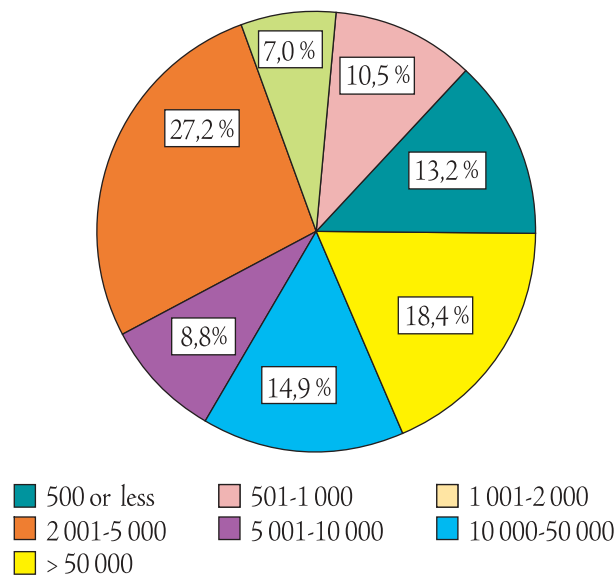
Pour ce qui est des subventions accordées à des projets, c'est en Ontario qu'on retrouve le nombre le plus élevé (290), suivi de la Colombie-Britannique (248), de la Saskatchewan (237), du Manitoba (168) et de l'Alberta (151). La figure 15 montre le nombre de subventions par région.

Figure 15) Nombre de subventions par région (2004)



Une grande partie des projets se sont tenus dans des collectivités comprenant une population de 2000 habitants ou plus (65 %, n = 161, E2). Le reste des projets se sont déroulés 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 16 représente la répartition des sites des projets financés par la FADG selon la taille des collectivités.

Figure 16) Répartition des projets par taille de la collectivité



Les projets ont été mis en oeuvre dans toute une variété de lieux, en particulier dans des centres de santé locaux ou dans des centres de services sociaux, dans les écoles locales, à domicile, dans des endroits locaux de rassemblement, des camps en milieu sauvage et dans des centres d'amitié. On fait également mention d'endroits moins courants comme les bureaux de l'administration autochtone, les collèges ou les universités, d'anciens pensionnats et des centres correctionnels (E1). Les lieux où se déroulent les projets sont illustrés à l'annexe M.

Tout environnement a des forces qui contribuent positivement à l'atteinte des résultats visés par les projets ou qui entravent leur réussite. Dès les débuts du programme de financement de la FADG, une grande partie des projets ont dû affronter une opposition sans ménagement de traiter les séquelles (69 %, n = 243, E1), un peu plus du quart (26 %) ayant eu l'impression que l'apathie ou l'indifférence était un problème *sérieux*. Cependant, à mesure que le temps a passé, les répondants ont rencontré moins de résistance et ils ont bénéficié de plus d'appui — une constatation corroborant et renforçant le fait que la guérison se fait à long terme. Autrement dit, il est fort probable que l'inaction, le désintéressement ou l'apathie observés de prime abord étaient en fait prévisibles, des réactions attribuables à cette première étape où les personnes affrontent leurs traumatismes antérieurs. Moins du tiers des projets ont rapporté que le leadership (les dirigeants), l'appui et la participation de la communauté, constituaient des difficultés majeures (n = 156, E2). En fait, plus de la moitié avaient l'impression que les dirigeants leur ont accordé un appui modéré ou remarquable. Le manque de logement adéquat et le chômage constituent des obstacles majeurs pour un nombre assez important d'équipes de projet (40 %, n = 156, E2). 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 l'annexe N, on fait ressortir les perceptions relatives aux difficultés ou aux obstacles et aux avantages sur le plan communautaire.

3.4 Quand

Les réalisations au jour le jour sont autant la résultante de l'époque où elles se sont déroulées que le fruit des efforts des acteurs qui les ont initiées. L'histoire ouvre la voie aux événements actuels, tout comme les événements tragiques influent sur toute vie; par conséquent, il est logique d'étudier l'époque et les conditions dans lesquelles un projet se déroule. 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*⁴⁵ comme moyen d'évaluation des changements. Pour faire la présentation de ce qui facilite, on traitera surtout des activités/événements particuliers de la collectivité et ensuite on fera la liste des entraves ou obstacles structurels plus généraux se rapportant 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 forces positives 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 eu des incidences sur les projets de guérison, il reste cependant que certaines tendances ont été associées aux

affaires judiciaires. Premièrement, les litiges ont permis que s'engage un dialogue entre les Autochtones, le gouvernement fédéral, les Églises et la communauté des gens de la justice au sujet des pensionnats – plus particulièrement sur les séquelles des abus physiques et sexuels. Deuxièmement, les affaires judiciaires ont soulevé la colère des personnes croyant que les fonds publics alloués pour la guérison devraient plutôt servir à indemniser les préjudices personnels.

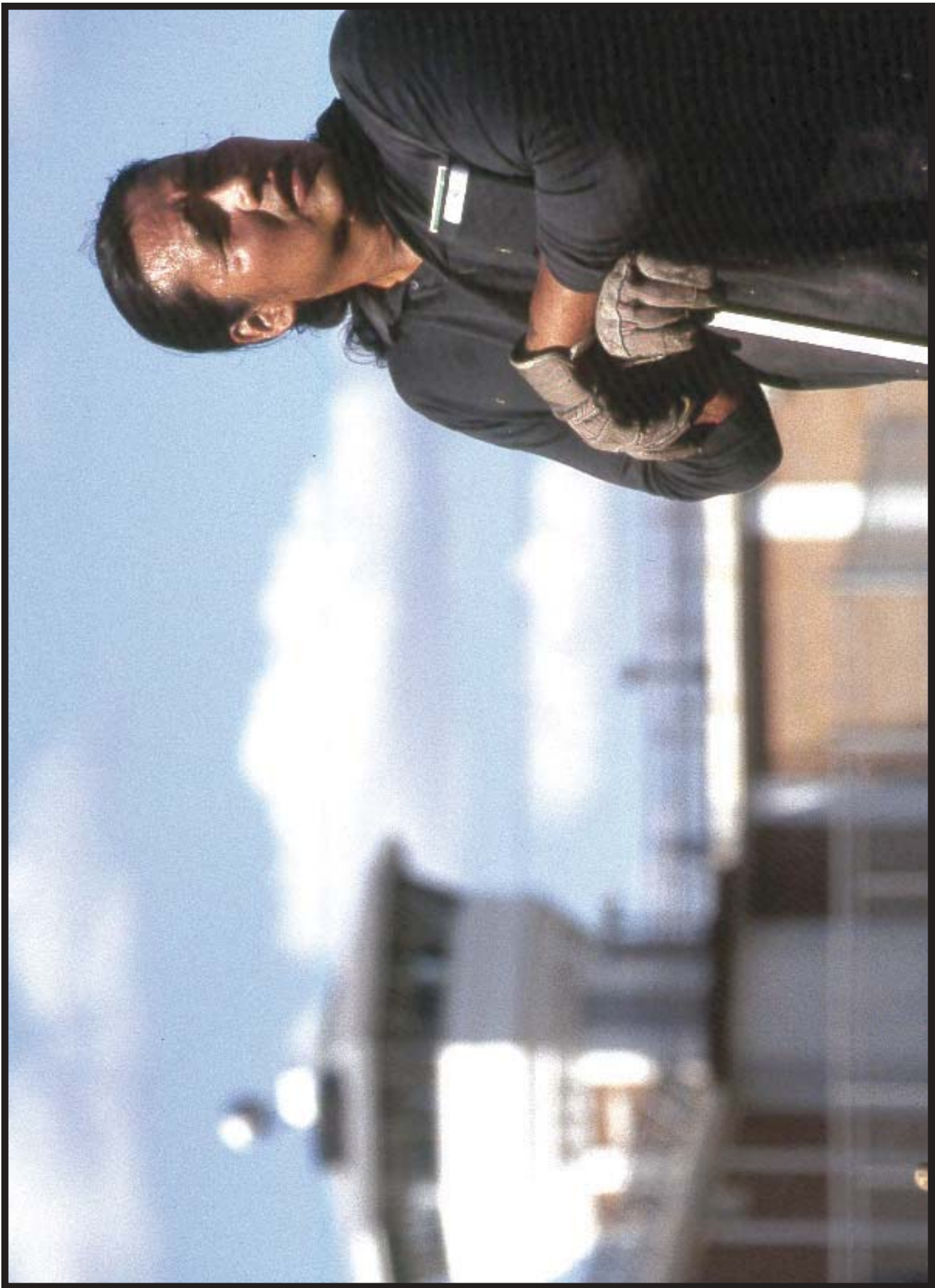
En offrant des services complémentaires et de l'appui, la collaboration interorganisme et l'établissement de réseaux de professionnels ont joué un rôle déterminant pour les équipes de projet. Des équipes formées de personnes profondément engagées qui ont fait régulièrement des séances de retour d'information (des bilans) sur ce sujet plein d'émotivité ont également contribué au succès des projets. 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 le même ordre d'idées, des programmes de prévention des actes criminels et de justice réparatrice ont été des facteurs favorables et ils ont été complémentaires. 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. 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.

Ce qui peut aider	
✓ la fierté de la culture, des coutumes et des célébrations culturelles	✓ l'appui à la famille (particulièrement le développement de compétences parentales)
✓ la collaboration interorganisme et la constitution de réseaux	✓ 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 environnementales généralement citées sont liées à la violence (incluant mort violentes telles meurtre et suicide); les gangs de jeunes et les activités criminelles, 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 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, de l'instabilité et du fait qu'on accorde peu de priorité à la guérison sur le plan politique. Des compressions du budget consacré aux services et au relogement ont empêché que des fonds nécessaires soient alloués au soutien complémentaire des projets. En plus, des projets ont été davantage perturbés que les autres par des facteurs environnementaux comme le manque de locaux et le mauvais temps. Le roulement élevé du personnel, le manque de compétences ou de capacités, de formation ou de supervision clinique et un manque d'initiatives en matière de santé mentale ont eu pour effet que des équipes de projets se sont senties dépassées, écrasées 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 financés par la FADG en essayant de 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	✓ les conditions de logement 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 ou autres problèmes 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 clinique
✓ les maladies	✓ le roulement du personnel

Des répondants de partout au Canada ont identifié plusieurs initiatives qui, à leur avis, *faciliteraient* le travail des projets financés par la FADG, y compris les programmes d'intervention précoce comme le programme *Bon départ* ou *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones* et les initiatives visant la réduction du Syndrome de l'alcoolisme foetal et effets de l'alcoolisme foetal (SAF/EAF). Ils ont déclaré que de nombreuses autres initiatives fédérales contribueraient également à compléter ou à renforcer les projets financés par la FADG, notamment les initiatives telles que en matière de justice pour les jeunes contrevenants, les nouvelles approches en matière de traitement des toxicomanies et les programmes d'employabilité. Il reste toutefois que le manque de projets en matière de santé mentale a été ciblé comme un obstacle aux efforts de guérison.



Partage de l'expérience et des apprentissages

L'activité de financement de la FADG n'est qu'une initiative parmi les autres au sein du mouvement de guérison. Cependant, les ressources de la FADG ont offert à de nombreuses communautés - *pour la toute première fois* - l'occasion de s'attaquer aux séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats. N'ayant pas à leur disposition une vaste gamme de protocoles bien documentés ou de solutions facilement accessibles, les projets ont adopté une *approche d'apprentissage sur le tas, par la pratique*. Ce chapitre représente un partage d'expérience, qui permet d'établir les liens entre les défis que les projets ont dû affronter et les idées innovatrices que ces défis ont fait émerger. La grande partie des renseignements qui sont fournis dans ce chapitre, ainsi que les thèmes qui y sont abordés, proviennent des discussions des groupes de travail, des études de cas et des histoires qui ont été transmises lors des assemblées régionales et extraites des rapports de suivi des projets. Nous avons mis l'accent sur la *qualité* du vécu et des apprentissages, et non sur leur quantité (les tableaux de l'annexe O décrivent les données extraites de 13 études de cas portant sur les thèmes identifiés dans ce chapitre, soit les leçons tirées, les pratiques exemplaires et les défis). Lorsque les données étaient disponibles, nous avons fourni des quantités et des proportions, mais ce chapitre sert surtout à partager des idées. Les leçons retenues sont devenues des pratiques efficaces, qui peuvent être facilement adaptées⁴⁶ et qui, selon les Survivants et leurs familles, correspondent le mieux à leurs besoins. Le terme « pratique exemplaire » a été choisi parce qu'il est facile à comprendre. Cependant, une pratique exemplaire ne doit pas être interprétée comme étant *le seul et unique* modèle. Elle ne doit pas non plus servir à entretenir une compétition. Pour simplifier le style, nous accordons le même sens aux termes « pratique exemplaire » et « pratique prometteuse » et nous les utilisons tous les deux de manière interchangeable.

Il est important de ne pas oublier que l'apprentissage a souvent lieu dans des circonstances uniques et qu'il est influencé par les buts, les objectifs, les services, les groupes cibles, les caractéristiques de l'équipe et la durée du projet. Ce qui peut sembler évident pour une équipe peut nécessiter des mois d'essais et d'erreurs avant qu'un autre groupe le découvre, ou encore peut simplement convenir dans un contexte mais pas dans un autre. Malgré le fait que ces leçons soient uniques à chaque projet, le fait de partager ces apprentissages avec les autres projets pourrait réduire « les essais et les erreurs » lorsqu'il s'agit de relever certains défis universels chez les Autochtones. Les projets ont affronté les défis en ayant recours à des stratégies complexes et diversifiées. Par conséquent, il est difficile de catégoriser les connaissances qu'ils ont acquises. Cependant, celles-ci peuvent être placées sous les thèmes suivants :

- Encourager la participation et le soutien;
- Problématiques liées au travail en équipe, qualités et soins;
- Approches programmatiques et thérapeutiques;
- Partenariats et viabilité à long terme.

4.1 Encourager la participation et le soutien

Dans de nombreux cas, la culture ou la dynamique de la communauté a facilité l'atteinte des résultats recherchés, particulièrement lorsque la communauté était empreinte d'une véritable volonté de guérir et lorsqu'il existait un réseau efficace de services, respectueux des différences culturelles et un esprit de collaboration et de « solidarité. »⁴⁷ Plus la force d'impulsion et l'influence du projet étaient grandes, plus la participation a augmenté, les deux dynamiques se nourrissant mutuellement. Des projets ont décrit la culture de violence comme un phénomène découlant des actes criminels commis dans les pensionnats.

Selon eux, les séquelles ont été intériorisées 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.⁴⁸

Dans certains cas, la guérison n'était pas une priorité pour les dirigeants, qui voulaient plutôt centrer leurs efforts sur le solutionnement de questions politiques. Un facteur essentiel à la réussite de l'activité de guérison est l'acceptation de la collectivité ou, au minimum, leur tolérance à cet égard. Dans les situations où régnait une culture interne de violence,⁴⁹ du déni, une opposition manifeste⁵⁰ aux initiatives, financées par la FADG et des préoccupations personnelles concernant les indemnités monétaires, l'atteinte des objectifs de guérison a été compromise. Les équipes ont souligné que lorsque les réactions de la communauté font obstacle aux projets, *il est nécessaire de faire appel à de l'aide de l'extérieur*.

Les projets ont souvent déclaré que l'obstacle qui les empêchait d'engager la participation de la communauté était le déni des séquelles des pensionnats.⁵¹ Les communautés minimisent encore l'impact des pensionnats et les individus refusent d'admettre qu'ils sont des Survivants. Le personnel des projets a donc investi beaucoup de temps et d'énergie à chercher à démanteler la peur et le déni, tout en encourageant – avec sensibilité – les gens à participer aux activités. Lorsque les dirigeants n'étaient pas encore rétablis (guéris), ils ont imposé le silence et normalisé le dysfonctionnement, favorisant ainsi un climat d'approbation tacite des abus sexuels et créant un milieu hostile pour les équipes de projet.⁵²

[TRADUCTION] [U]n certain nombre de personnes 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 communauté ... 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.⁵³

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 de l'inconnu, de l'abandon, la peur d'être traumatisé de nouveau et de subir des conséquences répressives. Dans les communautés où la violence est considérée comme un comportement socialement acceptable et où même les écoles sont des endroits où les élèves sont menacés, l'intérêt et la participation devaient être encouragés chez les participants qui étaient violents, pessimistes, fermés sur le plan émotionnel, souffrant d'une toxicomanie sévère et d'un contrôle de soi très médiocre. Les projets ont aussi trouvé difficile de composer avec la loyauté que certains jeunes ressentent envers leurs familles violentes et la méfiance de personnes chrétiennes dévouées à leur religion, qui se sentent critiquées lorsque l'histoire des pensionnats est révélée. Un climat où la peur, les commérages et la colère prévalent est souvent considéré comme un obstacle à l'établissement d'un climat de confiance et à l'engagement des participants dans le processus de guérison, particulièrement lorsque la recherche de compensations monétaires (liées aux séquelles des pensionnats) prime sur le désir de guérir.

Les situations de crise dans les communautés, particulièrement celles qui provoquent les suicides, font *toujours* dérailler les efforts de guérison communautaires.

La situation géographique de certaines communautés joue en leur défaveur, particulièrement celles qui sont situées dans des régions isolées ou éloignées, dans des endroits où il y a une pénurie de personnel qualifié, un manque d'accès à la nouvelle technologie et où il n'existe pas de réseau de services sociaux ou même d'infrastructure. Certaines équipes ont fait la promotion de leurs services auprès de Survivants qui résidaient dans des communautés voisines (où il n'y avait pas de projets s'attaquant aux séquelles).

La pauvreté et le racisme représentent des défis majeurs qui font obstacle à la participation de la communauté. La pauvreté limite les options des individus. La guérison n'était pas toujours une priorité dans l'esprit des membres de la communauté préoccupés à subvenir à leurs besoins fondamentaux (la nourriture et le logement), c'est-à-dire à survivre. Entre payer les frais de garde de ses enfants, de la nourriture ou du transport et participer à des activités de guérison, le choix est clair. Les équipes ont cependant utilisé de nombreuses stratégies pour faciliter l'accès aux programmes, y compris des horaires adaptés (des sessions en soirée pour ceux qui travaillent pendant la journée), des visites à domicile, des offres de transport et pour éliminer les obstacles à la participation (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.

Certaines études de cas ont révélé qu'un local n'était pas propice à la participation si l'atmosphère y était froide, formelle, s'il était situé dans des milieux institutionnels reproduisant les conditions traumatisantes des pensionnats ou encore s'il était trop étroitement associé à des services stigmatisants pour que les gens se sentent à l'aise. (traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies). Certains locaux (roulottes) n'étaient pas des espaces privés et ne permettaient donc pas aux projets d'offrir des consultations confidentielles ou encore ils étaient trop petits pour accommoder des groupes plus larges lors des rencontres. Une équipe a suggéré que, pour offrir de bons services à la communauté, le programme devrait disposer de ses propres locaux.

Dans certains cas, le mot «pensionnat» a eu comme effet d'éloigner les gens des activités du projet. Certains projets ont eu plus de succès en restant ouverts à la participation de l'ensemble de la communauté plutôt qu'en cherchant à viser les personnes survivantes.

En outre, bien que les projets financés par la FADG soient considérés comme des modèles en matière de réappropriation culturelle, de célébration et de renforcement identitaire, le contexte canadien dans sa globalité ne protège pas l'intégrité culturelle des Autochtones (services de traduction, éducation sur les sujets de la langue et de la culture ou l'intégration des perspectives ou philosophies autochtones au sein des politiques et des pratiques).

Le nombre de demandes de programmes est peut-être le meilleur indice du niveau de la compréhension des séquelles. Certains projets, encore aux prises avec le déni dans leur communauté, n'ont pas pu fonctionner selon leur pleine capacité, ce qui a par contre été le cas pour d'autres projets. La plupart des autres équipes n'ont pas pu satisfaire les besoins en matière de services, particulièrement au moment où le mouvement de guérison a pris de l'élan et où les participants ont commencé à se tourner vers d'autres et à les encourager à guérir. À cet égard, il semble que les rapports entre les jeunes et les Aînés aient été particulièrement efficaces. C'est grâce à

la créativité brillante des équipes que celles-ci ont si bien réussi à mobiliser la participation et le soutien communautaire. Bien que les pratiques les plus prometteuses aient eu une influence limitée sur les infrastructures et les barrières systémiques telles que le racisme et la pauvreté (elle ne peuvent pas combler complètement les lacunes dans ces domaines) les équipes étaient enthousiasmées par la manière dont elles avaient réussi à convaincre ceux qui étaient réticents à participer aux activités de guérison.

Créer des liens

Les équipes ont fonctionné en se basant sur le principe que les relations sont au cœur de la guérison. L'importance de la relation est un thème qui est constamment revenu dans les groupes de discussion, les rassemblements et les études de cas. L'établissement de liens nécessite du temps, de la patience et des efforts constants. Ce processus se caractérise par des échanges *prolongés* et *informels*. On peut établir *indirectement* un climat de confiance et d'intimité en offrant des occasions d'apprendre, de partager son vécu et ses expériences, de célébrer et de s'exprimer librement. Les membres des équipes dynamiques, lorsqu'elles s'assuraient d'être visibles dans la communauté par le biais de leur engagement actif et de leurs initiatives de contact, ont eu plus de facilité à engager la participation de gens. Ceci a créé des occasions informelles qui ont permis aux Survivants de se familiariser et de se sentir plus à l'aise avec les guérisseurs, et ce à leur propre *rythme* et dans des endroits moins menaçants pour eux. La peur et le déni, qui sont tous deux des défenses naturelles face à des situations menaçantes et des réactions auxquelles on doit s'attendre de la part de personnes ayant vécu des expériences traumatisantes,⁵⁴ sont aptes à mieux se dissiper lorsque l'*acceptation* et la *sécurité* sont les éléments prioritaires de la relation.

Acceptation signifie accueillir *tout le monde*, reconnaître les forces, honorer les Survivants et entrer en relation avec eux en respectant leur niveau actuel de besoin et de compréhension afin que la confiance puisse être établie. Cette confiance permet de travailler, à long terme, sur des problèmes plus délicats et plus profondément enracinés. Au cours des discussions de groupes, les équipes de projet ont déclaré que lorsque le viol sexuel des enfants, la violence conjugale et autres actes d'extrême violence ne seront plus envisagés comme des manifestations « normales » des séquelles, les gens accepteront de l'aide. Les émotions intenses telles que la honte, la culpabilité et particulièrement la colère - ne feront plus l'objet de blâmes ou de jugement, mais seront validées, pleinement exprimées, regardées comme des émotions *naturelles* et *nécessaires* pour faire un deuil et seront éventuellement traitées de manière compétentes par les équipes thérapeutiques. La colère est exprimée différemment selon le genre et cette différence doit être accommodée. Une équipe a recommandé que des techniques calmantes⁵⁵ et un système de compagnonage soit établi lorsque l'intensité des émotions escalade durant une session de guérison.

Pour certaines personnes, le mot « guérison » sous-entend qu'il existe quelque part un défaut à corriger ou à confronter. Lorsque ce mot est traduit en inuktituk « Mamisaq » signifie habituellement guérison au niveau « physique; » Le terme « guérison » présente donc des difficultés du point de vue de son interprétation culturelle, et peut être considéré comme une faiblesse aussi bien par les hommes que par les femmes.

[TRADUCTION] La Survivante résiste souvent au deuil, non seulement parce qu'elle a peur, mais également par fierté. Elle peut refuser d'exprimer sa peine afin de ne pas accorder la victoire à son

agresseur. Dans un tel cas, il est important de lui faire comprendre que le deuil constitue une preuve de courage plutôt qu'une humiliation.⁵⁶

Les stéréotypes sexuels pourraient indiquer que ces sentiments sont plus prononcés chez les hommes.

[TRADUCTION] Bien que l'abus de pouvoir soit une dynamique fondamentale derrière toutes les formes de victimisation, plusieurs victimes de sexe masculin affirment qu'ils ne se sentent pas impuissants et qu'ils ne se considèrent pas comme des « victimes. »⁵⁷

Donc, la « guérison » peut forcer une personne à s'identifier contre son gré comme une victime et la manière dont la guérison, le counselling et la thérapie sont formulés doit être discutée davantage. En canalisant de manière positive la pression exercée par les pairs, en présentant le cheminement de guérison comme un acte de courage et d'autonomie et en évitant de se concentrer sur les faiblesses, il a été possible de créer un plus grand sentiment de sécurité émotionnelle. Lorsqu'elle est présentée de manière positive, la guérison crée des occasions d'apprentissage, d'expression de soi (verbale et non verbale) et permet le *renforcement culturel* et la *célébration*.

Apprentissage et expression de soi

Au cours des discussions en groupe et des études de cas, il est devenu apparent que l'on obtenait de meilleurs résultats relatifs à l'apprentissage de comportements et d'habitudes relationnelles sains lorsque ceux-ci ne sont pas dirigés, mais modelés, illustrés, puis pratiqués. Comment s'entendre en couple, prendre soin de soi, utiliser des outils de guérison (jeûner, chanter, écrire, s'exprimer spirituellement, se relaxer et méditer) et comment composer avec les émotions sont des sujets qui ont été offerts sous forme d'apprentissages pertinents et efficaces. L'occurrence de situations imprévisibles a aussi pu être réduite par certains apprentissages: apprendre à mettre un nom sur les séquelles, comprendre les réactions normales provoquées par les traumatismes et reconnaître la manière dont peut se dérouler la guérison communautaire. Être capable de donner un nom à une menace ou un ensemble de réactions permet aux personnes d'avoir le sentiment qu'elles contrôlent leurs émotions et leur environnement. Mieux comprendre le développement du jeune enfant ou du processus de deuil, en particulier, peut offrir un point focal au travail thérapeutique, le faciliter et renforcer la volonté de guérir chez un client. Bien que des campagnes d'éducation et des programmes d'enseignement bien organisés génèrent de nombreux apprentissages, quelques équipes ont souligné que les « moments propices » qui surgissent spontanément doivent aussi être exploités.

L'éducation sur les séquelles est particulièrement utile lorsqu'elle explique que les réactions vis-à-vis de ce qui a été vécu dans les pensionnats sont des réactions normales et prévisibles découlant des traumatismes institutionnels, et qu'elles ne sont pas le résultat d'une faiblesse personnelle ou d'un défaut de caractère. Les apprentissages acquis par l'observation de personnes-modèles sont jugés très précieux, surtout lorsque le modèle était un Aîné, un guérisseur ou même un pair, car les personnes-modèles offrent une preuve bien vivante que la guérison est bénéfique. Lorsqu'une personne peut apprendre en observant le vécu des autres, elle n'a pas à vivre la douleur associée au processus d'apprentissage par essai-erreur. En particulier, les hommes sains et équilibrés, qui ont des antécédents dysfonctionnels mais qui ont développé des compétences pour diriger un groupe ou pour agir en tant que guérisseurs, réussissaient avec beaucoup d'efficacité à

attirer d'autres hommes sur le chemin de la guérison (ceci a été un commentaire constant de la part de tous les projets qui desservait les hommes et qui ont participé aux groupes de discussion et aux études de cas).

Les équipes ont compris la grande valeur de la participation communautaire dans les activités de planification, de promotion et de livraison de programmes, et dans les activités servant à améliorer le niveau de sensibilisation vis-à-vis des séquelles des pensionnats. Elles ont suggéré que la cohésion et la prise en charge communautaire étaient d'importants facteurs de guérison. Un groupe substantiel d'équipes a souligné qu'il était important de disséminer de l'information aux membres de la communauté dès le *début de l'initiative*.

L'éducation sur les séquelles des pensionnats a presque toujours été reconnue, de la part de tous les projets, comme un facteur catalyseur de guérison (dossiers de projet, procès-verbaux des assemblées, six de treize études de cas, groupes de discussion et sondages nationaux). Lorsqu'il est devenu apparent que le fardeau des séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats n'étaient plus un défaut personnel, mais une réaction normale découlant des traumatismes institutionnels, les gestes posés pour se réapproprier une vie équilibrée ont été considérés comme des actes de courage et d'autonomie, et non pas comme une faiblesse. Le fait de reconnaître la souffrance, la résilience et les forces des Survivants lors des campagnes d'éducation sur les séquelles des pensionnats leur a redonné leur dignité.

La plupart des participants ont souhaité mieux se connaître et se comprendre eux-mêmes, par le biais de l'auto réflexion assistée, et par le biais de l'expression de soi. Cette expression doit tenir compte des différences entre les hommes et les femmes et offrir un réconfort spirituel quelle que soit la croyance religieuse. Les méthodes permettant une expression de soi qui ne soit pas nécessairement dictée par la logique ou encore des expressions non verbales ont été très populaires.

[TRADUCTION] Demander à ce que le client s'exprime toujours ce qu'il ressent avec des mots est l'équivalent d'exiger un énorme effort de « traduction » Très souvent cela est impossible, particulièrement dans le cas d'expériences vécues à un âge « précoce ».... C'est pour cette raison que la thérapie utilisant l'expression verbale exclut trop souvent les zones de ressenti les plus significatives chez une personne. C'est pourquoi il peut-être aussi très enrichissant de reconnaître et de connaître la meilleure manière de soutenir et d'accompagner les processus de changement sans avoir recours à l'expression verbale.⁵⁸

Lorsque les participants aux discussions de groupe ont été interrogés plus spécifiquement au sujet des stratégies qu'ils utilisaient pour engager la participation des hommes, ils ont exprimé un grand nombre de bonnes idées. Les hommes sont particulièrement intéressés lorsqu'on leur propose des activités physiques, des occasions non verbales de s'exprimer, par exemple les compétitions physiques, les hurlements guerriers, la musique et la menuiserie, car ils préfèrent ces activités aux échanges verbaux. L'art thérapie—activité populaire offerte par plusieurs projets qui avaient été invités aux groupes de discussion—permet aux participants de dresser un portrait des séquelles « en dehors » de l'artiste qui le crée et ce processus, à son tour, diminue directement le niveau de perte d'énergie émotionnelle suscitée par l'histoire des séquelles. D'autres types d'activités utilisant la créativité, y compris l'humour et le fait de manger ensemble, ont été des moyens populaires et confortables pour alléger le dur travail entrepris pour s'attaquer aux séquelles. La « Focussing therapy, »⁵⁹ utilisée par un projet au moins, remplace l'expression *verbale* par l'*action*; on demande aux clients de faire quelque chose pour traduire ce qu'ils ressentent plutôt que de l'exprimer par des gestes ou des comportements. Cependant, certains climats politiques font obstacle à l'expression de soi. Pour les

personnes incarcérées dans certaines institutions, les divulgations de la part des agresseurs sont interdites par des politiques qui peuvent affecter de manière négative la mise en liberté, cependant, ces divulgations représentent une amélioration significative du point de vue de l'expression de soi, et sont des éléments mesurables en fait de progrès au niveau des émotions et de l'auto responsabilisation.

Renforcement culturel et célébration

Quelle que soit la source d'information utilisée, il ressort que les équipes et les Survivants reconnaissent tous la valeur du renforcement culturel et de la célébration. Ils considèrent ces deux éléments comme de bons moyens de se réapproprier ce qui leur a été enlevé au niveau personnel, spirituel et linguistique. Les Aînés sont constamment et extrêmement populaires lors des activités culturelles et des interventions. 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 ont équipés avec les qualités nécessaires pour être efficaces. En raison de ce qu'ils projettent comme modèle d'honnêteté, d'empathie, d'acceptation des autres et du regard positif et inconditionnel qu'ils posent sur les personnes survivantes, de leur considération pour la culture autochtone, les Aînés sont considérés comme des intervenants puissants, pouvant valider le vécu des participants. Un environnement propice au renforcement de l'identité culturelle (drapeau métis, chariot de Red River, Inukshuk, exposition d'oeuvre d'art autochtone, camps traditionnels ou activités en milieu naturel) est un remède silencieux mais très puissant. Les équipes ont constamment souligné la valeur de la guérison traditionnelle et la nécessité d'avoir recours à des guérisseurs traditionnels, à des Aînés et aux enseignements culturels. Les méthodes traditionnelles peuvent être utilisées par elles-mêmes ou en combinaison avec d'autres méthodes de guérison. Les méthodes traditionnelles semblent bien se combiner avec les méthodes occidentales ou orientales - même lorsqu'elles sont utilisées et combinées dans le contexte de différentes cultures autochtones.

Il est donc clair que les pratiques les plus prometteuses, qui engagent la participation et le soutien, construisent des liens basés sur l'acceptation et la sécurité et offrent l'occasion d'apprendre des habitudes saines et équilibrées, de connaître les faits historiques, de s'exprimer et de célébrer la culture. Mis à part les activités servant à vaincre le déni et la peur, à atténuer la résistance plus généralisée vis-à-vis de la manière dont le cheminement de guérison a été formulée ou encore au delà de la gamme d'interventions pertinentes qu'elles offrent, les équipes reconnaissent deux variables-clé qui déterminent le succès des démarches de guérison, soit « réceptivité » et « arrimage ».

4.1.1 « Réceptivité » ou « arrimage »

Bien que certaines équipes, particulièrement celles qui opèrent dans des établissements de services résidentiels, peuvent évaluer rigoureusement les facteurs « réceptivité » et « arrimage ». D'autres équipes ont eu recours à une variété de stratégies de mise en priorité. Pour un certain nombre d'équipes, (31 %, n=104, E1), les Survivants et leurs descendants se trouvaient en tête de liste et ils étaient acceptés sans évaluation préalable. D'autres équipes (25 %) ont identifié comme priorité les personnes aux risques les plus élevés et quelques-unes (18 %) ont ciblé des groupes spécifiques, en se basant sur le genre, l'identité autochtone, l'âge, l'orientation sexuelle ou la religion. Certaines autres, (13 %) ont dit qu'elles donnaient la priorité à ceux qui venaient s'inscrire eux-mêmes et un groupe modeste (10 %) ont donné la priorité aux aiguillages. Un tout petit groupe

(2 %) n'avait pas de système pour identifier leurs priorités et fonctionnaient selon le principe du « premier venu, premier servi » ou selon une approche sans ordre particulier. Au moins deux équipes ont dit que les enfants et les jeunes ou encore les familles avec des enfants devraient être une priorité et obtenir les services en premier. Le travail de deux autres équipes a été dicté par le besoin de maintenir un accès équitable aux services pour toutes les régions et territoires et, dans le cas des conseils tribaux, à tous les membres de la communauté.

Il est entendu que ce ne sont pas tous les programmes qui ont des critères de pré-sélection ou qui effectuent des évaluations formelles pour déterminer quelles sont les personnes qui participeront et celles qui ne participeront pas. Au moins une équipe ayant participé aux discussions de groupe a fonctionné selon le modèle de réduction des méfaits, dans l'espoir de faire émerger chez les participants - au fil du temps - une meilleure relation avec eux-mêmes. Ce projet a accepté les participants qui tentaient d'apporter, pour la première fois, des changements dans leur vie, car les aidants comprenaient que l'écoute passive des autres sert souvent de tremplin pour une participation plus active à une date ultérieure. Un réseau collaboratif d'agents d'aiguillage, capables de respecter le niveau actuel de besoin chez les clients, a toutefois été cité comme un élément crucial lorsqu'il s'agissait d'appliquer des critères de participation plus inclusifs.

Les équipes qui avaient participé aux groupes de discussion et aux études de cas ont régulièrement souligné l'importance de la « réceptivité » vis-à-vis de la guérison, et certaines d'entre elles ont développé des moyens formels et informels pour cerner qui veut *vraiment* grandir et se transformer. Certaines équipes utilisent des évaluations de pré-sélection et d'autres ont recours à des échanges plus informels en demandant aux clients s'ils ont déjà participé à des démarches de guérison ou même en leur demandant directement « pourquoi voulez-vous participer au programme? » ou « est-ce que vous savez qui vous êtes? » Lorsque ces questions sont accueillies par des réactions de peur, il est alors clair que la personne n'est pas « prête. » Lorsque le terme « prêt à guérir » est examiné de plus près, il se réfère à « l'arrimage » entre les participants et les services d'intervention offerts par le projet.

Les équipes de projet qui essaient de déterminer la « réceptivité, » cherchent simplement à savoir qui bénéficiera le plus du programme qui est offert. Dans le contexte des interventions de thérapie ou de guérison liées aux séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, les participants sont jugés être « prêts » s'ils :

- sont motivés, intéressés et qu'ils *veulent* participer; qu'ils ont de bons antécédents de participation régulière et continue à des démarches de guérison;
- ont une idée claire au sujet du processus de guérison et qu'ils sont engagés à poursuivre leur démarche, y compris s'attaquer aux traumatismes, examiner leurs sentiments et les communiquer, se questionner, examiner leur mode de vie et changer leurs comportements;
- jouissent d'une relation assez stable et modérément généreuse avec eux-mêmes, caractérisée par la conscience, la compréhension, l'acceptation d'eux-mêmes, et l'absence de comportements auto-destructeurs, y compris l'abus de substances, (alcool et autres drogues psychoactives). Certains projets insistent que leurs clients aient au moins six mois de sobriété derrière eux avant de participer;
- sont libres de toute distraction ou interférence (besoin de soins pour des conditions médicale sévères, instabilité mentale, maladie contagieuse, maladie chronique incurable, rendez-vous, ou devoir de présence auprès d'un tribunal);
- sont préparés à accepter leur responsabilité vis-à-vis de leurs antécédents et des droits des autres participants (les agresseurs sexuels acceptent les conditions qui permettent de divulguer leurs antécédents de délinquance aux autres résidents ou participants);⁶⁰

- peuvent montrer qu'ils ont reçu du soutien avant le traitement et que du soutien est en place après leur traitement (counselling, participation à des sessions d'entraide) et au delà de la vie du projet;
- ont suffisamment confiance aux autres et qu'il peuvent contrôler leurs implusions.

Il y a bien sûr des niveaux de « réceptivité » car tout le monde n'est pas « prêt » au même degré, pour le même service et en même temps. Une grande flexibilité d'approche et une variété de stratégies servant à engager la participation de ceux qui ne sont « pas prêts. » Afin d'accommoder les différents niveaux de « réceptivité » des membres de la communauté, les équipes ont utilisé les stratégies suivantes (sans ordre spécial de priorité) telles que des campagnes de sensibilisation communautaires, des activités d'extension et de contact, ainsi que des stratégies uniques axées sur des cibles spécifiques. Le tableau 7 offre une description de ce que les communautés ont entrepris lorsque leurs membres n'étaient pas complètement « prêts » à amorcer le travail émotionnel intense qu'exige la guérison des traumatismes du passé.

Tableau 7) Atteindre ceux qui ne sont pas « prêts »

Campagnes de sensibilisation	Cette catégorie d'activités comprend l'éducation des séquelles liées au régime des pensionnats et la promotion de programmes, incluant la communication, le bouche à oreille et une variété de médias locaux où la guérison représente un acte de courage et de prise en main, une appropriation à juste titre de la culture et de l'équilibre.
Rejoindre les personnes	Des efforts ciblés et pro-actifs pour engager des personnes spécifiques ou des groupes à partir d'invitations spéciales et une attention personnalisée, tel visite à domicile ou counseling individuel.
Bâtir une relation	Organiser des activités sociales agréables, non menaçantes, désirées et dirigées vers la cible de « personnes difficiles à rejoindre » où les membres du groupe visé peuvent mettre à l'épreuve leurs talents particuliers (p.ex.; cueillir de la nourriture traditionnelle, musique, artisanat, cuisiner pour le groupe) et <i>contribuer</i> à l'événement.
Offrir des occasions	Accepter d'offrir des consultations aux personnes référées, attendre patiemment ou « juste faire acte de présence, » offrir des services d'accueil culturellement appropriés et accessibles où des occasions d'apprendre de façon indirecte et une guérison contagieuse peuvent se dérouler. Un seul cas de modèle de rôle d'une guérison réussie peut avoir un effet marquant sur le groupe et créer un élan capable d'attirer ceux qui autrement montreraient des réticences.
Intervention thérapeutique	Culturellement appropriée et des services d'accueil accessibles où les personnes peuvent maximiser l'intervention offerte et sont engagées et sérieuses d'apporter des changements dans leur vie.

La figure 17 fournit des lignes directrices de base qui peuvent servir à déterminer quelle sorte d'intervention est la plus pertinente à chaque niveau de « réceptivité. » Les niveaux de « réceptivité » sont indiqués du côté gauche et les catégories d'intervention du côté droit. Les éléments ombrés représentent les interventions-clé qui semblent être les plus efficaces, les plus ombrés sont les interventions les plus pertinentes pour le groupe-cible correspondant.

Figure 17) Arrimer Réceptivité et Stratégie

	Conscientisation	Rejoindre	Relation	Occasions	Thérapie
<p>resistant, esprit fermé, lourd bagage relié aux séquelles des pensionnats, plusieurs distractions potentielles et interférences liées à la participation</p>					
<p>affligé par un comportement auto-destructeur, peu familier et non engagé envers la guérison mais curieux, plusieurs distractions et interférences liées à la participation</p>					
<p>ouvert d'esprit et désireux mais engagement peu clair, liberté instable de comportement auto-destructeur, distractions et interférences potentielles liées à la participation</p>					
<p>engagé, ouvert d'esprit et désireux mais craintif, jouit d'une certaine stabilité face à des comportements auto-destructeurs distractions ou interférences potentielles mais qui peuvent être gérées liées à la participation</p>					
<p>engagé, ouvert d'esprit et désireux, jouit d'une stabilité face aux comportements auto-destructeurs, libre de toutes distractions ou interférences liées à la participation</p>					

Ceux qui ne sont pas prêts arrivent à s'échapper du processus d'aiguillage et d'accueil. Dans ce cas, il vaut mieux s'adresser directement à la personne en privé, établir ce à quoi ils peuvent s'engager et parler de leurs médicaments. Il faut cependant éviter de les humilier en les renvoyant chez eux lorsqu'ils consentent à respecter les lignes directrices du programme, à participer pleinement au processus de guérison et à ne pas déranger celui des autres. Ils peuvent aussi consentir à être transférés à un autre service qui répond plus précisément à leurs besoins.

Mis à part la question de la réceptivité individuelle, les équipes ont aussi abordé la question de la réceptivité plus générale de la communauté, qui est un objectif évident lorsque les besoins sont bien définis, les plans de travail bien détaillés, que les partenaires sont engagés et que les forces du système sont enracinées dans les expériences et les réussites programmatiques antérieures. La réceptivité peut aussi être déterminée en observant l'intérêt des organismes locaux de services ou des associations communautaires, qu'elles jouissent ou non de l'appui des dirigeants. Elle peut aussi être mesurée en examinant le degré selon lequel l'initiative proposée s'inspire de la contribution des Survivants, des projets pilotes ou des initiatives *spécifiques* de recherche visant à répondre aux besoins des Survivants. Lorsque des systèmes communautaires entiers travaillent ensemble et ont des objectifs communs, cela reflète une certaine réceptivité envers l'engagement. Ce fait est aisément saisi par les bailleurs de fonds en dehors de la communauté. Un haut niveau de *demandes* de services (à ne pas confondre avec les besoins) est aussi un indice important, illustrant la réceptivité de la communauté envers la guérison. Les communautés sont généralement prêtes lorsqu'elles peuvent démontrer des antécédents et un engagement de longue date envers la guérison. Lorsque des groupes entiers expriment un intérêt vis-à-vis d'un traitement de guérison ou qu'ils le suivent, qu'ils participent au solutionnement d'autres problèmes sociaux (ou qu'ils désirent le faire) et qu'ils se tournent vers d'autres personnes pour obtenir du soutien, on peut généralement affirmer qu'ils sont « prêts. » Les équipes ont observé un autre indicateur, soit la réaction de la communauté aux interventions qui ont été offertes. Les stratégies utilisées pour atteindre les communautés ressemblaient à celles qui avaient été adoptées pour atteindre les individus et incluaient l'arrimage des stratégies aux différents niveaux de « réceptivité. » Lorsque la communauté n'était pas « prête, » les équipes ont offert les suggestions suivantes :

- encourager les personnes qui sont engagées dans une démarche de guérison à partager leurs expériences avec d'autres ou à participer au travail d'extension;
- distribuer des invitations spéciales aux groupes difficiles à atteindre (par exemple les hommes);
- fournir de l'éducation sur les séquelles et les impacts des traumatismes institutionnels sur les personnes et les communautés;
- utiliser la radio locale, des bulletins et le bouche-à-oreille;
- engager les Aînés à parler avec les membres de la communauté et prendre l'initiative pour dire qu'il est temps de guérir.

Ceux qui n'ont pas de processus formel d'évaluation pour effectuer une pré-sélection ont demandé des lignes directrices ou des outils de pré sélection adaptables à leurs besoins, afin qu'ils puissent évaluer la « réceptivité » ou « l'arrimage. »

4.2 Questions d'intérêt pour les équipes, qualités et soins

Bien qu'aucun de ceux qui ont entrepris de s'attaquer aux séquelles aient pensé que cela serait facile, très peu ont réellement prévu les défis qu'ils devraient affronter (voir tableau O-3 à l'annexe O).

[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 cœur sur les conséquences de leurs expériences.⁶¹

Certaines communautés (celles où plus de 55 pour cent des participants souffrent de dépendances sévères et ont des antécédents de victimisation et d'abus, n=274, E1), vivent avec le fardeau des séquelles des pensionnats. Mettre de l'ordre dans les fils embrouillés des répercussions exige que l'on concentre son énergie et que l'on développe des stratégies efficaces pour une réappropriation de l'identité, de la culture, des relations, des compétences parentales, de l'économie, de l'éducation et de la spiritualité. Tous ces éléments sont des problèmes bien enracinés qui nécessitent une *longue période de guérison*.⁶² De nombreuses équipes, identifiées par le biais de sources multiples (dossiers, procès-verbaux des rassemblements, études de cas, discussions en groupe et sondages nationaux) ont sous-estimé le temps et les efforts requis pour s'organiser, pour contacter les groupes ou les personnes cibles, pour trouver les personnes qui conviennent aux postes, pour mener des entrevues avec les Aînés et pour vaincre le déni et la culpabilité aux niveaux individuel et communautaire.

Dans certains cas, les campagnes réussies de recrutement et la «réceptivité» communautaire a amplifié les demandes de services et épuisé l'équipe de guérison. Celle-ci étaient sous pression non seulement à cause de l'ampleur des besoins mais aussi parce qu'elles savaient que les divulgations *nécessitaient* des services de suivi et de post soins. Les équipes de projet ont appris que la guérison est un *processus, et non pas un évènement*, et qu'elle requiert un soutien de la part d'un réseau équilibré de professionnels ou de guérisseurs ainsi que des ressources matérielles appuyées par un engagement à long terme. Lorsqu'on l'on ouvre des blessures, il ne peut y avoir de manque d'éthique causant l'interruption du processus de guérison, sans courir un énorme risque de retraumatisation. Dans d'autres situations, l'établissement d'un climat de confiance auprès de participants intéressés mais hésitants, a exigé de la part des équipes qu'elles puisent profondément dans leurs réserves de créativité et de patience.

Gagner la confiance, garantir la sécurité, développer des stratégies uniques pour les différents groupes, rassembler et consolider les équipes de première ligne et s'intégrer aux autres services dont on a besoin—tout en fournissant simultanément des services thérapeutiques et de prévention—ont submergé de nombreuses équipes. Les membres du personnel qui géraient plusieurs tâches à la fois ont dû jongler avec leurs rôles. Les services thérapeutiques primant toujours sur les autres fonctions, ceci a entraîné des délais, des ajustements de calendrier, ou des lacunes programmatiques. Les contraintes en matière de ressources ont entraîné une réduction de l'accès aux ressources et aux services complémentaires; une moindre capacité de former les agents d'aiguillage; une aptitude réduite à répondre aux demandes croissantes; des activités insuffisantes d'extension et de contact; des lacunes en matière de pré et post soins; une réduction des activités d'éducation du public et d'information communautaire.

Quelques équipes ont été submergées par le fardeau des charges créées par les exigences de la FADG en matière de production de rapports et de changement de format. Elles ont déclaré que ces rapports administratifs leur demandaient de passer beaucoup trop de temps loin de leurs activités de livraison de services. Des plans de travail bien définis et détaillés, appuyés par un soutien administratif suffisant afin que les équipes cliniques ne soient pas kidnappées par des tâches administratives, sont des éléments essentiels si l'on veut se concentrer sur une approche thérapeutique.

Les équipes ont cependant continué de lutter, très souvent alors qu'elles se trouvaient dans des situations de crises, pour répondre aux besoins et pour maintenir des normes professionnelles. Les équipes de projets auraient voulu pouvoir disposer de soutien supplémentaire sous la forme d'une équipe élargie (un plus grand nombre de personnel de soutien, de thérapeutes, de guérisseurs et d'aidants), formée idéalement de personnes qui pouvaient parler la langue des clients ou encore sous la forme d'un programme de mentorat/ de formation. Les projets ont constamment souligné le besoin de prendre soin de soi et d'obtenir le soutien des pairs, ainsi que l'importance cruciale des mesures visant la *guérison des guérisseurs*. Une fois qu'ils entrent en fonction, s'ils ne bénéficient pas d'un plan bien conçu pour assurer le bien-être de leur équipe ou de ressources suffisantes pour répondre aux besoins, certains travailleurs de première ligne courent un grand risque de s'épuiser.

[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.⁶³

Par conséquent, quelques guérisseurs ont fini par éprouver une lassitude compassionnelle et des difficultés croissantes lorsqu'il s'agissait de préserver une vie équilibrée de contrôler leurs émotions, d'établir des limites et d'exercer la sagesse et la prudence dont ils avaient besoin pour protéger leur équilibre. Dans les cas les plus graves, cette situation a engendré un roulement rapide de personnel et une programmation instable.

Plusieurs projets ont décrit des situations où ils avaient seulement accès à des gestionnaires à temps partiel ou occasionnels, ou encore qu'ils avaient des relations négatives avec le personnel de gestion. Des lacunes en matière de ressources humaines ont rendu la situation particulièrement difficile, et plusieurs projets ont souligné la nécessité de mettre en place des sessions de formation sur la résolution des conflits et sur les interventions en situation de crises. Dans certains cas, bien que de la formation ait été offerte, les équipes n'ont pas eu le temps ou l'occasion de vraiment absorber le contenu des sessions ou pour pratiquer, sous supervision clinique, ce qu'ils avaient appris. À cause des lacunes en matière de formation et d'expérience, certaines équipes n'ont pu atteindre leurs objectifs de livraison de services et d'autres se sont retrouvées dans un environnement caractérisé par des relations de travail instables et inefficaces. Quelquefois, même si des praticiens occidentaux très compétents étaient disponibles, il n'y avait personne dans les équipes qui était capable de combiner les approches occidentales et traditionnelles. En outre, il était toujours très difficile de trouver du personnel autochtone possédant un ensemble pertinent de compétences.

La réussite de plusieurs projets a été attribuée au haut degré de compétence du personnel et des équipes, mais on a encore besoin d'un plus grand nombre de guérisseurs autochtones, possédant des compétences reconnues et capables d'utiliser des méthodes éprouvées. Lorsque les membres des communautés pouvaient travailler comme guérisseurs, ils ont quelquefois senti qu'ils avaient des liens beaucoup trop rapprochés avec leurs clients, qui étaient souvent des membres de la famille, des voisins, des amis de longue date ou même des ennemis. Plus important encore, les lignes directrices servant à déterminer si un guérisseur possède des compétences et de l'expérience suffisantes, s'il a cette paix intérieure qui permet de guider les autres sur le chemin de la guérison, sont encore à l'étape d'ébauche. Malgré tout, le besoin de guérisseurs communautaires est grand et cette situation exige donc que les équipes définissent quels sont les risques qui peuvent être tolérés avant de fournir des services simultanés de formation et de guérison. Cette situation

demande par conséquent que les équipes élaborent des lignes directrices simples et faciles à utiliser pour l'inclusion graduelle de guérisseurs et l'élaboration d'un programme de mentorat.

Lorsqu'il s'agissait de sélectionner et de développer une équipe de projet solide, il fallait aussi inclure des guérisseurs/aidants possédant un haut degré de compétences, préférablement des Survivants, qui parlent leur langue couramment, qui peuvent exemplifier une guérison réussie, qui savent mener une vie équilibrée et qui n'ont pas besoin d'exercer un contrôle sur les autres, de les sauver, de cultiver leur dépendance ou de les prendre en charge. Il existe plusieurs raisons qui justifient pourquoi il est bon de choisir les Survivants pour diriger le cheminement vers la guérison. Ce choix permet entre autre de :

- tirer avantage de l'influence qu'ont les personnes-modèles sur les autres;
- les communautés peuvent compter sur de l'expertise « maison; »
- des solutions *autochtones* sont appliquées à la problématique des pensionnats;
- l'autonomie morale et la longévité des initiatives de guérison sont mieux garanties.

Il est évident que de telles personnes étaient difficiles à trouver, particulièrement celles qui possédaient la formation nécessaire pour s'attaquer aux séquelles. Après tout, les Survivants et les guérisseurs sont des êtres humains et *il n'existe pas de garantie* que, lorsqu'ils aident les autres, certains éléments ne déclencheront pas des réactions suite aux traumatismes qu'ils ont eux-mêmes subis. Plusieurs personnes interrogées ont dit que les Survivants agissant comme guérisseurs/aidants ne recevaient pas de soutien clinique suffisant pour traiter leurs problèmes efficacement. Quelques Survivants ne s'étaient pas encore réappropriés une vie stable, équilibrée, fonctionnelle avant de s'engager à aider les autres à guérir. Lorsqu'une communauté vient juste de prendre son élan vers la guérison, elle souffre souvent d'un sérieux manque de *Survivants complètement guéris et capables de fonctionner en tant que leaders/guérisseurs sans éprouver de problèmes*. Cette prise de conscience au sujet des problèmes réprimés aux niveaux individuel et collectif fait partie du processus de guérison et il faut donc s'attendre à vivre des moments de turbulence émotionnelle. Les raisons motivant la sélection des membres de la communauté qui seront chargés de guider la communauté sur le chemin de la guérison sont claires. Lorsque qu'une personne prend le rôle de Survivant/aidant, il se peut que ceci entraîne des conséquences inattendues ou délétères. Afin de parer à ces situations, les équipes ont examiné de manière plus approfondie les qualités et les aptitudes que doivent démontrer un guérisseur, afin d'élaborer certains critères préalables. La communauté peut alors utiliser ces critères pour choisir des personnes qui pourront vraiment guider le cheminement vers le mieux-être.

4.2.1 Le guérisseur/aidant compétent

Les personnes qui guident ou facilitent le cheminement de guérison ont plusieurs titres. La plupart du temps il sont appelés guérisseurs, mais aussi conseillers, aidants, facilitateurs, animateurs, éducateurs, guides, ou plus simplement, « ceux/celles qui savent. » Pour assurer une simplicité de style, les personnes qui guident ou facilitent le cheminement de guérison seront appelées guérisseurs ou aidants.

Au cours des études de cas, il est devenu apparent que les bons guérisseurs/aidants avaient un impact significatif sur les participants. Leurs compétences et qualités ont donc été le sujet de plusieurs discussions de groupe. Ce qui suit documente les résultats combinés de ces discussions, qui ont été identifiés par les équipes ayant participé à ces sessions.

Bien que l'on ne s'attende pas à ce que les bons guérisseurs puissent avoir réponse à tout, les équipes qui ont participé aux discussions de groupe s'attendaient à ce qu'ils possèdent un large éventail de compétences, à ce qu'ils travaillent en respectant de manière constante les plus hautes normes en matière d'éthique, qu'ils aient des antécédents solides de participation et de contribution au mouvement de guérison et, idéalement qu'ils soient reconnus et respectés par les membres de la communauté. Bien que le niveau de formation et d'éducation formelles soit un élément valable, l'expertise des guérisseurs peut aussi avoir été obtenue de manière *traditionnelle et expérientielle*, à condition que la bonne combinaison et arrimage des compétences souhaitées pouvaient être démontrés. Lorsqu'il est difficile d'accéder à de la formation formelle (dans le Nord ou dans des communautés isolées), d'autres critères, tels que les compétences langagières, le vécu en tant que Survivant et la connaissance de la communauté sont devenus des éléments cruciaux. Idéalement, les guérisseurs peuvent travailler au sein d'une équipe mixte ou encore combiner des techniques et des approches éclectiques, en choisissant, parmi toute une variété de traditions de guérison, celles qui sont les plus efficaces. En fait, des parallèles significatifs sont souvent remarqués entre les approches psychothérapeutiques traditionnelles et occidentales, en particulier l'emphase qui est apportée à la responsabilisation et à l'amélioration des relations avec soi et avec les autres.

Les deux types d'approches reconnaissent aussi que le bien-être découle de facteurs multiples, synergétiques qui incluent - mais qui ne se limitent pas - à l'accès aux services. Les approches traditionnelles semblent dévier de la plupart des approches occidentales dans le sens qu'elles ajoutent la dimension spiritualité. Pour conclure, les personnes possédant de grandes compétences, une formation et une expérience exhaustive en counselling, en intervention en situation de crises, en évaluation du risque et en guérison des traumatismes, particulièrement les traumatismes liés à l'abus sexuel, sont considérées comme de bons guérisseurs. Des compétences complètes pour composer avec les divulgations relatives aux abus sexuels, des compétences en counselling axé sur les victimes et les agresseurs, accompagné d'une bonne compréhension de ce qu'est une saine sexualité (et la capacité d'en parler ouvertement) sont considérés comme des éléments de base par les équipes qui ont mis en oeuvre des pratiques prometteuses.

Comme qualité préalable, les bons guérisseurs rayonnent d'une grande paix intérieure qu'ils ont acquise en se comprenant et en s'acceptant. Dans le meilleur des cas, ils ressemblent aux membres de leur groupe cible par leurs caractéristiques (orientation sexuelle, identité autochtone, âge et sexe) et leur expérience (parents ou grands-parents, membres de la communauté) en particulier l'expérience des Survivants. Ils connaissent le fardeau de détresse que portent les Survivants, parce qu'ils peuvent eux-mêmes le reconnaître et le décrire. Le fait qu'un bon aidant vit avec les séquelles des pensionnats et qu'il est en voie d'en guérir permet aux personnes de le respecter et à avoir de meilleures relations avec lui. Un bon aidant offre des conseils et encourage le développement de compétences, éléments qui ne sont pas souvent disponibles dans un milieu institutionnel.

Les bons guérisseurs sont décrits comme des aidants naturels, engagés, encourageants, humbles, authentiques, doux, ouverts, créatifs, ne portant pas de jugements, empathiques, respectueux et connus de la communauté. Ce sont des personnes modestes qui ne sont pas très loquaces, mais dont la force est mise en évidence par leur capacité à accepter tout le monde, à utiliser l'humour et à donner de l'espoir à ceux qui souffrent. Grâce à eux il est possible d'atteindre les objectifs souhaités.

De bons aidants n'ont pas d'antécédents criminels. S'ils ont eu des problèmes avec la loi, la nature de leur crime, le temps écoulé depuis le crime, le degré selon lequel ils acceptent leur responsabilité quant aux

gestes qu'ils avaient posé et selon lequel ils ont résolu leurs problèmes, sont tous des éléments qui sont pris en considération.

Les guérisseurs doivent savoir comment faire pour que les Survivants se sentent en sécurité. Ils doivent savoir aussi comment faciliter les prises de décisions *autonomes*, rehausser l'estime de soi de ceux qu'ils aident. Ils doivent éviter de jouer le rôle de sauveteur, savoir comment utiliser l'humour de manière efficace et comment préserver leur propre équilibre. Lorsqu'une situation se présente qui fait appel à un niveau d'expertise qui surpasse le leur, ils reconnaissent gracieusement leurs limites et effectuent les aiguillages appropriés. De préférence, ils parlent couramment la langue des membres de la communauté. Dans certains milieux, en particulier les établissements de traitement résidentiels, les guérisseurs doivent obligatoirement s'abstenir d'utiliser des substances psychoactives. Un guérisseur doit être *entièrement présent* auprès de ceux qu'il aide, et être capable d'écouter avec attention, d'entendre clairement ce qui est dit et de communiquer efficacement. Même s'ils possèdent un certain charisme, ils savent partager leurs connaissances de manière à ce qu'ils disent ait un sens pour ceux qu'ils aident, mais ils sont toujours vigilants afin d'écouter plus qu'ils ne parlent. De bons guérisseurs ont un impact immédiat sur les personnes qu'ils aident et sont toujours prêts à apprendre.

Quelques communautés se retrouvent dans une situation peu enviable lorsqu'elles doivent offrir simultanément des services de guérison et de la formation et que les Survivants sont appelés à jouer le rôle d'aidants. L'une des équipes a découragé cette pratique car une situation d'apprentissage intensif peut entraver les services de counselling. Quelquefois, les équipes de projets et les participants étaient tous *similairement affectés* par les séquelles.

[TRADUCTION] La formation destinée aux travailleuses/travailleurs de première ligne a été un énorme facteur pour leur faire comprendre qu'elles/ils avaient hérité des comportements dysfonctionnels reliés aux séquelles laissées par les pensionnats.⁶⁴

Très peu d'équipes pouvaient offrir de l'information précise sur la période de temps nécessaire pour qu'une personne puisse transitionner de l'étape où elle avait besoin de soutien à celle où elle pouvait en donner aux autres. Mais les équipes de projet étaient certaines que les caractéristiques que doit posséder un Survivant pour être un aidant deviendraient apparentes.

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. »**

Les Survivants deviennent prêts à assumer un leadership lorsqu'ils n'ont plus besoin de contrôler les autres et qu'ils possèdent des limites personnelles bien définies, qu'ils savent préserver leur équilibre, contenir les mécanismes déclencheurs et se retirer lorsqu'ils sont au bord de l'épuisement. On peut reconnaître les caractéristiques d'une guérison complète lorsqu'ils assument un leadership vigoureux, indécourageable et qu'ils ont complété la transition à travers toutes les étapes du deuil (déli, colère, négociation, dépression et acceptation). Des compétences solides en tant que facilitateur de la dynamique de groupe offrent aux guérisseurs/aidants les outils dont ils ont besoin pour faire disparaître la négativité lorsqu'elle émerge et leur permet de restaurer un climat positif qui facilite la guérison. Si les Survivants offrent de la thérapie traditionnelle, ils doivent connaître à fond les traditions, les cérémonies et la spiritualité, entretenir une relation respectueuse avec la terre et se sentir complètement à l'aise avec tous ces éléments. Plus spécifiquement encore, les Survivants qui sont aussi des guérisseurs doivent accepter la réalité des séquelles. Ils ont surmonté la colère associée aux pertes qu'ils ont vécues. Dans leur désir de recréer les conditions qui existaient avant leurs pertes, ils ne nient pas les gestes qu'ils ont posés ou que les autres ont posés. Ils ne sont plus déprimés et ils reconnaissent que la vie doit continuer.

Les Survivants qui sont aussi des guérisseurs *démontrent* une *acceptation de soi absolue* et une vie équilibrée par le biais des aspects suivants :

- ils sont capables de partager confortablement leur vécu, leurs stratégies de guérison et de développer un plan de mieux-être *continu*;
- ils sont fermement engagés à briser le cycle des abus en planifiant des initiatives et en encourageant les autres à le faire;
- ils ont des antécédents fiables de conduite éthique (particulièrement lorsqu'il s'agit du respect de la confidentialité) avec des références à l'appui;
- ils vivent sans consommer d'alcool ou de drogues depuis au moins deux ans;
- ils montrent un désir d'apprendre sous l'égide d'une supervision clinique, de l'accepter et de coopérer avec elle.
- ils comprennent les limites de leur capacité et effectuent des aiguillages lorsque cela est nécessaire;
- regagnent le respect de la communauté.

Les Survivants peuvent guider les autres seulement jusqu'au point où ils sont eux-mêmes arrivés sur le chemin de guérison. Il est normal qu'un Survivant soit lui-même en cheminement, mais il est important qu'il *puisse démontrer qu'il est suffisamment résolu à se protéger et à protéger les autres*. Lorsqu'ils ne sont pas prêts à assumer un rôle de guide ou de thérapeutes, les Survivants peuvent participer au processus de guérison en tant que conseillers, aidants ou éducateurs. Le tableau 8 décrit les qualités d'un bon guérisseur/aidant.

Tableau 8) Qualités d'un bon guérisseur/aidant

Une liste de contrôle pour reconnaître un guérisseur potentiel :	
<input type="checkbox"/> de bons antécédents de comportement d'ordre éthique ou de responsabilité professionnelle avec des références à l'appui <input type="checkbox"/> est respecté dans la collectivité, familial avec les cérémonies, en a une très bonne connaissance <input type="checkbox"/> humble, honnête (intègre) et doux/bienveillant <input type="checkbox"/> accepte la réalité des séquelles intergénérationnelles des pensionnats <input type="checkbox"/> s'être occupé de sa colère et l'avoir vaincue/surmontée <input type="checkbox"/> être passé par tous les stades du deuil et avoir terminé cette période de transition <input type="checkbox"/> être reconnu <i>par les autres</i> comme guérisseur <input type="checkbox"/> totale acceptation de soi-même <input type="checkbox"/> reconnu comme un modèle de rétablissement complet, réussi <input type="checkbox"/> capable de partager avec les autres son histoire et les stratégies personnelles appliquées dans sa propre démarche de guérison <input type="checkbox"/> a bien établi ses limites personnelles qui le protègent contre les préjudices ou l'épuisement professionnel	<input type="checkbox"/> ne connaît pas la peur, garde son calme (imperturbable/n'est pas facilement pris au dépourvu) fait preuve de leadership <input type="checkbox"/> connaissance et à l'aise dans son rôle de leader ou participe aux cérémonies <input type="checkbox"/> accepte la responsabilité de ses actions <input type="checkbox"/> fait preuve d'une grande ouverture d'esprit <input type="checkbox"/> libre du besoin de contrôle, de garder la maîtrise <input type="checkbox"/> une énergie positive non équivoque <input type="checkbox"/> être sobre ou abstinent ou sans drogue depuis au moins deux ans <input type="checkbox"/> connaît ses propres limitations professionnelles et fait les renvois appropriés <input type="checkbox"/> a élaboré un plan de préservation de son bien-être <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 <input type="checkbox"/> ayant des croyances spirituelles bien fondées <input type="checkbox"/> s'est réconcilié avec la terre <input type="checkbox"/> sans dépression, reconnaît que la vie doit continuer

Les catégories spécifiques de programmes de formation postsecondaires susceptibles de préparer les guérisseurs/aidants incluent le travail social, la psychologie et tout autre formation dans le domaine des services sociaux.

Les aidants doivent être capables de traiter toutes les manifestations des traumatismes non résolus, y compris (mais sans s'y limiter) le deuil et les pertes, les abus physiques et sexuels tout en guidant les démarches de guérison de manière sécuritaire, douce et efficace, en particulier lors du processus de remontée de souvenirs, celui du deuil et des flashbacks. Ils devraient connaître et être capables de dissiper les traumatismes mémorisés par le corps. Ils doivent posséder des compétences bien rôdées leur permettant d'évaluer rapidement les risques et de distinguer si la situation requiert une intervention axée sur les crises ou si elle requiert un counselling à long terme. De bons guérisseurs sont capables d'évaluer et de comprendre comment la dynamique familiale peut influencer les comportements et de comprendre aussi comment leur *propre vécu familial peut influencer et compliquer leur pratique*. Pour travailler efficacement dans un contexte familial qui a été affecté par les séquelles, un bon guérisseur doit

connaître la structure, la fonction, la dynamique et les impacts des répercussions intergénérationnelles, y compris les tendances en matière de projection familiale (comment les parents transmettent leurs problèmes émotionnels à leurs enfants). Ils doivent reconnaître que la position des enfants dans une famille joue définitivement un rôle et que les enfants souffrent souvent des symptômes de dysfonctionnement beaucoup plus large en matière de relation et de communication. Les guérisseurs doivent donc réajuster leur intervention pour viser les processus familiaux plutôt que de se concentrer uniquement sur les symptômes des enfants.

Les guérisseurs sont efficaces lorsqu'ils peuvent aider les autres à gérer leur colère, lorsqu'ils offrent des conseils au sujet de la violence latérale, et qu'ils encouragent et modèlent le soin de soi. Plus important encore, les bons guérisseurs peuvent intervenir et dans les cas de suicide et les prévenir. Dans le meilleur des cas, ils peuvent offrir à leurs clients le luxe de la médecine traditionnelle, soit par le biais de leur propre expertise soit en collaborant avec des guérisseurs traditionnels. Quelquefois, leur boîte à outil inclut le psychodrame et les thérapies alternatives.

Tableau 9) Aptitudes d'un bon guérisseur/aidant

Un bon guérisseur/un bon aide peut :	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gérer de fortes émotions, désamorcer la négativité <input type="checkbox"/> rapidement déterminer le risque et intervenir lors d'une crise <input type="checkbox"/> différencier entre la crise et les besoins à long terme <input type="checkbox"/> s'occuper d'un groupe <input type="checkbox"/> combiner des techniques et des approches ou bien travailler au sein d'une équipe <input type="checkbox"/> traiter des traumatismes non résolus (deuil, abus physiques et sexuels) et conduire à un rétablissement <input type="checkbox"/> intervenir et prévenir le suicide <input type="checkbox"/> partager son histoire et ses stratégies de guérison <input type="checkbox"/> comprendre et dissiper la violence latérale <input type="checkbox"/> utiliser la médecine traditionnelle ou se joindre avec efficacité à une équipe de guérisseurs traditionnels <input type="checkbox"/> planifier et diriger <input type="checkbox"/> offrir du counseling aux victimes d'abus sexuels et/ou aux agresseurs <input type="checkbox"/> gérer les plaintes d'abus sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ouvertement et avec confiance parler de sexualité saine <input type="checkbox"/> familier avec les cérémonies et en a une très bonne connaissance <input type="checkbox"/> être à l'écoute, entendre clairement et communiquer efficacement <input type="checkbox"/> encourager et faciliter la prise en charge de la responsabilité pour ses actions <input type="checkbox"/> maintenir les dossiers/cartes des bons clients <input type="checkbox"/> prendre la responsabilité de ses actions et encourager les autres à en faire autant <input type="checkbox"/> savoir quand se retirer (se dissocier) <input type="checkbox"/> accepter ses limites, apprendre et travailler sous supervision clinique et faire les renvois appropriés <input type="checkbox"/> reconnaître dans quelle partie du corps le traumatisme est logé <input type="checkbox"/> initier l'action communautaire et encourager l'appropriation <input type="checkbox"/> comprendre et engager toutes les familles dans la guérison

Pour sélectionner de bons aidants, il faut savoir à la fois ce que l'on cherche et engager la participation des bonnes personnes au processus de prise de décision qui aboutira à la sélection. Les personnes interrogées ont affirmé qu'il fallait considérer une variété de perspectives lorsque l'on devait sélectionner les membres d'un Conseil d'administration. Ces personnes sont considérées comme des experts lorsqu'il s'agit de savoir qui serait la personne la plus apte à servir leur communauté.

Une fois que les guérisseurs ont été sélectionnés il existe plusieurs moyens de s'assurer qu'ils accomplissent leur travail de manière éthique et efficace. Le mentorat en milieu de travail est l'une des stratégies mentionnée: pendant une courte période de temps, des experts sont chargés de transférer des compétences spécifiques à de nouveaux membres de l'équipe. La formation expérientielle (lorsque des employés potentiels doivent entreprendre et compléter au préalable le processus thérapeutique qu'ils proposent d'utiliser avec leurs clients) est aussi considérée comme un outil qui garantit une mise en oeuvre réussie du projet. Certaines stratégies ont été souvent mentionnées : obtenir la rétroaction des participants et fournir un endroit pour permettre les échanges entre les participants. Mais les évaluations et revues formelles ainsi que les rencontres entre les gestionnaires et les membres du personnel sont aussi considérées comme de bonnes méthodes de contrôle et de surveillance. La formation préliminaire a été jugée comme un élément essentiel pour suivre les nouveaux guérisseurs qui se joignent à de nouveaux programmes. La formation continue, axée sur les besoins et les intérêts des équipes, sous l'égide des Aînés a été soulignée comme une composante cruciale du projet, car elle permet de retenir et de former de bons guérisseurs au sein des programmes déjà établis.

Les bonnes équipes ont de bons guérisseurs. Les membres de l'équipe, en tant que groupe, possèdent une combinaison de compétences et d'expérience. Ils travaillent ensemble de manière à pouvoir prendre des décisions conjointes et à profiter des conseils des Aînés. Ils créent un climat qui encourage le soutien mutuel et le soin de soi, par le biais d'apprentissages continus, de débréfastes réguliers (où les membres peuvent s'exprimer librement) et de divertissements sains et satisfaisants qui, à leur tour encouragent la confiance et établissent un milieu de travail et de guérison confortable et sécuritaire.

En conclusion, l'efficacité des équipes s'arrime à leur capacité d'assurer leur propre équilibre. En d'autres mots, pour préserver la santé des membres de l'équipe, il faut aussi préserver la continuité et l'élan non seulement pour les individus à un moment critique de leur vie mais aussi pour les communautés qui sont submergées par un véritable ras-de-marée de divulgations et de demandes de services. Il est également apparent que l'excellence des membres de l'équipe, la continuité et l'élan du programme ont été directement et négativement affectés par le climat d'incertitude causé par le financement. D'autres équipes ont fait les louanges des sessions de débréfastage en groupe, celles-ci servant à diminuer l'intensité émotionnelle du travail de guérison. Elles ont ajouté que, dans ce contexte, les évaluations de la part des pairs et la revue régulière du programme pouvait encourager les améliorations. Plusieurs équipes ont souligné la valeur d'un suivi pour évaluer le rendement ou pour examiner les progrès en matière d'atteinte des objectifs. Ils ne considèrent pas ce suivi comme un simple outil facilitant leur devoir de transparence, mais aussi comme un moyen qui permet à l'équipe d'établir de *nouveaux* objectifs et orientations. Prendre soin de l'équipe signifie entreprendre un travail préparatoire pour avancer le long du chemin de guérison *sans* avoir à assumer le rôle de sauveteur, sans être continuellement pris dans les rouages des émotions intenses suscitées par la nature de leur travail. Cela signifie aussi participer aux sessions régulières de perfectionnement professionnel qui sont offertes. Les dirigeants de l'équipe ont découvert qu'ils devaient exiger des qualifications plus élevées et participer à des procédures de pré sélection plus rigoureuses (y compris une vérification plus stringente des références). Ils ont également découvert qu'ils avaient besoin d'outils ou de stratégies pour déterminer

à quelle étape de leur cheminement de guérison se situaient les guérisseurs potentiels; que le soutien apporté aux travailleurs de terrain et que l'encouragement de liens de confiance entre l'équipe et les participants s'avéraient des pratiques très efficaces pour établir des relations positives avec le public.

Mis à part le processus de sélection des guérisseurs, de développement et maintien d'équipes saines et équilibrées, il est clair que les personnes et organismes qui traitent les séquelles des pensionnats doivent avoir à leur disposition une boîte à outil bien remplie, qui contient les options et les combinaisons de thérapies qui leur conviennent le mieux.

4.3 Thérapies et Programmes

Dans certains cas, les équipes ont choisi le type d'intervention qu'elles désiraient appliquer en consultant régulièrement les Survivants, en effectuant des études de faisabilité, en participant à des étapes pilotes ou en les choisissant par nécessité, poussées par les circonstances. Fréquemment, les équipes ne se sont pas senties bien préparées pour élaborer des processus d'intervention car elles ne possédaient pas une connaissance assez approfondie des besoins et des préférences des Survivants. Cette situation a souvent entraîné l'utilisation d'un programme d'enseignement trop formel et plus ou moins pertinent. Ce sentiment a été partagé par les personnes qui menaient des recherches au sein des projets financés par la FADG.

Les procédures et protocoles utilisés pour trouver et contacter les Survivants afin d'évaluer leurs besoins et pour élaborer une programmation efficace étaient rarement clairs et ils n'étaient certainement pas documentés. De plus, les équipes ont été souvent mises au défi, car elles devaient administrer un certain nombre d'approches pour accommoder les préférences des Survivants en matière de services, certaines étant confrontées à un dilemme particulier, par exemple répondre avec sensibilité, dans un milieu urbain, aux besoins culturels divergents de plusieurs communautés. Malgré tous ces défis, les équipes ont fait de leur mieux pour être inclusives, en ayant recours à une variété de thérapies,⁶⁵ non seulement pour maximiser les gains, mais aussi pour respecter les préférences des clients. La gamme des stratégies possibles est aussi variée que les communautés elles-mêmes et la guérison tout aussi ambyliquée. Par conséquent, la discussion de cette question doit nécessairement se limiter aux tendances qui ont été notées et à quelques exemples bien choisis. Bien que très peu de pratiques puissent être classées de manière nette et précise, certains éléments généraux dégagent clairement les initiatives qui sont efficaces et les choix qui sont populaires.

Les pensionnats et leurs répercussions ont entraîné des coûts significatifs aux niveaux spirituel, linguistique, social, psychologique et économique. Les équipes de projet tentent de combler ces pertes en créant des occasions d'apprendre les langues, la culture, la communication et les compétences de vie, tout en encourageant l'exploration de soi, en renforçant le sens identitaire et en formulant des approches dans le contexte d'une vue du monde holistique. Il est abondamment apparent que la *culture*, soit les modes de vie sains et équilibrés (traditionnels ou contemporains) des groupes autochtones, qu'ils soient Inuits, Métis ou des Premières Nations, *n'est pas seulement une option de guérison préférée, mais elle est aussi celle qui est la plus efficace*. Ceci est un thème qui fait le consensus de toutes nos sources de données. Parmi les méthodes qui se sont avérées les plus efficaces pour amoindrir l'impact de l'hostilité culturelle qui caractérisait les pensionnats, les équipes ont mentionné ceci: célébrer la culture, parler la langue, récolter ou manger des aliments traditionnels. Utiliser l'art, l'architecture et l'environnement naturel pour immerger les participants dans un milieu rempli de symboles qui célèbrent, en exprimant de manière explicite une approbation de l'identité autochtone. Les activités traditionnelles ont fourni aux clients des opportunités qui leur ont

permis « de savoir qui ils sont. »⁶⁶ Dans ce contexte, les Aînés étaient les meilleurs enseignants et la philosophie traditionnelle pouvaient être appliquée dans la vie quotidienne. De nombreux projets ont affirmé la valeur de la guérison traditionnelle et ont souligné la nécessité de recourir aux guérisseurs traditionnels, aux Aînés et aux enseignements culturels, soit par eux-mêmes, soit de concert avec d'autres méthodes. Ils ont également reconnu qu'une approche donnée ne conviendra pas nécessairement à tout le monde. La culture et les traditions ont joué un rôle de soutien plutôt qu'un rôle thérapeutique, particulièrement lorsque les célébrations culturelles ont rassemblé les membres de la communauté pour des repas et des danses. Dans ce cas, elles ont aidé les gens à surmonter les conflits et ont amélioré le niveau de fierté communautaire.

Les équipes ont tenté de réparer les pertes que les Survivants ont subi lorsqu'ils ont fréquenté les pensionnats en utilisant des méthodes individualisées et publiques, qui ont permis aux Survivants d'établir des liens entre eux. Elles ont essayé de faciliter l'autonomie et la responsabilité, et ont célébré la culture par des méthodes de soutien et des approches thérapeutiques. Quelquefois, elles ont recouru à des sessions de counselling individuel qui avaient pour but de préparer les clients à participer à des sessions de groupe, ou encore qui venaient s'ajouter à de la thérapie en groupe, fournissant ainsi des soins plus personnalisés. Les groupes de plus petite taille et les sessions de counselling individuelles ont été préférées des clients lorsque ceux-ci désiraient davantage de confort et de privé. De temps en temps, les Aînés ont offert des sessions individuelles afin d'offrir des enseignements traditionnels. Ces sessions étaient accompagnées de sœurs ou peut-être de jeunes, afin de préparer une personne à participer à des sessions de groupe. Bien que des progrès significatifs de guérison peuvent être faits dans le contexte de sessions de groupe, les équipes ont souligné qu'il était important *d'offrir un choix aux clients, afin qu'ils puissent* discuter de leurs problèmes individuellement, soit dans un environnement communautaire, soit dans le confort et le privé de leur maison, où certains membres de leur famille pouvaient être présents pour les soutenir.

Certaines équipes ont préféré les grands rassemblements, car ils offraient aux participants, du moins en partie, l'occasion de tisser des liens et qu'ils étaient dans un endroit idéal pour échanger à propos des initiatives d'éducation sur les séquelles. L'un des projets a découragé les divulgations au sein de larges groupes, bien que de temps à autre les participants peuvent tolérer le travail de guérison en groupe s'il est de nature éducative. Les sessions de counselling en groupe et les activités où le soutien des pairs est disponible sont des approches qui ont été largement utilisées et qui étaient souvent populaires, malgré la dynamique qui existe dans les petites communautés et qui peuvent faire obstacle au principe de confidentialité. Certains projets utilisent des processus orientés sur les activités de groupe tel que le psychodrame, tandis que de nombreux autres ont recours à la guérison traditionnelle, les échanges et à des cercles de partage. Les activités visant le tissage de liens et les échanges avec autrui ont souvent été citées comme des exemples de bonne pratique. Ces exemples incluent des activités dépassant de beaucoup la portée des sessions de counselling, soit les rassemblements, des activités *dynamiques* d'extension et de contact et des services de traitement pour toute la famille. Les liens qu'ils ont tissés avec les autres ont aidé les Survivants à se sentir soutenus d'une manière qui ne pouvait être reproduite par les sessions individuelles.

Des rassemblements volontaires avec des membres de la famille ou des autres Survivants, imprégnés d'une atmosphère accueillante et qui leur donnait l'occasion de s'encourager les uns les autres, de rire et de s'amuser, leur ont aussi permis de se lier plus étroitement. Ce genre d'expérience a facilité le côté plus ardu du travail de guérison. Par ailleurs, les activités destinées aux parents et à leurs enfants ont été un moyen efficace d'engager la participation de toute la famille. Bien que l'importance d'une approche clinique soit

reconnue et acceptée, la guérison est aussi envisagée comme une initiative de développement communautaire et les partenariats forgés au niveau régional, soit par le biais de la coordination ou de la formation, ont servi à faire réémerger les forces latentes des familles et des communautés.

Créer un environnement propice à la guérison

Les équipes ont créé des environnements propices à la guérison en apportant une attention méticuleuse aux détails matériels, aux politiques d'accueil et aux protocoles professionnels. Les environnements naturels, en particulier, désarment souvent les participants, probablement parce qu'ils se sentent en sécurité ou qu'ils ont un certain sens d'appartenance avec la nature. Un environnement naturel a une influence sur les hommes, qui se sentent plus réceptifs face à leur participation et aux suggestions qui leurs sont offertes. Lorsqu'ils se retrouvent en milieu naturel, les personnes se sentent libres de s'exprimer par des cris primitifs, sans être jugés ou retenus. La nature est un endroit où l'on est entendu, enveloppé et guéri par la terre, le ciel, le vent et les eaux. Des indices visuels, y compris l'art et les symboles autochtones, suscitent un confort immédiat. Dans un cas au moins, le retour sur le site du pensionnat a été un moyen puissant pour faire remonter des souvenirs, en faire le deuil, la purification et la clôture. Pour des raisons évidentes, les établissements de traitement résidentiels sont confrontés à des défis particuliers et doivent porter une attention spéciale à la nourriture (de pauvre qualité), aux lits superposés et aux lampes de poche du personnel de nuit, qui sont clairement des éléments déclencheurs. Bien qu'ils pourraient apporter une certaine crédibilité aux programmes de guérison, les centres de traitement des toxicomanies ont aussi empêché les Survivants de participer aux initiatives financées par la FADG, car ils ne voulaient pas être jugés comme des toxicomanes.

Des politiques visant à établir un accueil chaleureux sont des éléments qui semblaient être particulièrement efficaces lorsque les thérapies étaient dirigées par les clients, axés sur eux et qu'elles étaient intégrées à une variété d'approches de traitement (occidentales, traditionnelles et d'alternative). Les équipes étaient absolument convaincues qu'une emphase sur la responsabilisation au niveau personnel et la confiance en soi étaient au cœur d'une thérapie efficace. Elles considèrent que les compétences parentales, la communication et la gestion de la colère sont des composantes essentielles du traitement des séquelles des pensionnats et qu'elles s'arriment très bien avec un traitement approprié du point de vue de la culture.

[TRADUCTION] [L]a roue de médecine permet aux personnes autochtones de fonctionner sous l'égide de leur propre autorité tandis que la culture occidentale place habituellement l'enseignement et la pratique entre les mains de personnes « spéciales » qui sont des autorités; cette attitude empêche l'apprentissage et la croissance personnelle auto dirigée, ce dont, justement, la plupart de nos clients ont le plus besoin et qu'ils apprécient.⁶⁷

Dans toutes les situations, les milieux de guérison doivent être des endroits de liberté où la voix des participants peut être entendue, où ils sont reconnus et honorés, où la vérité prime et où le pardon est encouragé. Mis à part ces caractéristiques cruciales qui définissent les milieux de guérison, il est évident qu'un seul type d'intervention n'est pas suffisant pour aider tout le monde.

Mettre l'emphase sur les besoins uniques

Les sondages nationaux et les études de cas ont dégagé de nombreuses données prouvant que les participants qui souffrent simultanément de plusieurs troubles (traitement pour les abus sexuels et autres séquelles des pensionnats, tel les toxicomanies, le SAF/EAF, des maladies mentales ou des problèmes liés à leur placement dans des foyers d'accueil) ont de grands et pressants besoins. Ce fait représente peut être le plus grand défi que les programmes ont à affronter. Répondre aux besoins multiples des clients tout en respectant les limites et la disponibilité des thérapeutes et des guérisseurs mettent continuellement à l'épreuve la créativité et l'endurance des équipes.

Les résultats du premier sondage national illustre la manière dont les équipes répondent aux besoins spéciaux des participants. Le pourcentage des employés qui ont été formés pour traiter les problèmes graves, tels que le suicide, la violence familiale et les toxicomanies, varie selon le projet. Les professionnels ont été invités à mettre en place un soutien programmatique spécialisé, sur une base hebdomadaire, mensuelle ou annuelle. Cette initiative a été complétée par un soutien de la part des pairs, des bénévoles formés pouvant offrir du counselling individuel et, à l'occasion de la part des bénévoles *non formés*. Dans certains cas, les projets ont choisi d'effectuer des aiguillages vers d'autres agences.

Quelquefois, les équipes de projet ont créé leurs *propres* solutions, basées sur les besoins uniques des individus. Lorsque les besoins des clients dépassaient la capacité des équipes d'intervenir efficacement, la préselection des participants était un exercice *essentiel*. Certaines équipes ont même recommandé que pour participer au programme, les clients devaient au préalable suivre un traitement pour leurs toxicomanies ou encore des cours portant sur les compétences de vie. Le recours à un soutien professionnel de l'extérieur a été jugé nécessaire. Aux dires des équipes, les aiguillages inappropriés pouvaient être éliminés en élaborant des critères d'accueil bien détaillés et en exigeant l'élaboration d'un « protocole d'évaluation du Survivant » qui pourrait être facilement adapté et qui leur permettrait de concevoir des interventions bien ciblées. Selon d'autres projets, il est possible de maximiser l'influence du programme en élaborant un programme complet ou encore des activités spécifiques aptes à répondre aux besoins uniques de groupes spéciaux (jeunes transsexuels, adolescents, familles, Inuits, Métis, personnes homosexuelles, hommes, femmes, parents, Aînés, étudiants et ceux qui ont des besoins spéciaux). Cependant, les conseils individuels et le soutien aux groupes cibles dépendent toujours de la flexibilité que peut démontrer un programme et des compétences de l'équipe, en particulier lorsqu'il s'agit de traiter des participants souffrant de SAF/EAF.

Bien que la guérison se déroule selon des étapes assez prévisibles, les équipes ont appris qu'elle ne se déroule pas d'un seul tenant ou selon un calendrier net et précis; la guérison est une progression délicate, qui doit être dirigée par l'individu lui-même et qui doit être accueillie avec flexibilité, empathie et respect.

[TRADUCTION] [L]es 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.⁶⁸

Les équipes désiraient acquérir de meilleures compétences et bénéficier d'une meilleure formation, disposer d'outils plus spécialisés, afin de mieux servir les intérêts distincts des victimes d'abus sexuels et des agresseurs sexuels. Les participants aux groupes de discussion ont indiqué que ceux qui ont perpétré des actes de violence, d'inceste et d'abus sexuels ne veulent pas participer car ils sont convaincus qu'ils y gagneront très peu ou pas du tout mais qu'ils perdent beaucoup. Perçue avec les yeux d'un agresseur, la guérison est associée à la honte, l'humiliation, une plus grande visibilité non désirée qui pourrait entraîner pour lui le rejet social, des rétributions ou même une condamnation à une peine de prison. La reconnaissance des besoins uniques des délinquants sexuels incarcérés en matière de sécurité doit faire partie d'un processus approprié d'intervention à leur égard. Dans de nombreux cas, ils ne participent au programme qu'avec réticence ou par obligation (participation obligatoire, menaces d'être séparé de leur famille) et cette obligation est toujours un moyen inefficace. Les gens ne peuvent pas être forcés à guérir. De plus, il se peut qu'une personne ait des raisons légitimes pour lesquelles elle résiste à une participation obligatoire, car les mêmes sentiments de vulnérabilité et d'impuissance qui existaient lors du vécu traumatisant peuvent réémerger au cours de la thérapie.

[TRADUCTION] Les patients qui souffrent de syndrômes liés à un traumatisme forment un type de transfert caractéristique lors de leur thérapie. Leurs réactions émotionnelles à l'égard de toute personne qui occupe un rôle d'autorité sont empreintes de leur expérience de terreur.⁶⁹

Les sessions de counselling individuel ont bien fonctionné et ont répondu aux besoins uniques des clients. Afin de solliciter l'avis des clients à ce sujet, et d'encourager la prise de conscience personnelle, l'un des projets a développé un plan d'énoncé de vision. Ce plan était structuré comme un jeu de cartes.⁷⁰ Sur chaque carte était inscrit la phrase « ma vie serait plus complète si j'avais ... » Le client devait compléter le reste de la phrase en écrivant ce qui, selon lui, apporterait des changements positifs dans sa vie. Les détails du jeu de carte portant sur l'énoncé d'une vision sont offerts à l'annexe P. Suite à l'énoncé de sa vision, le client est ensuite épaulé au cours du processus de réalisation par des mentors.

Dans un autre exemple, on a donné aux pères de famille un journal de bord avec une liste des qualités et des sentiments à l'appui de l'expression de soi. Une fois que les pères avaient consigné assez d'information dans leur journal, ils étaient aiguillés vers un travailleur social qui faisait la revue de leur journal avec eux. Bien qu'une discussion plus complète sur les besoins thérapeutiques de groupes sélectionnés est présentée dans le troisième volume de ce rapport, quelques renseignements portant spécifiquement sur certains groupes cibles sont offerts dans le présent volume.

Bien que l'incapacité des équipes à engager la participation des membres plus âgés et à maintenir celle des jeunes continue d'être un défi, elles ont suggéré que des projets ayant un thème spécifique apte à répondre aux besoins des Aînés en terme de connection et de socialisation soit mis en place, et qu'ils élaborent les programmes visant les jeunes en ayant recours à des environnements très structurés, offrant une large gamme d'activité sur de courtes périodes de temps. Les projets axés sur les Métis ont recommandé des stratégies personnalisées, concentrées sur l'affirmation identitaire. À l'occasion, la stratégie qui a été utilisée pour répondre aux besoins uniques des Métis a été la tenue de cercles de partage au cours des périodes à haut risque (avant et après Noël).

Les sondages nationaux, les dossiers documentaires, les études de cas et les discussions de groupe ont dégagé une constante en ce qui concerne la participation des hommes : celle-ci présente un grand défi. Des

données probantes soulignent le fait que les femmes participent plus volontiers et plus constamment que les hommes aux activités de formation et de guérison. Cependant, au fil du temps, il semble que cette différence se soit légèrement atténuée en ce qui concerne les activités de formation.⁷¹ À première vue, le lecteur pourrait être tenté d'interpréter cela comme un indice suggérant que les femmes étaient plus « prêtes » que les hommes à entreprendre une démarche de guérison, mais il est préférable de faire preuve de prudence lorsqu'on examine les taux de participation axés sur le genre. Tout d'abord, il est bien connu que les hommes, en général, sont plus réticents lorsqu'il s'agit de consulter un praticien de la santé, même lorsqu'ils ressentent des symptômes. Dans le cas d'un homme qui souffre des séquelles des pensionnats, cette résistance peut être exacerbée par la peur qu'il ressent d'être de nouveau traumatisé. Après tout, il vaut mieux être un homme solide que d'être un homme de nouveau blessé.⁷² Les projets ont utilisé certaines stratégies pour attirer les hommes et engager leur participation, telles des activités « Pères et enfants » [Dads and Kids], et des activités entreprises avec la collaboration de dirigeants, facilitateurs et guérisseurs masculins. En général, la réussite est associée aux activités poursuivies avec la participation d'un genre spécifique, parce ce le climat créé par la présence d'un seul genre au sein du groupe est plus sécuritaire du point de vue émotionnel, et les rapports entre les membres du groupe sont plus confortables. Les hommes semblent être davantage attirés par des initiatives orientées sur des activités d'ordre physique, telles que la chasse, la pêche et les activités en milieu naturel ou sauvage. Dans le cas d'un projet en milieu urbain, une cuisine collective, réservée uniquement aux hommes a très bien fonctionné car elle a permis aux hommes de reprendre un rôle « d'approvisionnement, » avec une note contemporaine. Dans d'autres cas, les projets ont démarré des classes « de cuisine pour les pères seuls » ou ont réunis les hommes pour des soirées de hockey ou des compétitions de fléchettes. Les hommes semblent aussi être attirés par des sessions de counselling individuel qui visent à les préparer à participer à des sessions de groupe.

Cependant, avant de pouvoir élaborer une programmation efficace axée sur les Survivants masculins, il est nécessaire de recueillir des renseignements supplémentaires au sujet de leur point de vue et de leurs préférences en matière d'approches de guérison sur les séquelles des pensionnats. Il est reconnu que les garçons qui ont subi des abus sexuels sont en général plus jeunes que les filles qui ont subi les mêmes abus. Ils subissent souvent des abus sexuels plus violents, accompagnés d'abus physiques qui suscitent des blessures; Ils sont souvent moins seuls lorsque les abus ont lieu et sont plus réticents à se confier. Ils subissent plus souvent des abus caractérisés par la masturbation et la pénétration anale et moins souvent des abus qui n'incluent pas de contact.⁷³ Les besoins des hommes et des garçons ne sont pas assez mentionnés dans les discours portant sur les abus perpétrés contre les enfants, et ils sont par conséquent mal servis par des thérapies centrées sur la victimisation des femmes et des filles.⁷⁴ La littérature souligne régulièrement la nécessité d'effectuer davantage de recherche, d'établir des traitements axés sur le genre, de recruter un plus grand nombre de thérapeutes masculins et de développer une meilleure compréhension des impacts thérapeutiques sur les hommes et les garçons.

L'une des conséquences les plus inquiétante des séquelles des pensionnats et la possibilité qu'un Survivant masculin n'ayant pas guéri ou traité ses traumatismes sexuels commette à son tour des agressions sexuelles. Bien que les liens entre victimisation et agression ne sont pas encore très bien compris, les victimes masculines d'abus sexuels courent un plus grand risque d'agresser sexuellement une autre personne que celles qui n'ont pas été victimes d'agression. Cependant, la plupart des enfants victimes d'agression sexuelle ne deviennent pas des agresseurs.⁷⁵ Le nombre « de délinquants sexuels autochtones au Canada est estimé à 150 000; »⁷⁶ les faibles taux de rapports d'agression signifient cependant que la plupart des agresseurs n'ont jamais été inculpés. Puisqu'un grand nombre d'agresseurs ne sont pas incarcérés, mais qu'ils vivent dans leur

communauté, il est nécessaire d'établir un plus grand nombre de programmes communautaires. En outre, il a été prouvé que la participation, lorsqu'elle est volontaire, est liée de plus près à la réussite en matière d'atteinte des objectifs (parmi d'autres facteurs). L'élément que la littérature prône comme une priorité (en sus du fait que les activités financées par la FADG attirent moins d'hommes que de femmes) est la nécessité de mieux comprendre les besoins de guérison thérapeutique des Survivants masculins ainsi que ceux des hommes et des garçons qui sont affectés par les répercussions intergénérationnelles des pensionnats.

Combiner les approches

Les approches combinant les méthodes de guérison traditionnelles et les thérapies occidentales ont joui d'une grande popularité auprès de 65 pour cent⁷⁷ de toutes les personnes ayant répondu au sondage national. Ce fait indique que les projets ont toujours (ou la plupart du temps) combiné les deux approches. Les personnes interrogées ont affirmé que les cercles de guérison, les cérémonies (p.ex. cabanes de suerie, purification par la fumée et autres formes de purification), les retraites ou camps en milieu naturel ou en terrains de chasse traditionnels, les récits d'histoires, la récolte et les repas faits ensemble ont contribué à faire progresser la guérison—avec l'appui des thérapies occidentales. Les célébrations culturelles, particulièrement celles où les participants ont pu chanter, manger, danser ont permis d'apporter un équilibre au travail émotionnel ardu et intense des sessions de counselling. Dans un petit nombre de cas, les choix de thérapies ne sont pas simplement limités à des combinaisons mais à un choix plus actif de techniques occidentales, qui ont été évaluées *d'après leur arrimage à la culture* autochtone. Une fois leur sélection faite, les approches ont été tissées plus intimement au sein de la toile culturelle en usant de la langue et en ayant recours aux Aînés.

[TRADUCTION] [N]ous employons des approches thérapeutiques modernes qui correspondent aux valeurs et aux approches des Inuits. Nos deux entraîneurs étaient des Inuits ... et leur approche de guérison ont combiné des images du mode naturel de la création et les habitudes de vie des Inuits afin de leur permettre de comprendre l'épanouissement personnel qui survient à travers les crises de la vie. D'autres animateurs de la formation du sud du Canada ont été choisis en raison de leur expérience de travail avec les membres des Premières Nations et les Inuits et parce que leur formation est axée sur ces approches et que ces approches respectent les valeurs et la philosophie de vie des Inuits.⁷⁸

Bien entendu, la guérison traditionnelle a aussi été recommandée comme approche pouvant être utilisée par elle-même, par ceux qui sont ouverts à une réappropriation de leur culture. Cependant, la guérison traditionnelle et les interventions de nature culturelles n'ont pas toujours été bien accueillies par les personnes souscrivant à des croyances spirituelles plus Euro-Chrétiennes.

Avant de d'ouvrir la discussion sur les options thérapeutiques, il est important de clarifier certaines distinctions entre les thérapies communément appelées thérapies occidentales, traditionnelles et d'alternative.

Thérapies 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.

Thérapies 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.

Thérapies d'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.

La combinaison d'outils sélectionnée par les équipes de projets dépend largement du type de symptômes présents et de l'expertise qui est disponible. Les pratiques occidentales incluaient en général le counselling (individuel, en groupe, familial et en couple), la psychothérapie ou la spiritualité chrétienne, tandis que les approches traditionnelles incluaient les cercles de partage, les sueries, les cérémonies et les enseignements traditionnels. Les thérapies d'alternatives offrait une gamme très variée de techniques telles que les massages, la programmation neurolinguistique, le Reiki, la thérapie time line et la thérapie par la respiration. Des exemples d'approches occidentales, traditionnelles et d'alternative qui ont été utilisées pour traiter les séquelles des pensionnats sont offerts au tableau 10.

Tableau 10) Approches occidentales, traditionnelles et d'alternative utilisées pour traiter les séquelles des pensionnats

Occidentales	Traditionnelles	Alternatives
counselling (groupe, individuel, famille, couples)	cercles	programmation neuro-linguistique
psychothérapie ou psychologie	sueries	thérapie <i>time-line</i>
compétences sociales	cérémonies (pipe, conférer un nom, conférer des honneurs)	massothérapie
promotion de la santé mentale	fêtes	thérapie Huna
thérapie par l'art	activités dans la forêt cueillette/récolte de nourriture/ herbes médicinales	thérapie par la respiration
spiritualité chrétienne	jeûne	bio-énergie (la guérison par le toucher)
psychiatrie	crieurs/pleureurs Métiens	Reiki
thérapie rogérienne	célébrations culturelles	acupuncture
théorie d'Erikson sur le développement psycho-social	parler la langue	le travail dispensateur d'énergie
thérapie de l'enfant en soi	rites de passage	la guérison par relaxation vibrationnelle
théorie de l'attachement	purification	bioénergie
Gestalt	tambours et chants	réflexologie
Jung		iridologie
réponse au stress post-traumatique		thérapie de concentration [focussing therapy]
génogrammes		
travail social		
justice sociale		
Thérapie narrative		

Souvent, les thérapies traditionnelles et occidentales sont utilisées de manière consécutive ou sont offertes à titre d'options. Les projets usent d'une grande créativité pour découvrir et utiliser ce qui marche bien, tout en reconnaissant qu'une seule approche ne peut convenir à tout le monde. Les deux approches sont quelquefois utilisées d'une manière équilibrée ou simultanée. Dans d'autres cas, l'une prédomine et la flexibilité semble réciproque. Même lorsque les interventions traditionnelles constituaient le cadre thérapeutique prédominant, il incluait tout de même quelques pratiques occidentales.

La participation des Aînés est l'élément le plus important et que l'on retrouve le plus souvent au sein des pratiques de guérison. Les équipes offrent de la formation aux Aînés afin que ceux-ci puissent améliorer leurs compétences et cultiver la confiance en soi dont ils ont besoin pour traiter les séquelles des pensionnats. L'un des outils le plus puissant que possède un Aîné, est sa capacité à faire le récit d'histoires, qu'ils utilisent pour offrir un « diagnostic » et expliquer l'impact des séquelles. Bien que les histoires n'illustrent pas automatiquement une idée, elles viennent toucher les participants à un endroit d'eux-mêmes où sont ancrées certaines émotions et croyances. Les histoires des Aînés leur offrent l'occasion d'apprendre à partir de modèles et de prendre conscience d'une variété de solutions.

Les cercles de paroles et de partage ont été très populaires. Par tradition, la parole est donnée à un membre du cercle et les autres membres doivent l'écouter attentivement et en silence. Les rétroactions et les échanges parmi les autres membres du groupe ne sont pas jugées être de très bonne forme. De nombreuses équipes, cependant, ont combiné la structure du cercle de parole avec des éléments utilisés par les groupes de soutien, afin de permettre les interactions avec les pairs ou avec un facilitateur/conseiller.

La suerie, l'une des cérémonies autochtone de purification et de prière la plus connue, est aussi une méthode largement utilisée. Par tradition, les sueries étaient des endroits où les participants étaient invités à parler de ce qui les préoccupaient dans un contexte d'exploration spirituelle *ouverte*. Les sueries, dans le contexte du traitement des séquelles des pensionnats, sont devenues des cérémonies *axées sur des thèmes*, l'exploration de ceux-ci étant *dirigée*, afin d'examiner un problème particulier, par exemple la relation avec autrui, la résolution de traumatismes du passé ou comment prendre soin de son enfant intérieur.

Un grand nombre d'équipes offre de l'éducation sur la nutrition et la santé, ainsi que du counselling spécialement axé sur le diabète, des sessions de reflexologie, de massage thérapeutique, ainsi que des occasions d'entreprendre un conditionnement physique et des activités de loisirs car elles savent que la force physique renforce le bien-être émotionnel. Les « paquets de médecine » contemporains enveloppent des produits pour prendre soin de soi, tels qu'une bougie, un CD de méditation, des huiles de massage et pour le bain. Les pratiques de purification physique (jeûner ou suivre un régime) et spirituelles se combinent pour se débarrasser plus complètement de la pollution environnementale et émotionnelle. Les traditions reconnaissent depuis longtemps que les émotions sont intimement liées au corps; certaines thérapies contemporaines qui travaillent avec la mémoire du corps sont justement sélectionnées parce qu'elles reconnaissent et respectent cette dualité. Par exemple, la bioénergie—une méthode qui consiste à prendre conscience des parties du corps où se tiennent les tensions et les traumatismes et à faire des exercices pour libérer ces endroits - est utilisée par l'un des programmes de traitement résidentiel.

Les pratiques de purification, en particulier les sueries, ont aussi été utilisées par quelques projets en conjonction avec des génogrammes qui ressemblent, à des arbres de familles mais avec des informations qui se rapportent directement aux séquelles des pensionnats. Lorsque le vécu de la famille dans les pensionnats

est inclus et que les participants peuvent se voir en association avec les tendances et les habitudes familiales, il est possible d'atteindre un plus grand niveau de compréhension. L'utilisation de génogrammes a été citée de nombreuses fois en tant que pratique prometteuse, non seulement dans le contexte de l'éducation sur les séquelles, mais aussi dans le contexte de l'élaboration de thérapie axée sur les systèmes familiaux. Il semblerait qu'elle requiert donc un examen plus approfondi.

Un génogramme est en fait un simple arbre de famille détaillé, qui inclut les relations génétiques et la dynamique sociale entre les membres de la famille, habituellement sur trois générations ou plus. Un génogramme peut inclure les renseignements suivants :

- nom
- âge
- date de naissance
- ethnicité
- tendances relatives aux migrations
- santé mentale
- traits de personnalité
- éducation
- occupation
- religion
- romance
- pertes
- politique
- événements marquants
- habitudes de communication
- éléments toxiques ou « saillants » (argent, sexe, comportements parentaux)
- territoires (là où les événements familiaux se tiennent)⁷⁹

Il est bien entendu que lorsqu'il s'agit de traiter les séquelles des pensionnats, l'information au sujet de la fréquentation des pensionnats est importante du point de vue historique. L'intention du génogramme est de permettre aux individus d'identifier à la fois les problèmes et les solutions à travers plusieurs générations. En examinant la famille *au fil du temps*, il est possible de voir plus clairement si les phénomènes familiaux sont de simples coïncidences ou des faits qui se répètent. Les questions qui sont typiquement posées lorsqu'on établit un génogramme incluent celles-ci :

- Qui est la personne la plus rapprochée de vous dans votre famille?
- Avec qui avez vous la relation la plus conflictuelle?
- Est-ce que vous avez coupé les liens ou avez cessé de fréquenter quelqu'un de votre famille?
- Quand ceci est-il arrivé et comment?
- Qui dans votre famille a fréquenté un pensionnat?

Une fois qu'elles ont compris, les personnes qui ont préparé leur génogramme sont souvent encouragées à retourner « chez elles » avec l'information et à traiter directement les relations qui sont à la source des problèmes actuels.⁸⁰

En prenant en considération la valeur de la famille et en l'élargissant pour y inclure les antécédents historiques coloniaux, on transforme la justice sociale et la thérapie narrative en deux approches qui s'arriment très bien au traitement des séquelles. Lorsqu'elle est utilisée en combinaison avec la spiritualité et la nature, la thérapie narrative enseigne aux gens à raconter une histoire différente et à développer une nouvelle vision de leur vie. Les renseignements manquants, y compris l'histoire coloniale et l'intention sous-jacente qui a créé les pensionnats, expliquent comment les Survivants ont subi les impacts d'un contexte politique, racial et culturel beaucoup plus large. La thérapie narrative encourage les gens à poser le regard sur leur histoire personnelle et à la considérer comme une histoire qui se déroule *en dehors d'eux-mêmes* et *non pas qui fait partie d'eux-mêmes*, afin de dégager le fait que c'est l'histoire en fait, qui est « le problème. » Bien que la justice sociale et la thérapie narrative puissent aider à effacer le blâme de soi rattaché aux traumatismes qui ont été subis en tant que victime, elle n'enlève pas le fait que chacun est responsable de ses actions.

Dans au moins un cas, la guérison traditionnelle a été utilisée en conjonction avec la thérapie de l'enfant intérieur, une approche populaire qui permet aux participants de se reconnecter avec le dernier souvenir d'eux-mêmes en tant qu'enfant heureux et libre. L'enfant aimé « qui s'est réfugié à l'intérieur » ou qui a été écrasé par des circonstances qui l'ont forcé de grandir trop vite and de réprimer ses besoins d'enfant - afin qu'il soit ou qu'il se montre toujours obéissant et gentil - devient « l'enfant intérieur. » L'enfant intérieur se développe lorsqu'une personne n'est pas aimée pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle fait, et elle n'est jamais libre de jouer ou de se comporter comme un enfant. À cause de cela, le vécu d'enfance demeure une expérience psychologique qui n'a pas été achevée. La suppression continue de l'enfant intérieur entraîne le sentiment de ne jamais être normal, de ne jamais pouvoir jouer, s'amuser, relaxer, et gérer le stress de manière à jouir de la vie. Ces sentiments génèrent la culpabilité, la compulsion de travailler sans arrêt, l'incapacité d'apprécier les relations familiales, l'isolement social et la suspicion de la part de ceux qui eux, jouissent de la vie. L'enfant intérieur cherche à *clôre* le vécu psychologique de son enfance en se reconnectant avec les derniers souvenirs qu'il possède d'un enfant heureux dans sa famille, avec ses compagnons de jeu et à l'école, et en réapprenant à jouer, s'amuser ou se détendre.⁸¹

La roue de médecine (aussi appelée cercle d'influence) a souvent été utilisée en tant qu'outil de réflexion personnelle. Elle permet d'examiner l'équilibre entre les dimensions mentale, émotionnelle, spirituelle et physique. Parce qu'un très grand nombre de personnes concentrent leurs efforts sur leur propre survie, il est très clair que leurs besoins physiques sont graves et pressants (logement), et que des efforts doivent être faits pour qu'ils trouvent un meilleur équilibre. La roue de médecine était aussi utilisée pour organiser les relations entre conseillers et clients, et pour fournir aux clients un soutien visuel afin qu'ils puissent évaluer leurs progrès. Un projet utilise les enseignements de la roue de médecine en conjonction avec le Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) en tant qu'outil d'auto réflexion. Le MBTI est un instrument versatile qui aide à cerner les styles d'apprentissage et de réaction face aux défis, à améliorer les compétences en communication et à offrir des conseils pour guider l'établissement d'objectifs.⁸² Le MBTI a été élaboré en se servant de la théorie Gestalt de la personnalité, et a été souvent citée comme un modèle utile par les projets financés par la FADG. La thérapie Gestalt therapy enseigne une forme de la connaissance de soi, mettant l'emphase sur ce qui est fait, pensé et ressenti au moment présent et non ce qui était, pourrait être ou devrait être. Les explications et les interprétations sont considérées comme des éléments moins fiables que ceux qui sont directement perçus et ressentis.⁸³

Dans les cas où le cadre de guérison était ancré dans les pratiques occidentales, la tradition faisait régulièrement partie du répertoire des méthodes de guérison. Par exemple, dans l'un des projets métis, le

counselling orienté sur le processus de deuil a été supplémenté par la présence de pleureurs traditionnels métis. D'un point de vue historique, le rôle du pleureur est de venir à une veillée funèbre et de pleurer en criant pour soulager la douleur de la famille. Dans d'autres cas, les chants traditionnels, la musique et le tambour ainsi que des rituels et des cérémonies ont été utilisés afin de créer une certaine atmosphère avant ou pendant les sessions utilisant des méthodes contemporaines de relaxation ou de massage thérapeutique. Les cérémonies d'ouverture et de clôture ont souvent été utilisées pour faire le pont entre les thérapies traditionnelles et occidentales dans le contexte d'un certain espace culturel et certaines équipes ont montré leur respect aux participants en chantant un chant d'honneur. Les équipes qui utilisent les cercles de sentence font appel à des Aînés, qui travaillent en collaboration avec des conseillers et des stratégies de soin de soi. Ces cercles ressemblent beaucoup aux cercles de guérison.

La thérapie Rogerienne a été identifiée comme une approche qui s'arrime bien avec les enseignements traditionnels portant sur la responsabilisation personnelle. Carl Rogers, théoricien et psychologue bien connu a élaboré et utilisé une approche centrée sur le client, l'individu lui-même se chargeant de cerner le problème, de chercher des solutions et de déterminer quand la thérapie est terminée. Cette méthode est une approche de soutien et non de reconstruction, et elle cherche à établir la liberté d'action tout en renforçant l'*auto responsabilisation* et en évitant fastidieusement de créer une dépendance malsaine avec le thérapeute. Une telle approche permet aux individus de mettre eux-mêmes à l'essai leur propre compréhension ou intuition des choses, dans le contexte de la vie réelle et en dehors du counselling et de la thérapie.⁸⁴

Une équipe a déclaré que l'art-thérapie était une pratique prometteuse, car elle permet de donner cours à l'expression et de progresser dans sa démarche de guérison par des *moyens non verbaux*. Cette thérapie convient bien aux enfants et aux adultes qui utilisent les mots pour intellectualiser les choses et créer une distance entre eux et leurs émotions. Les personnes sans expérience préalable ou sans talents artistiques spéciaux peuvent surmonter les obstacles qui les empêchent de s'exprimer à l'aide d'un matériel simple, selon une approche symbolique, qui ne suit pas nécessairement une logique.

La théorie d'Erik Erikson sur le développement psychosocial s'arrime bien aux initiatives d'éducation sur les séquelles et aux pratiques traditionnelles de guérison. La proposition d'Erikson est que chaque étape de la vie présente un conflit psychologique et social, qui, s'il arrive à être résolu, a pour résultat l'acquisition d'une vertu. Si le conflit n'est pas résolu, il peut entraîner des comportements maladaptés ou des dysfonctionnements.⁸⁵

Les participants aux groupes de discussion ont aussi découvert que la théorie de l'attachement était un cadre théorique qui résonnait bien avec les Survivants parce qu'il validait la primauté de l'interaction parent-enfant et l'attachement (habituellement entre la mère et l'enfant) dans le développement émotionnel.⁸⁶ Lorsque la relation entre l'enfant et celui ou celle qui prend soin de lui se caractérise par un lien sain d'amour et de confiance, les enfants peuvent explorer, se libérer de leur dépendance et former des rapports de réciprocité avec les autres. Lorsque le lien parent-enfant est interrompu ou instable, la relation se caractérise par la méfiance, l'insécurité et peu d'attentes.⁸⁷ Les pensionnats, évidemment, ont interrompu 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 tra vers, 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.⁸⁸

Les choix plus simples que font les équipes exemplifient leur sensibilité améliorée vis-à-vis des besoins uniques des Survivants et de leur famille, et leur flexibilité, au niveau clinique, lorsqu'elles en viennent à choisir les meilleures perspectives et les meilleurs outils. Par exemple, trois des projets qui ont été identifiés pour faire partie des discussions de groupe ont modifié leurs formulaires de pré sélection et leurs sessions de débriefage du personnel (en y insérant de l'information sur l'état mental, physique, émotionnel, et spirituel des clients) afin de pouvoir procéder à une évaluation plus holistique. Dans d'autres cas, les équipes ont eu recours à des outils ou à de la technologie, tel que le réseau de télévision des peuples autochtones (Aboriginal Peoples Television Network - APTN), pour faciliter la guérison. Bien que des données plus spécifiques doivent encore être obtenues au sujet de la combinaison des approches occidentales et contemporaines qui ont été utilisées et au sujet de la manière dont elles fonctionnent, ce qui a été appris jusque là suggère qu'il existe maintenant un meilleur niveau de sensibilisation et de sensibilité envers les préférences et les besoins uniques des Survivants.

Défis

Les défis programmatiques et thérapeutiques n'ont pas disparu, en particulier ceux qui se rapportent au facteur temps. Les équipes ont créé des conditions qui encouragent la guérison, et ceci a attiré de nombreuses personnes, qui se sont jointes au mouvement vers le mieux-être. Les taux de participation aux projets suggèrent que des milliers de personnes ont révélé leur vécu ou se sont engagées dans des démarches de commémoration et un processus de deuil. Les participants, cependant, font face à un avenir incertain quant au soutien qu'ils pourraient obtenir lors de l'étape de guérison la plus ardue, soit l'étape de réappropriation. Il se peut que ceci soit le défi le plus significatif et le plus commun que les équipes de guérison communautaires doivent affronter.

[TRADUCTION] Le fait de bâtir des familles et des communautés fortes est un processus à long terme. Les interventions à court terme et mal conçues peuvent faire plus de mal que de bien. Surtout si les victimes sont encouragées à dénoncer la violence dont elles ont souffert, il faut offrir des services appropriés aux victimes et aux agresseurs ... Sinon, certaines victimes seront laissées à elles-mêmes dans une condition pire que dans laquelle elles se trouvaient avant le début des activités. Une stratégie qui renforce les connaissances, la confiance et la capacité de la communauté au fil du temps sera beaucoup plus efficace à long terme.⁸⁹

Il est clair dans tous les ouvrages de référence, que le fait de ne pas laisser assez de temps aux clients et de ne pas leur donner un soutien pour qu'ils puissent guérir sont des actes irresponsables.

[TRADUCTION] Les programmes qui favorisent le dévoilement rapide des souvenirs traumatiques sans offrir un contexte adéquat sont irresponsables et potentiellement dangereux car ils laissent le patient sans les ressources nécessaires pour faire face aux souvenirs dévoilés.⁹⁰

Les équipes et les participants ont demandé, de manière urgente, que les sessions soient d'une durée plus longue (ceci est aussi un thème qui s'est dégagé des études de cas, de la revue des documents, des QIP et des discussions de groupe). Bien que les retraites ou les sessions intensives fonctionnent bien, *elle ne sont qu'un début*. Toutes les équipes ont déclaré à l'unanimité la nécessité d'un développement des services post soins, particulièrement les équipes dont la clientèle vient de toute la province. Les préoccupations ne sont pas toutes liées aux services communautaires formels, mais aussi au soutien critique dont les familles et les amis ont besoin. Le temps et les efforts requis par un cheminement de guérison doit être reconnu, afin que, lorsque la FADG aura fermé ses portes, un simple manque de temps ne soit pas l'excuse que la société canadienne utilisera collectivement en disant « *désolé, mais nous avons essayé...* »

4.4 Partenariats et viabilité

Les partenariats les plus fructueux sont ceux qui ont été établis avec des « experts » c'est-à-dire les Survivants. Ils garantissent que les programmes seront fondés sur leur réalité et non sur les suppositions de théories développées hors du champ de cette réalité. Tout dépendant du groupe cible, ceci signifie que les preneurs de décision devraient aussi être choisis d'après leur âge, leur sexe et leur statut familial. En d'autres mots, les adolescents sont les personnes les plus aptes à décider ce qui fonctionne bien pour eux, les hommes sont les personnes les plus aptes à concevoir des programmes qui répondent à leurs besoins, et ainsi de suite. La participation des Survivants et des Aînés au sein des structures de gouvernance, lors des prises de décision ou dans les échanges moins formels étaient certainement *très précieux et appréciés*. Les rétroactions formelles et continues de la part des partenaires ont contribué à assurer la pertinence des activités des projets. Elles ont encouragé l'évolution des projets de manière à ce qu'ils répondent aux besoins des participants et aux aspirations de la communauté en mettant sur pied des activités qui étaient bien accueillies, transformatrices et réalisables. Lorsque le climat communautaire était hostile, la formation d'un comité de mieux-être a permis aux projets d'obtenir leur indépendance morale par rapport aux politiques des agences ou à l'apathie des gouvernements locaux. Ces comités sont devenus des partenaires très utiles. Le réseautage avec d'autres communautés et les initiatives spéciales d'extension et de contact avec les communautés isolées ont produit d'excellents résultats dans le cas de certaines équipes de projet. Encore plus important, *les dirigeants qui apportent un soutien jouent un rôle crucial en facilitant l'atteinte des résultats souhaités*, non seulement parce que les équipes n'ont pas à gaspiller du temps à relever les défis soulevés par une résistance au niveau politique, mais parce que les dirigeants trouvaient souvent des moyens de compléter les budgets, de développer des politiques cohésives, de fournir des locaux, du transport ou d'assurer la crédibilité du projet.

Les écoles ont souvent été mentionnées comme des alliées puissantes, non seulement dans le contexte de l'éducation sur les séquelles, mais aussi en tant qu'institutions capables de protéger l'intégrité culturelle autochtone. Les équipes de projet reconnaissent bien sûr qu'en forgeant toute une *variété* de partenariats, ils doivent aussi travailler à intégrer les services, à fournir des services plus holistiques et à offrir aux Survivants un lieu où ceux-ci peuvent continuer leur démarche de guérison, même leurs besoins surpassaient l'expertise de l'équipe. Une supervision clinique hebdomadaire de la part de consultants professionnels (psychologue, médecin, diététiste, infirmière), la participation de parrains provenant du programme d'Alcool anonyme et d'agent de libération conditionnelle sont deux approches qui ont très bien fonctionnées. Ces mêmes

partenariats ont été importants lorsqu'il s'agissait de planifier et d'assurer des services adéquats d'après-
soin. Une communication ouverte et la collaboration avec les agences locales ont amélioré le niveau de
confiance, les relations de travail et l'accès à l'information. Les équipes sont convaincues que la synergie
créée par une approche interdisciplinaire a influencé leur capacité d'obtenir du soutien supplémentaire
pour mener à bien leurs activités. Les communautés ont quelquefois été obligées d'avoir recours à des
facilitateurs ou à des formateurs de l'extérieur, afin de travailler avec eux ou de développer la capacité des
aidants communautaires. Lorsque les membres d'une communauté éprouvaient de la réticence à être
considérés comme des « experts » ou qu'ils se trouvaient dans des situations thérapeutiques où ils étaient
émotionnellement « trop près » de la personne, l'expertise externe que les partenaires ont pu offrir a été
considérée nécessaire et utile.

Malgré tout, la fusion avec d'autres organismes pour fournir des services sans faille n'a pas été chose facile.
Dans l'une des études de cas, le partenariat avec les agences provinciales a été entravé par l'ignorance et
possiblement par l'oppression culturelle systémique exercées par ces organisations. Les services provinciaux
continuent d'aiguiller les Survivants vers des thérapeutes occidentaux, malgré le manque de pertinence
culturelle de cette approche, son ignorance des paradigmes autochtones et les lacunes en matière de
connaissances nécessaires pour répondre aux besoins uniques des clients autochtones.

[TRADUCTION] [N]ous avons la liberté d'avoir recours au Cercle d'influences dans tout ce que nous
faisons et c'est précisément cela qui constitue la caractéristique la plus « menaçante » de notre
façon de procéder pour les prestataires de services habituels. Les Autochtones se sentent chez eux
dans nos ateliers et nos programmes, ils ne se sentent pas aussi à l'aise avec les autres organismes
occidentaux ou gouvernementaux.⁹¹

D'autres problèmes de nature culturelle peuvent surgir, par exemple le fait que les agences provinciales
fonctionnent selon des mandats tandis que les équipes de projets financés par la FADG sont centrés sur le
client.

[TRADUCTION] Nous nous préoccupons d'abord des questions d'ordre éthique. Nous prenons
d'abord en considération « les bons aspects du client » puis, nous prenons en considération la
crédibilité des professionnels et la sécurité publique qui représentent également des priorités
d'ordre éthique. La sécurité des personnes liées par contrat par la Couronne et pour qui la Couronne
est le client principal et qui offre des services aux Autochtones, les « clients, » constituent une
priorité de premier ordre et on accorde une priorité moins importante aux bienfaits pour les
personnes.⁹²

Améliorer la sensibilité des praticiens occidentaux en les invitant à participer à des cérémonies semble être
un moyen particulièrement efficace pour les pousser à prendre les pratiques traditionnelles en considération,
à les respecter et à les intégrer aux thérapies occidentales. Quelques guérisseurs ont encouragé les participants
à demander, auprès de leur thérapeute non autochtone, des approches plus respectueuses de leur culture
ou encore ils se sont eux-mêmes activés à promulguer les approches traditionnelles auprès des praticiens
occidentaux. Dans une communauté, les docteurs ont accepté que les personnes observent la pratique
traditionnelle qui consiste à enterrer le placenta. Un directeur de maison funèbre a percé un trou dans le
vase contenant les cendres du défunt, afin que son esprit puisse prendre sa liberté et un hôpital local a
permis la tenue de cérémonies de « passage vers l'au-delà. » Les initiatives permettant d'élever le niveau de

sensibilisation auprès des institutions canadiennes au sujet des séquelles des pensionnats, tout en aidant les Survivants et les guérisseurs (ceux qui résidaient dans la communauté et ceux qui travaillaient auprès de partenaires) à prendre conscience de la variété des options de guérison disponibles sont considérées comme des moyens de faire connaître aux participants les ressources qui pourraient les aider une fois que la FADG aura fermé ses portes.

Finalement, de nombreux projets ont ressenti de l'incertitude quant à leur viabilité et cela les a affecté à deux niveaux: l'instabilité des emplois est très déroutante pour les équipes et les guérisseurs étaient inquiets par rapport au fait qu'ils suscitaient la remontée de souvenirs traumatisants sans pouvoir offrir un suivi suffisant. Certains projets ont pu s'adresser à la question de leur viabilité. Ils ont rapporté qu'ils avaient mis sur pied des initiatives de collecte de fonds pour financer des objectifs et des besoins spécifiques incluant une grande gamme de biens et de services (documents de référence, ordinateurs, systèmes de son, espaces de bureau, locaux pour la formation et transport). Quelques-uns d'entre eux ont eu la chance d'obtenir un soutien financier permanent, mais la vaste majorité fait face à un avenir incertain en ce qui concerne leurs efforts pour s'attaquer aux séquelles.



Rapport de rendement

[TRADUCTION] « Pour que je guérisses, Il faut que je parle. »⁹³

Habituellement, lorsque l'on parle de rapport sur le rendement, on prend pour acquis que cet exercice consistera à examiner les données probantes démontrant la « réussite. » Dans le contexte de l'évaluation, un projet viable est celui qui met tout en œuvre pour réussir à atteindre ses buts et objectifs. Si le projet ne réussit que partiellement, on conclut implicitement qu'il a échoué. On ne peut cependant juger le contexte au sein duquel les programmes sont livrés selon cette perspective arbitraire. Les gens peuvent très bien 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. Ils peuvent aussi décider d'aller de l'avant, pleins de fougue et animés d'une grande détermination, et voir leur élan détruit par le premier obstacle qu'ils rencontrent. Lorsqu'un individu ou une communauté a pris la décision de prendre le chemin de la guérison, l'imposition de normes rigides qui définissent le succès peut mener à des erreurs. Dans le cadre d'une évaluation, le mot lui-même a une valeur limitée, non seulement parce qu'il est associé – en partie – à richesse, célébrité et prospérité (un entrepreneur prospère), mais aussi parce que le mot "succès" sous-entend le concept opposé « succès ou échec. »

[TRADUCTION] **succès** (*syksès*) *n.* heureux résultat d'une décision ; le fait d'obtenir ce que l'on a cherché, de parvenir à un résultat souhaité. // atteindre la richesse, la célébrité, la prospérité etc.⁹⁴

Compte tenu des limitations de ce mot, nous avons recherché d'autres termes qui refèteraient plus naturellement à l'expérience des personnes et des communautés qui travaillent à se libérer de l'emprise énorme des séquelles des pensionnats sur leur esprit, leur famille et leur vie. En s'inspirant des métaphores populaires employées pour parler de la guérison dans les collectivités autochtones (le cheminement vers la guérison), le succès sera défini en terme de *progression* ou de *cheminement*. La progression et le cheminement contiennent tous deux le concept d'un *processus* de changement. Ils sous-entendent et décrivent un mouvement, une démarche vers une destination. Ils tiennent compte du fait que des décisions doivent continuellement être prises au sujet de la route à suivre, des modes de transport, de la vitesse requise et de la distance à parcourir. Ce voyage peut exiger des périodes d'arrêt, il est possible que l'on se perde en route, que l'on arrive dans des territoires encore inexplorés ou que l'on tourne en rond, que l'on se retrouve ainsi au lieu de départ et que l'on doive recommencer. Les progrès peuvent être rapides ou lents. Le voyageur débute en un lieu précis dans l'espace et le temps (point A) avec l'intention d'atteindre un autre lieu dans l'espace et le temps (point B), même si le but est ambigu. Certains considèrent que leur destination est moins importante que le cheminement lui-même.

Dans le cadre d'un cheminement vers la guérison, la progression est une interaction complexe entre *l'environnement* et la *personne*. Le bien-être dérive tout naturellement de l'équilibre entre les aspects primordiaux (internes et externes) de l'existence humaine. Les systèmes communautaires et les grandes institutions, qui n'étaient jusque là pas jugées comme faisant partie de la solution, peuvent en fait faciliter la guérison ou lui faire obstacle. Dans le même ordre d'idée, les communautés et les institutions peuvent stagner. Dans d'autres cas, lorsque des individus passent à l'action, ils sont encouragés à changer. *L'action réciproque entre les personnes et les environnements, qui s'influencent les uns les autres, crée une boucle de causalité, les effets devenant des déterminants. Les modèles classiques servant à mesurer les résultats ne reflètent que partiellement cette réalité.*

Si on considère la guérison comme un cheminement et que l'on évalue la réussite ou le succès en terme de la *progression* accomplie au cours de ce voyage, il est important de tenir compte du point de départ. En d'autres mots, il s'agit de considérer à partir de quel moment et de quel endroit les personnes et les communautés ont amorcé leur travail de guérison vis-à-vis des séquelles intergénérationnelles des pensionnats. À titre d'exemple, si dans le cadre d'un projet, on traite une personne condamnée pour meurtre et ayant des antécédents de récidives nombreuses, il peut arriver que chaque nouvelle infraction diminue en violence et que les démêlés de cette personne avec le système de justice pénale viennent à se traduire par une simple violation de sa mise en liberté provisoire, peut-on alors parler de succès? En considérant la récidive comme unique mesure de succès, les renseignements importants concernant la nature de ses antécédents criminels sont ignorés et il n'est alors plus possible de comprendre la véritable « distance » que cette personne a « parcourue. » Prenons par ailleurs l'exemple d'une mère adolescente atteinte de SAF courant le risque de perdre son bébé, qui a aussi été victime d'abus sexuels dans son enfance et qui a donc été placée sous protection provinciale. Lors de son séjour dans une maison familiale de guérison, elle sort de sa chambre après s'y être volontairement enfermée pendant trois semaines. Est-ce que ce fait représente une réussite? D'un point de vue statistique, la réponse est non. Cependant, si l'on considère le cas sous l'angle clinique, le geste de cette adolescente traduit de manière significative la confiance qu'elle consent à accorder et constitue la première étape essentielle qu'elle accepte d'entreprendre pour améliorer sa qualité de vie.

Les communautés, tout comme les personnes amorcent leur cheminement de guérison à un point de départ spatio-temporel précis. Ces moments et cet environnement deviennent les points de repère de leur cheminement. Si l'on veut mieux comprendre la contribution de la FADG, il est crucial pour le lecteur de se remettre en mémoire les difficultés que les participants et les communautés ont rencontrées et qui ont été rapportées dans ce document et dans les évaluations intérimaires précédentes.^{95, 96} Il est aussi important que le lecteur tienne compte du fait que, même si des efforts ont été entrepris pour déterminer dans quelle mesure les activités ou programmes financés par la FADG ont contribué à l'atteinte des résultats visés à court terme, l'initiative qui a été amorcée *est encore très jeune*. En outre, son point de départ est unique à chaque personne et communauté. Nous avons cependant consacré certains efforts pour déterminer si oui ou non, les activités financées par la FADG avaient obtenu des résultats à court terme dans les arènes suivantes :

1. l'influence exercée sur les personnes et les familles, particulièrement en ce qui concerne sous les aspects suivants
 - niveau de sensibilisation et de compréhension des séquelles,
 - guérison personnelle,
 - leurs capacités en tant que guérisseurs;
2. l'influence exercée sur les communautés, particulièrement en ce qui concerne les aspects suivants
 - établir des partenariats et assurer la viabilité à long terme,
 - engager véritablement la participation des personnes survivantes et de celles qui ont subi les séquelles intergénérationnelles des pensionnats,
 - rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants,
 - gérer l'amélioration des programmes.

Il est utile d'avoir davantage de détails au sujet des changements qui sont désirés afin de pouvoir discuter les premiers signes démontrant l'existence d'un impact. Lorsqu'on évalue les résultats de projets, il est aussi très important de savoir chez qui les changements se produiront, quelles seront les manifestations des changements, à quel moment et de quelle façon les changements s'opèreront et combien de temps il dureront?

Certaines données qui apportent un éclairage sur la façon dont les personnes et les communautés évolueront ou se transformeront sont nébuleuses et il est donc nécessaire de recourir à certaines suppositions. À titre d'exemple, il n'est pas vraiment possible de savoir à quel moment le changement se produira, quelle sera son ampleur ou sa durée réelle. 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 surviendront 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. Les changements comportementaux sont plus difficiles à prédire car leurs manifestations varient considérablement selon le type de changement recherché. Le comportement de certains participants change pendant le projet ou peu de temps après. Les contextes, comme les personnes, fluctuent beaucoup en fonction de leur réceptivité envers le changement. Nous abordons ci-dessous tout d'abord les changements aux niveaux individuel et familial, puis au niveau communautaire. Les données qui ont été recueillies ont servi à déterminer si les activités financées par la FADG ont contribué ou non à apporter des changements. Ce chapitre apporte un certain éclairage sur le débat au sujet d'un schéma d'évaluation du rendement mieux adapté au contexte du traitement des séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats. Bien qu'il soit encore tôt dans la vie de cette initiative pour obtenir des données probantes, certaines données s'avèrent prometteuses.

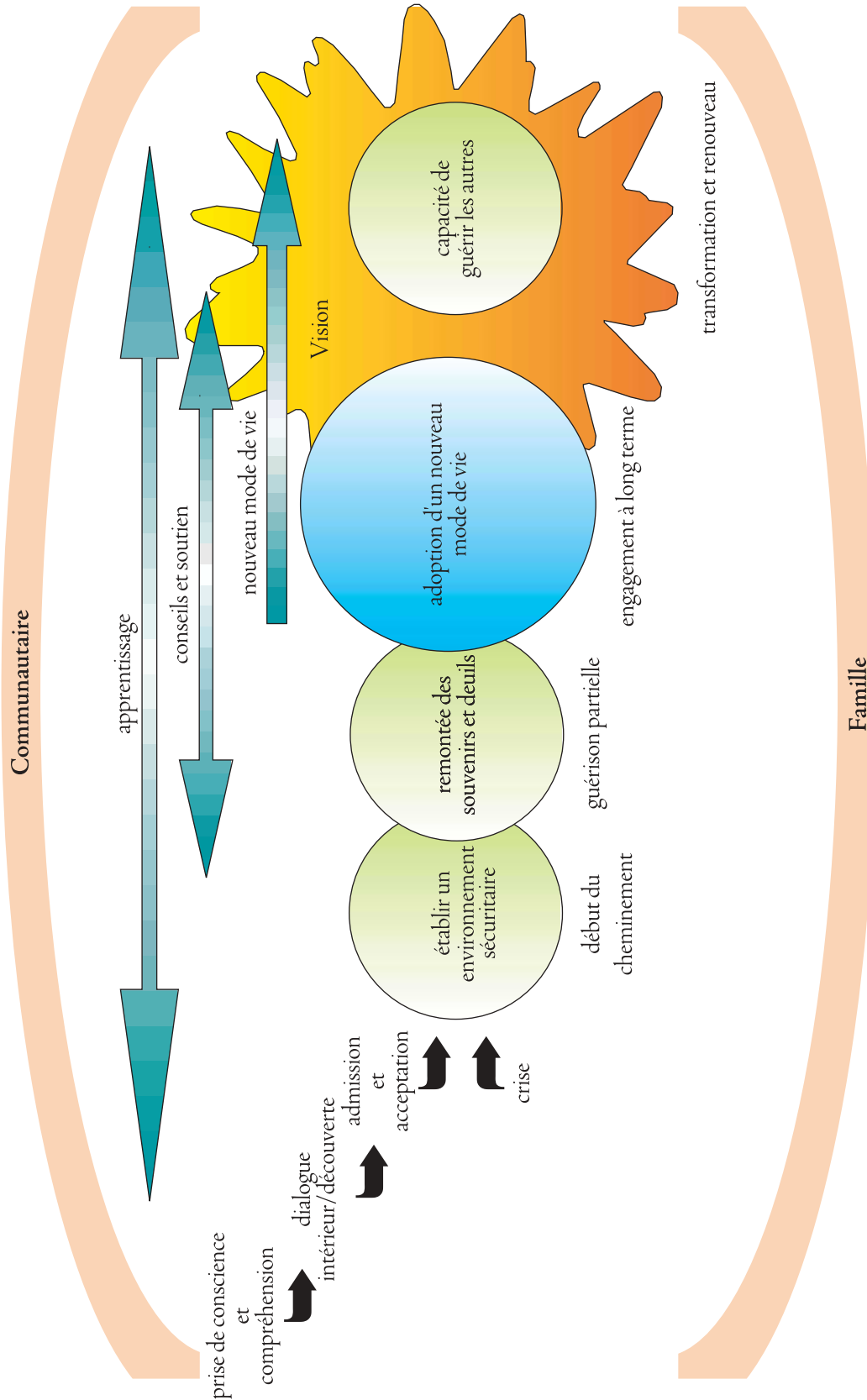
5.1 Impact sur les personnes

[TRADUCTION] [D]ans un processus de guérison réussi, il doit être possible d'identifier un glissement graduel du danger imprévisible vers un état de sécurité fiable, du traumatisme qui entraîne des troubles dissociatifs vers une mémoire retrouvée et de l'isolement stigmatisant vers le rétablissement de liens sociaux.⁹⁷

Au cours de leur démarche de guérison, les Survivants semblent passer par une séquence naturelle d'événements, qui peut commencer par une prise de conscience des impacts de la violence sur leur propre vie et celle de leur famille. Cette prise de conscience peut ensuite mener à une meilleure compréhension des séquelles, qui entraîne à son tour un processus d'auto-réflexion, de découverte et de reconnaissance de soi. Ces étapes peuvent mener à la guérison. Mais les crises peuvent aussi mobiliser les gens à chercher de l'aide. Une fois qu'ils se sont investis dans une relation ou un contexte thérapeutique, les Survivants ont besoin de se *sentir en sécurité*. Cette étape constitue le début d'un travail ardu, aussi bien pour le Survivant que pour l'équipe de guérison. C'est au cours de la deuxième étape que les traumatismes subis dans le passé sont confrontés et résolus, que la personne tisse des liens avec les autres au fur et à mesure qu'elle progresse dans sa démarche de guérison. À la dernière étape de guérison, les Survivants se réapproprient une vie saine et productive et affirment la légitimité de leur demande d'accès aux mêmes droits que les autres Canadiens. Pour atteindre un niveau viable de stabilité, cette étape de réappropriation nécessite *beaucoup plus de temps* et requiert énormément de discipline et de soutien. La réconciliation ne survient qu'aux étapes finales, car la guérison est incomplète sans le pardon. Finalement, certaines personnes se sentent bien et ne

désirent pas aller au-delà de leur propre guérison alors que d'autres sentent le besoin de guérir leur famille, leurs amis ou leur communauté. Quoiqu'il en soit, c'est au cours de cette étape que les aspirations personnelles se réalisent. Représenté schématiquement par un amalgame de différentes histoires qui nous ont été confiées par les participants qui traitaient les séquelles et par les pratiques thérapeutiques, les expériences de guérison vécues par des Autochtones,⁹⁸ peuvent être représentées grosso modo par la figure 18.

Figure 18) Cheminement de guérison d'un Survivant



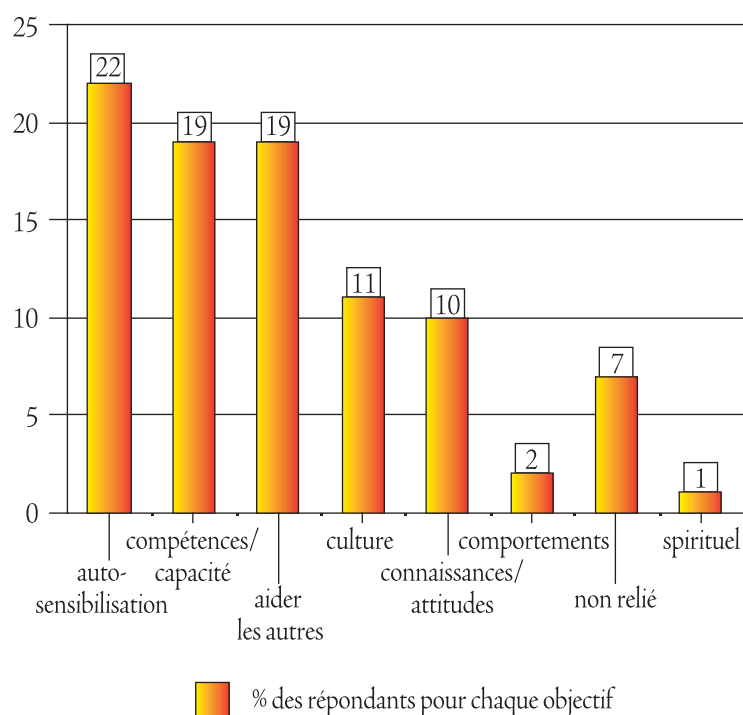
La discussion suivante est formulée selon cette séquence, dont certaines étapes comportent davantage de détails que d'autres. Nous avons présenté ici les résultats obtenus à partir de l'examen approfondi de plusieurs études de cas (Annexe G du chapitre 2), de la revue de documents (incluant les dossiers de projets et les procès-verbaux des Assemblées régionales et nationales), des résultats obtenus auprès des groupes de discussions et des questionnaires du participant (QIP). Après tout, le processus n'en est qu'à ses débuts. Bien qu'on puisse affirmer que d'autres programmes ont traité les symptômes du colonialisme, la Fondation explore de *nouvelles* avenues en tentant de répondre aux besoins des personnes qui se rétablissent des traumatismes subis dans les pensionnats. Le Questionnaire du participant (QIP) a été élaboré pour aider les Survivants à mieux faire entendre leur voix, pour recueillir des données sur la satisfaction des participants ainsi que des rétroactions au sujet de la réalisation des principaux objectifs de la FADG. Malgré le nombre et la variété des activités offertes, les projets partagent plusieurs objectifs communs axés sur les individus, à savoir :

- 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 d'affronter les futurs traumatismes;
- reconnaître et affronter les séquelles;
- faire progresser le cheminement des individus vers leurs buts de guérison;
- encourager des changements au niveau des connaissances et des compétences qui facilitent la guérison;
- accroître la capacité individuelle à obtenir au moment nécessaire du soutien quelle qu'en soit la provenance (professionnelle, familiale ou personnelle);
- améliorer la capacité générale de faire face aux difficultés de la vie et à en venir à bout.

En plus des objectifs fixés dans le cadre du projet financé par la FADG, les participants souhaitaient arriver à obtenir une bonne connaissance et une bonne compréhension de soi, de façon à se sentir bien avec eux-mêmes et à apprécier ce qu'ils pouvaient offrir aux autres. Ils recherchaient le simple réconfort qui accompagne un sens solide de leur identité et un bon niveau d'amour de soi. Ils voulaient se libérer de l'anxiété, de la tristesse, de la culpabilité, des tendances autodestructrices et ne plus devoir recourir aux services sociaux. Certains souhaitaient simplement se réveiller un beau matin *sans* éprouver de douleur. Les participants étaient désireux d'acquérir de nouvelles compétences, de générer de nouvelles idées et d'affronter la vie avec une nouvelle attitude, qui leur apporterait l'énergie mentale et affective nécessaire pour solutionner leurs problèmes, se consoler de leur deuil, et pour développer et maintenir des relations interpersonnelles saines. Certains participants voulaient acquérir la capacité d'écouter attentivement et de communiquer efficacement, afin d'avoir de bons rapports avec les autres, leur faire assez confiance pour partager. Ils voulaient également se sentir écoutés et compris, avoir la capacité d'influencer les autres, d'obtenir un emploi stable, de rester sobres, de trouver du soutien et de pardonner aux personnes qui les ont fait souffrir. Ils aspiraient à donner un meilleur exemple, à être de bons modèles en tant que parents ou étudiants. Les participants envisageaient également un avenir plus prometteur, plus serein pour leur communauté, un environnement où leurs enfants seraient en sécurité, où les problèmes de dépendance seraient rares et où les femmes n'auraient plus peur de subir de la violence. Ils étaient motivés pour créer des communautés où les gens éprouveraient un sentiment d'appartenance, où ils s'y plairaient, auraient un bon moral, où la culture serait un objet de fierté, de célébration, et où les souffrances causées par le cycle intergénérationnel de la violence ne serait plus qu'un souvenir lointain. Les objectifs des répondants traduisent la primauté des besoins individuels et les liens primordiaux qu'ils ressentent à l'égard des autres personnes survivantes.

Lorsqu'on utilise un cadre d'analyse déductif, l'objectif le plus souvent évoqué vise la prise de conscience personnelle (22 %, n=1 281), l'aide, le soutien aux autres personnes survivantes (19 %), l'acquisition de nouvelles compétences ou aptitudes (19 %), la réappropriation de la culture (11 %), les changements de comportement (10 %), l'acquisition de connaissances ou les changements d'attitude (10 %) et la capacité d'influencer la collectivité dans son ensemble (2 %). La figure 19 illustre les objectifs des répondants, selon le type.

Figure 19) Objectifs des répondants selon le type (2004)



Légende : Un total de 1 281 participants ont répondu à cette question.

Lorsque les réponses ouvertes portant sur les objectifs personnels des participants sont soumises à une analyse inductive plus poussée, les résultats suivants ont été obtenus. Un guide visant l'analyse inductive des buts des participants est offert à l'Annexe Q.

Tableau 11) Analyse inductive des buts des participants (2004)

OBJECTIF	#	% sec*	% Tt*	Commentaires
être LIBÉRÉ :				
dépendances	45	75,0 %	3,7 %	43 sur 45 liés aux drogues et à l'alcool tous étaient sur le point d'empêcher qu'on leur prenne leur enfant
intervention des SS	5	8,3 %	0,4 %	
incarcération	3	5,0 %	0,2 %	2 commentaires au sujet de mauvais comportement, 1 commentaire sur la procrastination
violence	4	6,7 %	0,3 %	
autre	3	5,0 %	0,2 %	
Total, cette Section	60	100,0 %	5,0 %	
PERSONNEL : Réussir à apporter des changements positifs - comportements/compétences				
objectif spécifique	28	7,1 %	2,3 %	emploi, maison, voiture, finances, terminer le programme
compétences ou education	40	10,2 %	3,3 %	inclut ceux qui désirent devenir des guérisseurs
information spécifique	125	31,7 %	10,4 %	la plupart du temps au sujet des séquelles des pensionnats
compétences en communication	25	6,3 %	2,1 %	
réseau d'entraide	17	4,3 %	1,4 %	
assurance	5	1,3 %	0,4 %	
identité culturelle	94	23,9 %	7,8 %	langue et traditions
autre/général	60	15,2 %	5,0 %	
Total, cette Section	394	100,0 %	32,8 %	
RELATIONS:				
parent/grandparent	51	50,5 %	4,2 %	sur les 51, seulement 2 se sont référés aux compétences des grands-parents
partenaire/époux	18	17,8 %	1,5 %	
personne modèle/pairs	9	8,9 %	0,7 %	
famille	23	22,8 %	1,9 %	« meilleure vie pour les enfants/la famille »
Total, cette Section	101	100,0 %	8,4 %	
COMMUNAUTÉ:				
participation	55	30,2 %	4,6 %	participe davantage au niveau communautaire (socialise)
partage	55	30,2 %	4,6 %	partage activement son vécu, ses connaissances
renouvellement	5	2,7 %	0,4 %	joue un rôle actif dans le mouvement de renouveau de la culture indienne
création	67	36,8 %	5,6 %	prend une part active dans le processus de création d'une communauté sécuritaire, aidante et guérie
Total, cette Section	182	100,0 %	15,1 %	

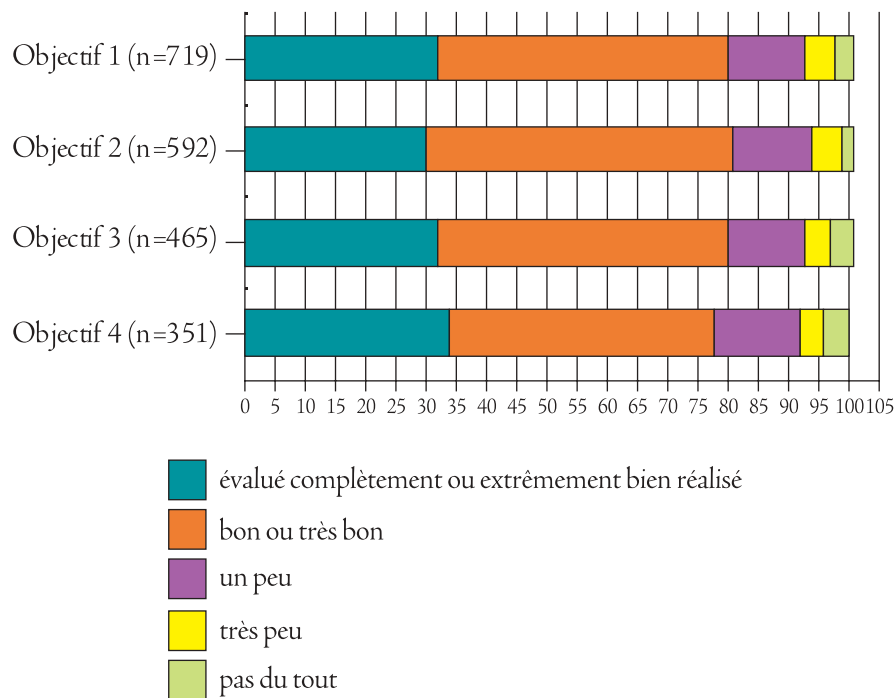
SUBJECTIF	#	% sec*	% Tt*	Commentaires
ÉMOTION: Capacité de contrôler les émotions suivantes ou de composer avec elles :				
honte	5	5,9 %	0,4 %	
culpabilité	5	5,9 %	0,4 %	
colère	18	21,2 %	1,5 %	
deuil/décès	9	10,6 %	0,7 %	
douleur	5	5,9 %	0,4 %	
tristesse	6	7,1 %	0,5 %	
peur	6	7,1 %	0,5 %	
autre/général	31	36,5 %	2,6 %	« traiter les traumatismes du passé »
<u>Total, cette Section</u>	<u>85</u>	<u>100,0 %</u>	<u>7,1 %</u>	
Un meilleur sens de soi par rapport à ce qui suit :				
identité	44	11,5 %	3,7 %	
respect/estime	45	11,8 %	3,7 %	conscience de sa propre valeur, amour
confiance/honnêteté	17	4,5 %	1,4 %	aussi capacité de partager
pardon	20	5,2 %	1,7 %	
guérison	73	19,2 %	6,1 %	soi-même et la famille (4) la communauté (3)
prise de conscience	70	18,4 %	5,8 %	compréhension
compréhension de son propre pouvoir	18	4,7 %	1,5 %	
espoir	5	1,3 %	0,4 %	
bonheur	24	6,3 %	2,0 %	paix, acceptation
connaissances	39	10,2 %	3,2 %	
général/autre	26	6,8 %	2,2 %	sentiments, peut mieux composer avec les choses
<u>Total, cette Section</u>	<u>381</u>	<u>100,0 %</u>	<u>31,7 %</u>	
TOTAL	1 203		100 %	

Légende: ss = services sociaux sec = section Tt = tout

* = les pourcentages sont arrondis au chiffre entier le plus proche

Lorsqu'ils ont été interrogés 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 d'entre eux ont rapporté que le projet les avait bien ou très bien aidés à atteindre leurs objectifs personnels; cependant, il reste un petit groupe de personnes (environ 10 %) dont les besoins ont tout juste été satisfaits ou n'ont pas été satisfaits du tout. La figure 20 illustre la perception des participants concernant la capacité des projets à les aider à atteindre leurs objectifs personnels.

Figure 20) Perceptions concernant l'atteinte des objectifs personnels (2004)



Un total de 1 479 QIP, provenant d'au moins 143 projets ont été reçus. Les répondants étaient âgés entre 10 et 93 ans (âge moyen 44, n=1 386). La grande majorité d'entre eux (63 %) appartenait au genre féminin (n=1 389). La plupart des répondants ont terminé l'activité financée par la FADG (63%, n=1 107). Ceux qui ne l'ont pas terminé (83 %, n=369) ont déclaré que c'était parce qu'il continuaient à suivre le programme. Ceux qui ont *choisi d'abandonner* ont évoqué des motifs psychologiques (problèmes de peur, manque de confiance, déni, dépendances), le fait d'avoir à mener de front des responsabilités concurrentes (nouvel emploi, déménagement, crise ou responsabilités familiales) et des problèmes d'ordre physique (mauvaise santé, manque de transport). Dans quelques cas, les participants sont décédés ou il s'agissait de problèmes au niveau du programme (roulement de personnel, incapacité d'accommoder des niveaux de guérison différents). Par exemple, quelques participants n'ont pas pu compléter le programme à cause d'un mauvais « arrimage » culturel ou spirituel (des participants chrétiens qui recherchaient une approche n'incluant pas des pratiques spirituelles traditionnelles). Deux participants seulement ont été renvoyés (refus de se conformer) ou sont partis parce qu'ils n'étaient pas intéressés. Les Survivants (ceux qui ont fréquenté les pensionnats) représentaient la majorité des répondants (58 %, n=1 283). Les membres de la famille (frère, sœur, tante, oncle) d'une grande partie d'entre eux (78 %, n=1 240) ont fréquenté les pensionnats et la plupart des répondants ont déclaré que leurs parents (69 %, n=1 244) et grands-parents ont aussi fréquenté les pensionnats (55 %, n=1 045). La majeure

partie des répondants au QIP était des personnes des Premières Nations (84 %, n=1 433), puis des Métis (10 %), des participants non autochtones (2 %), des personnes Inuites (1 %) et des personnes non identifiées (4 %).

5.1.1 Séquelles des pensionnats - Sensibilisation et compréhension

De nombreux projets ont conclu que les activités de sensibilisation sont cruciales pour la réussite de toute démarche de guérison. Le partage des faits historiques fournit un *contexte social* pour ce qui est souvent considéré comme un *problème individuel*. En fait, l'un des projets a rapporté que les Aînés avaient « *atteint de nouveaux niveaux de guérison* » une fois qu'ils ont commencé à parler de ce qu'ils avaient vécu dans les pensionnats. Les répondants ont continuellement exprimé le besoin de continuer à partager.

[TRADUCTION] Il est très important pour notre peuple de comprendre que toutes les histoires soient pertinentes et véridiques. Notre peuple a grand besoin de trouver toutes sortes d'avenues pour construire son histoire, et ce, à travers des cérémonies, des pièces de théâtres et des ateliers. Cette démarche est essentielle pour nous.⁹⁹

Certaines personnes ont exprimé leur surprise devant le peu de connaissances et de compréhension qui existaient au sujet des séquelles, particulièrement chez les jeunes¹⁰⁰ et les fournisseurs de services non Autochtones. Parfois, l'éducation au sujet des séquelles faisait partie d'enseignements plus détaillés qui englobaient les processus de colonisation et de décolonisation, ceux-ci offrant une perspective plus approfondie des dynamiques interpersonnelles et communautaires et intégrant un processus de counselling. Les campagnes de sensibilisation *étaient sécuritaires* pour la majorité des participants. Ceci a encouragé les projets à prendre des mesures supplémentaires afin de traiter les séquelles *avant* qu'une crise ne survienne. Les communautés ont également reconnu que l'éducation au sujet des séquelles servait à établir une base solide pour les initiatives visant l'amélioration de la formation et des services. Cet apprentissage a contribué à combler des lacunes au niveau des organismes canadiens en général.

[TRADUCTION] La possibilité d'éduquer les personnes non autochtones au sujet des effets à long terme des pensionnats a été une expérience enrichissante et extraordinaire. Cette expérience a été également consternante dans le sens que la rétroaction que j'ai reçue lors des ateliers indiquait que la plupart des personnes n'avaient jamais considéré les effets résiduels des pensionnats.¹⁰¹

Lorsque la situation exigeait tout d'abord l'établissement d'un bon niveau de confiance, les participants étaient plus nombreux aux *sessions d'information* qu'aux *sessions de thérapie*. Des contacts réguliers avec les médias locaux, en particulier des émissions de radio diffusées en langues autochtones ont été jugées très efficaces, mais dans certains cas, le niveau de sensibilisation a été accru de manière plus passive (simplement du fait que le projet existait).

D'autres stratégies telles que le théâtre, le psychodrame et le cinéma ont amélioré la compréhension en offrant un format d'apprentissage accessible, expérientiel ou populaire. Le psychodrame permet d'acquérir de nouveaux moyens d'agir et de réagir par le biais de jeux de rôle et d'autres exercices. De nombreux participants ont déclaré que les milieux scolaire étaient des partenaires particulièrement importants à cet égard et qu'il fallait déployer davantage d'efforts auprès des élèves/étudiants.

Par exemple, de nombreuses divulgations ont eu lieu pendant les sessions de débréfrage qui ont été tenues avec les spectateurs, après la pièce de théâtre *Every Warrior's Song* (pièce de théâtre qui honore les Survivants) produite par l'Institut George Manuel/Bande indienne de Neskonalith à Chase, en Colombie-Britannique. Entourés de leur famille, de leur communauté, de conseillers et de facilitateurs chevronnés, les Survivants se sont sentis appuyés et assez en sécurité pour faire ces révélations. Malgré tout, les projets se sont montrés compréhensifs à l'égard des Survivants en lutte contre le déni. En fait, les projets *doivent s'attendre* à ce que les participants résistent à divulguer leurs secrets. Il s'agit en fait de *prévoir* cette résistance et l'accepter comme étant une réaction naturelle à un traumatisme.

[TRADUCTION] Ils [les Survivants] peuvent se sentir stigmatisés par un diagnostic psychiatrique ou vouloir nier leur situation par fierté. Certaines personnes croient que le fait de reconnaître une blessure psychologique donne une victoire morale à l'agresseur, alors qu'ils voient les choses d'une manière différente lorsqu'il s'agit de reconnaître une blessure physique. Le fait d'admettre qu'ils ont besoin d'aide peut également accentuer leur sentiment d'échec.¹⁰²

Durant le programme Qul-Aun, de la Société Tsow-Tun Le Lum [Tsow-Tun Le Lum Society] (Lantzville, Colombie-Britannique), toutes les personnes-clé interrogées ont eu l'impression que la compréhension des séquelles s'était considérablement améliorée, même si cela n'incluait que 75 pour cent des participants. Selon les informations offertes par le projet *I da wa da di*, du Centre for Indigenous Sovereignty (Ohsweken, Ontario) dans le cadre de l'étude de cas, la vaste majorité des participants (91,2 %, n=34¹⁰³) sont convaincus que l'information présentée leur avait permis d'être mieux sensibilisés et qu'ils comprenaient davantage l'impact des séquelles des pensionnats. Une participante au projet *I da wa da di* explique comment une meilleure connaissance des séquelles lui a donné la détermination de briser le cycle.

[TRADUCTION] Cela m'a permis de mieux voir ce qui est arrivé à ma grand-mère et de comprendre pourquoi j'ai été élevée comme je l'ai été. Cela m'a aidé à devenir plus forte et plus déterminée à donner à mes enfants et à mes petits enfants les choses, les manières et les enseignements dont ils ont besoin, de leur enseigner qui ils sont et de leur offrir une bonne vie.¹⁰⁴

5.1.2 Guérison personnelle

Une fois que la compréhension des séquelles a commencé à se développer, le dur travail débute. Il s'agit alors d'établir un environnement sécuritaire, de faire remonter les traumatismes passés. Tout cela prend du temps et les objectifs personnels de guérison se situent à des étapes variées de ce cheminement. En fait, les équipes de projet avaient envisagé la guérison comme étant un large éventail d'idées et de comportements, où une amélioration pouvait être apportée à un ensemble d'éléments ou à chacun d'entre eux. Les résultats qu'ils ont recherchés et observés ont été organisés selon une version adaptée des travaux entrepris par Judith Herman auprès d'individus sous l'emprise de réactions post traumatiques complexes.

Tout d'abord, 111 170 personnes (au sein de 394 organisations) ont participé aux activités de guérison jusqu'à date [Ext - 204 564; n=725]. Une portion appréciable des participants aux projets (66 % ou 11 325 sur une possibilité de 34 953, n=138 [Ext. - 17 890, n=218]¹⁰⁵) seraient engagés qui n'ont jamais traité l'impact des séquelles du régime des pensionnats sur eux-mêmes et leur famille.¹⁰⁶ Ils ont consacré une moyenne de 149 heures à des activités de guérison programmées (médiane¹⁰⁷=80 heures, n=117, E2) et ont bénéficié de soutien et de conseils (allant de 2 heures à 1 225 heures). Alors qu'on observait des changements

dramatiques chez certaines personnes qui ont participé à des projets ayant fait l'objet d'études de cas et qui ont répondu au questionnaire du participant (QIP), on a observé très peu de changements, sinon aucun, chez d'autres participants. En outre, on a souvent constaté des divergences d'opinions concernant la magnitude (profondeur des changements chez la personne) et l'envergure des changements (pourcentage des individus dans un groupe). Malgré tout il a été possible de dresser un portrait de la nature de ces changements. Dans un très petit nombre de cas seulement, il est clair que les changements observés ont continué au delà de la vie du projet.

5.1.2.1 Établir un environnement sécuritaire

Un environnement sécuritaire a été la base sur laquelle sont venu s'ériger les différentes étapes de guérison. Les éléments suivants servent à établir une sécurité physique et émotionnelle :

- des lignes directrices claires et de l'éducation au sujet des droits du client;
- publiciser les principes directeurs et les règles dans un langage que les clients potentiels peuvent aisément comprendre;
- assurer la défense des clients en priorité;
- procurer un environnement qui réduise le nombre des occurrences pouvant faire surgir des mauvais souvenirs et déclencher ainsi des traumatismes (en particulier dans les établissements résidentiels);
- s'assurer que tout risque de punition lors des divulgations est éliminé.

Les équipes ont affirmé que les *divulgations* étaient essentielles lorsqu'il s'agissait de faire cesser la violence et de réduire les risques d'agression. Une atmosphère chaleureuse, accueillante, où les choses sont prévisibles et bien expliquées, des codes d'éthique distribués à tous et qui peuvent être compris par tous (particulièrement en ce qui concerne la confidentialité) a aidé à éliminer la part de l'inconnu et la retraumatisation. Les projets qui partageaient l'espace d'un centre de guérison bien établi y ont gagné en crédibilité, ce qui a été un facteur réconfortant pour les participants. Afin d'augmenter le niveau de confiance de leurs clients, les projets ont créé des environnements sécuritaires par le biais des stratégies suivantes :

- offrir un soutien aux participants pendant les ateliers et après ceux-ci;
- Tenir des groupes de discussion plus petits et plus intimes;
- s'assurer que les guérisseurs aient suffisamment guéri eux-mêmes *avant* de leur confier la tâche de guérir les autres.

À cet égard, l'établissement de *liens* entre les Survivants eux-mêmes et entre les Survivants et des guérisseurs chevronnés a bien fonctionné. Les forums destinés au grand public et une publicité très répandue ont donné aux Survivants un sentiment d'unité. La troupe de la pièce de théâtre *Every Warrior's Song* (produite par l'Institut George Manuel/Bande indienne de Neskonalith [George Manuel Institute/Neskonalith Indian Band] à Chase, en Colombie-Britannique) a remarqué qu'elle s'attendait à des divulgations après chaque présentation et qu'un soutien était fourni. En Ontario, plus de 95 pour cent des personnes qui ont participé à l'évaluation du programme *I da wa da di* ont affirmé qu'elles se sentaient en sécurité lors des rassemblements. À La Ronge en Saskatchewan, les émissions radiophoniques crient portant sur les séquelles des pensionnats ont facilité les discussions dans d'autres endroits.

Dans les contextes thérapeutiques plus individualisés, l'instauration du sentiment de sécurité a été renforcée en offrant aux clients des occasions de *tisser des liens* entre eux, par le biais de séances de counselling en groupe ou par la présence d'une équipe de soins à laquelle les Survivants pouvaient s'identifier. Les répondants au Questionnaire du participant (94 %, n=1 353) ont déclaré que les projets excellaient à fournir un environnement respectueux, accueillant et sécuritaire. Les répondants ont été explicites en affirmant que c'était grâce aux conseillers qui ne portaient pas de jugement, qui étaient sincères, dignes de confiance, doux, respectueux, impliqués et sensibles à la culture autochtone, que les clients avaient fait tant de progrès, notamment en se sentant plus à l'aise et en sécurité. Un autre élément important dans l'instauration du sentiment de sécurité est le facteur temps. Les Survivants avaient besoin de savoir que leur moi intérieur allait être en sécurité avant d'accepter de l'aide.

[TRADUCTION] Parce que les tâches de la première étape du rétablissement sont ardues et exigeantes ... Il est souvent tentant d'ignorer les besoins de sécurité et de foncer vers les étapes suivantes du processus de guérison. Cela, même si l'on sait que l'erreur la plus répandue dans le domaine de la thérapeutique est l'engagement prématuré ou précipité dans le travail d'exploration, sans porter une attention suffisante à l'établissement du sentiment de sécurité et d'assurer une collaboration thérapeutique.¹⁰⁸

Une jeune mère a passé, avec son nouveau-né, les deux premières semaines dans sa chambre de la Maison de guérison Tawow [Shining Mountains Living Community Services' Tawow Healing Home] à Red Deer, Alberta (un programme familial de compétences parentales destiné aux familles à risque). Une fois que celle-ci a réalisé que la coercition ne ferait pas partie de l'intervention, elle a accepté de recevoir un encadrement chaleureux et approprié à son univers culturel. Au début, seulement des femmes ont participé au programme de formation au rôle de parent de Kikinahk [Kikinahk Friendship Centre Inc.'s Kikinahk Parenting Program] (pour les parents et les adolescents). Avec le temps, elles se sont fait accompagner par leur mari et par leurs adolescents. En fait, le taux de participation a surpris l'équipe. [TRADUCTION] « Certains pères ont eu, pour la première fois de leur vie, un contact émotionnel avec leurs fils. »¹⁰⁹ Les parents se sont sentis de plus en plus à l'aise de partager leurs idées et de poser des questions. En plus du facteur temps et des liens créés, l'environnement physique était un élément également crucial. Le programme *Bâtir une nation Inc.* [Building A Nation, Inc.] (Saskatoon, Saskatchewan) a particulièrement bien réussi à créer un environnement accueillant et sécurisant pour les « groupes difficiles à rejoindre » (p. ex. les itinérants). L'acceptation totale, l'accueil flexible des personnes et les services appropriés à la culture et centrés sur les clients offerts par des Autochtones (dont certains parlent la langue crie) ont contribué à offrir un milieu où les participants se sentent chez eux. En fait, tous les bénéficiaires reviennent. Toutefois, les établissements de soins résidentiels, avec leurs lits superposés, leurs gardiens de nuit qui circulent avec des lampes de poche et la nourriture de cafétéria à faible budget, peuvent entraver l'instauration d'un climat de confiance. Parfois ces installations étaient associées au traitement de la toxicomanie et ont donc rebuté les personnes qui cherchaient de l'aide, car elles avaient peur d'être définitivement identifiées comme des toxicomanes.

Le fait *d'honorer* les Survivants a largement contribué à établir un climat de confiance. Les comédiens et la troupe de *Every Warrior's Song* décrivent l'impact que la pièce de théâtre a eu sur les spectateurs :

[TRADUCTION] Ma mère est une Survivante, elle a assisté à une représentation et, pour la première fois, j'ai reconnu qu'elle était une Survivante ... elle s'est mise à parler davantage, chose qu'elle n'avait

jamais fait auparavant ... elle avait aussi de la difficulté à me prendre sans ses bras, mais maintenant elle le fait.

[TRADUCTION] [L]es spectateurs se sont confiés et voulaient parler de sujets très personnels.

[TRADUCTION] Ils [Survivants] veulent prendre des moyens pour se guérir et ils n'attendent que la bonne occasion ou les bonnes circonstances.

[TRADUCTION] Plusieurs personnes ont assisté à la pièce avec des membres de leur famille et font maintenant des activités avec eux. Plusieurs personnes voulaient revoir la pièce et y revenir avec d'autres membres de leur famille.

[TRADUCTION] Les Survivants ont assisté aux répétitions, aux représentations et pleuraient souvent, nous parlaient et nous encourageaient. Ils nous ont dit à quel point ils étaient heureux qu'on raconte leur histoire. Certains d'entre eux nous ont aidé lors des animations qui se déroulaient après la pièce de théâtre et d'autres nous ont enseigné des chansons.

Après cinq représentations, 41 personnes et 14 familles ont cherché des services de counselling et quatre personnes ont été dirigées vers d'autres services. En honorant ceux qui ont souffert et en leur offrant un contexte non menaçant pour raconter leur histoire, la pièce *Every Warrior's Song* a permis aux individus de prendre la décision de chercher de l'aide.

L'établissement d'un climat sécuritaire a souvent influencé la décision des personnes à participer aux activités de guérison, et la plupart des répondants au QIP ont eu recours aux services de leur propre chef, ont été aiguillés ou encore ont reçu le « mandat » de participer. La plupart d'entre eux, (53 %, n=1 336), participaient à un programme de guérison *pour la toute première fois*. Parmi ceux qui avaient déjà participé à un programme de guérison (n=675), 44 pour cent avaient participé à un programme au moins, 22 pour cent à deux programmes et 33 pour cent étaient fermement investis dans une démarche de guérison et avaient participé à trois programmes ou plus avant de s'engager dans une activité de guérison financée par la FADG. Si l'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 Aînés, les cérémonies, le counselling individuel, les cercles de guérison ou les cercles de la parole, la médecine traditionnelle, les occasions pour les personnes survivantes et leur famille de se rencontrer et de tisser des liens, l'éducation sur les séquelles des pensionnats et les activités en milieu naturel qui ont primé. Les figures 21 et 22 montre l'utilisation des services et leur évaluation.

Figure 21) Types de services utilisés (2004)

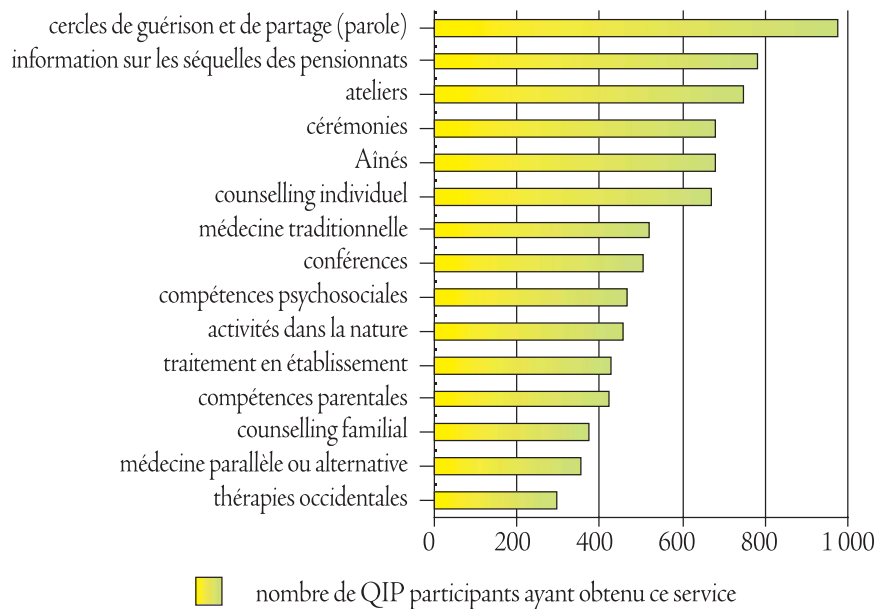
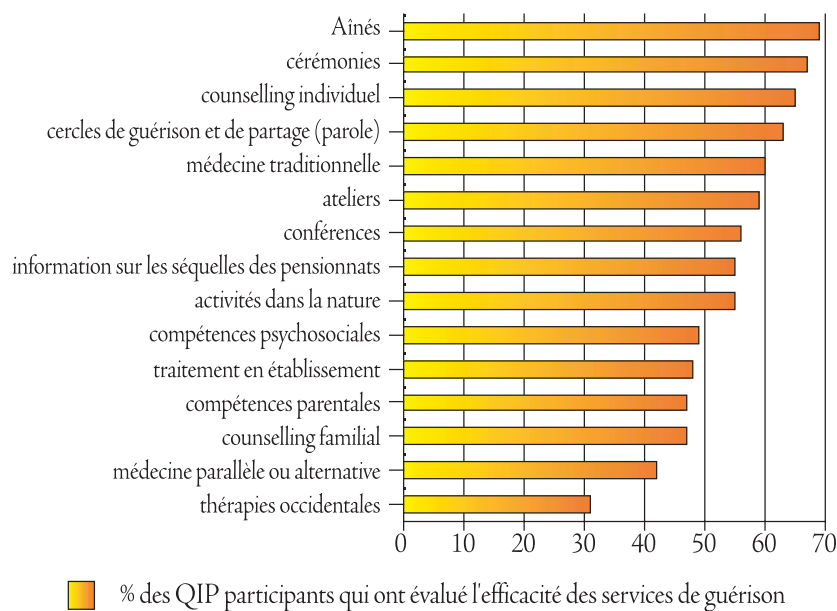


Figure 22) Évaluation des types services (2004)



Légende : Ce diagramme permet une meilleure interprétation lorsqu'on prend en considération le nombre de répondants qui ont évalué l'efficacité du service. Ci-dessous se trouve un tableau qui souligne combien de personnes ont répondu à chacune des questions.

types de services	n =	types de services	n =	types de services	n =
cercles de guérison et de partage (parole)	976	counselling familial	374	compétences psychosociales	464
activités dans la nature	454	counselling individuel	668	Aînés	679
médecine parallèle ou alternative	354	compétences parentales	424	ateliers	747
cérémonies	680	information sur les séquelles des pensionnats	783	conférences	503
médecine traditionnelle	520	traitement en établissement	427	thérapies occidentales	295

5.1.2.2 Remontée des souvenirs et deuil

Au cours de cette phase du processus de guérison, les personnes partagent ce qu'elles ont vécu. Les souvenirs et le deuil n'étaient pas mentionnés dans toutes les études de cas sélectionnées, mais lorsqu'ils faisaient partie du processus thérapeutique, ils ont manifestement été traités de différentes façons. Le psychodrame, utilisé par le programme QuI-Aun, est l'une des approches les plus populaires. De nombreux participants ont déclaré être entièrement ou extrêmement satisfaits de l'approche individuelle et de groupe utilisée pour aborder différentes problématiques dans un contexte thérapeutique. Les participants ont indiqué le même niveau de satisfaction à l'égard des approches (sessions en groupe ou individuelles) utilisées par le programme QuI-Aun pour le traitement de la violence conjugale, de l'abandon, de la dépression, de la colère et de la violence. Toutefois, les participants ont eu une *nette préférence pour les séances individuelles offertes à QuI-Aun lorsqu'il était question de délinquance sexuelle, de démêlés avec la justice et de placement en famille d'accueil*.¹¹⁰ Dans le cadre du projet *I da wa da di*, 75 pour cent (n=70) des personnes qui ont participé aux rassemblements ont affirmé que ce projet les a aidé à aborder certains traumatismes qu'ils avaient subis dans le passé.

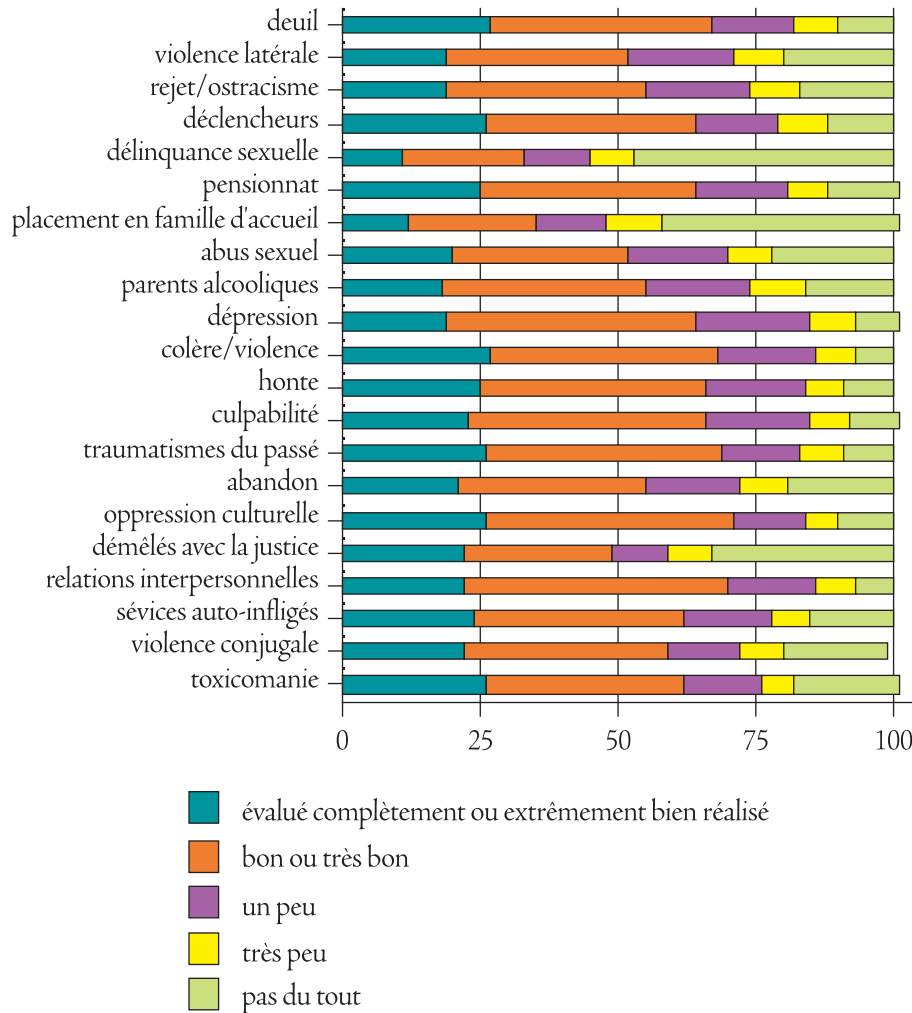
L'une des caractéristiques principales de l'approche utilisée par le Centre de counselling Pisimweyapiy du Pavillon de guérison de Nelson House Inc. [Nelson House Medicine Lodge Inc.'s Pisimweyapiy Counselling Centre] (Nelson House, Manitoba) était d'emmener les Survivants revisiter les pensionnats qu'ils avaient fréquenté afin qu'ils puissent participer à des cérémonies de purification et de guérison. La majorité des participants étaient satisfaits des services de Pisimweyapiy et, de façon générale, ils ont déclaré que ces services avaient répondu à leurs besoins. Les éloges des participants à l'égard de cette approche sont rapportés ci-dessous :

[TRADUCTION] Je ne sais pas pourquoi je me suis accroché à mon chagrin pendant si longtemps ... [le conseiller] m'a bien accompagné dans ma démarche pour laisser aller ma douleur Le fait de revoir le pensionnat a fait ressurgir de tristes souvenirs et a, en quelque sorte, mis un terme à cette mauvaise expérience.

[TRADUCTION] J'ai tout particulièrement apprécié la visite à mon ancien pensionnat. Elle a mis un terme à certains mauvais et tristes souvenirs de mon séjour là-bas Je vais continuer de consulter un conseiller une fois que ce programme sera terminé.¹¹¹

Un fois qu'un climat sécuritaire a été établi, les participants abordent généralement les étapes liées à la remontée des souvenirs et au deuil aux cours des sessions thérapeutiques (en groupe ou individuelles). Sur la totalité des répondants au QIP, plus de 60 pour cent ont accordé une note favorable aux sessions de counselling en groupe, lorsque celles-ci ont abordé les thèmes suivants : le deuil/les pertes, comment identifier facteurs déclencheurs et les traiter, les problématiques reliées aux pensionnats, la dépression, la colère, la violence, la honte, la culpabilité, les traumatismes du passé, l'oppression culturelle, les dépendances et les problèmes de relations interpersonnelles. D'après les réponses obtenues à partir du questionnaire du participant, il semblerait que les sessions de groupe ont été évaluées moins positivement lorsqu'elles traitaient de certaines problématiques telles que l'agression sexuelle, les démêlés avec la justice et le placement en famille d'accueil. La figure 23 montre l'évaluation des sessions de groupe de counselling facilitées par les projets financés par la FADG.

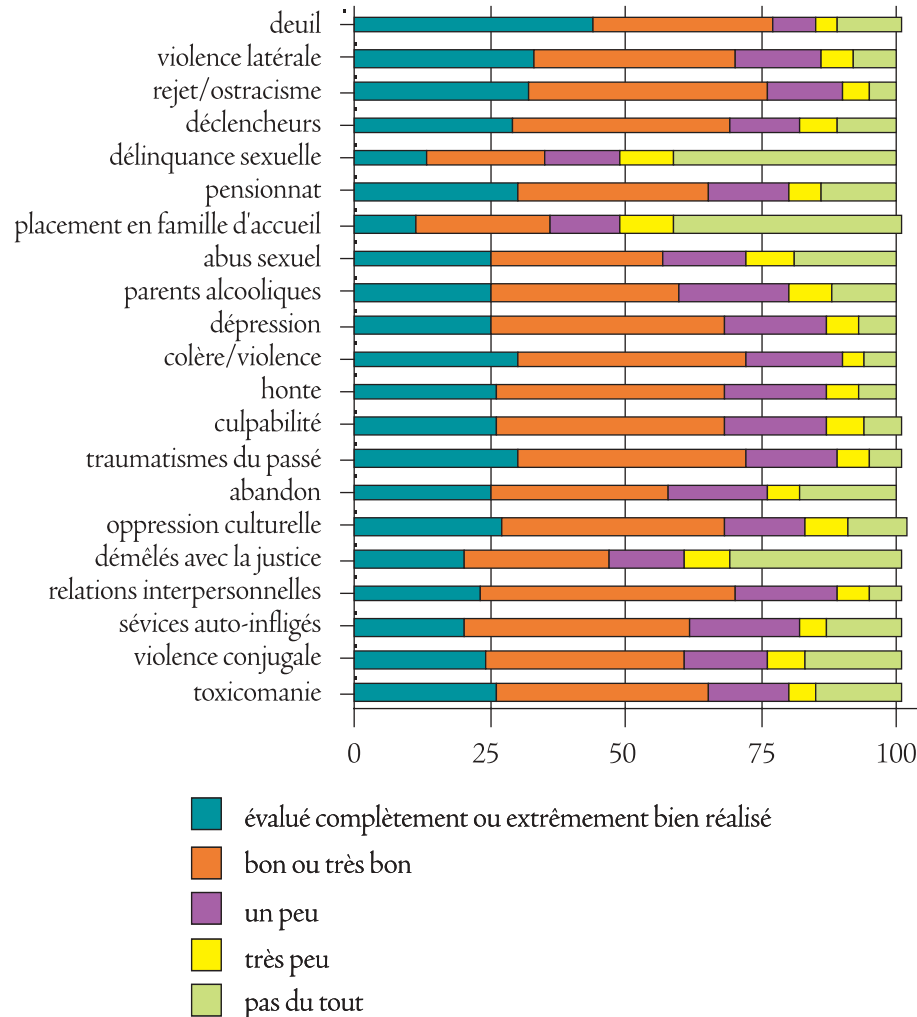
Figure 23) Évaluation des sessions de counselling en groupe (2004)



En ce qui concerne leurs objectifs de guérison – meilleur niveau de sensibilisation au sujet des séquelles, meilleures relations avec les autres, meilleur niveau de connaissances, réappropriation culturelle - la plupart des répondants au QIP (57 %, n=1 235) ont déclaré que leurs objectifs de guérison avaient changé au cours de la période où ils avaient participé aux activités de guérison financées par la FADG.

Plus de la moitié des répondants au QIP ont obtenu le privilège de participer à séances individuelles de counselling (55 %, n=1 165). Leur niveau d'appréciation pour les sessions en groupe et pour les sessions individuelles est similaire. Plus de 75 pour cent ont accordé une note favorable aux sessions de counselling individuelles en groupe, lorsque celles-ci ont abordé le thème de l'abandon et du deuil/des pertes. Plus de 60 pour cent ont évalué positivement les sessions individuelles au cours desquelles les questions suivantes ont été traitées : la violence, les facteurs déclencheurs, la dépression, la colère, la honte, la culpabilité, les traumatismes du passé, les problématiques liées aux pensionnats, l'oppression culturelle, la violence envers soi et la violence conjugale, les dépendances et les problèmes de relations interpersonnelles. Les sessions de groupe ont été évaluées moins positivement lorsqu'elles traitaient de certaines problématiques telles que l'agression sexuelle, les démêlés avec la justice et le placement en famille d'accueil. La figure 24 montre l'évaluation des sessions individuelles de counselling mises en place par les projets financés par la FADG.

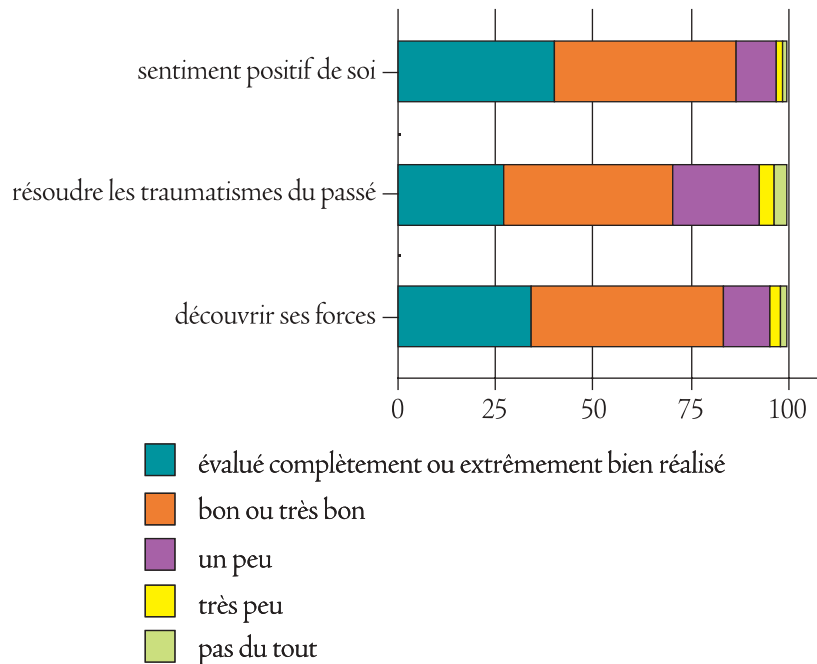
Figure 24) Évaluation des sessions individuelles de counselling, par thème spécifique (2004)



Les participants qui ont répondu au QIP ont en moyenne participé à neuf (9) sessions de counselling individuel (médiane=5, n=444). Les personnes suivantes (par ordre d'importance) sont celles qui ont consulté : des conseillers qualifiés, des Aînés, des guérisseurs traditionnels, des psychologues, des praticiens de médecine parallèle, des travailleurs sociaux, des pairs qui utilisaient aussi des services, des psychiatres ou des bénévoles. D'autres types d'intervenants ont aussi fourni des services individuels aux participants (quoique ces séances ne peuvent peut-être pas toutes être considérées comme des séances de « counselling » et ne sont pas présentées par ordre d'importance), par exemple les travailleurs de terrain, les grands-mères, les art-thérapeutes, les chiropraticiens, les masso-thérapeutes, les médecins, 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 surmonter les traumatismes du passé (n=769), à ressentir un sentiment positif de soi (n=776) et à découvrir leurs forces (n=794). Un nombre significatif de participants ayant bénéficié de counselling individuel ont été satisfaits¹¹² pour les raisons suivantes : ces sessions ont renforcé leur estime de soi, leur a permis de découvrir leurs forces (87 % et 83 % respectivement) et de surmonter les épreuves du passé (71 %).

Figure 25) Évaluations des sessions de counselling individuelles, par objectifs sélectionnés (2004)



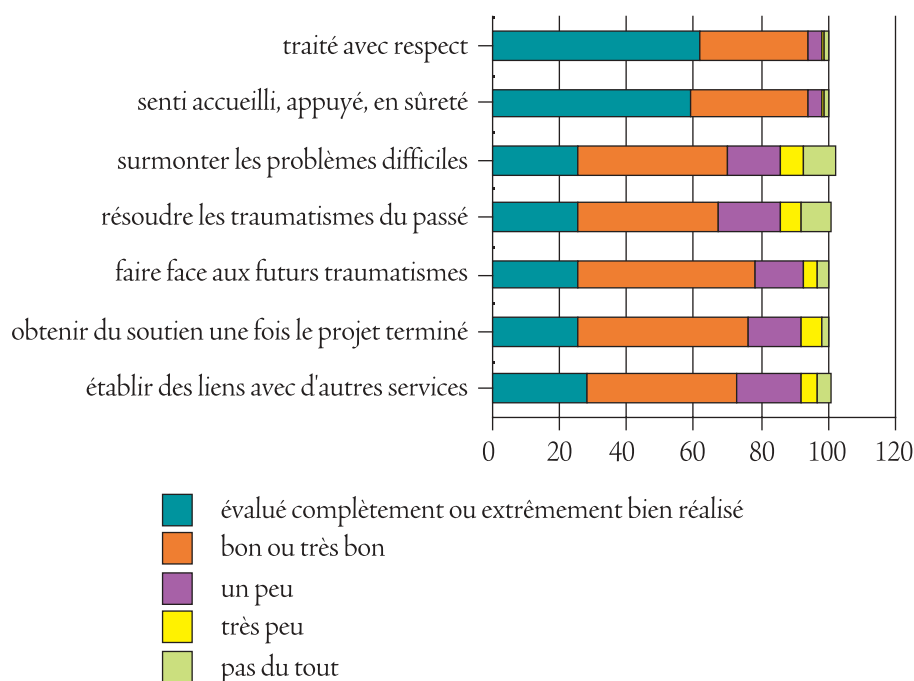
La plupart de ceux qui ont répondu au QIP ont reconnu que la *qualité des programmes*, particulièrement les aspects touchant *l'éducation au sujet des séquelles* des pensionnats leur avait été très utiles parce que ces éléments leur avait permis de mieux comprendre ce qui se passait dans leur vie et au sein de leur famille (43 %, n=1 182). Ils ont aussi apprécié les nouvelles *possibilités offertes d'acquérir des connaissances* sur des sujets tels que : une dynamique familiale saine, comment composer avec des émotions intenses et comment améliorer en général leurs rapports avec les autres. Ils considèrent que le tissage de liens entre les Survivants est un moyen puissant de guérison, car cela leur permet d'apprendre comment d'autres personnes réagissent et comment elles ont surmonté les séquelles des pensionnats (29 %). Les rassemblements ont permis aux participants d'offrir et d'obtenir des rétroactions, du soutien, et surtout de saisir un message important : le fait qu'ils *n'étaient pas seuls* dans leur lutte. Les participants ont déclaré que les célébrations culturelles, le renforcement de l'identité culturelle (16 %) les a aidé à retrouver ce qu'ils avaient perdu, à se réapproprier leur identité et à leur inspiré une renouveau de fierté. La spiritualité, qu'elle s'exprime par des le biais de traditions autochtones ou euro chrétiennes, nourrit l'âme des participants. Les participants ont déclaré que la prière quotidienne, la méditation, la foi retrouvée ou la redécouverte de son moi spirituel avaient été des éléments très utiles pour eux (4 %). Pour terminer, les participants ont souligné que les qualités de l'équipe avaient exercé une influence significative sur leur cheminement de guérison (2 %). En particulier, les participants ont remarqué que les approches sécuritaires, respectueuses, non critiques et valorisantes, étaient celles qui les avaient le mieux encouragés à poursuivre leur démarche de guérison.

5.1.2.3 Réappropriation

A cours des dernières étapes du processus de guérison, les Survivants s'efforcent de récupérer leur *droit* à une vie paisible et équilibrée. Cette étape de guérison exige le plus d'énergie et le plus de temps. Elle entraîne souvent la nécessité d'acquérir toute une gamme de compétences favorisant le maintien d'un mode de vie équilibré et d'un comportement sain. Certains projets ont arrêté leurs efforts à cette étape de guérison *sans*

aborder directement les traumatismes antérieurs. Ils ont par contre utilisé et développé les compétences qui leur ont permis de composer avec le stress, de gérer la vie familiale, d'améliorer les efforts personnels et l'estime de soi, de consolider l'identité culturelle ou de favoriser le leadership. La réappropriation peut être amorcée lorsqu'on a acquis des compétences spécifiques qui permettent de s'attaquer aux séquelles des pensionnats. La majorité des répondants au QIP ont également eu l'impression que l'expérience vécue dans le cadre du projet leur avait permis d'acquérir ces compétences : savoir faire face à des problèmes difficiles (72 %, n=1 264), traiter les traumatismes du passé (76 %, n=1 284), se préparer à confronter de futurs traumatismes (79 %, n=1 242) et, le cas échéant obtenir du soutien (69 %, n=1 233) un fois que le projet est terminé.

Figure 26) Perceptions relatives au rendement – Objectifs des projets (2004)



Lorsque les participants se réapproprient le droit à une vie paisible et équilibrée, les autres compétences qu'ils acquièrent sont de nature moins spécifique. Pendant la période où ils ont participé aux activités de guérison, les répondants au QIP ont surtout acquis des *compétences en relations interpersonnelles* (50 %, n=908), y compris des compétences parentales et des compétences en communication. Ils se sont sentis davantage capable d'écouter les autres, de leur pardonner, de les respecter et de les comprendre. Ils ont dit qu'ils étaient devenus de meilleurs époux et/ou amis, parce qu'ils étaient plus patients et réceptifs. Ils ont été soulagés de savoir qu'ils pouvaient exercer leurs nouvelles habiletés et jouir de leur nouvelle intimité. Un grand nombre d'entre eux (21 %) ont appris à nouer de nouvelles relations avec *eux-mêmes*, en acceptant de prendre confiance en eux, de consacrer davantage de temps à prendre soin d'eux-mêmes, en savourant ce qu'ils avaient appris et en faisant confiance à leur instinct, à leur intuition. Un groupe assez large (14 %) a quitté le projet avec des compétences de vies améliorées. Ils ont appris, par exemple, à rester sobre et à abandonner les drogues, à chercher de l'aide lorsqu'ils en avaient besoin. Environ (8 %) ont acquis de solides connaissances et compétences en matière de culture, y compris (mais sans s'y limiter) la fabrication de tambours, le chant, les relations avec la nature, le respect des Aînés et les récits de légendes. Quelques-uns d'entre eux sont ressortis du projet en étant des conseillers plus qualifiés (1 %), en étant capables de mieux participer aux pratiques spirituelles (1 %) ou de mieux partager avec les autres au sujet des séquelles des pensionnats (5 %).

Le projet intitulé « Notre jeunesse, la voix du futur » de la Première Nation de Big Cove [Big Cove First Nation's « Our Youth, the Voice of the Future »] (Nouveau Brunswick), a engendré des changements très significatifs au niveau de la sensibilisation culturelle. Il a par contre suscité de faibles changements au niveau de la participation parentale. Les jeunes se sont sentis moins en colère qu'auparavant. Ils se sont sentis *écoutés*, appuyés, et leur groupe a participé d'une façon saine et soutenue. Ils ont commencé à être ponctuels. Ils sont devenus confiants et ils ont commencé à se confier et à tisser des liens avec les autres. Un professeur a remarqué que les jeunes étaient plus disposés à se porter volontaires et à aider les enfants plus jeunes qu'eux. Il est particulièrement intéressant de constater le haut degré d'initiative, de leadership et d'assurance que l'équipe de jeunes a démontré. Par exemple, dans les communautés Mi'kmaq, les veillées funèbres se déroulent presque toujours dans les foyers. Les adolescents membres de l'équipe ont défié cette tradition : ils ont tenu la veillée d'une jeune victime du suicide au Centre d'accueil et ont surveillé le local 24 heures sur 24, en assumant la responsabilité de leur décision. On a noté des changements modérés au niveau du développement des aptitudes sociales, du leadership, de l'orientation des objectifs, de l'estime de soi, de la communication entre mères et filles, des relations familiales et de l'aide entre les pairs.¹¹³

Les jeunes homosexuels et lesbiennes du projet [Two-Spirited Youth Program] Urban Native Youth Association (Vancouver, Colombie-Britannique) ont senti qu'ils/elles étaient mieux aptes à faire face à l'homophobie et à mieux vivre avec la sexualité et la dépression. Ils/elles comprenaient mieux les impacts des séquelles des pensionnats et étaient motivés à affronter leurs problèmes d'alcool et de drogues. En fait, quatre jeunes de ce groupe ont retrouvé leur famille et leur communauté.

Suite au projet *I da wa da di*, au Centre for Indigenous Sovereignty (Ohsweken, Ontario) certaines femmes ont offert leur aide lors des ateliers. D'autres ont commencé à jouer du tambour et à chanter. La plupart d'entre elles ont quitté le projet avec une estime de soi plus solide. Certaines ont davantage prêté écoute à leur famille, se sont engagées à enseigner la culture autochtone et à s'occuper davantage des Aînés et de leur bien-être personnel. Une de ces femmes a gagné assez d'estime d'elle-même et d'amour-propre pour quitter une relation de 20 ans qui comportait de la violence psychologique. D'autres se sentaient moins seules, plus disposées à accorder leur pardon et sont soit retournées à l'école, soit réorientées dans leur travail.

À Cape Dorset, les participants au projet Guérison et harmonie dans nos familles [Healing and Harmony in Our Families] (Nunavut), parlaient de « grandir » au niveau psychologique et de chercher à résoudre les problèmes personnels au lieu de pleurer. Certains participants étaient plus heureux, plus disposés à s'en sortir, plus confiants et plus stables. On a noté des taux d'amélioration plus faibles chez les personnes qui ont participé simultanément aux activités de guérison et à des traitements de la toxicomanie et chez les jeunes agresseurs connus de la communauté.

En ce qui concerne les participants au Centre de counselling de Pisimweyapiy, situé à Nelson House [Nelson House Medicine Lodge Inc.'s Pisimweyapiy Counselling Centre] au Manitoba, certains signes ont été notés chez les participants. Ceux-ci semblaient davantage capables de rester sobres, de chercher un emploi et à le garder, de divulguer les traumatismes du passé, de démontrer physiquement leur affection, d'être plus sociables, de rechercher un épanouissement spirituel et d'encourager les autres à participer au processus de guérison. Bien que la majorité des participants aient été manifestement enthousiasmés par l'enseignement de la culture et désireux d'en apprendre davantage, certains étaient plus imprégnés des idéaux du christianisme européen et se sont montrés plus réfractaires.

Le renforcement de la culture et de l'identité est également une caractéristique de la démarche de guérison. Pour les Métis de Willow Bunch en Saskatchewan, le local No. 17 compte 250 membres (de Willow Bunch, Coronach, Rockglen et Bengough) soit une augmentation de 150 personnes. [TRADUCTION] « Dans ma classe, je vois des élèves qui parlent du fait qu'ils sont Métis. Je ne sais pas s'ils l'auraient fait il y a cinq ou dix ans. » On a remarqué notamment une participation accrue aux réunions locales, aux discussions sur l'identité des Métis et sur la connaissance de l'histoire véridique des Métis ainsi qu'une participation à la culture Métis et une fierté identitaire.

Des changements ont aussi été remarqués en ce qui concerne les projets axés sur la démarche de guérison des individus dans un contexte familial. L'un des projets a offert une thérapie familiale. Celle-ci se déroulait dans une maison de campagne avec une grande cour pour jouer et permettait aux participants de se trouver avec d'autres familles effectuant les mêmes démarches de guérison. Tous les membres de ces familles ont bénéficié de la personnalité chaleureuse et réconfortante de la grand-mère crie qui leur offrait un modèle traditionnel de compétences parentales. Les parents et les enfants ont démontré un plus grand degré de patience, de confiance et de soutien mutuel. Ces changements positifs se sont traduits par une plus grande volonté à préparer les repas, à faire le lavage, à jouer et à consacrer du temps à des activités mutuellement satisfaisantes avec leurs enfants. Avant de participer au projet de Tawow, offert par les services communautaires de Shining Mountains [Shining Mountains Living Community Services' Tawow Healing Home], Red Deer, Alberta, un parent était prêt à abandonner le plus âgé de ses enfants, maintenant, ce parent veut garder sa famille unie. Deux familles, dont une était auparavant itinérante, sont devenues assez stables pour vivre de manière autonome. Bien qu'il y ait eu des changements manifestes à l'égard de l'indépendance psychologique, l'autonomie financière/ économique demeure un objectif à long terme, puisque les participants dépendent toujours partiellement ou entièrement de l'aide sociale.

Le programme de formation destiné aux parents d'adolescents offert par le Centre d'amitié de Kikinahk [Kikinahk Friendship Centre's Kikinahk Parenting Program] à La Ronge, Saskatchewan, les participants sont au fil du temps devenus plus calmes, plus patients et ont amélioré leur compétences en communication. Ils étaient moins disposés à « rejeter leurs adolescents », prenaient le temps de peser les mots et de choisir leur ton de voix avant de s'adresser à eux, alors que d'autres étaient plus disposés à laisser leurs adolescents s'amuser et à avoir du plaisir avec eux. Les mères qui ont participé au programme de Kikinahk ont moins eu recours aux services sociaux que celles qui n'ont pas participé au programme.

D'autres exemples, tirés du projet du Centre d'amitié de Kikinahk [Kikinahk Friendship Centre] lors de l'examen des dossiers de projets financés par la FADG, illustrent les différents changements qui ont été remarqués chez les participants :

- [TRADUCTION] « Certains parents ont démontré leur enthousiasme et leur désir d'examiner les comportements et les tendances passées et présentes qui ont un impact sur leur rôle de parent; »
- [TRADUCTION] « Les changements qu'ils apportent à leur propre guérison et à leur épanouissement personnel ont un impact direct sur les autres membres de la famille; »
- [TRADUCTION] « Augmentation de la participation des parents à l'instruction de leurs enfants à l'école; »
- [TRADUCTION] Seulement un étudiant sur les onze qui ont participé au programme a eu d'autres difficultés Les parents demandent à leurs enfants de participer au programme afin qu'ils obtiennent l'appui et l'aide dont ils ont besoin; »

- [TRADUCTION] « Le silence qui règne au sujet de la violence sexuelle et de la violence familiale a été brisé. Les femmes qui se guérissent de leur propre expérience de violence sexuelle peuvent offrir une meilleure sécurité à leurs enfants. Au fur et à mesure que les femmes guérissent et se rétablissent ... Les hommes commencent également à ressentir le besoin de changer. »

Bien sûr, ces rapports sont fondés sur l'évaluation *immédiate* des résultats escomptés. En effet, ce n'est que dans un seul cas que l'on pouvait être assuré que les objectifs *continueraient* à être atteints.

Lors d'une activité de suivi qui a eu lieu trois mois après la fin des projets, la majorité des participants (70 %, n=23) au programme Qul-Aun de la Société Tsow-Tun Le Lum [Tsow-Tun Le Lum Society] (Lantzville, Colombie-Britannique) ont affirmé que programme les a aidé à retrouver leurs forces et a fait une différence dans leur vie (78 %, n=23). Ils ont déclaré également que le programme les a aidé à confronter leur traumatismes antérieurs (76 %, n=49) et les a préparé à affronter - soit *entièrement*, soit *très bien* - les traumatismes éventuels (78 %, n=23). La majorité des participants ont également indiqué que Qul-Aun leur a permis de *très bien* ou *complètement* atteindre leurs objectifs personnels de guérison (n=59, provenant de cinq sessions différentes du programmes Qul-Aun).

Alors que la plupart de ceux qui ont terminé le programme Qul-Aun continuent de consulter des intervenants externes et de participer à des réunions de groupe, ceux qui sont retournés dans un établissement correctionnel ou dans des régions éloignées *ne reçoivent pas* l'appui dont ils ont besoin. Étant donné que les traitements en établissement se concentrent sur les personnes, la tâche essentielle qui consiste à reprendre contact avec une vie équilibrée est laissée à l'étape de suivi. Il est donc probable qu'un rétablissement complet demeure problématique dans les cas où les services de suivi ne sont pas accessibles.

[TRADUCTION] Les expériences fondamentalement liées à un traumatisme psychologique sont la perte de contrôle, l'impuissance et la perte de contact avec les autres. C'est pourquoi la guérison dépend de la capacité des Survivants à reprendre le contrôle de leur propre vie, de l'autonomie, de la responsabilité et de l'instauration de nouveaux liens. Le rétablissement ne peut survenir que dans un contexte de relation avec soi et les autres; il ne peut survenir dans un contexte d'isolement.¹¹⁴

Le projet de Building A Nation, Inc.'s (Construire une Nation) intitulé Guérir les répercussions multigénérationnelles des pensionnats – Programme en milieu urbain [Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement - Urban Access Program] (Saskatoon, Saskatchewan) offrait toute une gamme de services de soutien thérapeutiques et post-thérapeutiques. Le projet a légitimement présumé qu'au delà de l'aide psychologique, d'autres services d'appoint sont nécessaires, tels que l'acquisition de compétences de vie, des services de défense de droits, et même des services de recherche pour ceux qui désirent retrouver leurs parents. La continuité de ces services, auxquels s'ajoutent soutien et encadrement permet aux personnes de transformer véritablement leur vie.

5.1.3 Capacité de guérir

Pour les Survivants, la capacité de guérir est acquise à la fin de démarches longues et ardues. Bien que le fait d'appuyer et de guider les autres dans leurs démarches de guérison ne relève pas de la responsabilité d'un seul Survivant, on nous a souvent dit que les guérisseurs auxquels les Survivants pouvaient s'identifier obtiennent de meilleurs résultats. Les projets ont principalement embauché des Autochtones, y compris

des Survivants des pensionnats et leurs descendants, qui, avec les bénévoles, ont eu accès à une vaste gamme de possibilités de formation.¹¹⁵ En fait, la formation a été offerte à au moins 28 133 participants (n=246; médian=31,5 participants par projet; moyenne=114 [Ext - 49 095: n=429¹¹⁶]) et les stagiaires ont passé en moyenne 193 heures en formation (médian=74 heures, n=92, E1). Plus de la moitié des dossiers du projet qui ont été examinés (n=36) ont révélé que les participants auraient pu tirer profit d'une plus grande disponibilité en matière de ressources. Bien que la plupart des projets aient été en mesure d'aiguiller les participants vers d'autres services lorsque les besoins spéciaux de leurs groupes excédaient leurs ressources (syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcoolisme foetal ou dépendances qui mettent la vie en danger), d'autres n'ont eu le choix que de tenter d'aborder les besoins spéciaux avec les ressources qu'ils avaient à leur portée. Ils ont également établi le bien fondé d'avoir recours à des conseillers spécialement *formés au sujet des séquelles des pensionnats*, mais ils ont également déconseillé de procéder simultanément à l'exécution du programme et à la livraison de session de formation. À l'occasion, les équipes subissaient les impacts des séquelles des pensionnats *au même titre* que les bénéficiaires. Un des projets a indiqué que :

[TRADUCTION] La formation des travailleurs de première ligne constituait un facteur déterminant, qui leur a fait réaliser qu'ils avaient eux-mêmes hérité de comportements dysfonctionnels découlant des séquelles des pensionnats. Cela a incité les travailleurs de première ligne de fouiller dans leurs souvenirs et d'admettre que chacun d'eux devait se mettre au travail... afin d'améliorer ses capacités et ses aptitudes d'entraide.

Nous continuons d'admettre que nos propres besoins d'épanouissement personnel font partie de nos besoins en tant que soignants qui accompagnons nos familles et nos communautés dans leurs démarches de guérison.

Certains stagiaires ont quitté leurs sessions de formation afin de régler leurs propres problèmes.¹¹⁷

Étant donné que les équipes ont eu la tâche peu enviable et *sans précédent* d'améliorer – *simultanément* - leur savoir faire, de lutter contre la négation et de concevoir et mettre en oeuvre des programmes abordant la question des séquelles des pensionnats, nous avons besoin d'un échéancier plus long. Malgré tout, de nombreux Survivants quittent le projet *avec l'intention de guérir les autres*. Certains s'investissent dans le domaine des services sociaux et s'impliquent dans leur communauté à titre de bénévoles ou siègent aux Conseils d'administration. Il semble également que les participants quittent la formation avec un plus grand nombre de compétences ou des compétences améliorées. Selon les études de cas effectuées auprès du Centre de consultation de Pisimweyapiy [Pisimweyapiy Counselling Centre], de Qul-Aun et de *I da wa da di*, le degré *élevé* et *positif* de satisfaction exprimé par les participants permet de conclure que la formation et l'expérience de l'équipe ont facilité la guérison et que les programmes de formation destinés à ces équipes pouvaient aussi convenir aux autres équipes. Les participants au projet *I da wa da di* ont dit qu'ils se sentaient prêts à démontrer plus d'empathie, à être d'un plus grand secours, plus compatissants et qu'ils ne porteraient pas de jugement lors de leur travail avec les Survivants. De plus, l'équipe de Tawow et les participants au projet *I da wa da di* ont dit qu'ils se sentaient mieux outillés pour adopter des approches traditionnelles aptes à appuyer les Survivants. En revanche, les membres bénévoles du projet *La justice guérit* [When Justice Heals] du Centre d'amitié autochtone d'Odawa [Odawa Native Friendship Centre] (Ottawa, Ontario) sont arrivés au comité [TRADUCTION] « avec une vaste expérience dans leurs domaines respectifs, » mais ils admettaient cependant avoir besoin de formation spécifique au sujet des Cercles de détermination de la peine [Aboriginal Peoples' Justice Circle]. Les aptitudes acquises lors des ateliers d'apprentissage de

Cape Dorset incluait l'écoute active et l'identification des traumatismes. Les stagiaires ont senti qu'ils voulaient assumer plus sérieusement leur rôle de modèle, qu'ils étaient davantage en mesure de faire preuve d'empathie envers les Survivants de violence sexuelle, et qu'ils savaient mieux intervenir en cas de crise et partager leur apprentissage.

[TRADUCTION] Les soignants ont beaucoup de travail, ils sont disponibles en cas de décès ou de crises. Ils possèdent maintenant les outils pour composer avec ces situations.¹¹⁸

En général, 74 pour cent d'entre eux affirment que la formation offerte était adéquate (n=226, E1). La plupart du temps, la sensibilisation aux traumatismes et aux séquelles des pensionnats a été qualifiée d'adéquate (81 % pour les deux, E1). Quatre besoins de formation continue ont été fréquemment identifiés, soit : l'intervention en cas de crise, la sensibilisation aux traumatismes, les aptitudes à la consultation et l'intervention en violence familiale (E1). Une grande majorité des dossiers examinés ont révélé que les projets ont offert de la formation à toute une variété de personnes ou groupes cibles, y compris les dirigeants, le personnel du projet et les membres de la communauté. Cette formation offrait en général l'occasion d'élaborer des programmes sains et respectueux de la culture autochtone. Certains programmes ont offert un enseignement qui permettait de former des formateurs communautaires. Toutefois, certaines personnes ont hésité à devenir des « experts » en raison de la tâche décourageante qui allait leur incomber. Les dossiers ont suggéré que la formation pourrait être modifiée afin d'adopter une approche plus graduelle vers la guérison. Par exemple, il pourrait s'avérer plus efficace d'enseigner les compétences de base nécessaires pour gérer la relation parents-enfants avant d'aborder le rôle parental en tant que tel. On a également suggéré que la formation soit davantage centrée sur le leadership et le personnel du projet.

[TRADUCTION] Nous avons considéré la santé et la guérison de notre personnel afin d'offrir des pratiques sécuritaires à nos clients. Nous avons dû tenir compte de nos dirigeants et à la direction qu'il fallait prendre avant d'aller de l'avant.¹¹⁹

Lorsque l'on a demandé aux participants à qui ils feraient appel pour obtenir du soutien dans l'avenir, ils ont dit qu'ils consulteraient très probablement un conseiller ou un thérapeute (29 %, n=1 306, résultats du QIP), un Aîné ou un guide traditionnel (27 %) ou un membre de l'équipe de projet financé par la FADG (21 %). Quelques-uns comptent avoir recours à leurs propres ressources, à leur famille et à leurs amis (8 %), à leurs chefs spirituels (3 %), à d'autres aidants non précisés (9 %) ou à des intervenants en toxicomanie (1 %). Les changements au niveau de programmes doivent aussi venir appuyer l'amélioration des capacités des guérisseurs. Par exemple, la plupart de ceux qui ont répondu au QIP ont demandé *plus de temps*, que ce soit en continuant le programme ou en augmentant la fréquences des sessions de guérison et de formation (29 %, n=984). Un pourcentage surprenant (10 %) de participants a déclaré que le fonctionnement du projet serait amélioré si celui-ci disposait d'un meilleur équipement ou de meilleurs locaux. Certains ont mentionné des changements au niveau de la qualité du programme (29 %) en particulier des sessions de groupes plus intimes, avec un nombre plus restreint de participants ou encore des sessions individuelles. D'autres pensaient que les projets pourraient être améliorés si on consacrait davantage d'efforts en matière de communication, ou en améliorant la capacité de communiquer (11 %). En particulier, ils ont parlé de l'utilisation de la traduction simultanée et de la langue usuelle pour essayer d'attirer les gens de la communauté à participer aux activités. Ils ont mentionné l'éducation au sujet des séquelles des pensionnats comme étant un élément pivot des recommandations qu'il ont formulées, pour améliorer le niveau de sensibilisation, de communication et de participation des membres de la communauté. 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 (9 %). 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 (13 %).

Les participants ont affirmé que la capacité de guérir les autres ne se limite pas à posséder des compétences en counselling, à effectuer des interventions en cas de crise ou à élaborer un programme. Elle est envisagée comme sous la forme d'une prise de conscience, d'une espérance. Elle représente la capacité de confronter des situations malsaines, de manière à ce que l'avenir soit meilleur que le présent.

[TRADUCTION] Maintenant, nous avons beaucoup de personnes dans la communauté qui ne nient pas leurs problèmes. Nous pouvons faire face à la réalité et la voir telle qu'elle est. Nous possédons de meilleures aptitudes en matière de résolution de problèmes. Nous sommes plus sensibilisés à la violence sexuelle, à la violence conjugale et nous pouvons maintenant affirmer qu'il y a un problème. À long terme, on considèrera de plus en plus que cette violence pose un problème et personne ne s'en cachera. Même si mes enfants étaient des auteurs de violence, je pourrais y faire face.¹²⁰

5.2 Influence sur les communautés

La vision de la FADG décrit un avenir où ceux qui ont été affectés par les abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats ont confronté les expériences traumatisantes qu'ils ont vécues 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. La réconciliation, un autre résultat recherché à long terme, sera plus évidente une fois qu'un grand nombre de personnes, de familles et de communautés auront progressé dans leurs démarches de guérison.

Tout au début de l'initiative de guérison, le Conseil d'administration a sélectionné des indicateurs pour mesurer les impacts à long terme - réduction des taux d'abus physique et sexuel, nombre d'enfants placés en famille d'accueil, occurrences de suicide et d'incarcération. Afin de vérifier si des changements pouvaient être discernés dans le contexte de ces indicateurs, les études de cas ont tenté—naïvement mais sincèrement—de capturer ces taux. Lorsque ces données étaient disponibles, elles ont été rapportées.^{121,122} Bien que certains informateurs-clé aient déclaré, lors des études de cas, que les taux d'abus physiques et sexuels, le nombre d'enfants placés en famille d'accueil, les occurrences de suicide et d'incarcération avaient diminué, il est loin d'exister un consensus à cet égard. Un grand nombre d'entre eux ont simplement avoué qu'ils ne savaient pas des changements étaient survenus ou non, d'autres ont dit qu'ils n'en avaient remarqué aucun. Dans la plupart des cas, les données fournies par ces indicateurs sociaux suggèrent essentiellement que les taux d'incidence de suicide, de tentatives de suicide, d'abus physiques et sexuels et d'enfants placés en famille d'accueil demeurent élevés.

Il est très clair qu'il n'existe pas de mesures suffisamment sophistiquées qui aient tracé la progression de la démarche de guérison entreprise par les Survivants et leur famille. L'équipe externe d'évaluation a par conséquent réalisé que l'évaluation des résultats devait être réorientée, afin qu'elle puisse se concentrer sur les changements immédiatement apparents, suffisamment importants et ayant une pertinence maximale vis-à-vis des objectifs de la FADG. Au niveau communautaire, ces nouveaux indicateurs incluent :

- une compréhension et une prise de conscience accrues au sujet des séquelles des abus physiques et sexuels;
- des liens plus étroits entre les Survivants et les guérisseurs;
- une plus grande capacité à faciliter la guérison;
- preuve d'une planification stratégique axée sur la guérison;
- un plus grand nombre de partenariats;
- un plus grand nombre de documents sur l'histoire des pensionnats.

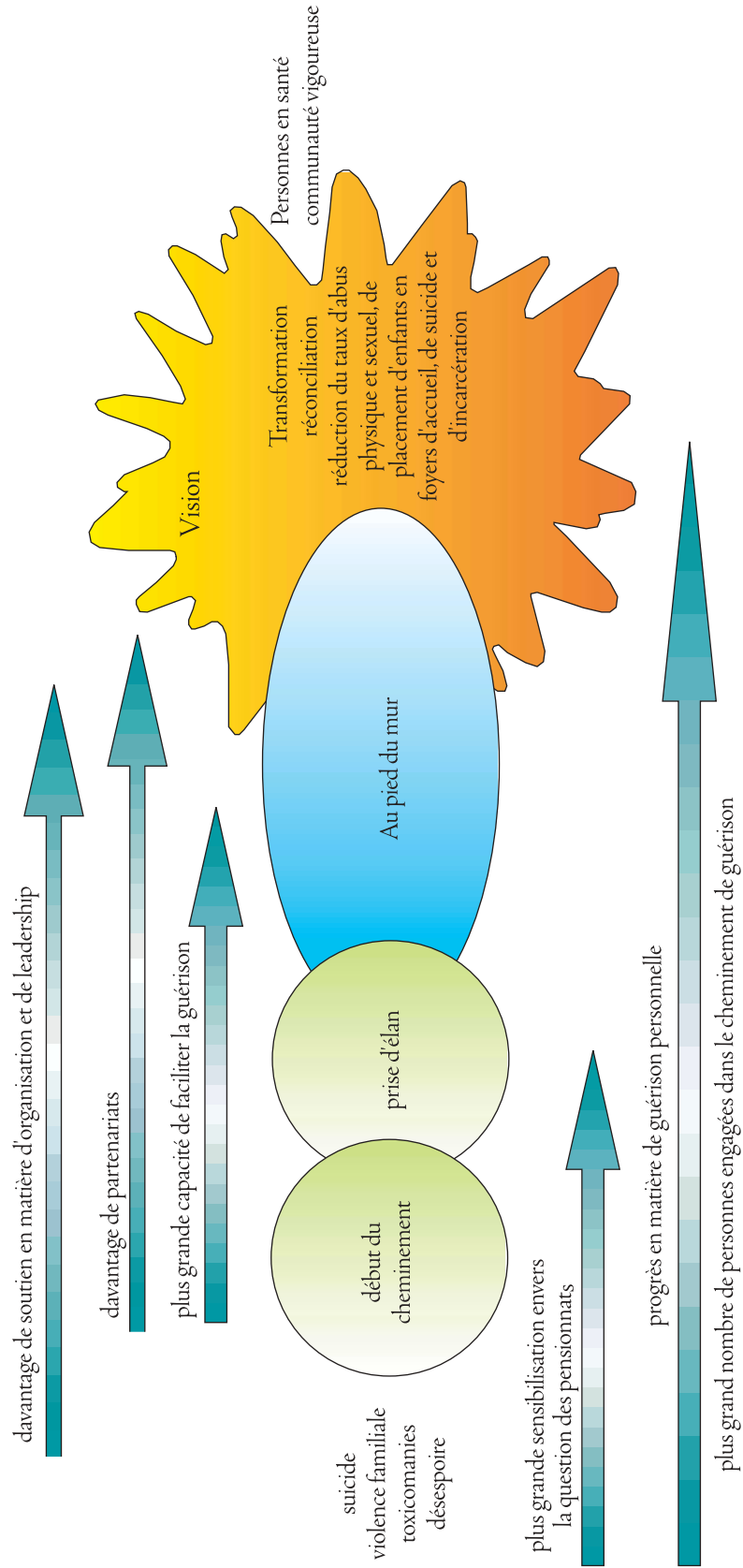
En outre les répondants ont identifié certains facteurs particulièrement pertinents pour les Survivants, leur famille et leur communauté, qui indiquent le degré de réceptivité communautaire en regard d'une démarche de guérison et qui permettent d'évaluer leur progression une fois qu'ils ont entrepris cette démarche. Ces indicateurs, proposés par les travailleurs de première ligne, représente leur expertise combinée au sujet des séquelles des pensionnats et résume tout ce qu'ils nous ont confié sur la manière dont les changements se faisaient sentir. Ces indicateurs peuvent définitivement être adaptés et raffinés afin d'être utilisés comme outils de mesure des changements futurs. Ils peuvent aussi être utilisés pour cibler les communautés ayant les besoins les plus pressants.

Au début du processus d'évaluation, nous avons utilisé des modèles classiques et linéaires pour mesurer les résultats. Bien que, sous certains aspects, cette approche soit utile pour mesurer les changements, nous avons décidé d'adopter un modèle plus circulaire et plus *pertinent* pour l'évaluation du rendement et la gestion des risques. Ce modèle tient compte de la manière dont la guérison se déroule dans les communautés autochtones. Le *Balisage de l'expérience de guérison*,¹²³ un document qui a été spécialement préparé pour la FADG et le Groupe de la politique correctionnelle autochtone du Solliciteur général du Canada (connu maintenant sous le nom de Sécurité publique et Protection civile Canada) semble indiquer que le processus de guérison communautaire, tout comme celui de la guérison individuelle, intègre certaines étapes ou cycles distincts. Chaque étape comporte des « *éléments mobilisateurs* » ou des conditions qui propulsent la communauté vers la guérison et les poussent à franchir une étape après l'autre. Chacune de ces étapes possède aussi ses propres indicateurs de réussite et ses propres défis ou obstacles. Ce modèle ou « carte » décrit les quatre étapes de la guérison de la communauté, et souligne comment les résultats souhaités peuvent être identifiés. Bien que cette « carte » puisse servir de *loupe* et qu'elle permette de rapporter les résultats au niveau communautaire, en réalité, les groupes sociaux sont toujours plus complexes et il est difficile de les faire rentrer dans un simple modèle. Les événements qui mènent à une transformation ont tendance, justement, à *ne pas se dérouler* de manière entièrement prévisible. D'autre part, il est clair que les communautés viennent se joindre à la constellation des projets financés par la FADG à des étapes de développement qui leur sont différentes et que les progrès ne sont donc pas uniformes. Par conséquent, les extraits des études de cas sont offerts simplement pour illustrer la progression.¹²⁴ En fait, les auteurs du document *Le Balisage de l'expérience de guérison* reconnaissent eux-mêmes les avantages et les limites du modèle qu'ils proposent :

[TRADUCTION] Mises ensemble, ces étapes forment une sorte de « balisage » du processus de guérison pouvant servir à la fois à comprendre la dynamique du processus communautaire et à déterminer des mesures et des priorités futures. Mais il faut aussi mentionner d'entrée de jeu que ces étapes ne sont que des modèles approximatifs d'événements complexes de la vraie vie.... Elles ne se déroulent pas, du reste, de façon linéaire et s'apparentent plutôt à des ondes se propageant dans l'eau d'une piscine, chaque nouveau cercle englobant les précédents.¹²⁵

Ce modèle sert aussi de squelette pour l'ensemble des changements qui émergent en examinant une variété d'autres sources (revue de documents et enquêtes nationales), en tenant compte des indices identifiés par les participants, les équipes qui ont procédé aux études de cas dans le contexte des projets financés par la FADG (y compris plusieurs évaluations que ces projets ont effectuées),¹²⁶ et l'Assemblée nationale de juillet 2004. Ce modèle, donc, sert à adapter et à élargir le cadre « logique » de l'évaluation de rendement et aide à raffiner les stratégies visant à mesurer, de manière *sensitive et pertinente*, les progrès accomplis au cours du cheminement vers la guérison. Le lecteur doit se rappeler que même si certains de ces indices semblent bien s'appliquer à une étape plutôt qu'à une autre, ils sont aussi présents dans d'autres étapes. Nous avons tenté d'organiser ces indicateurs en termes de séquence, mais ils sont plutôt de nature circulaire et peuvent s'appliquer à plusieurs étapes du cheminement. Nous considérons tout de même que ce modèle est un outil évolutif et qu'il peut aider à expliquer – voire légitimer – l'expérience de guérison de la communauté et lui donner une perspective plus organique, plus fluide et plus socio-écologique. Si l'on arrive à comprendre les défis et les réussites que chaque étape peut apporter, il est alors possible de réduire le degré de frustration qui surgit lorsque l'on se sent perdre du terrain et que les résultats nous semblent hors de portée. Une représentation visuelle du cheminement communautaire vers la guérison est offerte par la figure 27.

Figure 27) Cheminement de guérison communautaire



5.2.1 Première étape : Le cheminement est amorcé

Il est important de souligner que les communautés et organisations qui s'adressent à la FADG pour demander des fonds aient réalisé qu'il leur fallait agir et ont choisi une certaine approche. Les projets potentiels doivent démontrer comment ils vont attaquer les séquelles en présentant des plans de travail et d'évaluation détaillés, en décrivant les partenariats qu'ils ont l'intention de forger (y compris des lettres d'appui), et les stratégies qui leur permettront d'assumer leurs responsabilités et leur devoir de transparence.¹²⁷ On peut dire qu'un cheminement est amorcé lorsque les besoins sont bien cernés et que le niveau élevé de *la demande* de services au niveau local (ne pas confondre besoin et demande) poussent les communautés à agir. En fait, 86 pour cent (n=209, E3) des projets ont noté une augmentation des demandes de services de la part de ceux qui avaient besoin de guérison.¹²⁸ En outre, le fait que ce sont les Survivants et leur familles qui ont poussé la communauté à agir (selon les résultats de projets-pilote ou des initiatives *spécifiques* de recherche servant à répondre aux besoins des personnes affectées par les séquelles des pensionnats) indique très clairement que les communautés sont *prêtes* à guérir. La somme de travail nécessaire pour remplir une demande de la FADG et la clarté avec laquelle les collectivités doivent déterminer les problèmes et les interventions leur permettent de franchir la première étape de guérison. Au moins 3 241 propositions ont été reçues, 1 346 d'entre elles (ou 42 %) ont abouti à une entente de contribution. Cinquante-huit pour cent des projets (n=209, E3) ont dit avoir remarqué une augmentation des services locaux accessibles aux Survivants et à leur famille et aptes à répondre à leurs besoins.¹²⁹ La grande majorité (63 %, n=209, E3) de ces communautés ont indiqué qu'elles s'attaquaient formellement, pour la *toute première fois*, aux séquelles des abus physiques et sexuels qu'elles avaient subi dans les pensionnats.

L'engagement de chaque personne envers sa propre guérison est essentiel aux démarches de guérison de la communauté. Tel que nous l'avons indiqué auparavant, un grand nombre de personnes (67 %, n=209, E3) ont participé à des activités de guérison *pour la première fois*. Le sondage le plus récent indique que 90 pour cent des répondants ont rapporté une augmentation de la participation aux activités de guérison,¹³⁰ 74 pour cent ont remarqué une augmentation du taux de divulgation concernant les abus physiques,¹³¹ et 68 pour cent ont indiqué une augmentation du taux de divulgation concernant les abus sexuels.¹³² Les informants de deux projets parmi ceux ayant participé aux études de cas, (le projet de la Première Nation de Big Cove, au Nouveau Brunswick, intitulé « Notre jeunesse, la voix du futur, » [Our Youth, the Voice of the Future] et le projet de l'Urban Native Youth Association pour les jeunes homosexuels [Two-Spirited Youth Project], à Vancouver, Colombie-Britannique) ont spécifiquement mentionné qu'en engageant une plus grande participation de la part de groupes habituellement peu ou pas desservis (dans leur cas les personnes homosexuelles), leur projet comblait des lacunes en matière de services. Il est clair également que la majorité des études de cas indique que la majorité des participants sont des femmes. Bien que les difficultés associées à la faible participation des hommes sont traitées plus loin dans ce volume, il est réconfortant de découvrir que la première étape de la démarche de guérison communautaire est souvent propulsée par un petit groupe au sein de la communauté, et que ce groupe se compose très souvent de femmes : Guérison et harmonie dans nos familles [Healing and Harmony in Our Families] (Cape Dorset, Nunavut), le centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home] (Red Deer, Alberta) ; le projet *I da wa da di* (Ohsweken, Ontario), le programme de développement des compétences parentales Kikinahk [Kikinahk Parenting Program] (La Ronge, Saskatchewan) et le projet Koskikiwetan (communautés Atikamekw du Québec).

À Willow Bunch en Saskatchewan, l'Association locale des Métis [Métis Local #17] a entrepris un projet visant à donner à la communauté une image positive de l'histoire des Métis et à accroître la fierté d'être

Métis. À première vue, ce projet peut sembler étranger à la guérison communautaire, mais le racisme est bien présent à Willow Bunch, et les Métis ont été rejetés par les institutions telles que la Coopérative de crédit, les conseils et les organismes communautaires. Ce projet n'a pas été accueilli positivement par tout le monde, (lors de l'étude de cas, certains répondants – représentant 10 pour cent à 50 pour cent de la population - avaient des doutes quant à ce projet), mais un groupe-cadre a réussi à le mettre en marche. Un certain nombre de personnes étaient également très favorables à ce projet, dont certains membres métis de l'association locale, des étudiants, les personnes intéressées par l'Histoire, un grand nombre d'Aînés, des personnes ayant une perspective du monde très ouverte, et certaines personnes qui avaient quitté la communauté de Willow Bunch et qui avaient vécu dans des endroits et cultures différentes. La résistance et le déni (obstacles qui surgissent fréquemment lors de la première étape) se manifestaient plus souvent chez des résidents plus âgés et chez ceux qui se sentaient menacés par la remise en question des faits historiques, par les modifications apportées aux lois en matière de langue dans les écoles et par le financement destiné au développement économique des Métis :

[TRADUCTION] Ceux qui n'ont jamais quitté Willow Bunch et qui ont tenu pour acquis une seule interprétation de l'histoire depuis toutes ces années sont sur la défensive, parce qu'un programme comme celui-ci va remettre en question certaines de ces interprétations.¹³³

Le projet de Willow Bunch a généré de nombreuses activités qui n'avaient jamais eu lieu auparavant : ateliers, activités liées à la culture métis, activités dans les écoles, visites d'autres organismes métis, articles de journaux et entrevues au sujet de l'histoire des Métis. En général, les personnes interrogées ont affirmé que, grâce aux activités du projet, les participants sont davantage sensibilisés et démontrent plus de respect envers la culture et l'histoire métis.

[TRADUCTION] Plus j'apprends, plus ma propre perspective s'élargit, particulièrement depuis que je sais que les vétérans de la communauté qui ont reçu les décorations les plus importantes étaient des Métis Je crois que l'histoire de cette région a toujours été le fruit d'une perspective ethnocentrique européenne, et ce, jusqu'au projet de guérison.¹³⁴

En instaurant ces activités et en atteignant ses objectifs de prestation de services, ce projet a changé le contexte social de manière significative. Les conditions sont maintenant en place pour que le processus de guérison communautaire puisse débuter.

Au cours de la première étape, la capacité d'atteindre les objectifs de prestation des services ou d'atteindre le type de résultats immédiats souhaités (les produits, les réactions et la participation) est exemplifiée par les réponses obtenues lors de la première enquête nationale :

- participation accrue à des cercles de guérison;
- meilleure participation des Survivants ou de leurs descendants dans les communautés;
- Un plus grand nombre de participants dans les groupes de soutien aux Survivants des pensionnats;
- augmentation des demandes pour que le projet de guérison soit adopté dans les communautés/les réserves.

D'autres changements de nature cognitive (changements dans les connaissances, les réflexions, les attitudes et les compétences) sont illustrés par les exemples suivants :

- compréhension des problèmes et des répercussions reliées aux pensionnats ainsi qu'une sensibilisation à cet égard;
- apprendre/se souvenir des aspects plus positifs de la culture et des traditions des Premières Nations;
- augmentation du respect, de la confiance ou d'un sentiment d'autonomie;
- abandon des attitudes négatives, p. ex. se blâmer soi-même ou blâmer sa famille; et
- diminution de la résistance de la part des jeunes de deuxième génération.

Les données obtenues à partir du sondage envoyé par la poste montrent que les projets ont clairement obtenu *des résultats immédiats, à court terme et intermédiaires*. Les changements sont si radicaux que de nombreux projets (63 %, n=223, E1), ont exprimé un sentiment de progrès remarquable. Certains ont été moins enthousiastes. Sur la totalité des projets qui ont été questionnés au sujet des changements qu'ils avaient perçus, 36 % (n=223, E1) ont déclaré qu'il était encore trop tôt pour détecter un changement. Un projet a rapporté qu'il n'avait perçu aucun changement. Dans l'ensemble, les équipes qui ont répondu à la première enquête nationale ont rapporté principalement les résultats qu'elles avaient obtenues à court terme, ce qui est normal, compte tenu de la courte durée de l'initiative.¹³⁵ Les réponses ouvertes qu'ils ont donné au sujet des changements observés ont été catégorisées selon les modèles classiques d'évaluation de rendement (n=139),¹³⁶ soit :

- résultats ou objectifs de prestation des services (participation etc.) (38 %);
- connaissance ou sensibilisation (53 %);
- attitudes (35 %);
- comportements (22 %), y compris l'établissement de réseaux (3 %).

En ce qui concerne les données qui ont pu être glanées à partir de l'examen des dossiers des projets, la réussite se mesurait principalement en tenant compte de l'atteinte des objectifs immédiats relatifs à la mise en oeuvre des services. Ces données démontrent que plusieurs résultats immédiats, à court terme, motivants et positifs ont été atteints.¹³⁷ Les données suivantes, extraites des dossiers de projets, illustrent certains résultats auxquels il est possible de s'attendre au cours de la première étape de guérison :

- [TRADUCTION] « deux écoles secondaires où des ateliers ont eu lieu sont restées en communication avec le projet pour tenir d'autres ateliers; »
- [TRADUCTION] « la confiance s'établit et le nombre de clients augmente graduellement; »
- [TRADUCTION] « réputation d'être un lieu confidentiel et sûr; »
- [TRADUCTION] « de nouveaux clients entrent en communication avec le guérisseur de façon régulière; »
- [TRADUCTION] « le cercle de guérison pour les femmes progresse bien; »
- [TRADUCTION] « plusieurs clients qui étaient antérieurement incapables de renoncer à vivre de la violence ont élaboré des plans de traitement; »
- [TRADUCTION] « on rapporte que des participants ont une meilleure estime de soi et demandent plus de formation et d'enseignement; »
- [TRADUCTION] « la fréquentation des élèves a augmenté; »
- [TRADUCTION] « les femmes qui fréquentent le cercle des femmes obtiennent le soutien des autres femmes de la communauté. Les femmes ne sont plus aussi isolées et silencieuses au sujet de leurs problèmes particuliers. Le silence entourant la violence sexuelle et familiale a été brisé. Les femmes qui guérissent de la violence sexuelle dont elles ont été victimes peuvent offrir une meilleure sécurité à leurs enfants en cette matière. À mesure que les femmes victimes de violence sexuelle ou familiale

guérissent et se rétablissent, les hommes commencent à constater un besoin de changement pour eux aussi. Les changements progressifs chez une personne ont une influence sur toute la dynamique familiale. »

Dans les cas où les dossiers des projets comprenaient des formulaires de rétroaction ou d'évaluation des ateliers, des retraites ou des conférences, les résultats étaient remarquablement positifs :

- [TRADUCTION] « Je suis reconnaissant d'avoir eu l'occasion de venir à cet atelier. J'étais perdu et je me suis retrouvé et je vous remercie de m'avoir aidé à me trouver moi-même. »
- [TRADUCTION] « J'ai eu l'impression que cette formation nous redonne ce qu'on a jadis enlevé à notre peuple. »
- [TRADUCTION] « J'ai appris à mieux respecter les autres. J'ai appris à prier davantage et à écouter les autres. Je suis une Aînée et je cherche à mieux comprendre les jeunes. »

Un projet a effectué un sondage de suivi quelque temps après l'activité et a obtenu les rétroactions suivantes :

- [TRADUCTION] « Cela a changé ma vie—a rapproché ma famille. Nous avons reçu une meilleure orientation et un meilleur sens de ce qu'est la vie. »
- [TRADUCTION] « Ma famille a fait beaucoup de chemin depuis un an. Mes petits-enfants sont devenus des gardiens du calumet. Ma soeur et ma fille sont devenues des gardiennes du calumet. Mon fils et sa famille ont commencé à venir aux cérémonies hebdomadaires. »
- [TRADUCTION] « Oui. Cela aide—il n'y a plus trop de suicides maintenant. Il y a plus de jeunes à la cérémonie comparativement à l'an dernier—de peu on est passé à 40 ou 50. »

Bien que l'on ait compris en 2001 qu'il était sans doute prématuré de s'attendre à un changement, radical au niveau social, les personnes qui ont répondu à l'échelle nationale ont aussi observé que les participants ressentaient un espoir grandissant au fur et à mesure que le silence et le déni s'estompaient. Ils ont vu des Survivants aider d'autres Survivants et les encourager à guérir. La dynamique entre les Aînés et les jeunes semble particulièrement réussir à cet égard. Plusieurs Survivants ont remercié les membres du Conseil d'administration de la FADG et un plus grand nombre encore d'entre eux a eu recours à des guérisseurs qui les aident à atteindre leurs objectifs personnels. Les personnes qui ont répondu à l'échelle nationale ont clairement identifié l'existence de partenariats ou des liens de collaboration et ont souligné le succès retentissant qui avait été obtenu en éduquant les jeunes au sujet des séquelles. Ces informateurs ont été témoins de la mise en œuvre d'une variété de stratégies de guérison qui reposent sur la *participation* des Survivants et ont déclaré que l'activité financée par la FADG a des répercussions positives parce que les participants font part de leur satisfaction.

Indicateurs de rendement proposés pour l'étape un : Le cheminement commence

Au début de la démarche de guérison, les personnes-clé—souvent des femmes—sont le moteur de la guérison communautaire. Elles considèrent les abus de substances, les dépendances et le suicide comme des problématiques et s'efforcent de résoudre les situations de crise, le déni, les peurs et la résistance afin de créer un climat propice à la guérison. Ces personnes poursuivent leur propre démarche de guérison et cherchent à établir des réseaux de soutien pour trouver des solutions à certains problèmes tels les dépendances.

Au fur et à mesure que les Survivants et leur famille découvrent leur historique familial, ils commencent à mieux comprendre les répercussions que les séquelles des pensionnats leur font subir. Les membres et les organisations de la communauté sont alors aptes à éduquer les autres (Groupes autochtones au niveau local, organisations, étudiants et professionnels des services sociaux) au sujet des séquelles des abus physiques et sexuels perpétrés dans les pensionnats, ce qui à son tour entraîne une meilleure sensibilisation et compréhension de la part de l'ensemble de la communauté. Il s'ensuit des discussions plus ouvertes et un plus grand nombre de divulgations en regard des abus physiques et sexuels. Des cérémonies pour honorer les Survivants ainsi que d'autres événements de commémoration commencent à être organisés. Les valeurs traditionnelles de respect et de solidarité facilitent les démarches de réappropriation et de célébration de la culture. Un groupe-clé de Survivants *désire* obtenir des programmes et des services, et cette augmentation du nombre de demande est accompagnée par un accroissement parallèle des contacts entre guérisseurs et Survivants. Un plus grand nombre d'options devient alors accessible aux communautés qui ont pris les mesures nécessaires pour obtenir du soutien, y compris le recours à des approches traditionnelles et occidentales. Mis ensemble, ces indicateurs montrent que la communauté est prête à envisager un meilleur avenir.

Tableau 12) Première étape : le cheminement commence—Indicateurs de guérison communautaire proposés

Le cheminement de guérison commence	
Forces motrices	Les problèmes qui ont été cernés (dépendances, suicide); personnes-clé (souvent des femmes) engagées dans le processus de guérison; organisations-clé qui traitent les « crises; » des dirigeants qui créent un climat favorisant l'action.
Indicateurs de réussite	<p>Nombre de personnes engagées dans une démarche personnelle de guérison; Des réseaux d'entraide informels se créent; Un nombre croissant de personnes cherche de l'aide pour des problèmes spécifiques(ex: boisson); Les réussites et les échecs sont évalués en termes d'opposés (ex: sobriété versus consommation excessive);</p> <p>Participation et engagement des Survivants</p> <ul style="list-style-type: none"> • les Survivants veulent des services de guérison • les occasions de rencontre entre Survivants sont plus nombreuses (soit pour célébrer soit pour pleurer ensemble). Les Survivants entrent en contact les uns avec les autres, s'entraident ou encouragent d'autres Survivants à guérir; le groupe ne cesse de s'élargir. • un groupe de Survivants peut être établi soit de manière informelle (il se rencontre sans être appuyé ou être reconnu de la part des institutions locales ou autres) soit de manière formelle <p>Capacité de l'équipe et de la communauté de traiter les répercussions des pensionnats</p> <ul style="list-style-type: none"> • accès, au niveau local, à des occasions d'apprentissage ou de formation, par groupe-cible (équipes de guérisseurs/aidants, Survivants et leurs descendants, bénévoles) • liens plus serrés entre les guérisseurs et les Survivants; un plus grand nombre d'options disponibles en matière de services (approches traditionnelles et occidentales) <p>Sensibilisation vis-à-vis des séquelles des pensionnats et compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> • les gens prennent le temps d'étudier et d'apprendre l'histoire familiale; les Survivants et leur famille comprennent comment l'expérience des pensionnats les a affecté, et a affecté leurs parents et leurs grands-parents, etc. • la communauté offre de l'éducation au sujet des pensionnats aux personnes et groupes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • groupes autochtones, organisations, étudiants/écoles, travailleurs/professionnels des services sociaux <p>Guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> • envergure des discussions ouvertes au sujet des pensionnats • divulgations portant sur les abus physiques et sexuels • commémoration à long terme, rétablissement et développement de l'esprit de guérison, cérémonies honorant les Survivants • la culture est célébrée et ceci se manifeste par des codes de comportement reflétant les valeurs traditionnelles de respect et de partage <p>Plan ou Vision pour des démarches continues de guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> • la communauté entrevoit la possibilité de lendemains différents
Obstacles	Négation; peur; et opposition.
Liens avec les objectifs des projets financés par la FADG	Soumission d'une demande de financement (Problèmes identifiés et solutions recherchées). Les projets financés atteignent les objectifs liés à la livraison des services.

5.2.2 Deuxième étape : Prendre son élan

La deuxième étape de la guérison communautaire se caractérise par une augmentation du nombre d'activités de guérison, que ce soit au niveau individuel ou organisationnel. Un plus grand nombre de personnes participent aux programmes et font du bénévolat. Les programmes et les services se développent et évoluent selon les besoins de la communauté. C'est également à cette étape que les traumatismes sous-jacents liés aux séquelles des pensionnats commencent à être reconnus comme étant la cause fondamentale de problématiques telles que le suicides et les dépendances. En même temps, on observe une hausse des comportements sains et un sentiment d'espoir grandissant au sein de la communauté.

Le projet de guérison de Cape Dorset au Nunavut exhibe plusieurs de ces caractéristiques. Le projet a été conçu pour offrir des activités de guérison et de formation aux personnes engagées dans des démarches personnelles de guérison et qui désiraient aider leur famille et leur communauté en général.¹³⁸ Une équipe de guérison communautaire (ÉGC) de 19 personnes a planifié et coordonné les activités de guérison et de formation et y a aussi participé. L'ÉGC était presque entièrement formée de femmes inuites (une personne non-inuite et deux hommes). On a demandé à certaines informatrices-clé de donner des exemples illustrant les retombées positives de ce projet au niveau communautaire. Plusieurs d'entre elles ont indiqué que les compétences des aidants de la communauté s'étaient améliorées et qu'ils étaient mieux équipés pour réagir en cas de crise. Une personne a affirmé que son propre épanouissement personnel a été une source d'encouragement pour d'autres personnes, qui lui ont demandé s'ils pouvaient parler de leurs problèmes avec elle. Le commentaire ci-dessous traduit bien l'impact collectif qu'un certain nombre de personnes - qui habitent et travaillent dans la communauté et qui se sont engagées dans des démarches de guérison - a eu sur l'ensemble de la communauté :

[TRADUCTION] [Il y a] plus d'espoir. Nous avons un plus grand nombre de personnes capables d'assainir notre milieu. Cela peut avoir lieu simplement au sein des familles, mais aussi au sein de la communauté. Grâce à ma participation, ma famille se porte mieux. Il s'agit d'une réaction en chaîne. Nos enfants apprendront ces choses aussi.¹³⁹

Parmi les défis que ce projet a dû affronter, nos sources ont indiqué que certaines personnes et certains segments de la communauté offraient continuellement de la résistance, y compris les membres de l'Église, qui croient que le pardon et la réconciliation peuvent avoir lieu sans avoir vraiment à aborder un traumatisme antérieur. Pourtant, le projet a réalisé d'importants progrès :

- des guérisseurs plus habilités à accompagner leur famille et leur communauté dans leurs démarches de guérison;
- un plus grand nombre d'outils pour gérer les crises individuelles et les crises familiales;
- une équipe de guérison communautaire solide et efficace;
- des outils pour surmonter l'impuissance et le désespoir;
- un plus grand sentiment de fierté envers la culture et la spiritualité, découlant de la guérison.

En pensant à l'avenir, une personne a dit : [TRADUCTION] « Un des buts est de réunir tous les organismes et toutes les agences communautaires, et ce, sans obstacles. »¹⁴⁰

Les expériences vécues au cours du projet Koskikiwetan (Québec) qui s'est déroulé dans les communautés Atikamekw de Opitciwan, de Wemotaci et de Manawan sont également de bons exemples. De nombreuses autres personnes ont admis l'existence d'un lien entre les expériences qu'elles avaient vécues dans les pensionnats et les taux actuels de souffrance sociale. Cette constatation s'est traduite par une augmentation du nombre de personnes qui sont venues chercher l'aide, une moindre tolérance à l'égard des comportements violents et une hausse dans le nombre de dénonciations reliées aux abus sexuels. Bien qu'il y ait eu un désaccord marqué entre les répondants quant au nombre d'enfants placés en famille d'accueil, ceux-ci ont rapporté une amélioration collective et parentale au niveau de la responsabilité à l'égard des enfants. Le projet Koskikiwetan a dû faire face à certains autres défis, notamment le manque de ressources humaines possédant des compétences suffisantes, la difficulté de recruter des Survivants assez avancés dans leur propre démarche de guérison pour accompagner les autres dans la leur, l'insécurité quant au soutien qui sera nécessaire dans l'avenir pour continuer la démarche amorcée, et les problèmes associés à la revitalisation de la solidarité au sein des communautés Atikamekw.

Plusieurs avantages inattendus, qui pourraient être considérés comme des caractéristiques de l'étape *Prendre son élan*, ont été observés lors de la revue des documents. Certaines de ces retombées sont indicatives d'un plus grand esprit communautaire, par exemple les spectacles mettant en évidence les talents, des dîners-partages, les cercles de guérison privés, les journées de pizza pour les enfants, les cérémonies du feu, les sueries et les cérémonies de la pleine lune—toutes ces activités ayant été inspirées par les activités financées par la FADG. Les répondants ont noté un plus grand intérêt pour la culture et les traditions, exemplifié par les changements culturels apportés aux activités du centre de jour, par l'organisation d'un plus grand nombre de fêtes communautaires, de sueries et de personnes qui recherchent de l'information sur les activités culturelles. Un projet a rapporté qu'une retombée du projet a été l'ouverture d'une banque alimentaire, et le fait que l'école ait accepté d'offrir des programmes mieux adaptés à la culture. Un autre projet a réussi à générer plusieurs nouvelles initiatives en matière de guérison holistique, y compris la relance de la langue mi'kmaq. La revue documentaire de 36 dossiers liés à des projets financés par la FADG, effectuée au début de l'exercice d'évaluation, offre certains exemples des progrès obtenus au cours de cette étape :

- [TRADUCTION] « l'augmentation des activités de réseautage avec une grande variété d'organismes et de communautés; »
- [TRADUCTION] « la participation aux cercles de guérison augmente; »
- [TRADUCTION] « le nombre d'aiguillages a presque triplé; »
- [TRADUCTION] « en plus grand nombre, les communautés du Nord offrent le transport et le logement à la clientèle pour qu'elle fréquente les services de guérison; »
- [TRADUCTION] « les ateliers ont pris de l'ampleur à mesure que des membres de différentes communautés s'y sont présentés; »
- [TRADUCTION] « il y a augmentation de la sensibilisation dans les domaines de la sécurité, de la prévention des toxicomanies, du besoin d'agir contre la violence et sur les séquelles intergénérationnelles des pensionnats; »
- [TRADUCTION] « la commission de la santé a augmenté les heures de visites thérapeutiques; »
- [TRADUCTION] « des amis amènent leurs amis participer au programme; »
- [TRADUCTION] « un plus grand nombre de demandes de thérapie et de soutien ainsi que d'exploitation des talents pour le personnel de soutien; reçoit des appels de personnes de partout dans la province et d'autres provinces qui ont entendu parler du programme. »

Selon l'enquête nationale la plus récente, les équipes des projets financés par la FADG affirment qu'il y a eu une augmentation de la participation chez les Survivants, qu'ils ont davantage eu recours aux services locaux, qu'ils ont une plus grande influence sur ceux-ci. D'autre part, selon ces répondants, il y a eu des progrès au niveau de la collaboration communautaire visant le changement et au niveau de l'orientation des services qui sont maintenant davantage axés sur les besoins des familles. Plus précisément, les équipes (n=209) affirment les faits suivants :

- les Survivants sont plus enclins à se rencontrer pour s'entraider et à encourager les autres Survivants à guérir (73 %);¹⁴¹
- les Survivants participent plus activement aux prises de décision dans le cadre des projets (65 %);¹⁴²
- il existe un plus grand nombre de services pour les Survivants et un plus grand nombre de Survivants les utilise (57 %);¹⁴³
- les Survivants ont recours à une plus grande gamme de services de soutien (67 %);¹⁴⁴
- il existe une meilleure collaboration, au niveau communautaire, vis-à-vis du soutien accordé aux démarches de guérison (74 %);¹⁴⁵
- un plus grand nombre d'activités de guérison ciblent *aussi bien* les Survivants que leur famille (86 %).¹⁴⁶

5.2.2.1 Sensibilisation et prise de conscience vis à vis des séquelles des pensionnats

C'est au cours de la deuxième étape de la guérison communautaire que l'attention se porte vers une reconnaissance des causes profondes des dépendances et des abus. Tel que mentionné plus tôt, lorsque une personne commence à comprendre les séquelles, cette compréhension devient une force pivotale qui peut lui faire franchir avec succès cette première étape de guérison. Lorsqu'on partage l'histoire, certains problèmes, qui étaient auparavant considérés comme des problèmes personnels, peuvent maintenant être considérés dans un contexte social. On peut également appliquer ce processus au niveau communautaire. Au niveau national, presque (90 %) des répondants au sondage (n=209, E3) affirment que les Survivants et leur famille comprennent mieux comment les séquelles les ont affectés.¹⁴⁷ La grande majorité d'entre eux (68 %, n=209) sont convaincus que la communauté a eu recours de manière plus fréquente à des outils d'apprentissage (archives, matériel audiovisuel, trousseaux d'apprentissage, centres d'information pour les visiteurs, lieux de commémoration) pour offrir de l'éducation au sujet des séquelles. Ils ont aussi déclaré qu'un plus large bassin d'organismes canadiens est davantage sensibilisé aux séquelles et les comprennent mieux.¹⁴⁸ La liste suivante illustre les initiatives de la FADG en ce qui concerne la production de documents historiques et la dissémination d'information au sujet des séquelles :

- financé l'élaboration de 32 documents ou dossiers se rapportant à l'Histoire;
- produit, publié et distribué 15 études par le biais d'une base de données contenant 2 174 adresses (12 études sont actuellement en progrès);
- organisé 27 assemblées régionales, avec un total de 2 537 participants et une conférence nationale, avec plus de 2 000 participants (690 d'entre eux ont fréquenté les pensionnats) ; Les projets financés ont organisé 17 autres conférences (taux de participation inconnu);
- financé 97 ateliers éducatifs et de formation ainsi que l'élaboration de 16 programmes d'études;
- financé l'organisation de 116 ateliers axés sur le développement des connaissances et de 207 ateliers de prévention et de sensibilisation;
- financé l'élaboration et la production de 114 ouvrages/outils de ressource.

Par exemple, au cours des quatre dernières années, à La Ronge, Saskatchewan (Programme de développement des compétences parentales de Kikinahk [Kikinahk Parenting Program]), il y a eu au moins trois ateliers à l'intention de toute la collectivité sur la prise de conscience, ainsi qu'une émission-débat radiophonique en langue crie sur les séquelles des abus physiques et sexuels. Ces manifestations représentent une différence de climat social unique par comparaison à il y a cinq ans. Lorsqu'elles ont entendu une émission-débat radiophonique en crie, certaines personnes se sont senties prêtes à parler de leur vécu lorsque d'autres occasions se sont présentées. Les personnes entre 40 à 50 ans étaient beaucoup plus prêtes à divulguer leur vécu que les personnes plus âgées. Dans le cas de la Nation crie de Nisichawayasinhk, (Centre de counselling de Pisimweyapiy [Pisimweyapiy Counselling Centre]), des discussions plus ouvertes, des attitudes différentes envers les séquelles des pensionnats, et la reconnaissance publique des auteurs de crimes, laissent entendre que le climat a changé. Parmi les améliorations programmatiques qui ont été recommandées, citons la recherche de partenaires dans le domaine de l'éducation sur les séquelles des pensionnats, afin de consolider les progrès qui ont été accomplis jusqu'à présent.

Bien que le projet d'*I da wa da di* ait desservi les femmes autochtones de l'Ontario, les sessions de formation que le projet a offert aux travailleurs de première ligne ont aussi remporté un grand succès en augmentant la connaissance des participants vis-à-vis des séquelles des pensionnats. Cette nouvelle compréhension a été appliquée à leur travail de guérison.

Le programme Qul-Aun de la [Tsoy-Tun Le Lum Society] dessert également toute la Colombie-Britannique, mais il semble que le programme ait également influencé les communautés situées à proximité du centre. Les personnes interrogées sur le niveau de compréhension de la communauté locale à l'égard des séquelles des pensionnats sont de l'opinion que certains changements sont apparents (n=13). Toutefois, selon nos sources la communauté n'avait pas toute été touchée. Plusieurs d'entre elles (11) ont dit qu'au moins la moitié des membres de la communauté, voire même peut-être plus, avaient une meilleure compréhension des séquelles des pensionnats. Deux personnes croyaient que les changements (au sujet de la connaissance et de la compréhension des séquelles des pensionnats) apportés par le programme Qul-Aun à toutes les communautés où résidaient les participants n'étaient pas mesurables à l'aide des ressources disponibles et qu'ils se restreignaient à un petit groupe d'individus (<20 % et <10 %). Les retombées du programme Qul-Aun sur l'ensemble des communautés ne sont pas mesurables en raison du manque de ressources. Toutefois, le volet d'extension des services a joué un rôle déterminant dans la diffusion de l'information auprès des communautés des régions. Le bouche-à-oreille a également été utilisé comme moyen de communication. En fait, de nombreux participants

[TRADUCTION] avaient le pouvoir de recommander la guérison communautaire et ont fait pression sur leur Conseils locaux afin que ceux-ci soutiennent et encouragent les activités de guérison. On nous a indiqué qu'un certain nombre de clients ont tenu des rôles de soutien en se déplaçant entre les communautés et en parlant des impacts de la vie dans les pensionnats.¹⁴⁹

La pièce de théâtre *Every Warrior's Song* (Columbie-Britannique) traite des expériences qu'ont vécu les Survivants. Tout au long de ce projet, les participants ont dû s'impliquer dans l'étape de la recherche ainsi qu'à titre de conseillers. C'est par la production d'une pièce de théâtre que ce projet a contribué à documenter l'histoire des pensionnats et à faire la lumière sur les impacts de la violence. Les commentaires suivants ont

été émis par des personnes clés dans l'étude de cas sur la façon dont les communautés sont capables de faire face aux problèmes liés régime des pensionnats de manière différente :

- [TRADUCTION] « Le dialogue s'est amorcé avec plusieurs membres des familles. Ils étaient tous là [ensemble], à pleurer, à s'entraider et à parler. La guérison se déroulait devant nos yeux. »
- [TRADUCTION] « J'ai constaté les effets du projet sur les travailleurs de première ligne, sur le développement et l'éducation, et même sur le leadership. »
- [TRADUCTION] « Les Survivants ont été honorés à chaque représentation. Les membres de la communauté voient maintenant leurs forces et la contribution qu'ils peuvent y apporter. »
- [TRADUCTION] « Je sais que des groupes de soutien destinés aux Survivants ont été mis sur pied et qu'on a même formé une troupe de théâtre à Merritt. »
- [TRADUCTION] « Je sais qu'il y a maintenant un Centre d'amitié qui offre de la formation aux conseillers. »
- [TRADUCTION] « Les travailleurs de première ligne présents à chaque représentation, comprennent mieux les traumatismes. Nous reconnaissons que la consultation habituelle pour les dépendances à l'alcool et aux drogues ne suffit pas. »

Bien que, selon certaines personnes interrogées, la campagne de sensibilisation du programme de formation au rôle de parent de Kikinahk [Kikinahk Parenting Program], aient abordé les questions liées à la violence sexuelle de façon adéquate, ces dernières n'étaient pas convaincues que cette problématique ait été associée de façon adéquate à la réalité des pensionnats.

En ce qui concerne la Première Nation de Big Cove (Nouveau Brunswick), qui a mis sur pied un projet pour les jeunes, nous ne savons toujours pas si le projet a bien abordé les séquelles des pensionnats. Le pensionnat de Shubenacadie en Nouvelle-Écosse, où les enfants des Premières Nations de la région Atlantique ont été envoyés, est fermé depuis près de quarante ans. Pourtant, un grand nombre de jeunes de la communauté sont des descendants des Survivants qui subissent encore les séquelles des pensionnats. L'objectif du projet inclut donc le développement du bien-être personnel, social, mental et physique nécessaires pour combattre les effets d'un traumatisme non résolu résultant de ce passé. Cette communauté démontre plusieurs caractéristiques d'une communauté bien engagée dans le chemin de la guérison. Il semble cependant qu'elle n'ait pas abordé la question des séquelles des pensionnats de façon explicite, du moins pas dans le cadre de l'initiative destinée aux jeunes. Le projet de Big Cove est décrit plus en détail dans la troisième étape de la guérison communautaire.

Indicateurs de rendement proposés pour l'étape deux : Prendre son élan

Au fur et à mesure que le mouvement de guérison prend de l'élan, les gens commencent à réaliser que les traumatismes sous-jacents (liés aux abus subis dans les pensionnats) sont la cause fondamentale de problèmes tels que la violence et les dépendances. Un plus grand nombre de personnes réussissent à devenir et rester sobres et entreprennent des démarches pour évoluer vers un mieux-être, ce qui engendre un sentiment d'espoir et la vision d'une vie communautaire transformée – Les gens commencent à croire que la guérison est un objectif réalisable. Les Survivants continuent de s'encourager les uns les autres et de s'entraider. Les groupes informels qui s'étaient créés deviennent plus formels et bénéficient de l'appui des dirigeants locaux.

Les Survivants participent davantage aux prises de décision en ce qui concerne l'administration des projets, de l'embauche de personnel et de la conceptualisation de programmes, ou encore ils prennent leur place auprès de comités multidisciplinaires.

Au fur et à mesure que l'influence du mouvement vers la guérison se fait sentir, la capacité de la communauté à faire face à la problématique des séquelles des pensionnats se solidifie. Au niveau local, les services de guérison s'arriment beaucoup mieux aux besoins uniques des Survivants et de leur famille. Les équipes de guérison s'adressent de manière *efficace* à la problématique des abus sexuels et physiques par le biais d'une gamme élargie d'interventions (traditionnelles et occidentales), et les membres de la communauté peuvent maintenant chercher de l'aide à l'intérieur de leur communauté, alors que cette aide n'existait pas auparavant. La priorité accordée auparavant au groupe des Survivants, peut maintenant s'élargir pour inclure leurs enfants et leurs petits-enfants. Un plus grand nombre d'opportunités d'apprentissage et de formation sont disponibles au niveau local. Le réseau des services de soutien s'est aussi élargi, avec l'inclusion plus fréquente de liens de collaboration inter agence, d'alliances et d'organisation conjointe d'événements communautaires. Ces partenaires peuvent aussi inclure des églises (Unie, Anglicane et Catholique), des universités et des collèges, qui collaborent pour faire avancer les démarches de guérison. Des groupes de bénévoles se créent, ainsi que des programmes auxiliaires. Les institutions canadiennes de plus grande envergure deviennent davantage respectueuses de la culture et de l'Histoire autochtones, démontrent une plus grande sensibilité et améliorent leur capacité à répondre aux besoins uniques des Survivants. Par conséquent, de plus en plus de Survivants et leur famille ont recours à elles.

Tel que mentionné dans *3.1.1.3 Défis confrontés par les participants*, les projets ont rapporté que *certain*s employés sont formés pour traiter des problèmes sérieux tels le suicide, la violence familiale et la toxicomanie (61 %, n=242, E1). Dans certains cas, *tous les employés* ont reçu une formation sur les interventions en cas de problèmes graves (25 %) mais un petit nombre déclare que leurs employés n'ont pas reçu de formation spéciale et qu'ils n'ont pas recouru aux services communautaires ou au bénévolat (9 %). Les autres stratégies les plus couramment citées pour les besoins spéciaux incluent: le recours aux services de professionnels *sur une base mensuelle* ou *annuelle* (47 %) ou, dans certains cas, sur une base *hebdomadaire* (31 %). Les projets comptent aussi souvent sur le soutien des pairs (36 %) ou de *bénévoles qui ont reçu une formation spéciale* et qui travaillent en individuel avec les personnes et les familles (19 %) bien qu'un petit pourcentage s'appuie sur des *bénévoles sans formation spéciale* (5 %). Certains n'avaient aucun autre choix que d'aiguiller leurs clients vers d'autres services (8 %) ou de collaborer avec une autre agence pour gérer les cas (3 %) tandis que d'autres ont utilisé des méthodes traditionnelles (8 %) pour traiter les personnes ayant des besoins spéciaux. Du côté positif, un petit groupe (3 %) a rapporté qu'ils n'avaient pas de participants dans des situations assez graves pour qu'une approche spéciale soit utilisée.

À cette étape, les membres de la communauté ou les organisations commencent à entreprendre des recherches au sujet des pensionnats. Les résultats de leur recherche sont archivés ou sont publiés sous format audiovisuel ou encore servent à élaborer des programmes d'enseignement, des renseignements pour les centres d'information et les sites commémoratifs. L'éducation au sujet des séquelles ne se restreint plus aux Survivants et à leur famille, mais s'élargit pour englober d'autres étudiants (autochtones et non autochtones), le personnel des services sociaux, d'autres professionnels, groupes et organisations. Les progrès amorcés à l'étape un se solidifient : les gens continuent de démontrer une plus grande ouverture d'esprit par rapport à la problématique des séquelles, avec comme résultat un plus grand nombre de divulgations. Des soirées de danse sans alcool et de fêtes sociales sont organisées sur une base plus régulière, fréquentées par un plus

grand nombre de personnes qui auparavant restaient chez elles. Ces progrès démontrent un désir de la part des membres de la communauté de se responsabiliser davantage et d'approfondir leur sens d'appartenance communautaire. La participation aux démarches et activités de guérison augmente visiblement, de la part d'une gamme élargie de groupes cible (femmes, hommes, jeunes aînés, personnes homosexuelles). Les taux d'aiguillage vers les projets de guérison, provenant des services non autochtones, augmentent rapidement et les initiatives de guérison commencent à établir un contexte fiable qui permet de réduire les risques chez les enfants. Moins d'efforts doivent être consacrés aux initiatives de contact, puisque les gens amènent des amis et les jeunes se tournent vers les Aînés. Les communautés isolées se débrouillent pour trouver les ressources nécessaires pour assurer le transport et le logement des gens jusqu'au projet ou l'activité de guérison la plus proche. Les équipes de guérison sont inondées de demandes et de questions de la part d'autres personnes, groupes ou organisations qui, elles-aussi traitent les séquelles et sont à la recherche de pratiques prometteuses. Les communautés et les projets continuent d'organiser des cérémonies pour honorer les Survivants et les faits historiques, ainsi que des événements commémoratifs. Dans les communautés urbaines, les autochtones des deuxième et troisième générations montrent les signes d'une plus grande sensibilisation au niveau politique et tentent de se réapproprier leur héritage culturel. L'engagement communautaire envers le processus de guérison se traduit par des initiatives de planification à long terme et des projets axés sur l'obtention de ressources. Ce qui a commencé par un cheminement individuel vers la validation et la guérison s'est transformé en un mouvement social.

Tableau 13) Étape deux : Prendre son élan - Indicateurs de guérison communautaire

Prendre son élan	
Forces motrices	Sensibilisation accrue vis-à-vis de l'étendue du problème. Admettre qu'un traumatisme sous-jacent est une cause fondamentale (par ex., traumatisme lié au pensionnat, violence sexuelle).
Indicateurs de réussite	<p>Un plus grand nombre de personnes sobres. Un plus grand nombre de personnes qui ont amorcé leur cheminement vers le bien-être. Sentiment d'espoir grandissant, élan et nouvelle vision—les personnes croient que la guérison de la communauté est chose possible.</p> <p>Participation et engagement des Survivants</p> <ul style="list-style-type: none"> les Survivants continuent de se rencontrer, de s'entraider et d'encourager d'autres Survivants à guérir; le groupe s'élargit et s'établit plus formellement les Survivants sont mieux reconnus en tant que groupe, ce qui est démontré par : <ul style="list-style-type: none"> la manière dont ils participent aux prises de décision au sein du projet appui de la part des dirigeants locaux les Survivants conçoivent des programmes qui répondent à leurs besoins de guérison les Survivants et les équipes de guérison font partie de comités multidisciplinaires dans la communauté les Survivants participent aux décisions relatives à l'embauche de personnel pour les équipes de guérison <p>Capacité de l'équipe et de la communauté de traiter les répercussions des pensionnats</p> <ul style="list-style-type: none"> existence de services locaux de guérison répondant aux besoins uniques des Survivants et de leur famille (ex: information, communication, choix de services). Ces services sont utilisés par les Survivants et leur famille - autrement dit, les gens cherchent de l'aide à l'intérieur de leur communauté les dirigeants font confiance à l'équipe de guérison et sont satisfaits du travail qu'elle accomplit les guérisseurs/aidants possèdent des connaissances et des compétences suffisantes pour traiter les problèmes liés aux abus physiques et sexuels leur groupe devient plus solide et ils démontrent une plus grande capacité lorsqu'ils agissent d'utiliser des approches traditionnelles ou occidentales augmentation du nombre de guérisseurs/aidants compétents (autochtones et non autochtones) capables de traiter les séquelles des pensionnats accès, au niveau local, à des occasions d'apprentissage ou de formation, par groupe-cible (équipes de guérisseurs/aidants: Survivants et leurs descendants, bénévoles) un groupe-clé de bénévoles s'établit, des programmes auxiliaires, des activités et des groupes d'entraide se créent un réseau de groupe d'entraide se crée pour aider les Survivants; la coopération inter-agences augmente, ainsi que les partenariats, les alliances et l'appui conjoint d'événements communautaires et de guérison. Ces services communautaires sont plus respectueux, sensibles aux besoins uniques des Survivants et davantage capables d'y répondre. Par conséquent, cette gamme de services est davantage utilisée par les Survivants et leur famille des liens plus étroits et plus nombreux entre les guérisseurs et les Survivants; un plus grand nombre d'options disponibles en matière de services (approches traditionnelles et occidentales) les partenariats ne se limitent plus aux organismes de services mais incluent les autres institutions locales telles que les églises Anglicane, Unie, et Catholique, les collèges ou universités, ces partenariats ayant pour but de faire progresser la guérison des Survivants <p>Sensibilisation vis-à-vis des séquelles des pensionnats et compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> la communauté utilise des outils (e.g., archives, matériel audiovisuel, programmes ou trousseaux d'enseignement, centre d'information pour les visiteurs, sites commémoratifs, recherche) afin d'apprendre l'histoire des pensionnats ou l'enseigner aux groupes suivants
Résultats - Indicateurs liés à la guérison des abus subis dans les pensionnats	

<ul style="list-style-type: none"> • la communauté est impliquée dans la recherche sur les pensionnats • groupes autochtones, organisations, étudiants/ écoles, travailleurs/ professionnels des services sociaux <p>Guérisson</p> <ul style="list-style-type: none"> • envergure des discussions ouvertes au sujet des pensionnats • divulgations portant sur les abus physiques et sexuels • organisation de danses et de fêtes réservées aux personnes sobres, et nombre de participants • les membres de la communauté travaillent ensemble pour appuyer la guérison • un plus grand nombre de gens sortent de chez eux, socialisent avec d'autres personnes, rendent visite aux Aînés et contribuent aux événements communautaires parce qu'ils ont de nouveau un sentiment de responsabilité et d'appartenance • une augmentation des demandes au niveau des programmes, illustrée par : les taux de participation par groupes-cible (femmes, hommes, Aînés et personnes homosexuelles); les taux d'aiguillage en provenance des services non autochtones et dirigeant les clients vers des projets de guérison communautaires; le besoin de poursuivre des projets d'extension / de sollicitation diminue car les demandes ont augmenté de manière dramatique; un plus grand nombre de demandes de renseignements au sujet des pratiques prometteuses; taux de participation (pour ceux qui participent pour la première fois); Les amis amènent leurs amis; les Survivants prennent contact avec d'autres Survivants; les jeunes prennent contact avec les Aînés pour les encourager à guérir • les obstacles à la participation sont éliminés - les communautés isolées fournissent du transport et le logement afin que les Survivants puissent participer aux activités de guérison dans d'autres communautés. • commémoration à long terme, rétablissement et développement de l'esprit de guérison, cérémonies honorant les Survivants • La culture est célébrée et ceci se manifeste par des codes de comportement reflétant les valeurs traditionnelles de respect et de partage • une vraie « communauté » autochtone s'établit en milieu urbain, avec des personnes d'une deuxième ou troisième génération de résidents urbains, qui cherchent à préserver leur héritage culturel et qui montrent les signes d'une prise de responsabilité émergente au niveau politique • le nombre d'enfants vivant une situation à risque dans la communauté • des activités de guérison qui ciblent les Survivants ET leur famille, ou qui se concentrent maintenant non plus sur la guérison des Survivants mais sur celle de leurs enfants <p>Plan ou Vision pour des démarches continues de guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> • la communauté entrevoit la possibilité de meilleurs lendemains; elle est motivée et désire apporter des changements en entreprenant une planification pour la guérison à long terme et en cherchant des ressources pour réaliser cette planification • les organisations et les agences de service (à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté) tentent d'obtenir un soutien pour les démarches de guérison à long terme des Survivants et de leur famille • la guérison est devenue une démarche politique, le cheminement personnel s'est transformé en un mouvement social et un plus grand nombre de personnes cherchent à obtenir réparation 	<p>Manque de ressources pour les services et manque de personnel formé. Manque de ressources. Les fournisseurs de services sont incapables de travailler ensemble. Appui politique inexistant ou symbolique. Certains groupes au sein de la communauté résistent à la guérison.</p>	<p>Sensibilisation accrue et meilleure compréhension des séquelles des pensionnats. Documentation accrue sur l'histoire de la guérison de personnes et augmentation du nombre de personnes qui sont engagées dans le processus de guérison. Plus d'espoir. La création des capacités est en cours. Les liens entre les Survivants et les guérisseurs sont plus étroits.</p>
<p>Obstacles</p>	<p>Liens avec les objectifs des projets financés par la FADG</p>	

5.2.3 Étape trois : Frapper le mur

Un fois rendu à la troisième étape de la guérison communautaire, de nombreux progrès ont été effectués, mais l'élan commence à stagner. La capacité des services communautaires est accrue et de plus en plus de personnes ont poursuivi leur éducation et leur formation et ont maintenant du travail. Cependant, l'espoir et l'enthousiasme de la deuxième étape commencent à s'estomper, la guérison devient de plus en plus institutionnalisée et les travailleurs de première ligne commencent à être épuisés. Bien que de plus en plus d'adultes de la communauté mènent une vie saine, des cas de violence non déclarés pourraient toujours faire surface. De nouveaux problèmes d'ordre social tels que le jeu compulsif, l'abus de médicaments prescrits et la criminalité chez les jeunes pourraient se présenter. Selon l'article *Le Balisage de l'expérience de guérison* :

[TRADUCTION] Ce qui semblait être un mur peut en fait s'avérer un long plateau. Une des caractéristiques d'un plateau est qu'il semble qu'il ne se passe pas grand chose et que cela ne mène nulle part, mais, au contraire, il s'agit du fondement des progrès futurs.¹⁵⁰

Certains aspects du projet visant les jeunes de Big Cove au Nouveau Brunswick peuvent être considérés comme un exemple d'activité pouvant être entrepris au cours de la troisième étape de la guérison communautaire. Ce projet est destiné aux jeunes âgés de 10 à 29 ans et offre une vaste gamme d'activités, qu'elles soient sportives ou d'une autre nature : activités sans alcool, activités de groupes de soutien, événements culturels et spirituels. L'équipe du projet inclut des jeunes personnes qui travaillent avec les représentants d'autres organismes communautaires (services sociaux, services de psychologie, prévention et traitement des dépendances) et qui siègent au Conseil consultatif des jeunes. Le Conseil est lié au Comité du mieux-être de la Première Nation de Big Cove [Big Cove First Nation Wellness Committee], ce qui constitue un bon exemple de partenariats inter organismes unissant les services sociaux et les services de santé au développement économique, à la police, au leadership au sein de la communauté et aux Aînés. Les personnes interrogées ont déclaré que le soutien offert par les leaders de la communauté était solide.

L'initiative jeunesse a été l'une des avenues choisies par la communauté pour faire face au taux élevé de suicide chez les jeunes. La crise a culminé en 1992 et, au cours des huit années qui ont suivi, le taux de suicide annuel chez la Première Nation de Big Cove a augmenté pour atteindre le taux de 116 suicides par 100 000 habitants, avec un total de 21 suicides. En comparaison, le taux de suicide de tout le Canada au cours de cette même période était de 13 par 100 000 habitants.¹⁵¹ Le coordonnateur du projet a confirmé qu'au cours de ces années de crise, tous les organismes communautaires qui offraient des services effectuaient principalement de la gestion de crises. Cela a eu pour résultat d'épuiser les intervenants et de nuire à la gestion efficace des programmes de traitement à long terme, au détriment de plusieurs personnes qui en avaient besoin. Avec le temps, à l'aide de ressources supplémentaires et d'une coordination accrue au sein de la communauté, il a été possible de passer de la simple gestion de crise à une approche plus proactive.

L'analyse des indicateurs sociaux semble indiquer que les cas de suicide et de tentatives de suicide, de violence physique et sexuelle et d'abus d'alcool et de drogues demeurent élevés au sein de la Première Nation de Big Cove. Le vandalisme et les vols avec effractions ont été identifiés comme étant des délits fréquemment commis par des jeunes. Selon une enquête menée auprès des jeunes¹⁵² au début du projet, 91 pour cent des personnes interrogées croyaient que la consommation d'alcool et de drogues était le problème qui touchait le plus les jeunes, suivi de la pression exercée par les pairs (45 %) et des grossesses non désirées (35 %). Les chiffres révélés dans une étude sur les besoins spéciaux en éducation¹⁵³ ont démontré

que sur 157 étudiants des écoles de Big Cove, un cinquième avaient été touché par le problème de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Fait intéressant, lorsque cette étude de cas a été terminée, on a envoyé une copie du rapport à l'équipe du projet, qui a communiqué avec l'auteur invoquant que les données sous-évaluaient les problèmes liés à la violence sexuelle. On a fourni d'autres documents, dont une étude sur la violence familiale menée en 1992 qui indiquait que *60 pour cent à 90 pour cent de la population de Big Cove avait été touchée de façon directe ou indirecte par la violence sexuelle*. Ces données ont souligné la gravité de la situation en ce qui concernait la violence sexuelle et a entraîné un changement important puisque le rapport a provoqué la révélation publique d'autres informations. Cette décision s'est basée sur le fait que le problème de la violence sexuelle ne pourrait pas être abordé sans avoir préalablement été révélé et reconnu publiquement.

Ces chiffres suggèrent que la communauté est encore en situation de crise, mais l'étude de cas démontre aussi que des progrès importants ont été réalisés. Par exemple, le projet axé sur les jeunes semble combler la pénurie de services de façon significative. Une personne interrogée a affirmé : [TRADUCTION] « avant ce projet, il n'y avait jamais eu de formation sur le suicide destinée aux jeunes, on avait seulement formé les adultes et le personnel. » Une autre personne interrogée a fait référence à l'approche de gestion des crises qui était la norme avant le début du projet. La moitié des personnes interrogées ont parlé de la sensibilisation accrue vis-à-vis du problème du suicide. Elles ont mentionné que les personnes étaient davantage disposées à en parler et qu'il y avait davantage de soutien disponible, y compris la capacité de réagir immédiatement en cas de crise. On a également fait explicitement référence à l'initiative jeunesse et au fait qu'une approche plus coopérative, plus préventive et qui mobilise plusieurs organismes était maintenant en place.

Les personnes interrogées ont décrit un certain nombre d'avantages du projet :

- offre un endroit sécuritaire aux jeunes de la communauté, détourne leur attention de l'alcool, des drogues et des situations leur causant des problèmes, leur offre un soutien;
- le personnel du projet travaille bien en équipe et facilite la coopération au sein des fournisseurs de services de la communauté;
- développe l'estime de soi et de nouvelles aptitudes;
- offre un avenir plein d'espoir.

L'investissement dans l'équipe du projet axé sur les jeunes, mis en évidence par les nombreuses offres de formation qui ont été offertes a vraiment été la meilleure façon d'amorcer la démarche de guérison. Une personne a affirmé à cet effet que : [TRADUCTION] « la solution aux problèmes des jeunes viendra des jeunes eux-mêmes ». Au fur et à mesure que le projet développera l'amour-propre, la confiance et les compétences chez les jeunes, on verra peut-être de nouveaux leaders émerger de ce groupe. Le projet a également une influence positive à d'autres égards. Par exemple, nous savons qu'il a offert la possibilité à d'autres services communautaires de passer de la gestion de crises à la planification d'un bien-être efficace et durable et au développement économique. Les activités structurées, les liens entre le personnel et les participants et l'encadrement des adultes qui participent aux activités des organismes communautaires doivent appuyer les changements à court terme continus et aider à bâtir le fondement nécessaire pour obtenir des résultats à long terme. L'approche qu'a favorisé ce projet pour aborder les problématiques communautaires est également à l'origine due à l'émergence et au développement de nouvelles aptitudes chez les jeunes. Le fait de siéger au Comité du mieux-être et de travailler en liaison avec d'autres initiatives peut élargir la perspective

d'une équipe de projet formée de jeunes et peut donner à ceux-ci l'occasion d'être guidés et aidés par des personnes riches en expérience et en savoir-faire.

La revue des dossiers de 36 projets financés par la FADG, effectuée au début de l'initiative d'évaluation, soulignent certains progrès qui ont été accomplis à cette étape du processus de guérison. L'un des projets a déclaré que plusieurs membres de la communauté qui étaient tout d'abord venus pour des services rendent ce qu'ils ont reçu en s'offrant maintenant comme bénévoles ou encore en siégeant au sein de conseils d'administration. D'autres projets ont aussi rapporté que des clients avaient évolué vers des rôles de leaders, ou encore qu'ils étaient retournés aux études ou au travail. Citons ci-dessous d'autres retombées positives caractéristiques de cette étape :

- quatorze enfants placés en foyer d'accueil sont revenus dans leur famille;
- deux jeunes qui ont eu accès au programme sont retournés dans leur famille biologique;
- des appels provenant de toute la province et d'autres provinces, de la part de personnes ou d'organisations qui ont entendu parler du programme;
- dix travailleurs de première ligne sont formés, plus de 200 clients ont bénéficié de sessions de counselling, du personnel du gouvernement a été éduqué sur les séquelles, un forum juridique et une conférence ont été organisés (environ 150 personnes);
- une bonne collaboration de l'école; les séances de counselling pour les enfants se tiennent à l'école;
- augmentation du taux de participation parentale aux activités offertes par l'école;
- des tests axés sur les niveaux de lecture montrent que ces taux parmi les élèves ont augmenté de 37,2 pour cent (élèves des écoles secondaires);
- des clients entrent dans le domaine du travail social et de l'animation;
- les membres de l'équipe qui participent à la formation ont observé que les changements qui surviennent sur le plan de leur propre guérison et de leur croissance personnelle ont des effets directs sur les autres membres de leurs familles;
- certaines personnes en formation ont délaissé celle-ci pour travailler sur leurs propres problèmes;
- seul un élève parmi les onze qui ont suivi le programme a eu des difficultés ultérieurement—les parents demandent à leurs enfants de suivre le programme pour qu'ils soient soutenus et aidés;
- des Survivants des pensionnats et leurs descendants se sont engagés à entreprendre du counselling à long terme et leur progrès est « visible; »
- certains pères et mères se sont montrés engagés et déterminés à examiner les modèles passés et courants qui ont des effets sur leur rôle parental.

5.2.3.1 Une plus grande aptitude à encourager la guérison

Le développement des capacités fait partie d'un processus dynamique et continu. Chaque initiative communautaire, qu'elle vise la guérison le développement économique, peut éventuellement engager et former des membres de la communauté (les projets financés par la FADG y ont grandement contribué). Il se peut que certaines personnes quittent leur communauté pour trouver de l'emploi ou pour suivre une formation, pour éventuellement y revenir. De plus en plus, les Aînés et les guérisseurs traditionnels sont considérés comme des éducateurs et des formateurs à part entière. Au cours de la deuxième étape du processus de guérison, au fur et à mesure que le mouvement prend de l'élan, un nombre croissant de membres des communautés sont attirés par la possibilité qu'ils entrevoient d'améliorer leurs connaissances

et leurs aptitudes. Une fois rendus à la troisième étape, il est fort possible que ces membres influencent leur communauté de façon positive. Les études de cas présentent plusieurs exemples de ces tendances.

Le projet de Big Cove (Nouveau Brunswick) concentre ses efforts sur le développement des capacités et des aptitudes chez les jeunes, et les personnes interrogées ont affirmé que l'estime de soi et les compétences en matière de leadership de ce groupe se sont améliorées de façon marquée. Le projet *I da wa da di* du Centre for Indigenous Sovereignty (Ohsweken, Ontario) offre de la formation aux femmes. Par conséquent, un plus grand nombre de femmes et d'Aînés participent à la vie communautaire et plus de femmes font du bénévolat. Le fait que les femmes se sentent moins isolées et plus impliquées dans la vie communautaire est l'un des changements les plus notoires indiqués dans les rapports d'entrevue et d'évaluation fournis par les participants. Les personnes interrogées dans le cadre des études de cas ont remarqué que les femmes évoluent petit à petit vers des rôles de leadership et forment des réseaux de plus en plus solides au sein de la communauté.

Les personnes interrogées dans le cadre de l'étude de cas du programme de développement des compétences parentales offert par le Centre de guérison de Kikinahk (Kikinahk Friendship Centre Inc.'s Kikinahk Parenting Program] à La Ronge, Saskatchewan, ont identifié les éléments clés qui contribuent au succès du programme: une administration solide, l'engagement des membres de l'équipe, une éducation et une formation adéquates ainsi qu'une vision à long terme clairement énoncée. Les participants n'étaient pas tous satisfaits car la question de l'abus sexuel a été abordée par le programme Kikinahk dans un contexte clinique, ce qui souligne un besoin constant en matière d'éducation et de développement des compétences parentales. En revanche, le programme Qul-Aun de la Société Tsow-Tun Le Lum [Tsow-Tun Le Lum Society], située à Lantzville, en Colombie-Britannique a offert à tous les membres de l'équipe *une formation de base sur 12 semaines*, des stages pour les conseillers et d'autres ateliers de perfectionnement professionnel. La formation de l'ensemble du personnel avait pour but d'assurer, au niveau de l'équipe, une gamme complète de compétences pour le bénéfice des Survivants. La formation de base de douze semaines a préparé l'équipe de Qul-Aun à mettre en oeuvre le programme de traitement de cinq semaines.

L'enquête nationale a démontré que seul un petit nombre de projets (4 %, n=467) sont uniquement axés sur la formation, mais que près de la moitié des projets (49 %) offrent un volet guérison et formation. Les projets de formation ont offert leurs services à 28 133 participants (n=246, E3; médian=31,5 participants par projet; moyenne=114 [Ext – 49 095: n=429¹⁵⁴]). Les personnes en formation passent en moyenne 193 heures en formation (médiane=74 heures, n=92, E1).¹⁵⁵ Outre le développement des compétences par le biais de la formation, les projets de la FADG ont procuré de l'emploi pour des personnes autochtones. L'enquête nationale a démontré qu'un total de 4 833 employés rémunérés (n=330 [Ext – 10 618: n=725]) étaient des Autochtones. Parmi ces employés, 2 004 occupant des postes à temps plein (plus de 30 heures par semaine, sur une base régulière) et 2 829 des postes à temps partiel [Ext – 4 403 à temps plein: 6 215 à temps partiel: n=725]. Quatre-vingt onze pour cent des postes à temps plein, et 85 pour cent des postes à temps partiel sont occupés par des Autochtones (n=160, E2). Il est donc évident que les projets financés par la FADG ont créé des débouchés d'emplois et des opportunités de formation au sein de la communauté, possibilités qui n'étaient pas offertes auparavant. Un grand nombre d'Autochtones ont travaillé et ont reçu une formation et ils participent maintenant de façon active aux initiatives de guérison communautaires. Cela constitue une importante contribution en matière de développement des capacités de guérison au sein des communautés participantes. Le plus récent des sondages montre que 61 pour cent des répondants (n=209) sont convaincus que pour les guérisseurs/aidants, l'accès à la formation – au niveau local – s'est

amélioré.¹⁵⁶ Soixante-treize pour cent déclarent que les connaissances et les compétences des équipes de guérison se sont améliorées en ce qui concerne leur capacité à s'attaquer à la problématique des abus physiques et sexuels.¹⁵⁷

5.2.3.2 Planification stratégique

Les projets financés par la FADG ont fourni différents efforts dans le domaine de la planification stratégique. Certains ont fait de la planification stratégique l'un de leurs objectifs (Cape Dorset, Nunavut—Guérison et harmonie dans nos familles [Healing and Harmony in Our Families]) alors que d'autres ont entrepris un long cycle de planification (Programme Qul-Aun, Lantzville, Colombie-Britannique). Certains projets auraient pu tirer profit d'une attention accrue portée à la planification (Jeunes homosexuels [Two-Spirited Youth Program], Vancouver, Colombie-Britannique). Le document intitulé *Le Balisage de l'expérience de guérison* recommande que chaque communauté en démarche de guérison établisse un plan à long terme (de 5 à 10 ans) qui englobe le développement et la guérison communautaires.¹⁵⁸ Cette approche vise la planification stratégique au niveau communautaire plutôt qu'au niveau du projet. À long terme, il se peut que la participation des projets financés par la FADG à la planification stratégique au niveau communautaire pourrait contribuer à la viabilité des initiatives de guérison et à leur intégration dans les plans communautaires. La plupart des projets (70 %, n=209, E3) ont rapporté une augmentation du nombre des initiatives de planification communautaire à long terme,¹⁵⁹ un plus grand nombre de leaders (61 %),¹⁶⁰ d'organisations et d'agences de services à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté (61 %)¹⁶¹ se sont mis à la recherche de financement pour appuyer le cheminement de guérison. Lorsque le financement de la FADG cessera, les projets (n=209, E3) ont prévu ou obtenu ce qui suit :

- continuer leurs initiatives avec des groupes d'entraide et des bénévoles (55 %);
- obtenu du financement à court terme de la part d'autres sources (10 %);
- obtenu du financement à long terme de la part d'autres sources (1 %);
- préparer et soumettre des propositions de projet pour obtenir d'autres fonds (76 %); ou
- discontinuer leur projet /initiatives de guérison (12 %).¹⁶²

Indicateurs de rendement proposés pour l'étape trois : Frapper le mur

À la troisième étape de la guérison communautaire, d'importants progrès ont déjà été réalisés, quoique le dynamisme initial des équipes commence à s'effriter. La nature de l'épuisement dans une communauté et la manière dont celui-ci est traité sont autant d'indices qui révèlent la manière dont les systèmes communautaires s'affaiblissent pour ensuite gagner en force et surmonter les défis émergents (dépendance au jeu et activités des gangs de jeunes). Au cours de cette étape longue et ardue, le progrès des communautés vis-à-vis de la guérison ne sont pas aussi rapides ni aussi évidents qu'auparavant. Cependant la stabilité au niveau des institutions et le travail qui garantira le progrès subséquent des démarches de guérison se solidifient. L'existence et la stabilisation de plusieurs éléments caractérisant les démarches de guérison communautaire au cours de l'étape deux, font similairement aussi partie de l'étape trois et sont énumérés ci-dessous au tableau 14. Bien que les progrès aient atteint un certain niveau de stagnation, il est possible de remarquer des changements subtils. Par exemple, le groupe local de Survivants peut maintenant être actif au niveau régional ou national. Fortes de leur expérience, certaines équipes sont peut-être capables de répondre à une gamme élargie de besoins (personnes sidéennes, personnes sans abri, personnes souffrant de traumatismes multiples). Plusieurs programmes qui incluent les systèmes familiaux et qui répondent mieux à leurs besoins sont établis. Tout comme à l'étape deux, l'établissement d'une vision et d'une planification communautaires soutient les efforts destinés à forger toute une variété de partenariats afin d'assurer l'évolution de la communauté vers un état de mieux-être viable.

Tableau 14) Étape trois : Frapper le mur - Indicateurs de guérison communautaire

Frapper le mur	
Forces motrices	Le progrès est important, mais il semble difficile de maintenir l'élan. Les capacités du professionnel s'améliorent, mais la guérison devient de plus en plus institutionnalisée.
Indicateurs de réussite	<p>Participation accrue, soutien pour les activités saines. Les comportements négatifs (violence) ne sont plus tolérés publiquement. De nouveaux programmes soutiennent la guérison des personnes et des familles. Un plus grand nombre de personnes cherchent à s'éduquer. Sensibilisation accrue à la culture et aux pratiques autochtones.</p> <p>Participation et engagement des Survivants</p> <ul style="list-style-type: none"> • les Survivants continuent de se rencontrer, de s'entraider et d'encourager d'autres Survivants à guérir • un groupe peut s'établir de manière formelle, avec l'appui de dirigeants locaux • les Survivants participent à des initiatives de lobbying (p. ex. : pour l'établissement d'une organisation nationale de Survivants ou de justice ou pour obtenir davantage de ressources pour la guérison) • le groupe de Survivants est maintenant reconnu au sein de la communauté; cette situation stabilisée se manifestant comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • les Survivants conçoivent des programmes qui répondent à leurs besoins de guérison; ils participent aux décisions relatives à l'embauche de personnel pour les équipes de guérison, ont un pouvoir de décision au sein du projet et au sein d'autres organismes du réseau (ils siègent au sein de Conseils d'administration) et ils font partie de comités multidisciplinaires dans la communauté <p>Capacité de l'équipe et de la communauté de traiter les répercussions des pensionnats</p> <ul style="list-style-type: none"> • existence de services locaux de guérison répondant aux besoins uniques des Survivants et de leur famille (ex: information, communication, choix de services) • les Survivants et leur famille ont recours à toute une gamme de services • les dirigeants font confiance à l'équipe de guérison et sont satisfaits du travail qu'elle accomplit • accès, au niveau local, à des occasions d'apprentissage ou de formation, par groupe-cible (équipes de guérisseurs/aidants: Survivants et leurs descendants, bénévoles) • les guérisseurs/aidants possèdent des connaissances et des compétences suffisantes pour traiter les problèmes liés aux abus physiques et sexuels lorsqu'il s'agit d'utiliser des approches traditionnelles ou occidentales (et ils démontrent une plus grande capacité de répondre aux besoins spécifiques); il existe maintenant un groupe-clé de guérisseurs/aidants compétents (autochtones et non autochtones) capables de traiter les séquelles des pensionnats. Cependant, ils sont devenus fatigués ou « brûlés, » ils ont pris un autre emploi ou ils choisissent d'élaborer des stratégies ou d'établir un processus d'appui afin de prendre soin de l'équipe • un réseau de groupes d'entraide se crée pour aider les Survivants; la coopération inter-agences s'améliore ainsi que les partenariats, les alliances et l'appui conjoint d'événements communautaires et de guérison. Les systèmes canadiens dans leur ensemble sont plus respectueux des Autochtones et de leurs cultures, plus sensibles aux besoins uniques des Survivants et davantage capables d'y répondre. Les Survivants et leur famille ont davantage recours à ces systèmes
Résultats - Indicateurs liés à la guérison des abus subis dans les pensionnats	

<p>Sensibilisation vis-à-vis des séquelles des pensionnats et compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> la communauté utilise des outils (p.ex. : archives, matériel audiovisuel, programmes ou troupes d'enseignement, centre d'information pour les visiteurs, sites commémoratifs, recherche) afin d'apprendre l'histoire des pensionnats ou l'enseigner la communauté mène des recherches sur les pensionnats des agences en dehors de la communauté ont pris conscience de l'impact des pensionnats et le comprennent la communauté offre de l'éducation sur les pensionnats : <ul style="list-style-type: none"> aux étudiants/écoles autochtones et non autochtones aux travailleurs/professionnels des services sociaux <p>Guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> divulgations portant sur les abus physiques et sexuels organisation de danses et de fêtes réservées aux personnes sobres les membres de la communauté travaillent ensemble pour appuyer la guérison commémoration à long terme, rétablissement et développement de l'esprit de guérison, cérémonies honorant les Survivants des activités de guérison ciblent les Survivants ET leur famille meilleure acceptation des personnes ayant des besoins spéciaux et plus grande capacité de répondre à ces besoins (p.ex. : VIH/SIDA, personnes sans abri, etc.) <p>Plan ou Vision pour des démarches continues de guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> les organisations et les agences de service (à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté) continuent de chercher du soutien pour les démarches de guérison à long terme des Survivants et de leur famille expérience dans le traitement des séquelles la guérison est devenue une démarche politique, le cheminement personnel s'est transformé en un mouvement social et un plus grand nombre de personnes cherchent à obtenir réparation 	<p>Manque de holisme : conflits entre les organismes, sources de financement isolées, difficulté à lier les sources de financement avec le programme de la communauté, pression exercée pour obtenir des « résultats, » épuisement, les intérêts directs vont à l'encontre de la guérison. De nouveaux problèmes apparaissent, particulièrement chez les jeunes.</p>	<p>Plus grand nombre de partenariats. Capacité accrue de faciliter la guérison (accès aux services et aux guérisseurs). Élaboration de plans stratégiques qui mettent l'accent sur la guérison (planification multilatérale et au niveau de la communauté avec l'aide des membres et des leaders des communautés).</p>
<p>Obstacles</p>		
		<p>Liens avec les objectifs des projets financés par la FADG</p>

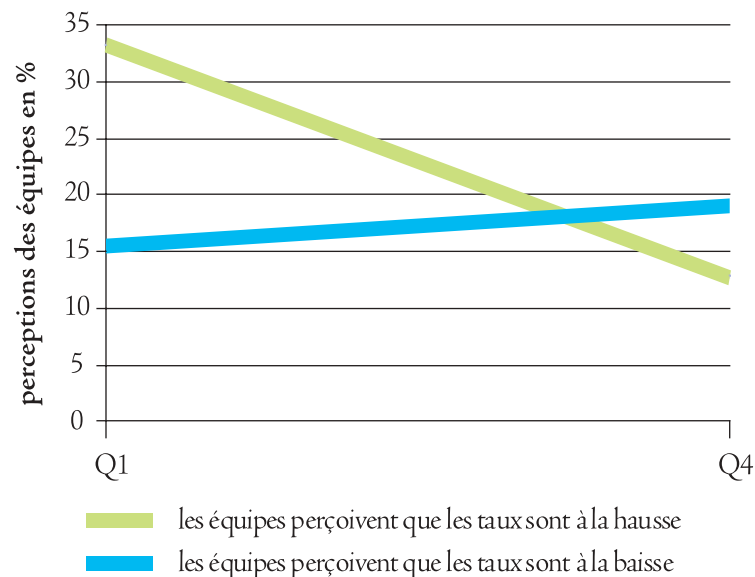
5.2.4 Étape quatre : Transformation

L'étape quatre du cheminement vers la guérison de la communauté survient lorsque la guérison est davantage intégrée aux autres initiatives de développement communautaire et que l'attention portée jusqu'alors à la résolution des problèmes est plutôt investie dans la transformation des systèmes. Par exemple les effets débilissants de la pauvreté et du chômage sur la santé des personnes et de la communauté deviennent des éléments cibles au niveau structurel, puisque la guérison des séquelles des pensionnats ne suffit pas à elle seule à générer un état permanent de mieux-être.

[TRADUCTION] Il est insensé de guérir des personnes sans assurer une durabilité à ce bien-être. La vision à long terme doit aborder la question du chômage au sein de notre communauté. Il s'agit d'un élément essentiel de la guérison holistique ... Le traitement et l'emploi vont de pair Nous devons considérer le développement économique comme un facteur important pour nos prochaines générations. Les possibilités offertes à nos enfants les aideront. Sinon, il y a de fortes chances que ceux-ci se mettent dans des situations problématiques.¹⁶³

C'est probablement au cours de la quatrième étape de la guérison communautaire que des réductions importantes se font sentir au niveau des taux de violence physique et sexuelle, d'enfants placés en famille d'accueil, d'incarcération et de suicide. Tel qu'indiqué au début de ce chapitre, il est encore trop tôt pour évaluer la contribution des projets financés par la FADG dans les communautés, se servant de ces indicateurs sociaux pour mesurer les améliorations. Toutefois, il n'est jamais trop tôt pour recueillir des données de base et on devrait encourager tous les projets à le faire. Bien que les études de cas et la revue des dossiers contiennent très peu d'indices suggérant l'émergence de changements transformateurs, ces indices apparaissent plus clairement dans les réponses au sondage le plus récent. Plus d'un tiers des répondants à ce sondage (39,4 %, n=209, E3) ont noté une nette amélioration en ce qui concerne l'autorité que les Survivants exercent sur les prises de décision au sein des *autres réseaux de service* (les projets qui ne sont pas financés par la FADG).¹⁶⁴ Certains répondants (23 %, n=209, E3) affirment que le nombre d'enfants vivant dans des situations à risque est en diminution. Cependant un nombre à peu près égal (20,6 %) affirme que ce nombre est à la hausse ou qu'il n'a pas changé (20,1 %).¹⁶⁵ Les perceptions liées au nombre d'enfants vivant dans des situations à risque semblent être influencées par la longévité du projet communautaire. La figure 28 illustre cette relation.

Figure 28) Perceptions des équipes liées au nombre d'enfants vivant dans des situations à risque, selon la durée du projet



Légende :

Q1 - indique que le projet a fonctionné sur une période allant de 2 à 15 mois.

Q4 - indique que le projet a fonctionné sur une période allant de 42 à 62 mois.

Pour terminer, il est important de ne pas oublier que, bien que les démarches de guérison soient longues et souvent ardues, on réalise constamment des progrès. Collectivement, les équipes des projets financés par la FADG et les personnes interrogées dans le cadre des études de cas ont déclaré qu'elles avaient accompli ce qui suit : amélioré le niveau de sensibilisation au sujet des séquelles des pensionnats; surmonté des obstacles qui faisaient passer certaines problématiques sous silence ; établi des systèmes de soutien, des réseaux et des partenariats; organisé des ateliers, des retraites et des camps culturels; offert des sessions de counselling individuelles et en groupe; amélioré la capacité de la communauté de fournir des services d'aide. Les projets ont employé des personnes autochtones, y compris des Survivants des pensionnats et leurs descendants, qui, avec les bénévoles, ont eu accès à une vaste gamme de sessions de formation. Les projets ont aussi élaboré des protocoles, mené des recherches et publié des bulletins. Une personne interrogée dans le cadre d'une des études de cas a parlé des changements qui peuvent être remarqués lorsque certaines personnes parlent de la « communauté » :

[TRADUCTION] Nous entendons un langage différent; avant, les personnes n'auraient jamais dit « a communauté, » elles auraient dit « la communauté. » Maintenant elles disent **ma communauté**. Cela démontre que les personnes s'approprient leur identité. Lorsque nous pourrons affirmer pleinement notre sentiment d'appartenance, la négation sera vaincue. Cela nous aidera à relever de plus en plus de défis et à aller de l'avant [c'est nous qui soulignons].¹⁶⁶

Lorsque la question suivante leur a été posée : « Quelle a été la contribution de la FADG par rapport aux changements que vous avez remarqués? » les répondants au sondage le plus récent ont eu des opinions divisées. Quelques-uns (6 %) ont indiqué que la FADG avait eu peu ou pas d'influence, 43 pour cent ont dit que la FADG avait eu une influence modérée, 50 pour cent ont déclaré qu'elle avait eu une influence

plus que modérée et 17 pour cent ont que la FADG avait été la source de tous les changements survenus dans leur communauté (n=209, E3).

Lorsque la transformation sera complète, les équipes nous dit qu'elle sera visible, car les enfants seront en sécurité, les dépendances seront rares, les femmes ne subiront plus de violence, et la communauté sera imbue d'un sens d'appartenance et de responsabilité. Un climat social caractérisé par la renaissance culturelle, l'espoir en l'avenir et par l'optimisme se fera concrètement sentir. Les langues autochtones s'épanouiront, les Survivants et leur famille auront le pouvoir d'influencer leur communauté. Il y aura un mouvement de retrait par rapport à la gestion de services axés sur les impacts des pensionnats (placement d'enfants en foyer d'accueil, intervention en situation de crise, prévention du suicide etc.) et une emphase sur la création d'institutions viables, ancrées dans la culture, disposant de ressources suffisantes et capables d'optimiser les forces de la communauté. Les Survivants et leur famille jouiront d'une plus grande visibilité, les institutions et le gouvernement canadiens seront mieux sensibilisés et leur accorderont un plus grand respect et une reconnaissance publique de leur vécu. Ceci entraînera l'établissement de partenariats efficaces et en nombre suffisant pour répondre aux besoins des Survivants, de leur famille et de leur communauté. Le but ultime de ce processus est de procurer aux Survivants et à leur famille un niveau de vie sans égal au Canada, où les abus intergénérationnels ne seront plus qu'un vague souvenir et où leur mieux-être, leur autonomie et la réconciliation seront des caractéristiques pérennes au sein de leur communauté.

Indicateurs de rendement proposés pour l'étape quatre : Transformation

Au cours de la quatrième étape, la guérison est davantage intégrée aux autres initiatives de développement communautaire et l'accent passe de la solution des problèmes à la transformation des systèmes. Des équipes de guérison comprenant un personnel suffisant et bien formé sont en place et offrent des services de traitement pour toute la famille. Il existe cependant un désir évident d'établir des institutions et des systèmes aptes à optimiser les forces inhérentes de la communauté. Au cours de cette étape les Survivants sont passés du stade qui consistait à vouloir de l'aide au stade qui consiste à en offrir. Les associations formelles qui avaient été établies sont devenues des institutions bien assises, avec des structures de gouvernance bien développées, des stratégies financières à long terme et des fonds/revenus financiers qui assurent leur viabilité. Il est possible à cette étape que le groupe des Survivants appuie les initiatives d'éducation autochtone ou de guérison. La capacité des équipes et de la communauté est maintenant mesurée, non seulement en tenant compte de leur aptitude à s'attaquer aux séquelles, mais aussi de leur aptitude à établir un fondement solide pour le mieux-être futur de la communauté, par le biais de stratégies concrètes et holistiques qui vont au delà de simples initiatives remèdes. Éventuellement, la guérison sera mesurée par le biais d'indicateurs sélectionnés par le Conseil d'administration de la FADG, en particulier les taux d'abus physiques et sexuels, de suicide, d'incarcération, de réconciliation et d'enfants placés dans des familles d'accueil.

Tableau 15) Étape quatre : Transformation - Indicateurs de la guérison communautaire

Transformation	
Forces motrices	On admet que l'approche actuelle comporte des limites. Un changement de la guérison du type réparation vers la guérison qui vise à bâtir. Augmenter la participation des membres des communautés à une économie plus vaste.
Indicateurs de réussite	<p>La communauté a une meilleure influence sur les services. Liens entre le développement économique communautaire, le développement de la communauté et la santé. Réseaux et alliances avec des groupes extérieurs.</p> <p>Participation et engagement des Survivants</p> <ul style="list-style-type: none"> • les Survivants - qui jusque là cherchaient de l'aide - en donnent maintenant aux autres • les groupes de Survivants formellement établis s'incorporent et deviennent des institutions permanentes ou encore des organismes de charité ou à but non lucratif, avec une structure de gouvernance bien développée. Ces entités peuvent détenir des propriétés ou d'autres biens matériels en fiducie et établir des stratégies fiscales à long terme • le groupe (avec ces ressources en fiducie) appuie l'éducation des Autochtones en matière de guérison et appuie les démarches de guérison • au niveau local, les Survivants participent à des initiatives de lobbying (p.ex. : pour l'établissement d'une organisation nationale de Survivants ou de justice ou pour obtenir davantage de ressources pour la guérison) • les Survivants et les équipes de guérison ont un pouvoir de décision au sein d'autres organismes du réseau (ils siègent au sein de Conseils d'administration) <p>Capacité de l'équipe et de la communauté de traiter les répercussions des pensionnats</p> <ul style="list-style-type: none"> • les systèmes de service servant à traiter les répercussions des pensionnats (ex: protection de l'enfance, intervention en situations de crise, prévention du suicide etc.) continueront d'exister, mais il y aura un mouvement de retrait par rapport à eux, et une préférence pour la création d'institutions ancrées dans la culture, financées de manière adéquate, viables à long terme et capables de maximiser les forces sociales <p>Sensibilisation vis-à-vis des séquelles des pensionnats et compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> • la majorité des Autochtones et des Canadiens sont maintenant conscients des impacts qu'ont eu les pensionnats sur la vie des Autochtones et les comprennent <p>Guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> • des activités de guérison ciblent aussi bien les Survivants <i>que leur famille</i>, ou se concentrent maintenant non plus sur la guérison des Survivants mais sur celle de leurs enfants • les taux d'incarcération, de violence familiale (et de violence en général), d'enfants placés dans des foyers d'accueil, de suicide, de dépendances (mortalité et morbidité) sont à la baisse <p>Plan ou Vision pour des démarches continues de guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'objectif-clé est de maintenir les forces sociales de la communauté par le biais d'une variété de systèmes
Obstacles	Effets actuels du traumatisme. Les leaders compétents trouvent du travail à l'extérieur de la communauté. La gouvernance de la communauté peut maintenir les désaccords et la désunion. Les politiques des gouvernements extérieurs sont conçues afin de maintenir la dépendance et la prise de décision par des organismes externes.
Liens avec les objectifs des projets financés par la FADG	Réduction du taux de violence physique et sexuelle, de suicide, d'enfants placés en famille d'accueil, d'incarcération et de réconciliation.

Toute discussion au sujet de l'influence des projets financés par la FADG sur les communautés serait incomplète sans mentionner le rôle du temps. En d'autres mots, la durée d'une activité peut-elle influencer les résultats? Une tendance semble émerger, basée sur les changements perçus par les répondants au sondage national. Lorsque l'on examine les équipes des projets qui ont été financés le plus récemment (qui fonctionnent depuis moins de 15 mois ou Q1) et lorsqu'on les compare aux projets qui ont été financés sur une plus longue période temps ou il y a plus longtemps (qui fonctionnent depuis plus de 42 mois ou plus ou Q4) on observe une tendance marquée, reliée à la durée de l'activité. Autrement dit, les projets qui ont été financés plus longtemps ont indiqué une amélioration plus grande des éléments suivants que les projets plus récents :

- demandes de services de guérison de la part des Survivants;
- rencontres de Survivants afin de s'entraider ou d'encourager *d'autres* survivants à entreprendre des démarches de guérison;
- des services de guérison au niveau local qui répondent aux besoins uniques des Survivants et de leur famille;
- la gamme de services utilisés par les Survivants et les personnes affectées par les séquelles des pensionnats;
- l'utilisation des outils d'apprentissage reliés à la question de pensionnats par la communauté (archives, matériel audiovisuel, Trousses d'enseignement, sites commémoratifs);
- le nombre d'agences *en dehors* de la communauté qui sont conscients de l'impact des séquelles des pensionnats sur les Survivants, leur famille et leur communauté, et qui les comprennent;
- le degré de compréhension, de la part des Survivants et de leur famille, par rapport à l'impact des pensionnats sur leurs parents/grands-parents;
- accès au niveau local à des sessions de formation pour les guérisseurs/aidants;
- niveau de connaissances et de compétences requis par les guérisseurs/aidants pour traiter efficacement les problèmes liés aux abus physiques et sexuels;
- participation aux activités de guérison;
- divulgation des abus physiques et sexuels ;
- niveau de collaboration et de soutien de la part de la communauté et des dirigeants vis-à-vis des initiatives de guérison.

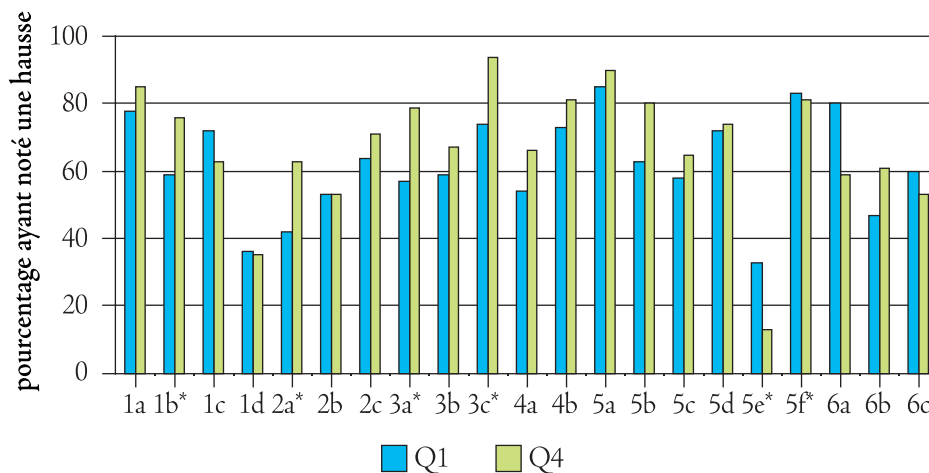
Il est particulièrement intéressant de noter que les projets financés plus récemment ont indiqué plus volontiers des améliorations qui se rapportaient aux éléments ci-dessous que les projets de plus longue date :

- les Survivants participent aux prises de décision à propos des projets;
- les Survivants prennent part aux prises de décision au sein d'autres réseaux de services;
- les activités de guérison ciblent les Survivants *et leur famille*;
- une planification communautaire pour des démarches de guérison à long terme;
- certaines organisations et agences de service (à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté) tentent d'obtenir du financement pour des projets de guérison à long terme destinés aux Survivants et à leur famille.

Ces résultats semblent suggérer que la participation des Survivants aux prises de décision, aux activités de planification communautaires visant la guérison à long terme, que les initiatives qui se concentrent sur les Survivants et leur famille (au lieu de se concentrer sur toute la communauté) et que les initiatives visant

l'obtention de soutien, sont des éléments cruciaux au cours des phases de conceptualisation et de mise en oeuvre, mais leur importance semble diminuer au cours du temps. De toute façon, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car il existe peut-être certains éléments liés à d'autres variables qui n'ont pas été pris en ligne de compte. Autrement dit, ces différences sont peut-être causées par une variation possible et naturelle entre les communautés qui sont nouvellement arrivées dans le cercle des projets financés par la FADG et celles qui en font partie depuis trois / cinq ans. En fait, les équipes « nouvelles » « plus récentes » se retrouvent plus fréquemment dans les communautés éloignées (77,8 % d'entre elles ont été financées sur une période de 15 mois ou moins [Q1] et se trouvent dans des communautés éloignées, alors que 22,2 % d'entre elles ont été financées sur une période de 42 mois ou plus [Q4]). Les équipes les plus anciennes se retrouvent plus fréquemment dans les centres urbains (62,1 % dans Q4 et 37,9 % dans Q1). Des recherches plus approfondies sont cependant nécessaires pour pouvoir déterminer l'influence du temps et ce qui constitue une période de temps suffisante pour la guérison.

Figure 29) Influence du temps sur la perception des variables sélectionnées



Légende :

* variables comportant des différences qui indiquent - ou qui sont sur le point d'indiquer - une statistique significative. Cependant, dans tous les cas sauf un (1b) le n minimal ou la fréquence prévue pour chaque cellule, n'ont pas été atteints. En ce qui concerne les résultats importants du point de vue statistique, veuillez vous référer aux notes de bas de page, qui fournissent des résultats d'analyse plus détaillés.¹⁶⁷

Q1 = se réfère au premier quartile de projets sur la dimension temps—ceux qui ont répondu au troisième sondage et qui ont reçu un appui financier de la FADG pendant une période allant de 2 à 15 mois (moyenne 7,1 mois, médian 5 mois).

Q4 = se réfère au quatrième quartile de projets sur la dimension temps—ceux qui ont répondu au troisième sondage et qui ont reçu un appui financier de la FADG pendant une période allant de 42 à 62 mois (moyenne 51 mois, médian 51 mois).

Les sections en caractères gras de la liste ci-dessous indiquent les variables qui contiennent des différences sur le point d'être statistiquement significatives.

1a - Les Survivants veulent des services de guérison

- 1b - Les Survivants se réunissent pour s'entraider ou encourager d'autres Survivants à guérir**
- 1c - Les Survivants participent aux prises de décisions au sein du projet
- 1d - Les Survivants ont le pouvoir de décision au sein d'autres réseaux de services
- 2a - Il existe des services de guérison au niveau local, qui répondent aux besoins uniques des Survivants et leur famille**
- 2b - Les Survivants et leur famille ont recours aux services de guérison au niveau local
- 2c - Les Survivants ont recours à toute une gamme de services d'aide sociale
- 3a - La communauté utilise des outils d'apprentissage (archives, matériel audiovisuel, trousse d'enseignement, Centre d'information pour les visiteurs, Site commémoratif) pour éduquer au sujet des pensionnats**
- 3b - Des agences *en dehors* de la communauté comprennent, et sont sensibles à l'impact qu'ont eu les pensionnats sur les familles et les communautés autochtones
- 3c - Les Survivants et leur famille comprennent comment les pensionnats les ont affecté, eux et leurs parents, leurs grands parents etc.**
- 4a - Accessibilité, au niveau local, à des occasions de formation pour les guérisseurs/aidants
- 4b - L'équipe de guérison ou les aidants possèdent des connaissances et des compétences suffisantes pour pouvoir traiter les problèmes découlant des abus physiques et sexuels
- 5a - Participation aux démarches de guérison
- 5b - Divulgations au sujet des abus physiques
- 5c - Divulgations au sujet des abus sexuels
- 5d - Les membres de la communauté travaillent ensemble pour appuyer les démarches de guérison
- 5e - Nombre d'enfants qui vivent des situations à risque dans la communauté**
- 5f - Les activités de guérison ciblent les Survivants *et leur famille*
- 6a - Planification communautaire à long terme pour la guérison**
- 6b - Les dirigeants communautaires cherchent des ressources pour appuyer la guérison à long terme
- 6c - Les organisations et agences de service (dans la communauté et en dehors) tentent d'obtenir des ressources pour appuyer la guérison à long terme des Survivants et de leur famille

(a) le n minimal ou fréquence prévue dans chaque cellule n'ont pas été atteints dans ces cas.

5.2.5 Encourager la participation des Survivants et assurer l'imputabilité et la transparence

Trois de quatre projets en zones urbaines parmi ceux qui ont fait l'objet d'une étude de cas— *Projet pour les jeunes homosexuels* [Two-Spirited Youth Initiative] (Vancouver, Colombie-Britannique), *Lorsque la justice guérit* [When Justice Heals] (Ottawa, Ontario) et le projet du Centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home] (Red Deer, Alberta)—ont éprouvé des difficultés concernant la participation de la communauté et celle des Survivants. Le quatrième projet, *Guérir les effets multi générationnels des pensionnats – Programme d'accès en milieu urbain* [Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement - Urban Access Program] (Saskatoon, Saskatchewan), a rapporté qu'une majorité de Survivants se retrouvait parmi les participants, que des Survivants siégeaient au sein d'un comité consultatif et que des stratégies innovatrices, tels que des festins communautaires mensuels avaient été organisés. Il se peut très bien que dans un milieu urbain où la population autochtone est géographiquement dispersée parmi la population non autochtone, la participation des Survivants et des membres de la communauté exige de grands efforts. De plus, la définition elle-même du concept de « communauté » peut causer des difficultés. À Ottawa, par exemple, la communauté inuite ne s'identifie pas automatiquement à la communauté « autochtone. » La

signification et la définition du terme « communauté » est, de toute façon, beaucoup plus vague dans les villes que dans les communautés plus petites et plus isolées du point de vue géographique.

Sur les treize études de cas, quatre projets semblent avoir obtenu un haut niveau de participation et d'engagement communautaire de la part des Survivants, tandis que le reste a obtenu des résultats mitigés. Koskikiwetan (La Tuque, Québec) est un parfait exemple d'un projet dirigé par les Survivants - plus de la moitié des membres (14) de l'équipe multidisciplinaire qui a élaboré la proposition de projet était des Survivants. Les Survivants ont dirigé le projet et ont livré la thérapie. Cela a eu un effet cathartique sur les travailleurs locaux qui participaient aux projets, car les Survivants peuvent partager leur expérience, démontrer des comportements sains, comprendre les participants, leur démontrer de l'empathie et ils semblent plus efficaces à briser le silence entourant la violence. Le projet a assuré la collaboration entre les différents partenaires, que ce soit en les faisant participer directement ou en les informant régulièrement des progrès des activités en cours. Les membres des équipes ont également tiré profit des réunions organisées par les services sociaux, de santé, d'éducation et les services de police afin de faire des rapports des activités. De plus, on a fait la promotion du projet pendant la conférence des Aînés et on a présenté les rapports auprès du Conseil de la Nation Atikamekw.

Le programme Qul-Aun (Lantzville, Colombie-Britannique) est également un excellent exemple en matière de participation des Survivants. Les Survivants ont été recrutés à titre de partenaires des psychologues et des autres conseillers lors de la période d'élaboration du programme. De plus, le système méthodique de Qul-Aun, qui permet de recueillir les impressions des participants a fait en sorte que l'information était régulièrement colligée et utilisée comme fondement à l'évolution du programme. À titre de comparaison, les sondages nationaux ont découvert que les Survivants étaient moins disposés à participer à l'élaboration du contenu et des documents du programme alors qu'ils étaient recrutés en plus grand nombre à titre de membres du comité consultatif.¹⁶⁸ La pièce de théâtre *Every Warrior's Song* (Chase, Colombie-Britannique) a également obtenu la participation des Survivants au début du projet. En fait, la pièce de théâtre était tirée des expériences des Survivants, qui ont été interviewés lors de l'étape des recherches. Les Survivants et les Aînés ont apporté leur contribution tout au long du programme et on a attribué le maintien de l'élan du projet à leur participation.

Le centre de counselling de Pisimweyapiy Counselling [Pisimweyapiy Counselling Centre] (Nelson House, Manitoba) a obtenu la participation des Survivants et des Aînés au sein de l'équipe de projet et du Conseil d'administration. En outre, le groupe consultatif du pensionnat a offert son soutien à l'équipe de projet. La responsabilité à l'égard de la communauté a été hautement appréciée et la grande majorité des personnes interrogées croyaient que le projet nécessitait peu ou pas d'améliorations à cet égard. Le projet a rendu compte de ses activités grâce à la radio locale, aux présentations offertes aux communautés, aux bulletins d'information mensuels, aux réunions du conseil consultatif du pensionnat et en publiant les horaires des activités du programme. Le Tableau 16 offre un résumé des différents moyens utilisés par les projets d'études de cas pour stimuler la responsabilisation et la participation des Survivants.

Tableau 16) Projets inclus dans les études de cas - activités de reddition de compte et engagement des Survivants

Projet	Localisation	Responsabilité et transparence envers la Communauté	Engagement des Survivants
Guérison et harmonie dans nos familles [Healing and Harmony in Our Families]	Cape Dorset, Nunavut	L'équipe du projet a reconnu le besoin d'informer davantage les membres de la communauté et d'obtenir leurs impressions.	Bonne participation de la part des Survivantes de la violence sexuelle, mais il est difficile de faire participer les hommes. L'équipe du projet est largement représentée par des Aînés.
Projet pour les jeunes homosexuels [Two-Spirited Youth Program]	Vancouver, Colombie-Britannique	Le projet a signalé qu'il n'avait pas de comité consultatif, pas d'évaluation des besoins, pas de processus officiel pour recueillir les impressions des participants et notait entretenir des liens fragiles avec les groupes d'homosexuels et de lesbiennes autochtones.	Pas de conseil consultatif ou de participation de la part de Survivants dans le programme.
Honorer les Survivants (production théâtrale) (Every Warrior's Song) [Honouring Residential School Survivors: A Theatrical Production - Every Warrior's Song]	Chase, Colombie-Britannique	Discussion avec les spectateurs après chaque représentation et dispositions prises pour la consultation de suivi. Réunions de suivi avec les communautés afin de recueillir leurs impressions.	Les Survivants ont participé aux recherches préliminaires et à titre de conseiller tout au long du projet. L'équipe du projet incluait des Aînés et des Survivants.
Programme Qul-Aun [Qul-Aun Program]	Lantzville, Colombie-Britannique	Impressions officielles et non officielles recueillies auprès des participants, du personnel et des conseillers (p.ex. enquêtes, questionnaires, discussions de groupe).	Les Aînés sont engagés à titre de professeurs et de conseillers. Certains membres de l'équipe sont des Survivants.
Centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home]	Red Deer, Alberta	L'étendue des communications avec la communauté n'était pas claire. Aucune référence écrite à propos de bulletins d'information réguliers, de réunions et de festins n'a été signalée autre que les rapports trimestriels qui ont fait référence à la journée portes ouvertes et aux réunions mensuelles du Conseil autochtone local.	Le projet a pu engager des Survivants lors de l'élaboration du projet mais n'a pas pu maintenir leur participation tout au long du programme. Certains Survivants ont participé à titre de bénévoles.
Guérir les effets multi-générationnels des pensionnats urbains [Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement - Urban Access Program]	Saskatoon, Saskatchewan	Différentes stratégies ont été mises sur pied, y compris les festins mensuels, afin de rassembler la communauté pour qu'elle partage l'information et les différentes impressions des participants. Diffusion auprès des communautés autochtones situées à l'extérieur de la ville. Stratégies de gestion de l'information et planification stratégique au niveau du Conseil d'administration.	Environ 80 % des participants sont des Survivants. Le conseil consultatif est formé de Survivants, mais le projet semble ne pas être dirigé par des Survivants.

Projet	Localisation	Responsabilité et transparence envers la Communauté	Engagement des Survivants
Projet de guérison de Willow Bunch [Willow Bunch Healing Program]	Willow Bunch, Saskatchewan	Communication avec la communauté à l'aide du partage duplan de travail de deux années. Communications non officielles avec les écoles, les musées, le comité historique et les institutions métis. Également, utilisation des médias à l'aide des communiqués de presse, des annonces publiques et des interviews.	Pas vraiment applicable. Le projet aborde la répression de la culture et de l'identité métis et non la violence physique et sexuelle. Les personnes et les communautés métis participent activement à l'élaboration et à la gestion du projet.
Programme de compétences parentales de Kikinahk [Kikinahk Parenting Program]	La Ronge, Saskatchewan	Méthodes de partage de l'information incluant la radio, les brochures et les bulletins d'information. Les représentants des écoles ont besoin d'un plus grand nombre de possibilités pour l'expression des différentes impressions.	Le manque de participation de la part des Survivants représente un défi.
Centre de Counselling Pistimweyapiy [Pistimweyapiy Counselling Centre]	Nelson House, Manitoba	La responsabilité envers la communauté a obtenu une note élevée auprès des personnes interrogées. Les méthodes utilisées incluent la radio, les représentations au sein de la communauté, les bulletins d'information mensuels, les réunions du comité consultatif des pensionnats et l'affichage du programme d'activités.	Deux des quatre membres qui participent au projet sont des Survivants et des Aînés. Un des membres du Conseil d'administration est à la fois un Aîné et un Survivant très respecté au sein de la communauté. Le groupe consultatif du pensionnat et le comité des Survivants portent assistance à l'équipe du projet.
I da wa da di	Ohsweken, Ontario	Processus de rétroaction officiel auprès de participants (questionnaires). Résumés des impressions des participants inclus dans les rapports destinés aux participants et aux communautés.	Absence de Conseil d'administration, de comité consultatif ou de moyens officiels impliquant les Survivants à d'autres fonctions que celles de participants aux activités de formation et de guérison.
Lorsque la justice guérit [When Justice Heals]	Ottawa, Ontario	La participation et le soutien insuffisants au sein de la communauté ont été identifiés comme étant des défis.	Les personnes interrogées ne s'entendaient pas sur le degré de participation des Survivants au projet.
Koskikiwetan	La Tuque, Québec	Rapports sur l'évolution des cas lors d'une conférence des Aînés (2001) et réunions organisées par les services sociaux, la santé, l'éducation, la police et la nation Atikamekw. Mises à jour régulières auprès des partenaires du projet.	Plus de la moitié des 14 membres de l'équipe d'origine étaient des Survivants et la participation des Survivants à l'équipe demeure élevée.
Notre jeunesse, la voix de l'avenir (une initiative pour les jeunes de Big Cove) [Our Youth, the Voice of the Future]	Big Cove, Nouveau-Brunswick	Enquête et évaluation des besoins de la communauté tôt dans le projet. Participation du leadership à l'aide du Comité sur le bien-être de la communauté. Conseil consultatif formé de jeunes.	Des Survivants ont participé à l'élaboration du programme. Les Aînés ont participé à l'enseignement des arts et de l'artisanat et des activités traditionnelles, mais le projet a signalé que la participation accrue des Survivants était nécessaire.

La moitié des répondants (51 %, n=154, E2) n'ont eu aucune difficulté à engager les personnes survivantes dans le processus de guérison. Un certain nombre (49 %) de personnes se bute encore à des obstacles pour diverses raisons. Dans la plupart des cas, les personnes survivantes dans les collectivités sont âgées. Elles ont de réels et urgents problèmes de santé et 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.¹⁶⁹

[TRADUCTION] 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.¹⁷⁰

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.¹⁷¹

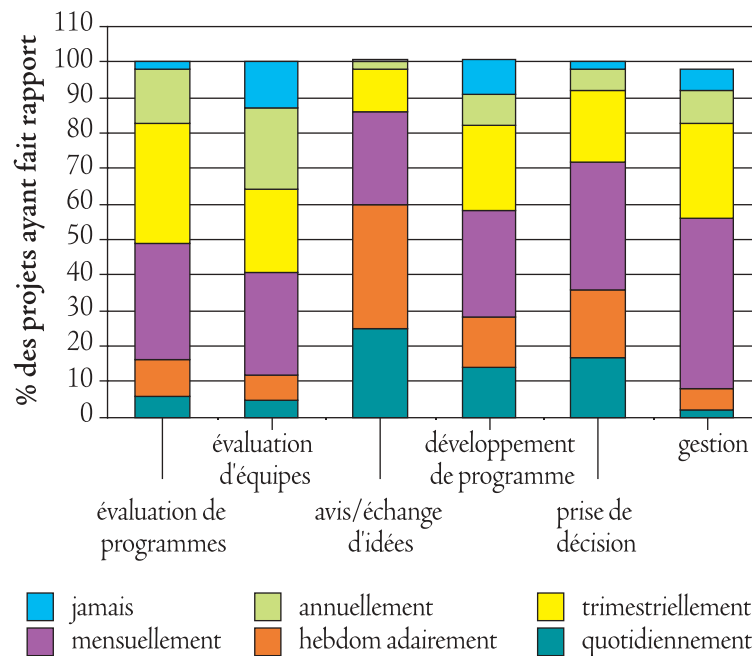
[TRADUCTION] Les personnes survivantes se méfient des projets parce qu'elles pensent que leur participation compromettra leur demande d'indemnité financière présentement soumise aux tribunaux. Les personnes survivantes ont l'impression qu'on les exploite à cause de leur passé.¹⁷²

[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.¹⁷³

Certaines personnes se montrent contrariées, se retiennent à cause de la honte, de la peur, d'une profonde détresse, du déni ou de la réticence d'être vues comme critiques à l'égard de l'Église et d'autres ont complètement perdu espoir : [TRADUCTION] « certains ont souffert si atrocement qu'il leur semble impossible que quelqu'un puisse arriver à les comprendre. »¹⁷⁴ Les obstacles physiques incluent le manque de moyen de transport et de service de garde pour les enfants, la mauvaise température, le chômage et un manque d'appui, qui empêchent les membres de la communauté 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.

Lorsque les personnes survivantes ont choisi de s'engager, 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, E2). Plus de la moitié des équipes de projet (n=161, E2) ont rallié les Survivants 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 tenaient mensuellement, trimestriellement ou annuellement. La figure 30 indique la fréquence à laquelle les personnes survivantes ont participé aux activités de gestion de projet, basée sur les résultats du sondage de 2002.

Figure 30) Fréquence de l'engagement des Survivants dans la gestion des projets, selon le type d'activité (2002)



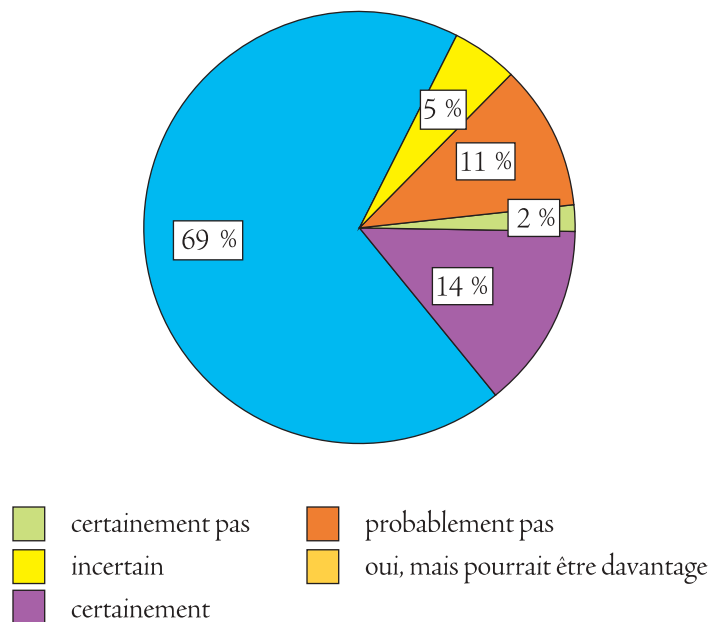
Les Survivants représentent 32 pour cent des membres des équipes de projet (n=116, E3), 43 pour cent des bénévoles (n=104, E3), 47 pour cent des contractuels et des personnes recevant des honoraires (n=137, E3), et 51 pour cent des tous les membres des conseils de direction/d'administration ou des conseils consultatifs (n=164, E3). Quant aux personnes touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats, elles sont aussi très bien représentées et forment 60 pour cent des équipes de projet (n=128, E3), 57 pour cent des bénévoles (n=108, E3) et 44 pour cent des personnes contractuelles ou qui reçoivent des honoraires (n=120, E3). Elles forment 43 pour cent des membres des conseils de direction/d'administration ou des comités consultatifs (n=145, E3).

5.2.6 Répondre aux besoins

Bien que certains indices semblent démontrer que les projets répondent aux besoins des Survivants, les équipes doivent relever certains défis associés au manque de ressources et de compétences pour faire face à ces besoins. En outre il demeure difficile d'engager la participation de certains groupes et l'information

portant sur les causes de cette difficulté n'est pas très claire. Presque la moitié des répondants (44 %, n=164, E2) 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, 56 pour cent d'entre eux affirment ne pas en être capables et 36 pour cent (n=166, E2) ont établi une liste d'attente. Un petit groupe (13,5 %) ¹⁷⁵ se dit certain d'avoir rejoint les personnes ayant les besoins *les plus pressants*. La plupart d'entre eux (69 %) reconnaissent qu'en dépit du fait d'avoir fort probablement rejoint ces personnes, ils voudraient pouvoir faire mieux. Certains (5 %) étaient incertains à cet égard, alors que d'autres (12,5 %) étaient sûrs de ne pas avoir rejoint (probablement certain ou absolument certain) les personnes les plus touchées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats. D'autres sources indiquent que la peur et le déni ou encore le manque de ressources ralentissent les progrès à cet égard. La figure 31 illustre la façon dont les projets ont perçu leur capacité de rejoindre les personnes ayant de très grands besoins. ¹⁷⁶

Figure 31) Capacité de rejoindre les personnes ayant les besoins les plus pressants (2004)



Lorsque les projets ont été interrogés au sujet du nombre supplémentaire de personnes qu'ils pourraient desservir si le projet bénéficiait du temps et des ressources suffisants, ils ont indiqué un total of 138 130 (n=183) [Ext - 306 452: n=406, i.e., 56 % de n=725, soit le nombre total d'organisations financées par la FADG au 1er septembre, 2004] ¹⁷⁷ de personnes qu'ils pourraient desservir.

Bien que les répondants au sondage national aient indiqué que la FADG répond aux besoins des personnes ayant les besoins les plus pressants, ils ont cependant reconnu que la situation pourrait être améliorée. Selon eux, la capacité de la communauté (leur aptitude à préparer des propositions de projet et à répondre aux exigences en matière de production de rapports) est l'un des obstacles les plus importants qui les empêche de répondre aux personnes qui ont les besoins les plus pressants. Sur les 3 241 propositions reçues, 1 346 (soit 42 %) ont abouti à une entente de contribution. Une soumission peut ne pas être acceptée pour plusieurs motifs : le projet ne s'attaque pas directement aux séquelles des pensionnats (abus physiques et sexuels), elle ne contient pas de stratégies adéquates pour respecter son obligation de transparence envers

les Survivants et la communauté ou ne contient pas de renseignements suffisants sur le programme ou les finances. Il faut aussi souligner que la confusion persiste chez les personnes qui ont les besoins les plus pressants en ce qui concerne le rôle de la FADG – elles croient que le financement que celle-ci accorde est un montant qui doit servir à compenser les Survivants. La FADG semble bien fonctionner pour les communautés qui savent rédiger une proposition, qui préparent des propositions de projets complètes et qui répondent aux critères de base en matière de production de rapports. Cependant, les personnes et communautés qui ont les besoins les plus pressants n'ont pas toujours la capacité de prendre part à cette démarche au niveau local. Afin de répondre aux besoins de ces communautés, la FADG a élaboré un processus d'approbation et de surveillance de projet plus simple et plus interactif. En outre, les poursuites en justice, les rapports erronés publiés dans les médias, le contexte délicat qui entoure la question des pensionnats ont engendré des idées fausses au sujet de la nature et du mandat de la FADG. C'est en éduquant le public que la FADG cherche à éliminer ces idées fausses et à encourager les Survivants à s'engager dans des démarches de guérison, non pas pour remplacer les démarches de réparation, mais en plus de leurs démarches pour obtenir justice.

Lorsque l'on examine la capacité des équipes ayant participé aux études de cas à répondre aux besoins, on remarque que cette capacité prend plusieurs formes. Le projet « Notre jeunesse, la voix du futur » [Our Youth, the Voice of the Future] de Big Cove au Nouveau Brunswick, a évalué qu'environ 17 pour cent des membres du groupe cible de 900 jeunes ont participé. S'il y avait eu des ressources adéquates et une meilleure diffusion de l'information, nos sources ont affirmé *qu'elles auraient pu desservir jusqu'à 500 jeunes*. À Cape Dorset, au Nunavut, les groupes de guérison des femmes et des adolescentes semblent être bien établis. Les Aînés ont également participé à la guérison et à la formation, mais les hommes continuent d'être sous représentés. Dans le cas de projets de guérison et de formation bien élaborés qui visent les populations en région, les frais de transport et de service de garde qui permettent aux personnes de participer aux projets ne sont pas clairs. Malgré tout, les programmes régionaux ont été représentés par différentes communautés, ce qui témoigne de stratégies de communication efficaces et de l'habileté de certains participants à subvenir à leurs besoins en transport et en service de garde ou à obtenir un soutien.

Parfois, il apparaît que les besoins des Survivants *surpassaient* les capacités de l'équipe et que des consultations avec des *professionnels* étaient recommandées. En d'autres termes, bien que les équipes possédaient de bons outils pour renforcer les compétences parentales, elles se sentaient moins bien outillées pour aborder les questions liées au syndrome d'alcoolisme foetal et aux effets de l'alcoolisme foetal, aux dépendances chroniques sévères, aux troubles dissociatifs et aux autres symptômes de troubles psychosociaux associés au stress post-traumatique. De façon plus générale, les projets de guérison ont identifié 27 855 (n=267) personnes ayant des besoins spéciaux (traumatisme sévère, incapacité de communiquer en groupe, antécédents de tentatives de suicide ou de dépendances qui mettent la vie en danger). En moyenne, 37 pour cent (médiane= 25 %, n=163, E1) des participants exigeaient plus d'attention que la normale pour combler leurs besoins spéciaux.¹⁷⁸ Par conséquent, certains Survivants ont été aiguillés vers d'autres organismes.

Les stratégies proposées pour répondre aux besoins incluaient l'augmentation du nombre de membres au sein des équipes et une approche de la guérison globale et par étape. En d'autres termes, il faut peut-être d'abord résoudre certaines questions (p.ex. les comportements autodestructeurs etc.) avant d'en aborder certaines autres (p.ex. les compétences parentales ou l'employabilité etc.). Dans d'autres cas, l'énorme demande en services a rendu la tâche difficile aux équipes. Dans de telles circonstances, on aurait peut-être

pu obtenir de meilleurs résultats s'il y avait eu plus de ressources et si les partenariats avaient été plus solides.

Certains Survivants ont commencé leur démarche de guérison puis l'ont interrompue parce qu'ils n'étaient pas prêts à faire face à leurs problèmes ou parce que l'approche ne correspondait pas à leurs besoins. Il a été difficile de s'adapter à leurs demandes car nous savons peu de choses au sujet des membres de ce groupe, mis à part le fait que la participation de plusieurs d'entre eux était obligatoire. Il nous faudra recueillir de l'information au sujet des participants qui ont abandonné leur démarche de guérison avant la fin des projets avant que nous puissions répondre à leurs besoins de façon raisonnable et adéquate. De la même façon, bien que l'éducation sur les séquelles des pensionnats ait été reçue avec enthousiasme, il semble évident que la négation *persiste*. La plupart des personnes interrogées croyaient que l'on pouvait encore améliorer les efforts fournis pour rejoindre les personnes qui ont des besoins par le biais d'activités plus dynamiques, innovatrices et régulières. L'éducation sur les séquelles des pensionnats a été régulièrement mentionnée comme étant une stratégie apte à encourager la participation des Survivants aux activités de guérison. Les activités servant à influencer les femmes sont également considérées comme un bon moyen de faire participer les hommes.

On a également indiqué qu'en répondant aux besoins des participants, on comblait également des lacunes dans les services (p.ex. services aux jeunes homosexuels et lesbiennes, enseignement non mandaté axé sur la culture des compétences parentales traditionnelles et contemporaines, thérapie pour l'ensemble de la famille, célébration et renforcement de la culture métis etc.). Dans un cas (le Centre de counselling de Pisimweyapiy [Pisimweyapiy Counselling Centre] de Nelson House, Manitoba), l'équipe financée par la FADG a été tellement efficace que l'équipe des Services de santé envisage adopter son approche et ses protocoles. Finalement, le fait de créer un environnement propice pour recouvrer l'identité culturelle, de documenter l'histoire *exacte* et d'utiliser cette information afin de rééduquer la communauté a comblé un besoin de longue date en améliorant les relations entre les membres non autochtones et autochtones de la communauté.

5.2.7 Établir des partenariats et assurer leur viabilité

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 et 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 et à élaborer et mettre en application des stratégies de guérison durables. Le montant de financement à long terme obtenu à ce jour est l'indicateur qui a été choisi pour refléter la durabilité. D'autre part, les partenariats sont constitués de toutes les contributions à court et à long termes (monétaires ou autres), 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 la nature de ces contributions à *l'échelle nationale*. Les projets ont donc été encouragés à obtenir un soutien financier à long terme ou à élaborer des stratégies de guérison durables. En outre, de nombreux documents promulguent une approche coordonnée et holistique de la santé et de la guérison par le biais d'un développement communautaire.¹⁷⁹ L'une des leçons retenues dans le cadre des expériences vécues par initiatives de guérison mise en œuvre dans les communautés autochtones est la suivante : [TRADUCTION] « La guérison communautaire nécessite des initiatives de développement personnel,

culturel, économique et social qui doivent être étroitement liées à une stratégie coordonnée cohérente et à long terme. »¹⁸⁰ Plusieurs indices ont été sélectionnés pour illustrer la valeur qui a été ajoutée par le biais de partenariats, tels que le nombre, le type, la qualité et les ressources financières, et pour vérifier la manière dont leur efficacité est perçue.

L'examen des documents, les sondages nationaux et les études de cas donnent un aperçu sur la façon dont les relations de coopération influencent les projets. À partir de l'examen du document, sur les 36 dossiers examinés, 35 ont mentionné de nouveaux partenariats, et les résultats du sondage ont démontré que la majorité (72 %, n=247, E1) des organismes parrainés s'est jointe à d'autres efforts de guérison ou de formation.¹⁸¹ Les relations sont principalement formées au sein de la communauté et les services à la communauté sont les partenaires les plus compatibles. En général, les projets financés par la FADG ont développé d'importantes relations de travail avec différents fournisseurs de services et organismes de la communauté ou de la région, et ce, principalement afin d'élargir la gamme de services. Le tableau 17 offre une liste d'organisations et de services qui ont été mentionnés dans les dossiers de projets, ainsi que les chiffres et pourcentage des projets qui ont établi des partenariats.

Tableau 17) Établissement de partenariats

Organisations et services	N ^{bre} de projets	Pourcentage
Santé, y compris des services, des conseils et des comités médicaux et de santé mentale	21	58,3
Éducation : comités et conseils d'école et d'éducation ¹⁸²	16	44,4
Gouvernements et conseils autochtones locaux, villages autochtones	15	41,7
Organismes de services sociaux/travailleuses/ travailleurs sociaux	14	38,9
Services à l'enfance et à la famille	13	36,1
Services reliés à l'alcool, aux drogues et aux toxicomanies	12	33,3
Police/GRC	10	27,8
Groupes, conseils et services jeunesse	10	27,8
Ministère ou programme provincial/fédéral	7	19,4
Abris, centres pour femmes/agressions sexuelles	6	16,7
Groupe d'Aînées/Aînés	4	11,1

En se basant sur les résultats des études de cas, il est clair que la coordination active et le travail effectué par plusieurs organismes semblent avoir créé des conditions favorables pour mettre en oeuvre un projet financé par la FADG. Par exemple les personnes interrogées dans le contexte de l'étude de cas du Centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home] ont indiqué que les propriétaires étaient peu disposés à leur louer des appartements et/ou que les employeurs ne retenaient pas leurs candidatures. Au cours des 15 dernières années, les organismes et les services autochtones de Red Deer se sont développés et ont formé une équipe multidisciplinaire de services intégrés. Les nouvelles initiatives incluent du financement pour les itinérants, des logements subventionnés par la communauté, un nouveau Red Deer Aboriginal Employment Centre et un nouveau Conseil autochtone qui supervise tous les programmes qui touchent la communauté. De plus, la participation à des sessions de sensibilisation à la culture autochtone est exigée

de la part de tous les organismes qui comptent ce secteur de la population parmi leur clientèle. Le centre de guérison Tawow s'est joint à cet environnement dynamique et a comblé une lacune en offrant le seul programme de soins non mandaté, fondé sur la culture autochtone et destiné aux enfants, aux adolescents et aux familles qui risquent de faire l'objet d'une intervention de la part des services sociaux.

Dans le cas de la Première Nation de Big Cove, un Comité inter-organismes offre l'encadrement dans le cadre du projet. Dans d'autres cas, l'équipe du projet comprend des personnes qui ont travaillé pour différentes agences et différents organismes communautaires (la communauté de Cape Dorset au Nunavut et les communautés Atikamekw d'Opitciwan, de Wemotaci et de Manawan au Québec) et qui en sont également membres. À Willow Bunch, au Saskatchewan, bien qu'aucun partenariat officiel n'ait été formé, on a établi des liaisons externes avec des organismes provinciaux (Métis Addictions Council of Saskatchewan, Gabriel Dumont Institute et Métis Nation of Saskatchewan). Selon les personnes interrogées de Nelson House, Manitoba les partenariats et les réseaux établis dans la communauté sont des facteurs qui ont contribué à l'augmentation du nombre de couples recherchant de l'aide tout au long du projet. Le Centre avait établi des relations de travail avec un média autochtone local, avec le programme régional desservant les Survivants, les dirigeants, la communauté Métis, un collège local et différents organismes de services sociaux. Le programme Qul-Aun de Tsow-tun Le Lum a établi sa crédibilité auprès de *Service correctionnel Canada* en offrant des services aux détenus prêts à obtenir leur libération conditionnelle. Ce programme reçoit une allocation quotidienne pour chaque lit occupé par un détenu.

Le Conseil de justice autochtone [Aboriginal People's Justice Circle] d'Ottawa, Ontario encourage les communautés autochtones, ainsi que le système juridique traditionnel, y compris des représentants du Procureur de la couronne, de la police et du corps judiciaire, à être membre du Conseil. Bien que nos sources n'aient pas été unanimes quant à l'importance du soutien que les partenaires communautaires avaient accordé au projet, elles s'entendent pour dire qu'il y a eu des progrès en matière de sensibilisation et d'acceptation des pratiques et des valeurs autochtones. Le troisième rapport trimestriel a indiqué que le fait que l'assistant du Procureur de la couronne fasse partie du Conseil a : [TRADUCTION] « contribué à détourner les Autochtones du système juridique traditionnel. » Une personne interrogée a rapporté que les représentants de la justice [TRADUCTION] « ont commencé à écouter, à apprendre et à accepter nos enseignements ... ce type de réseau nous permet de gagner de la crédibilité et du respect et les gens semblent plus disposés à se familiariser avec notre culture. » En fait, on a même rapporté que le port des peintures traditionnelles est maintenant permis et respecté dans nos tribunaux.

Deux des projets se sont déplacés dans les communautés : un pour présenter la pièce de théâtre *Every Warrior's Song (Colombie-Britannique)*, et l'autre afin d'offrir des ateliers de formation (*I da wa da di*, Ontario). Dans les deux cas, les communautés et les organismes d'accueil se sont occupés de l'organisation de l'événement. La demande de financement pour la pièce de théâtre contenait une liste de six partenaires dont des groupes musicaux, des centres de traitement et des comités de pensionnats. La pièce de théâtre a été présentée dans 12 villes à travers toute la province et, dans le rapport final, on a mentionné 13 autres partenariats. Les communautés qui ont accueilli les projets ont fourni une salle avec une scène et assez d'espace pour accommoder le nombre prévu de spectateurs et a également offert les services de marketing, de transport des spectateurs, un festin, un conseiller psychologique et des plans d'action (pré et post représentation) pour offrir un soutien aux participants, ainsi que des conseillers itinérants pendant la représentation. Les ateliers de formation *I da wa da di* ont été financés par trois commanditaires qui ont offert la publicité locale et l'assistance ainsi que des repas et des collations. Les guérisseurs traditionnels et

les Aînés de différentes régions faisaient également partie de ce réseau de partenaires et ont participé aux ateliers de formation et au rassemblement annuel afin de partager leurs enseignements et leur sagesse au sujet de la guérison.

Les études de cas ont abordé la question de la viabilité à long terme en demandant aux participants si le projet pourrait continuer à fonctionner une fois que le financement de la FADG aura cessé. Deux des projets en Colombie-Britannique ne fonctionnent plus – la production théâtrale *Every Warrior's Song* et le projet pour les jeunes homosexuels [Two-Spirited Youth Project]. Deux autres projets ont déclaré qu'ils ne pourraient plus fonctionner une fois que le financement de la FADG aura cessé, à moins qu'ils ne reçoivent l'appui d'un partenaire solide. Dans l'un de ces deux cas, le Centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home] (Red Deer, Alberta) ce pronostic se base sur la nature unique des services offerts : le centre est la seule option de services *non mandatés* dans toute la région. Si l'organisation accepte un financement de la part des services sociaux, le programme devra être modifié pour adhérer aux lignes directrices de ces derniers. Le programme risquera alors de perdre son approche unique. Les difficultés entourant l'établissement de partenariats sont surtout causées par des différences philosophiques et pratiques entre le projet et les agences de protection à l'enfance, ces différences tendant à diminuer la viabilité du centre de guérison Tawow. Lorsque l'étude de cas a été effectuée, le projet *Lorsque la justice guérit* [When Justice Heals] (Ottawa, Ontario) fonctionnait sans financement avant et après que le financement de la FADG qui lui avait été accordé ait cessé.

Bien qu'on ait été préoccupé par la viabilité à long terme de plusieurs des projets, les équipes semblent déterminées à les poursuivre, même si cela signifie que les activités doivent être réduites. Une personne interrogée a insisté sur le fait que même s'il devenait impossible de trouver des sources de financement, [TRADUCTION] « les personnes poursuivront leurs démarches de guérison puisqu'elles viennent tout juste de goûter à la « Bonne vie! ». » Un certain nombre de projets ont identifié d'autres sources de financement ou sont sur le point de le faire. L'un des avantages évidents du financement offert par la FADG est le fait que ce service comble des lacunes et que des programmes novateurs tels que le projet Tawow, ont été mis sur pied. Cette souplesse et cette réceptivité envers les besoins de la communauté représentent clairement une force, mais elles représentent également un défi en matière de viabilité pour les projets qui ne correspondent pas exactement aux programmes et aux critères existants. Toutefois, l'information tirée du sondage national suivante démontre que les projets attirent du financement et des dons non monétaires.

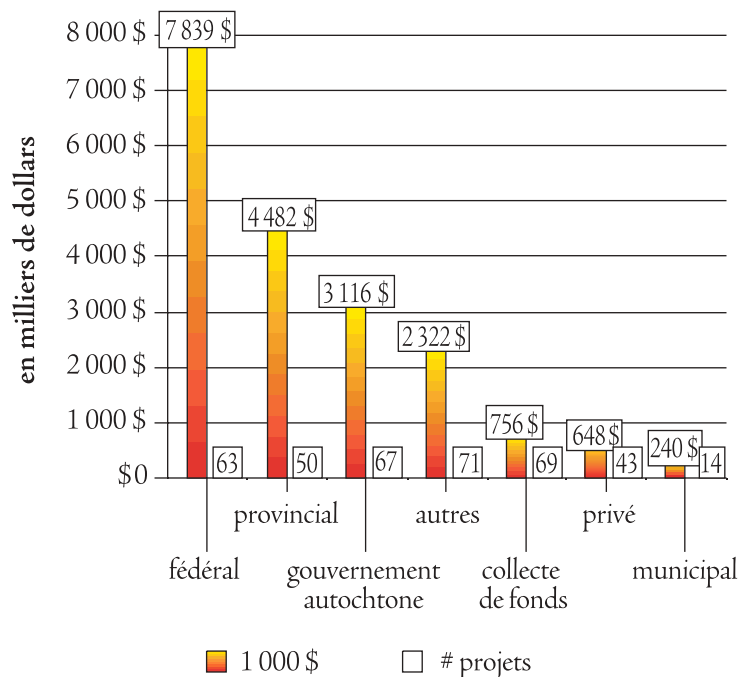
L'indicateur qui a été choisi pour démontrer la viabilité est le montant de financement à long terme qui a été obtenu jusqu'à date. Les partenariats cependant sont évalués en examinant toutes les contributions à court et à long termes (qu'ils soient de nature monétaires ou non) et les liens actifs avec des organismes offrant des services complémentaires. Lorsque les données financières sont mentionnées, on se réfère aux totaux, car ceux-ci offrent un portrait plus exact des contributions au niveau *national*.

Quatre-vingt cinq pour cent (n=199) des projets s'attaquent aux séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats en collaborant avec d'autres agences ou organisations. Le sondage national montre que moins de la moitié des répondants (44 %, n=467) ont indiqué qu'ils avaient reçu un financement provenant d'autres sources au cours de leur projet, ce qui représente une baisse par rapport au chiffre obtenu lors du premier sondage national (n=234, E1). Ce dernier indiquait que deux tiers des projets avaient reçu un financement provenant d'autres sources au cours de leur projet.

Un total de 19 401 480 \$ a été contribué par les partenaires *pendant la durée* de fonctionnement des 205 projets ayant mentionné qu'ils avaient reçu un financement provenant de sources autres que la FADG.

Les montants de financement les plus substantiels, accordés aux projets provenaient du gouvernement fédéral (7 838 611 \$) provincial et territorial (4 481 659 \$). Les gouvernements autochtones ont contribué 3 115 653 \$. La catégorie des « autres » sources a contribué plus de deux millions de dollars (2 321 512 \$). La catégorie « autres » inclut les appuis financiers accordés par les organismes locaux de santé et de services sociaux, les conseil tribaux et organismes de services sociaux autochtones, les églises (Unie, Anglicane et Catholique), les services de santé non assurés, la Nation Métis, les conseils locaux de formation et d'emploi, les entreprises, des dons privés, Centraide Canada, les associations de femmes autochtones et la Conférence canadienne des Évêques Catholiques. Les initiatives communautaires de levée de fonds ont recueilli plus des trois-quarts d'un million de dollars (756 018 \$). Les fondations privées ont offert 648 370 \$ et les gouvernements municipaux ont contribué la somme totale de 239 657 \$. La distribution du total des fonds contribués, selon la source, est illustrée à la figure 32. pour s'assurer de pouvoir considérer ces dons dans leur contexte réel (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).

Figure 32) Montant total des fonds contribués, selon la source (2004)

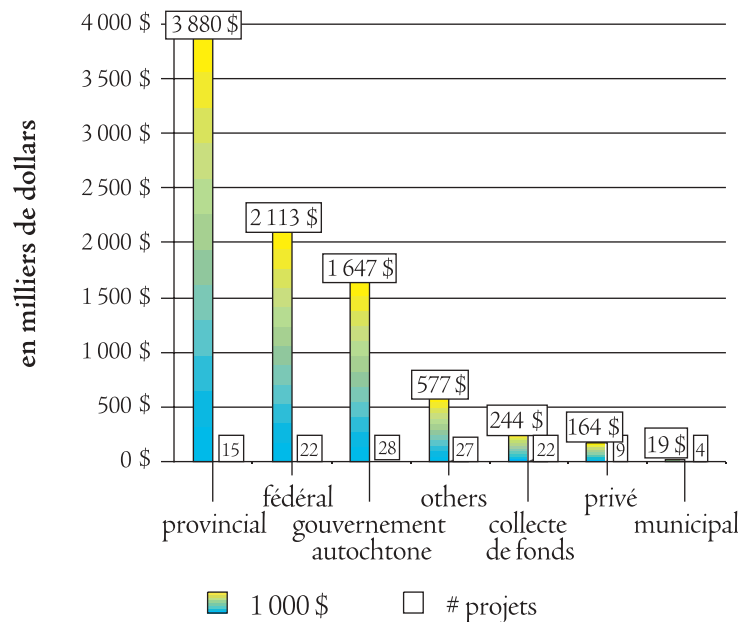


Un petit groupe de projets a déclaré qu'il recevait un *financement continu* de la part des ministères fédéraux et des instances gouvernementales au niveau provincial, municipal, au niveau des hameaux ou des autres paliers des gouvernements autochtones, ainsi que de la part de fondations privées ou par le biais d'initiatives de levées de fonds. En fait :

81 organisations ont rapporté qu'elles avaient reçu un financement régulier pour un total de 8 643 573 \$.

Près d'un quart des répondants (24 %, n=199, E3) sont convaincus qu'ils ne pourront pas continuer à s'attaquer aux séquelles un fois que la FADG aura fermé ses portes. Un nombre similaire de répondants (23 %) sont convaincus de ne pas pouvoir continuer lorsque que le financement assuré par la Fondation autochtone de guérison prendra fin et la majorité (53 %) ignore ce que l'avenir leur réserve. Après la FADG, ce sont les partenaires au niveau provincial qui ont engagé les plus grands montants dans les initiatives de guérison, en terme de *financement continu* (3 879 889 \$), suivi du gouvernement fédéral (2 113 197 \$) et des *gouvernements autochtones* (1 647 245 \$). Ici aussi les autres partenaires réunis dans la catégorie générale appelée « autres » ont fourni un montant de financement continu impressionnant atteignant 576 953 \$. Cette catégorie inclut les fonds provenant des organismes locaux de santé et des services sociaux, des Églises unie, anglicane et catholique, les gouvernements autochtones, des organismes autochtones de prestation de services, des Services de santé non assurés et les montants recueillis par le biais de collectes de fonds. La distribution du total des fonds continus, selon la source, est illustrée à la figure 33. Ici aussi, pour s'assurer de pouvoir considérer ces dons dans leur contexte réel (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).

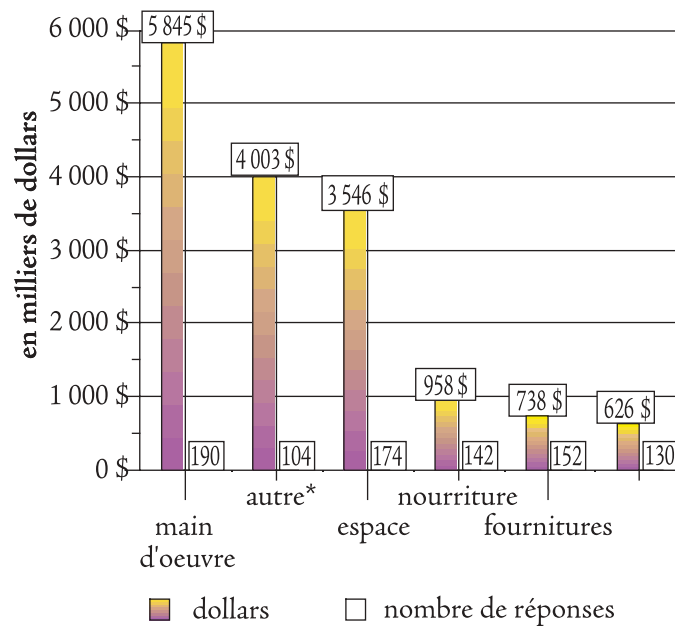
Figure 33) Financement régulier - Montant total, selon la source (2004)



Plus de la moitié (60 %, n=467) des répondants au sondage national ont rapporté avoir reçu des dons en biens et services d'une *valeur estimée* à 15 715 169 \$. Les dons en main d'oeuvre étaient clairement en première position en fait d'importance et ils représentaient 5 844 635 \$, et de dons divers¹⁸³ totalisant 4 022 641 \$. Des dons en terme d'espace (3 546 431 \$) de matériel pour le projet (737 621 \$), de nourriture (957 653 \$) et de transport (626 188 \$) ont été fréquents. La figure 34 illustre quelles formes ont pris les dons obtenus. Pour s'assurer de pouvoir considérer ces dons dans leur contexte réel (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).

Figure 34) Valeur totale des dons, selon le type (2004)

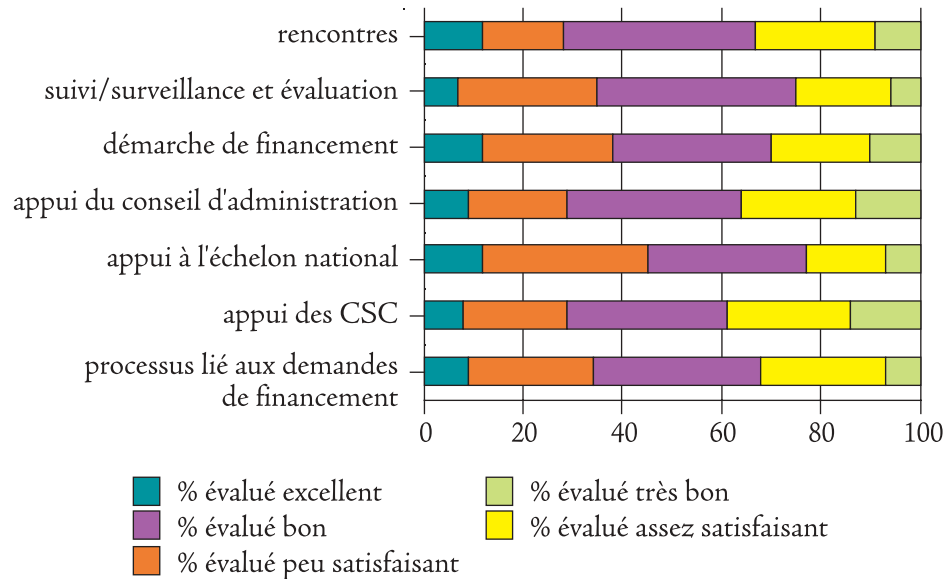


* la catégorie « autre » inclut la promotion médiatique, les médicaments et autres éléments.

Lorsqu'on a demandé aux équipes d'évaluer l'efficacité de leurs relations de travail avec leurs partenaires, près de la moitié (49 %, n=247, E1) ont indiqué qu'elles étaient très efficaces. Cependant, dans environ un cinquième de tous les projets (20 %) on a évalué leurs partenaires comme étant seulement plutôt efficaces ou inefficaces. L'annexe R illustre les opinions des équipes au sujet des partenariats qu'elles ont établis.

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 35 montre la distribution de l'appréciation à l'égard du processus ou du fonctionnement de la FADG.

Figure 35) Appréciation des activités de la FADG



Remarque: CSC = Coordonnateurs/coordonnatrices de soutien communautaire

5.3 Gérer l'amélioration des programmes

Dès le début des activités de la FADG, on a constaté très clairement qu'environ les trois quarts (74 %, n=230, E1) de tous les répondants au sondage national mesuraient, d'une façon ou d'une autre, les changements qui surviennent chez les participants dans leurs programmes respectifs. Les projets de guérison (n=203, E1) recourent très régulièrement à des observations non officielles (76 %), à des rétroactions sollicitées (64 %), à des évaluations (60 %) et à des observations officielles (54 %). Certains rapportent utiliser des rétroactions non sollicitées (32 %) et seulement quelques-uns (23 %) recourent à des évaluations officielles. Les projets recourent rarement (2 %) à des pratiques post-soins ou de suivi pour mesurer le changement qui survient dans une démarche de guérison. Pour ce qui est des projets de formation, 22 pour cent ne mesurent pas du tout le changement (n =137, E1). Lorsque l'on a mesuré les changements chez les personnes en formation (n=197, E1), les méthodes les plus courantes étaient les rétroactions sollicitées (40 %), les observations non officielles (37 %), les observations officielles (25 %), les rétroactions non sollicitées (20 %) ou les tests officiels (12 %). Un petit nombre (5 %) se sert d'évaluations ou de stratégies de suivi pour établir si les connaissances ou les compétences acquises durant la formation ont été appliquées.

Pour effectuer l'examen des documents, les indicateurs ont été classés sous les rubriques suivantes : sensibilisation, connaissance, attitudes et comportements. En très grande majorité, les indicateurs laissent à penser que les projets viseraient à influencer sur le *comportement* des participantes / participants (p. ex. la réduction des taux de violence familiale, l'augmentation de la fréquentation scolaire, des taux plus élevés de participation des parents dans les écoles). Bien que plusieurs projets aient proposé des stratégies d'évaluation pour mesurer le changement dans les *comportements*, leurs efforts de collecte de données et leurs analyses ont porté presque exclusivement sur les résultats plus immédiats (c.-à-d. les objectifs en matière de prestation des services). Autrement dit, l'on se concentre considérablement à rapporter les activités mais très peu sur l'atteinte des résultats souhaités pour les personnes, les familles ou la communauté. En toute justice,

l'évaluation des indicateurs *comportementaux* est prématurée en 2001. Après tout, l'initiative en est seulement à ses premières années et les équipes issues des communautés se retrouvent avec la tâche non enviable et *sans précédent* de déterminer *simultanément* les besoins, de mettre en valeur le potentiel, de lutter contre le refus tout en concevant et en mettant en oeuvre des programmes pour s'occuper des séquelles. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que les efforts soient plus rigoureux pour rapporter les changements en se servant d'indicateurs à court terme *réalistes* (p.ex. les changements en matière de sensibilisation et d'attitude) qui sont *clairs et mesurables*.

Des rapports d'évaluation ont été remplis pour certains (17 %, n=36) des dossiers des projets examinés; toutefois, les impressions des équipes au sujet de la mise en oeuvre et des répercussions des projets ont été incluses dans une grande majorité des dossiers (72 %). Les renseignements de nature qualitative dans les dossiers des projets révèlent que l'investissement de la FADG est précieux et répond à un besoin. Certains rapports signalent les commentaires positifs de certains participants sans présenter leurs formulaires d'évaluation (c.-à-d. des données brutes). D'autre part les projets ont rapporté des taux de participation élevés sans donner les détails quant à la proportion des Survivants ayant participé aux activités de guérison. Plusieurs ont observé des hausses en matière de demande de services sans illustrer, même de manière anecdotique, comment ils savaient qu'il y avait eu une telle augmentation. Dans certains cas, des données brutes sont intégrées aux rapports d'étape (p.ex. des formulaires de déclaration de la satisfaction des participants) sans inclure d'analyses ou de synthèses à l'appui de ces déclarations. Ces lacunes étaient probablement dues aux demandes de thérapies adressées aux équipes des projets ainsi qu'au niveau de capacité des communautés.

Malgré tout, il est bon de souligner certains exemples brillants d'autoévaluation communautaire. Un projet a questionné les participants directement et d'une manière ouverte au sujet de leurs attentes en leur demandant si le projet était en mesure ou non de répondre à ces attentes (utilité de l'information fournie, efficacité des animateurs et du personnel, qualité du rassemblement). Ces renseignements ont fourni une riche mine de données qualitatives à partir de laquelle il serait possible d'obtenir un portrait clair des activités et des répercussions des projets et d'en faire l'analyse. Un autre projet a proposé de recourir à des « *caractéristiques principales* » pour établir le rendement du projet, ces caractéristiques « principales » étant établies par consensus entre les intervenants (c.-à-d. les participants et l'équipe du projet) et incluant une évaluation de la satisfaction des participants à l'égard de leur mode de vie, des changements observables en matière d'autonomie, de l'efficacité en matière de gestion du projet. Les participants pouvaient également évaluer à quel point la viabilité du projet pouvait être établie sur le plan financier. Un autre projet a entrepris une évaluation des répercussions en recourant à des mesures répétées au sein des groupes participant à un programme de douze semaines. Bien que le rapport final « fasse état de changement subtil », il souligne aussi que la durée du programme n'était que de douze semaines et que le projet ne s'attendait pas à obtenir des changements significatifs au cours de cette brève période.

La revue des documents a révélé que les projets ont utilisé des méthodes variées de collecte de données, y compris l'évaluation par les participants, des questionnaires pour la communauté, des groupes de discussion, des entrevues avec des informateurs-clés et même des instruments plus normalisés et évalués rigoureusement comme le Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), le Myers-Briggs Type Indicator, la Achenbach Child Behaviour Checklist et le test de lecture de Gates-MacGinitie. *Ce sont les résultats tirés de ces instruments qui auront du poids dans l'évaluation future des répercussions de l'activité financée par la FADG.*

Cependant, l'on a observé certaines difficultés en matière de collecte de données en ce qui concerne les réponses au sondage et au suivi. Ces difficultés peuvent indiquer la nature critique des activités du programme de la FADG et un besoin de formation en matière d'évaluation communautaire:

[TRADUCTION] Les travailleurs sur le terrain ont découvert qu'en majorité, les personnes avaient peur de remplir les questionnaires. En tant qu'équipe, nous avons conclu que cette crainte avait trait à l'inconnu et aux problèmes non réglés dans la vie de chaque personne.

Collecte de données incomplète—résultat décevant compte tenu du temps et de l'énergie investis.⁸²

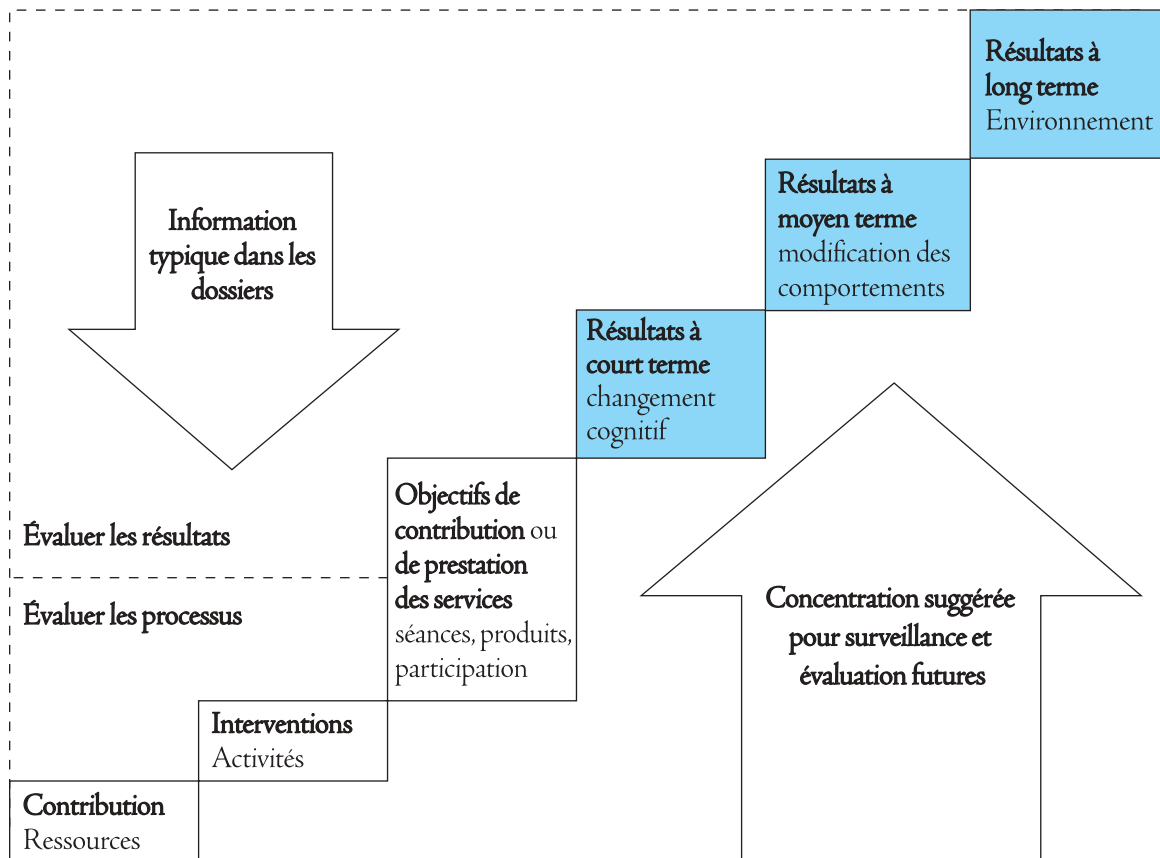
Outre l'évaluation, l'on a observé une série complète d'activités ayant trait à la transparence, qu'il s'agisse de rencontres et de rapports écrits officiels ou de séances de rétroaction communautaires moins formelles et de campagnes médiatiques, ainsi que des rapports d'évaluation mensuels et trimestriels; des débats radiophoniques pour susciter une rétroaction de la communauté; un calendrier de dîners communautaires mensuels; rencontres de discussion communautaires; des bulletins, des foires locales sur la santé, des conférences; des organismes de surveillance interne (un comité de Survivants bénévoles de la communauté) et des rencontres annuelles entre les organismes.

Les dossiers du projet d'études de cas étaient *riches* en détails au sujet des objectifs atteints en ce qui concerne la prestation de services, et certains de ces dossiers ont *officiellement* recueilli les observations des participants, ce qui a ajouté une grande valeur à ce rapport. La collecte des observations non officielles constitue une stratégie qui est habituellement utilisée pour évaluer la satisfaction des participants. Bien que tous les projets aient soumis des plans d'évaluation, plusieurs projets sélectionnés pour faire partie des études de cas ne possédaient pas le savoir-faire, le temps ou les outils appropriés pour procéder à leur évaluation. Il est également possible que les équipes de projet aient pensé qu'en complétant les formulaires de surveillance et d'évaluation requis par la Fondation, elles satisfaisaient aux exigences de la FADG en matière d'évaluation. La partie suivante porte sur les recommandations destinées à améliorer les efforts fournis dans le cadre des programmes. Ces recommandations abordent la distinction entre les activités et les résultats, comment choisir un objectif approprié et assez sensible pour être analysé, certaines méthodes et outils de mesure ainsi que des suggestions se rapportant à des schémas d'évaluation.

5.3.1 Distinction entre mesures et résultats réels

En général, il est nécessaire de faire la différence entre la capacité de mesurer les *objectifs de mise en œuvre* (ce que nous avons fait ou *extrants*) et les *changements réels* (ce que nous voulions ou les *résultats*). En d'autres mots, bien qu'il soit important de mentionner les réussites en matière de prestation de services ou de contributions immédiates (documents, participation, réunions et conférences), il demeure beaucoup plus éloquent de démontrer si des *changements* ont été apportés dans les idées, les intentions, les comportements et les conditions (les résultats). Vous trouverez dans les parties ombrées de la figure 36 les éléments sur lesquels les efforts futurs de surveillance et d'évaluation pourraient se concentrer.

Figure 36) Se concentrer sur le changement



Il faudrait en outre encourager les projets à déterminer des résultats *réalistes* et *réalisables*, formulés de manière plus *détaillée* afin que la théorie sous-jacente à chaque effort soit claire. Une description de résultats détaillés et réalisables est offerte aux paragraphes 5.1 *Impact sur les individus* et 5.2 *Impact sur les communautés*. Le tableau 18 est offert afin de s'assurer que les programmes financés par la FADG soient élaborés de manière à faciliter la réalisation d'évaluations efficaces.

Tableau 18) Questions-clé pour mesurer le rendement¹⁸⁵

But premier de la FADG	créer une guérison durable
Source du changement	activités du programme identifiées ici
Qui changera ?	qui <i>en particulier</i> (les objectifs ont tendance à être très larges)
Qu'est-ce qui changera ?	conscience, connaissances (résultats d'apprentissage), attitudes, motivation, comportements, conditions de la communauté (plus de précision nécessaire et attentes plus réalistes)
Quand cela changera-t-il ?	habituellement non spécifié, on suppose que les changements se manifesteront une fois que le programme sera terminé
Comment cela changera-t-il ?	réduction, augmentation
Dans quelle mesure cela changera-t-il ?	également habituellement non spécifié
Combien de temps ce changement durera-t-il ?	presque jamais spécifié : peut être incapable de présumer que le changement est durable

Les campagnes d'éducation sur les séquelles des pensionnats, par exemple, seraient beaucoup plus faciles à évaluer si une liste identifiant les résultats d'apprentissage était clairement établie. Un échantillon des résultats d'apprentissage axés sur l'éducation à propos des séquelles des pensionnats est offert en Annexe S. De plus, les campagnes d'éducation sur le sujet des séquelles des pensionnats auraient avantage à recueillir de l'information sur les indicateurs habituellement utilisés pour évaluer des efforts semblables.¹⁸⁶ Ceci leur permettrait d'évaluer le nombre de changements qu'ils ont perçus à l'égard de la prise de conscience communautaire; des attitudes envers la guérison; du comportement démontrant l'intention de guérir; des communications interpersonnelles (parler avec d'autres personnes au sujet des séquelles des pensionnats); de l'accès au service actuel et des tendances d'utilisation. Les statistiques sur la participation au programme devraient inclure des éléments d'identification uniques, afin d'éviter que des personnes ne soient comptées deux fois. La surveillance et l'évaluation des projets devraient utiliser un logiciel de traitement de données qualitatives et coder les segments-clés des rapports trimestriels afin de retrouver rapidement l'information. Un autre dilemme important qui surgit lors de l'évaluation des activités financées, est l'établissement d'un objectif approprié pour l'étude.

5.3.2 Les individus en contraste avec les communautés

Les indicateurs sociaux offrent une idée suffisamment objective de la situation dans son ensemble : une idée d'ensemble est toujours utile.¹⁸⁷ Les indicateurs-clés ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence à l'égard de la guérison, soit les taux d'enfants placés en famille d'accueil, les taux d'incarcération, de suicide et d'abus physiques et sexuels au niveau de la province ou de la communauté. C'est seulement au cours de la collecte de données que l'on s'est rendu compte comment ces données pourraient être disponibles,

suffisamment délicates, exactes et possibles à recueillir. En d'autres termes, bien qu'il soit honorable et ambitieux de se concentrer sur les changements qui ont lieu dans la communauté, cela peut ne pas convenir à un premier exercice d'évaluation des efforts. Par conséquent, des stratégies originales et *suffisamment discriminatrices* doivent être élaborées pour procéder à la mesure *directe* du changement chez les personnes, car les cibles choisies pour les études ne sont pas toujours des communautés et jamais des provinces. Lorsque les unités d'analyse pertinentes sont des personnes celles-ci doivent être observées à long terme, particulièrement lorsque l'organisme parrainant le projet ne dépend pas entièrement de la FADG au niveau financier (les conseils locaux, les centres de traitement, les centres d'amitié, etc.). En outre *des efforts devraient être faits afin de déterminer les différences, à court et à long termes, entre les participants qui ont réussi et ceux qui n'ont pas réussi*. Une fois que les données de suivi auront été recueillies, elles pourront être analysées et communiquées à un évaluateur externe. Le rapport doit documenter les efforts de suivi importants seulement dans les cas où la communauté est considérée comme l'unité d'analyse appropriée et où l'information sur la communauté a été obtenue par le biais des indicateurs sociaux clés (abus physiques et sexuels), comme dans le cas de Big Cove au Nouveau Brunswick et de Red Deer en Alberta.

Dans un monde parfait, les participants obtiendraient un suivi le plus longtemps possible (études longitudinales), même après qu'ils aient cessé de participer aux projets. Il se peut qu'il faille créer de nouveaux groupes (ou cohortes) de participants afin d'aider à évaluer de la nature changeante de l'activité. En d'autres termes, certains projets changeront, certains se termineront alors que d'autres débiteront. En introduisant de nouveaux groupes de participants au sein du processus d'évaluation, il serait possible de comparer les impacts sur les participants avant et après que des changements importants aient été apportés à l'approche. Les participants inclus dans l'échantillon devraient être sélectionnés en se basant sur le temps qu'ils ont consacré aux activités de guérison (nombre total d'heures ou de journées au cours d'une période donnée) afin que les évaluateurs puissent déterminer ce qui semble être la période minimale ou maximale durant laquelle un participant doit participer à un programme avant que des changements puissent être remarqués. L'analyse doit tenir compte *de l'isolement et de l'infrastructure* communautaire, en incluant un nombre suffisant de participants provenant de communautés isolées dotées de peu d'infrastructure et de participants de communautés situées à proximité d'une ville. S'il est *possible* de procéder à une évaluation longitudinale, la sélection de l'échantillon doit prendre en considération la durée du suivi et inclure un échantillon de taille suffisante pour pallier au décrochage des participants.

Compte tenu des responsabilités liées à l'évaluation directe des personnes, il est recommandé que les équipes de projet puissent disposer d'une autre forme de soutien (autre que le Guide d'évaluation des projets de la FADG destiné à la communauté) telle qu'un répertoire de mesures. Ce répertoire de mesures identifierait un outil idéal ou un ensemble d'outils qui pourraient être utilisés afin de mesurer la guérison à la suite d'abus sexuels, l'amélioration de l'estime de soi, l'employabilité et tout autre résultat désiré. Puisque l'évaluation ou l'observation directe des participants constitue la méthode idéale un formulaire de consentement est fourni à l'annexe T. Ce formulaire *doit être utilisé pour obtenir le consentement des participants avant l'observation ou avant de procéder à toute forme d'évaluation*. On doit offrir aux participants des documents explicatifs décrivant le quoi, le quand, le pourquoi et le comment de cet exercice d'évaluation et les raisons pour lesquelles la FADG doit être évaluée. La participation à l'évaluation est très importante pour établir la validité de la FADG. Toutefois, elle devra être volontaire.

5.3.3 Cadre de mesures proposées, stratégies et outils

Le suivi à long terme des participants aux programmes de guérison doit inclure un historique des traitements et des antécédents personnels, pédagogiques, professionnels et criminels ainsi que le niveau d'aptitude à la maison, à titre de partenaire amoureux, de parent, d'ami, d'enfant et en milieu de travail. Ces données pourraient être recueillies au début du programme, à titre d'outil de mesure de base, puis à la fin, et de nouveau six mois et un an après le traitement. Ces données pourraient inclure les éléments présentés dans le tableau 19.

Tableau 19) Suggestions relatives aux renseignements recueillis auprès des individus à l'étape de l'accueil et du suivi

Renseignements personnels	Âge, sexe, référé par, source de revenu, degré de motivation, objectifs personnels de guérison, satisfaction à l'égard de la vie, degré d'autonomie
Situation familiale et qualité de vie	État civil, stabilité de l'environnement, nombre de membres de la famille à la maison ainsi que leurs rôles, dispositions à l'égard de la garde des enfants, appréciation du soutien aux familles et de tout autre soutien social, l'historique, la fréquence et l'intensité des problèmes familiaux, satisfaction de vivre des membres de la famille des participants
Situation juridique	Accusations actuelles ou en instance, audiences, engagement à comparaître, probation, liberté conditionnelle, mise en liberté sous condition ou mise en liberté temporaire
Consommation de drogue	Consommation actuelle, capacité de ne pas consommer
Histoire liée aux pensionnats	Survivant direct ou descendant ayant subi les conséquences des pensionnats, impact de l'héritage de la violence perçu sur la langue, la culture, le rôle parental, l'indentité, la famille, les aptitudes interpersonnelles, la santé mentale et les dépendances
Historique des traitements	Autres programmes de traitement suivis ou complétés (spécifier les dates) avant et depuis la participation aux projets financés par la FADG

De plus, les réponses aux questions du tableau 20 (contenant les indicateurs suggérés) adaptées à partir du plan d'évaluation, plan soumis par le programme Qul-Aun de la Société Tsow-Tun Le Lum [Tsow-Tun Le Lum Society] (Colombie-Britannique), devraient être considérées lors du suivi à long terme des participants aux projets de guérison.

Tableau 20) Évaluation du progrès des participants
 - Questions d'évaluation et indicateurs potentiels

Questions pour l'évaluation	Indicateurs possibles
Est-ce que les clients obtiennent un sentiment de paix durable et des outils pour résoudre leurs traumatismes et leurs problématiques précis?	État de leur santé mentale et physique
Est-ce que les clients ont acquis des connaissances élémentaires précises, des routines et des techniques qui leur permettent de maintenir l'harmonie et la stabilité dans leur vie de tous les jours?	stabilité et situation de l'endroit où le participant habite (par ex., maison familiale, avec des amis, pension, itinérant (transitoire); présence de routine dans la vie de tous les jours (par ex., présence de la régularité, d'une structure et de règles, gestion constructive de la famille, du travail, des loisirs et du stress)
Est-ce que le soutien offert après les soins facilite la revendication d'une vie saine, productive et stable (p.ex. en une année)?	accès et utilisation appropriés des services locaux et des réseaux de soutien
Est-ce que les personnes élaborent et mettent en oeuvre des plans de vie et des objectifs?	emploi, présence à l'école, qualité des relations interpersonnelles, degré de l'engagement du client face à l'atteinte de ses plans de vie et de ses objectifs, aptitudes des clients à faire face aux situations stressantes sans avoir recours à l'alcool et aux drogues
Est-ce que les personnes établissent des réseaux de soins, d'amis et de soutien en consultation afin qu'elles ne soient pas seules et qu'elles puissent obtenir de l'aide lorsqu'elles en ont besoin?	présence de réseaux de soutien familial et social; participation à d'autres activités de consultation; participation à des groupes de Narcotiques Anonymes ou à tout autre groupe d'initiative personnelle
Est-ce que les clients développent leur estime de soi, des idées réalistes à propos d'eux-mêmes et de quelle façon ils peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie? Quels sont les autres avantages qu'ont retiré les clients de leur travail, de leur vie familiale, de la poursuite de leurs études et de leur santé?	degré avec lequel le client est en mesure de se regarder de façon réaliste et claire; degré avec lequel le client désire avoir une meilleure qualité de vie; mesure dans laquelle le client participe au sein de la communauté

Dans le cas des programmes de développement destinés aux jeunes, la Fondation pourrait désirer appuyer les projets en *adaptant* des outils mis au point par d'autres programmes. Par exemple, la popularité grandissante du concept de la résistance (ou résilience) lors du développement de programmes destinés aux jeunes a entraîné l'évaluation détaillée du développement positif chez les jeunes. Cette évaluation aborde les questions liées aux relations saines, aux attentes, à la possibilité de participer à des activités significatives, aux

compétences d'ordre social, à l'autonomie, au sens qu'une personne accorde à sa vie. Ces éléments évaluent les attitudes à l'égard de l'école, des antécédents familiaux, de la communication et de la participation à des activités positives (une copie de l'enquête California Healthy Kids Survey for resilience assessment est incluse en Annexe U). En ce qui concerne les personnes délinquantes, on devrait porter une attention spéciale aux indicateurs qui ont déjà été évalués dans le cadre du protocole des services correctionnels du Canada, ce protocole étant rattaché aux programmes de réhabilitation. Soulignons en particulier les changements apportés aux critères obligatoires et discrétionnaires d'aiguillage et à l'adaptation ou à l'adoption des lignes directrices se rapportant à l'observation des détenus, élaborés par le pavillon de ressourcement Waseskun pour les hommes autochtones [Waseskun Healing Lodge for Aboriginal Men] (voir annexe V). D'autres projets ont bien sûr répondu à leurs besoins uniques en matière d'évaluation en créant leurs propres outils. Par exemple, le projet intitulé Child and Family Art Therapy Project (projet d'art thérapie pour les enfants et leur famille) mis en oeuvre par le Centre de santé autochtone Wabano (Wabano Centre for Aboriginal Health, Ottawa, Ontario), les évaluateurs se sont réunis avec les parents pour leur poser des questions sur les défis qu'ils devaient relever au quotidien, et quels étaient les résultats qu'ils attendaient en participant au programme. Ces résultats désirés ont ensuite été combinés avec une simple Likert scale¹⁸⁸ afin de formuler un questionnaire pré et post test correspondant aux objectifs uniques des familles participantes. Un exemple de cet outil est offert à l'annexe W.

Citons parmi les instruments utilisés par les équipes de projets : le *Beck Depression Inventory*,¹⁸⁹ *Beck Anxiety Scale*¹⁹⁰ and *Dissociative Experiences Scale*.¹⁹¹ D'autres outils ont aussi été recommandés, tel le *Post Traumatic Stress Diagnostic Scale*¹⁹² ainsi que les lignes directrices officielles contenues dans le programme de formation intitulé *Life Skills Coaches* du YWCA de Toronto¹⁹³ et destiné à ceux qui désirent améliorer leurs compétences de vie. En outre, Mary Jane Alexander,¹⁹⁴ a conçu un instrument fiable et valide qui permet d'évaluer la guérison à la suite d'un traumatisme lié à la violence sexuelle. Cet instrument fera l'objet d'un projet pilote au début de 2005. Les programmes plus généraux qui désirent consolider les compétences de vie chez les adultes peuvent se référer à l'instrument intitulé *Antonovsky's sense of coherence scale*¹⁹⁵ (voir l'annexe X) ou à d'autres outils élaborés à partir des résultats d'apprentissages détaillés dans l'ouvrage de Teresa LaFromboise's *American Indian Life Skills Development Curriculum*.¹⁹⁶ Les initiatives touchant l'ensemble de la communauté peuvent se référer au cadre d'évaluation du rendement décrit à la section 5.2 *Influence sur les communautés* ou encore se servir du bulletin de santé communautaire (*Community Wellness Report Card*) suggéré par Four Worlds¹⁹⁷ (inclus à l'annexe Y).

Les équipes qui travaillent sur les séquelles des pensionnats seront certainement intéressées à consulter l'ouvrage de Judith Herman¹⁹⁸ dont le cadre théorique a été utilisé à la section 5.1 *Impact sur les personnes* en tant que structure facilitant l'organisation et l'évaluation du rendement. Le cadre qu'elle a développé est aussi utile dans le contexte d'approches cliniques cherchant à traiter les séquelles des pensionnats. Une meilleure sensibilisation, compréhension et reconnaissance des séquelles des pensionnats sont des points de départ communs et importants pour amorcer une démarche de guérison et les progrès à cet égard peuvent aisément être mesurés en se servant des résultats spécifiques d'apprentissage qui ont été obtenus et en examinant la manière dont ils ont été appliqués (voir annexe S : Résultats spécifiques d'apprentissage au sujet des séquelles).¹⁹⁹ Cependant, guérir des traumatismes est un objectif beaucoup plus difficile et compliqué à atteindre et à mesurer. Herman offre un moyen qui permet de poser un autre regard sur les réactions complexes générées par les traumatismes, en décrivant les symptômes qui sont communément associés au vécu traumatisant.²⁰⁰ Cette description des symptômes inclut les changements suivants :

- a) la capacité de contrôler ses émotions (caractérisées par des conditions telles que la dépression persistante, la rage ou la peur chronique, l'automutilation, les pensées suicidaires, et la sexualité compulsive, obsessionnelle ou réprimée);
- b) la prise de conscience (impossibilité de se souvenir d'un évènement traumatisant, pensées obsessionnelles se rapportant à évènement traumatisant, périodes de dissociation où l'esprit est capable de se dissocier de la réalité et de sa personnalité);
- c) la manière dont une personne se voit (y compris des sentiments de vulnérabilité, de honte, de culpabilité, de situations où elle se blâme et où elle se sent complètement différente des autres);
- d) la manière dont une personne voit l'agresseur (elle donne le pouvoir sur elle-même à l'agresseur, elle est préoccupée par des idées de vengeance, et considère qu'elle a un lien spécial ou surnaturel avec l'agresseur);
- e) les relations avec les autres (y compris un manque de confiance persistant, l'isolement et le retrait, une incapacité temporaire ou permanente de s'engager dans des relations intimes);
- f) les changements dans les systèmes de croyances qui donnent un sens à la vie, perte de foi, sentiment d'impuissance et de désespoir).

Lorsque ces symptômes sont considérés selon une perspective autochtone, qui situe la guérison dans un contexte relationnel, il ressort que deux catégories de relations sont en fait traitées par les équipes de projets : la relation avec soi-même et les relations avec les autres. Lorsqu'elle est présentée de manière positive, cette nouvelle perspective ressemble de très près aux résultats désirés et aux indicateurs mentionnés par les équipes lors des discussions de groupe, des études de cas, dans les dossiers qui ont été examinés et lors des entrevues individuelles. Les indicateurs sélectionnés et présentés aux tableaux 22 et 23 illustrent les parallèles entre théorie et pratique. En d'autres mots, il est devenu clair que les équipes de projets, dans l'ensemble, ont observé une diminution des réactions complexes auparavant suscitées par les traumatismes. La différence entre théorie et pratique semble être liée aux changements apportés au niveau de la prise de conscience. (Amnésie et troubles dissociatifs) et à la forte emphase que les équipes de projet placent sur le renouement des liens familiaux.

Avant de faire une revue des observations et des indices qui ont été décrits, il est important de souligner qu'un seul indicateur ou signe de changement être utilisé par lui-même pour mesurer les progrès relatifs à toute une variété de résultats. En d'autres mots, lorsque des personnes qui préféraient auparavant l'isolement se mettent à interagir socialement de manière plus fréquente, ceci représente une amélioration de leur niveau de confiance, du bonheur qu'elle ressentent, d'une meilleure estime d'elles-mêmes et d'une meilleure capacité à apporter des changements. Ces indicateurs, « signes » ou « thermomètres, » qui traduisent un changement ne sont pas aisément classés en terme de résultats. Similairement, les indicateurs ne peuvent pas facilement être classés par cibles. Autrement dit, bien qu'une meilleure participation générale au programme et la participation des clients jusqu'à la fin d'un programme pourraient indiquer l'amélioration des forces d'un individu ou d'une famille, ces deux améliorations pourraient aussi indiquer des changements sociaux de plus grande envergure ressentis au niveau communautaire. Par exemple lorsque les individus jusque là opprimés ou terriblement timides commencent à s'exprimer publiquement, à mettre les autorités au défi ou à exprimer leurs besoins, ceci est sans doute le signe d'une meilleure *confiance en soi* ou d'une

meilleure *sécurité au niveau communautaire*. C'est pour ces raisons que certains « signes » ou « thermomètres » traduisant le changement sont énumérés ici, afin que les progrès démontrés par des individus puissent être appliqués à d'autres endroits d'un cadre d'évaluation du rendement basé sur les résultats. La liste suivante des indicateurs doit être considérée d'un oeil critique et avec un esprit ouvert, car ils sont offerts simplement pour que les parties intéressées puissent les examiner et s'en servir. Quelques-uns des signes traduisant un changement qui ont été le plus fréquemment mentionnés, sont inclus aux tableaux 21 et 22.

Tableau 21) Indicateurs de changement - relation avec soi

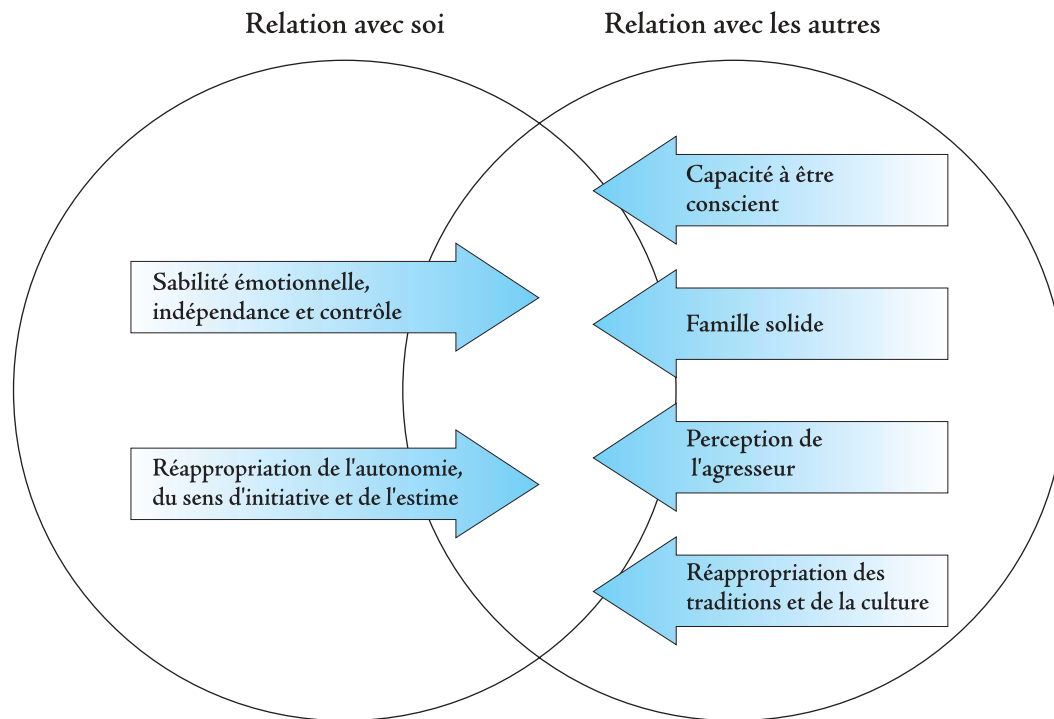
Cadre pathologique	Cadre pathologique	Signes ou indicateurs
Altérations dans la régulation de l'affect	Stabilité émotionnelle, indépendance et contrôle	moins peur d'être jugé; contrôle des impulsions; connaissance et utilisation de techniques calmantes; capacité d'exprimer et de montrer des émotions de manière socialement acceptable; aptitude à mesurer les risques de manière exacte; ne souffre pas d'hyper-vigilance ou d'excitabilité; réagit aux menaces de manière appropriée
Altérations dans la perception de soi	Réappropriation de son pouvoir d'agir, de son sens d'initiative, de son estime de soi et de son identité	<p>pouvoir d'agir - confiance en soi; compétences en leadership; sens des responsabilités envers soi; capacité d'identifier et d'utiliser ses propres ressources; employabilité; plus grande indépendance ou autonomie financière; savoir reconnaître ses propres forces et capacités d'une manière inspirante et motivante; dépendance réduite envers le programme</p> <p>sens de l'initiative ou orientation vers des objectifs - retourner aux études; chercher un emploi; planifier son avenir; oser rêver et réaliser ses rêves; Entreprendre des changements; apparence physique; participer plus activement à des processus ou à des programmes menant à des changements</p> <p>estime de soi- meilleure connaissance et utilisation de stratégies pour prendre soin de soi; techniques de relaxation, exercice de gestion du stress; chercher et accepter du soutien de la part des pairs, des professionnels; terminer son traitement; faire des choix diététiques plus sains; entrer en traitement, le rechercher et le continuer, et obtenir du soutien; preuves, au niveau du comportement, d'une prise de pouvoir, d'une assurance et d'une confiance en soi; cesse les abus de soi (y compris les dépendances) et l'idéation suicidaire; démontre, au niveau du comportement, des stratégies saines pour composer avec la vie quotidienne.</p> <p>identité - commence à accepter et à célébrer l'identité autochtone en embrassant son héritage culturel et en se débarrassant des notions coloniales qui ont été internalisées</p>

Tableau 22) Indicateurs de changement - relation avec autrui

Cadre pathologique	Cadre pathologique	Signes ou Indicateurs
Relations avec autrui	Relations avec autrui	degré d'isolement, de retrait; nature des relations intimes (non violente, affectueuse et sexualité saine); capacité de partager et d'exprimer ses émotions; capacité de reconnaître, de divulguer, de quitter ou de changer une relation abusive; être capable de distinguer une relation saine d'une relation malade; de faire confiance aux autres; posséder des compétences en résolution de conflits et en communication (p.ex. capacité de communiquer de manière à être entendu et compris); accepter du soutien et en donner; changer la nature de son vécu personnel
	Famille solide et forte	compétences parentales améliorées, lien et attachement envers les membres de la famille; capacité de pardonner, de partager les bons moments et de montrer physiquement de l'affection; Davantage de contact avec les enfants qui leur ont été enlevés, soit en leur rendant visite, soit en les reprenant légalement en charge
Altérations au niveau de la conscience	Être présent	n'est plus aux prises avec des souvenirs qui font intrusion; capacité de se rappeler les traumatismes du passé, d'y réfléchir, d'en faire le deuil et de les résoudre; capacité de faire face à la réalité
Perception envers l'agresseur	Reprendre le pouvoir sur soi détenu auparavant par l'agresseur	n'est plus préoccupé pas des idées de vengeance; a repris le pouvoir sur soi en ne le laissant plus aux mains de l'agresseur; est débarrassé du sentiment d'avoir une relation spéciale ou surnaturelle avec l'agresseur; capacité de reconnaître le dysfonctionnement du système de croyances de l'agresseur et sa rationalisation des abus qu'il a infligés
Systèmes régulateurs de sens	Réappropriation des traditions et de la culture	réappropriation de la confiance et de la foi en une fondation spirituelle, ou en l'amour et le soutien de sa famille, de ses amis et de sa communauté; renouveau d'un sentiment d'espoir; consacre des efforts, démontre un intérêt et pose des gestes pour se réapproprier sa langue, ses traditions, sa culture et la médecine traditionnelle; participation à des cérémonies; nouvel engagement envers la spiritualité et la culture

Il est évident que les changements désirés dans le contexte d'une relation avec soi-même peut avoir une incidence sur les relations avec les autres, et les liens réciproques entre ces deux types de relation sont illustrés à la figure 37.

Figure 37) Influence réciproque d'un changement de relation



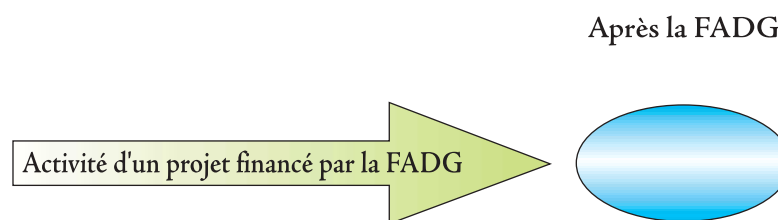
Faire le suivi des populations migrantes (itinérants) et effectuer des évaluations valides, fiables et réalistes, tout en maintenant un intérêt dans le projet constituent les défis les plus significatifs qui confrontent ceux qui ont entrepris des évaluations au niveau des projets. Bien que les équipes de projet aient obtenu de nombreuses données utiles pour une évaluation, elles ne possèdent pas de ressources suffisantes pour les compiler et les analyser. La majorité des équipes qui ont été approchées pour effectuer des entrevues individuelles utilisent des instruments de pré et post test. Par contre, au moins une équipe de projet a déclaré que l'utilisation d'un instrument ou d'une stratégie spécifique de pré et post test posait des problèmes lorsqu'il s'agissait d'évaluer les activités programmatiques qui présentent une grande flexibilité (planifier d'évaluer l'estime de soi alors que le cercle de guérison se déroule de manière à influencer *d'autres* changements cognitifs, tels que la connaissance des systèmes familiaux ou l'impact des séquelles).

Un cadre de gestion basé sur les résultats, destiné aux équipes qui s'adressent aux séquelles des pensionnats, devrait tenir compte des cadres théoriques offerts ici, de manière à capturer les détails relatifs à l'atteinte des résultats désirés, au niveau clinique en particulier. Il existe différents instruments de mesure fiables, valides, rigoureusement mis à l'essai, normalisés et généralement reconnus. Bien que ces instruments nécessitent peut-être une adaptation pour les appliquer à certaines situations et à certains objectifs du projet, ils peuvent aussi être utilisés tels quels dans le cadre d'autres projets. S'ils ces instruments sont utilisés avec un schéma d'évaluation efficace, les déclarations qui établissent un lien plausible entre les projets financés et les résultats auraient alors plus de poids.

5.3.4 Schémas d'évaluation proposés

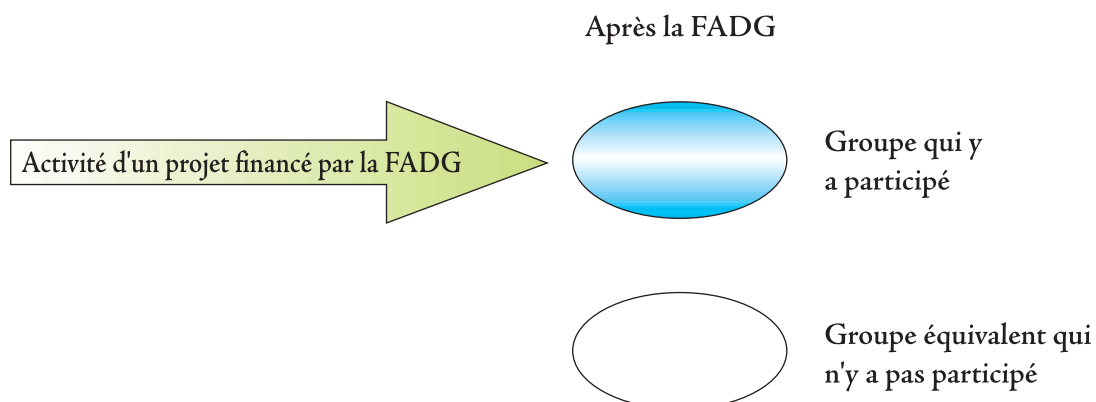
Avec le temps, il devient clair que le schéma original « par mesures répétées au sein de groupes » l'évaluation planifiée pour les études de cas n'est plus utile; toutefois, on pourrait examiner quelques études de cas choisies en empruntant un schéma par mesures répétées, si d'autres ressources en recherche et en évaluation étaient disponibles (p.ex. le programme Qul-Aun de la Société Tsow-Tun Le Lum [Tsow-Tun Le Lum Society's Qul-Aun Program] en Colombie-Britannique, le centre de counselling Pismweyapiy [Nelson House Medicine Lodge's Pismweyapiy Counselling Centre] de Nelson House, Manitoba, le projet de la Première Nation de Big Cove, au Nouveau Brunswick, intitulé *Notre jeunesse, la voix du futur* [Our Youth, the Voice of the Future], le projet du hameau de Cape Dorset au Nunavut, intitulé *Guérison et harmonie dans nos familles* [Healing and Harmony in Our Families], et le projet Shining Mountains Living Community Services du centre de guérison Tawow [Tawow Healing Home], en Alberta). Les schémas d'évaluation utilisés lors de ces études de cas sont illustrés sous formes de graphique à la figure 38. La flèche représente l'activité financée sur une certaine période de temps et la partie ovale ombrée représente le groupe (communauté, personnes) ayant participé.

Figure 38) Schéma de mesure des activités qui ont eu lieu après le projet



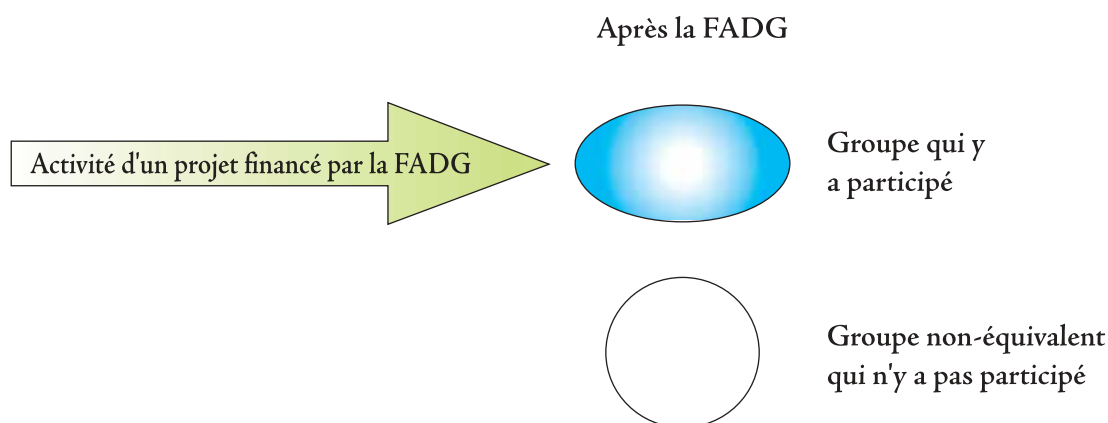
Dans le meilleur des mondes, la Fondation pourrait comparer deux groupes choisis au hasard (communautés ou groupes de personnes) qui possèdent des caractéristiques importantes identiques (p.ex. âge, sexe, situation socio-économique) *mais dont les différences se manifestent uniquement dans leur participation aux activités d'un projet financé par la FADG*. Dans un tel cas, il serait plus prudent de présumer que les différences au sein de ces deux groupes peuvent être attribuées aux activités du projet. Un schéma possible qui pourrait offrir une telle certitude pourrait ressembler à la figure 39.

Figure 39) Schéma de comparaison équivalente des activités qui ont lieu après le projet



Étant donné qu'il peut être difficile et coûteux de trouver un groupe de comparaison *équivalent*, on utilise souvent des comparaisons non équivalentes. Un schéma d'évaluation dans lequel on compare des groupes non équivalents est représenté dans la figure 40.

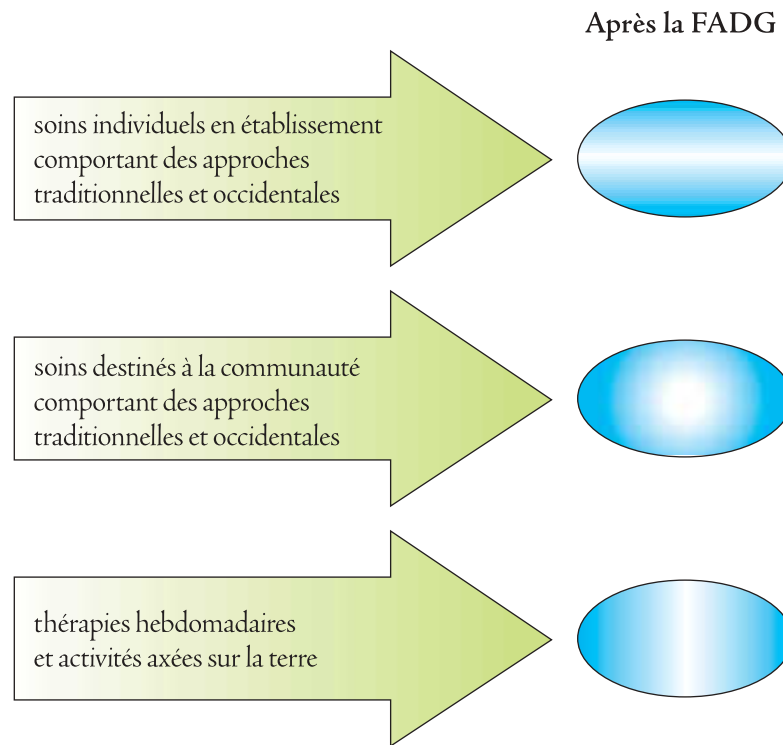
Figure 40) Schéma de comparaison non équivalente des activités qui ont lieu après le projet



Il faut, bien sûr, *prendre en considération les questions d'éthique lorsqu'on utilise des groupes de comparaison*, lesquelles ont déjà été abordées dans la section sur les méthodes. Ainsi, il est nécessaire que *les politiques de financement soient modifiées, avant que l'on puisse considérer sérieusement l'utilisation de groupes de comparaison, et ce, pour garantir que tous les groupes qui seront recrutés pour les comparaisons équivalentes et non équivalentes soient financés pour éventuellement aborder la question des séquelles des pensionnats*. Cela afin de s'assurer qu'une communauté ou qu'une personne participant à un groupe de comparaison reçoive l'intervention/les soins dont elle a besoin.

Afin de comparer les interventions entre les groupes, la Fondation pourrait également vouloir prendre en considération un schéma post-programme qui utilise différentes approches de guérison et de formation. Ce schéma est représenté à la figure 41.

Figure 41) Comparaison des différentes approches de guérison ayant lieu après le programme



Bien sûr, il existe d'autres schémas d'évaluation efficaces, mais ils ont tendance à être coûteux et peuvent être peu commodes pour différentes raisons. Les schémas proposés sont les solutions les plus simples et les plus commodes pour renforcer l'analyse de la contribution que les projets ont apportée à la guérison.



Conclusions

La lutte contre les séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats ne peut être livrée sans tenir compte de l'ensemble du processus de colonisation et du contexte canadien. Les liens entre la santé et la stratification sociale est difficile à nier.^{201, 202, 203, 204} Après tout, la santé est le sous-produit d'une organisation sociale bien assise et non pas toute une gamme compliquée de services. La FADG, comme tout autre service, n'a qu'une influence restreinte lorsqu'il s'agit de changer le rang des peuples autochtones dans la hiérarchie sociale canadienne. Pourtant, parmi les autres facteurs qui affectent leur bien-être, c'est probablement celui-ci qui a plus le puissant impact.

En outre, dès qu'un mouvement social est amorcé, on constate qu'il devient difficile de discerner la cause de l'effet. En fait, au fil du temps, les effets deviennent des causes et ainsi de suite, le cycle continue. En essayant de forcer des rapports de causalité circulaires à l'intérieur d'un modèle linéaire, on court de grands risques de passer à côté de ce qui est le plus important. Les Survivants, leur famille et leur communauté ont goûté à la possibilité d'un avenir meilleur, et pour eux, les choses ne seront jamais plus les mêmes. Et *c'est cela, en fait, qui est le plus important*. Dans ce type de démarche, la nature des changements est très variable. Il y aura d'une part des personnes qui ressentiront de l'espoir - mais sans le montrer, et d'autre part un déni et une résistance farouches et généralisés. Bien que la FADG ait agi comme une force catalysatrice dans certaines situations, dans d'autres cas, elle vient simplement ajouter sa contribution à des efforts de guérison communautaires qui ont débuté il y a longtemps ou se joindre à un système communautaire cohésif de services intégrés. Malgré tous les indices qui suggèrent que les choses ne seront jamais plus les mêmes, il est impossible d'attribuer cette transformation à une seule initiative. Ce qui suit est une présentation structurée qui permet d'examiner les résultats que la FADG souhaitait obtenir.

Sensibilisation et compréhension des séquelles

La contribution la plus évidente que les activités financées par la FADG ont apporté est sans aucun doute celle qui se rapporte à l'éducation sur les séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats. En plaçant dans un contexte social de ce qui avait été jusque là considéré comme un problème individuel, l'éducation sur les séquelles a créé un climat propice à une démarche de guérison qui ne soit pas *provoquée* par une crise. L'éducation au sujet des séquelles a également fourni un contexte positif pour répondre aux besoins des Survivants. En fait, les discussions franches et ouvertes et les différences d'attitudes envers les séquelles ont abouti à la dénonciation publique d'agresseurs socialement haut placés et qui détenaient un grand pouvoir. La participation et l'engagement des Survivants aux initiatives de guérison reflètent aussi les niveaux de prise de conscience et de compréhension. Dans de nombreuses communautés, lorsque ils participent au sein des équipes de projet et des structures de gouvernance, il est apparent qu'ils sont des chefs de file actifs sur le chemin de la guérison. Il est probable que les activités des projets financés par la FADG ont réussi à élever le niveau de conscience et de compréhension au sujet des séquelles des pensionnats. Cependant, selon les déclarations des informateurs, il est aussi très *clair* que le travail n'était pas encore terminé à cause de l'ignorance, du déni et du silence qui persistaient.

Capacité des Autochtones de guérir les autres

De nombreux membres du personnel des équipes et certains stagiaires ont dit que les séquelles des pensionnats étaient maintenant un terrain plus familier, et qu'ils se sentaient davantage capables de répondre aux besoins des Survivants dans ce domaine. Ils pensent avoir acquis des compétences qui leur permettent d'aider le processus de guérison à l'intérieur de leur propre famille, de leur communauté et de mieux gérer les crises. Beaucoup d'entre eux, cependant n'ont pu répondre aux besoins pressants de personnes présentant des cas sévères. Il faut donc s'attendre à un défi continu en ce qui concerne l'inclusion de ces groupes difficiles à atteindre. Pour d'autres personnes, qui se montrent plus résistantes au changement ou qui souffrent de graves conditions, une formation supplémentaire ou une approche différente seront peut-être nécessaires. La formation a été une option logique et efficace pour amorcer les initiatives car elle a permis à ceux qui l'ont suivie de comprendre ce qui marchait bien et de devenir de meilleurs guérisseurs. Cependant, cela ne change pas le fait qu'il existe un besoin continu d'améliorer les compétences des travailleurs communautaires afin qu'ils puissent intervenir plus efficacement auprès des Survivants. Il est nécessaire de définir sous quelles conditions il est réalisable d'offrir simultanément de la formation et des services de guérison. Les besoins les plus pressants et qui restent à combler sont liés aux interventions en situation de crise, à la sensibilisation au sujet des traumatismes, aux compétences en counselling et à la dynamique familiale. Les équipes ont également déclaré qu'elles se sentiraient mieux équipées pour s'attaquer aux séquelles si elles disposaient d'outils et de formation correspondant aux besoins uniques des victimes et des agresseurs. Si l'on adopte une perspective de développement communautaire, on peut considérer que les contributions des bénévoles reflètent le niveau de capacité communautaire, et qu'elles augmentent la capacité de guérison qui a été développée par le biais d'initiatives de formation plus formelle. La contribution des bénévoles se monte à près de trois millions de dollars par année. Cette somme a été investie dans les organisations financées par la FADG. Les équipes de guérison qui ont été développées au cours de la toute première phase deviendront les chefs de file de ce mouvement de guérison, non seulement parce qu'elles auront nourri un sens solide d'elles-mêmes, mais aussi parce qu'elles changeront la nature de la guérison. Celle-ci est actuellement «axée sur les séquelles» ce qui n'a jamais été une emphase satisfaisante ou efficace. Ces personnes fourniront l'énergie qui est nécessaire pour surmonter les impacts des séquelles, et apprendront à ceux qui les suivent qu'ils peuvent eux-aussi faire leur part de travail pour assurer un meilleur avenir.²⁰⁵

Liens entre les Survivants et les guérisseurs

La grande majorité des équipes de projets a suffisamment surmonté et réduit le niveau de déni pour que les programmes fonctionnent à pleine capacité. Un grand nombre d'entre elles n'ont pu répondre à la demande. La réussite de ces programmes peut sans doute s'expliquer par le fait que les Survivants ont finalement réalisé qu'il y avait un 'arrimage' suffisant entre leurs besoins uniques et les services qu'ils avaient eux-même conçus – *et qui répondaient à leurs besoins*. Ce qui émerge de manière claire et constante, est le fait que les Survivants, leur famille et communauté sont engagés comme jamais auparavant. La majorité des participants (66 % des personnes participantes) n'ont jamais participé dans un programme de nature similaire. En fait, 63 pour cent (n=209) des communautés participantes n'ont jamais abordé la question des séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats. Il existe aussi d'autres preuves démontrant que le

travail de la FADG a encore une grande pertinence: les équipes ont identifié 27 855 (n=267) personnes ayant des besoins spéciaux (traumatisme sévère, incapacité de communiquer en groupe, antécédents de tentatives de suicide ou de dépendances qui mettent la vie en danger). Cette liste a changé de manière significative au fil du temps.²⁰⁶ Cela permet de suggérer que :

- les projets sont davantage capables de répondre aux besoins des personnes ayant les plus grands besoins;
- ceux qui tout d'abord n'osaient pas participer ou qui avaient peur ont compris que les projets étaient des lieux de guérison et d'apprentissage sécuritaires; ou
- les équipes de projet sont mieux aptes à identifier les personnes ayant de grands besoins (dépendances qui mettent la vie en danger, antécédents de tentatives de suicide ou autres problèmes émotionnels ou physiques).

Cette liste, tout au moins, sert à confirmer la contribution que la FADG a apporté en ce qui concerne le resserrement des liens entre les Survivants et les guérisseurs et l'amélioration de la capacité des peuples autochtones à fournir des services de guérison. Il est apparent que le réseau des Survivants s'est élargi, comme en témoignent les taux élevés de participation, de demandes de services, et les activités auxiliaires de guérison (conférences et rassemblements de Survivants qui ne sont pas financés par la FADG). Les activités financées ont aussi généré une plus grande fierté et une meilleure confiance envers les méthodes de guérison traditionnelles. Malgré cela, les liens entre les personnes ayant des besoins et les guérisseurs potentiels ne s'arriment pas toujours très bien car les besoins des participants surpassent souvent la capacité de l'équipe, qui ne pouvaient y répondre (p.ex. SAF/EAF ou dépendances chroniques profondes). Une augmentation de l'effectif des équipes est la priorité la plus souvent mentionnée. En d'autres mots, un plus grand nombre de personnes encore pourraient être desservies (environ 138 130 personnes de plus) si les projets disposaient de ressources adéquates.

Planification stratégique centrée sur la guérison

Certaines études de cas dégagent des exemples démontrant que l'élaboration d'un plan stratégique de thérapie nécessite de *nombreuses années*, si l'on veut développer progressivement le programme et cerner précisément les besoins et les désirs des Survivants. Dans un autre cas, selon les personnes interrogées, l'activité financée a permis de passer d'une approche de gestion de crises à une approche plus efficace de planification à long terme du bien-être et du développement communautaire. Par ailleurs, une approche proactive et coordonnée, visant à répondre aux besoins et désirs des Survivants a souvent réussi à réduire les lacunes en matière de services. La qualité des services et le taux de réussite a généré un grand respect envers le projet de la part de nombreuses personnes et organismes. En fait, une agence de services de santé a décidé de changer la manière dont elle travaille en adoptant les pratiques et les protocoles d'un projet financé par la FADG. Il reste cependant que tout plan, pour réussir, doit être solidement appuyé à long terme et que la plupart des projets n'ont malheureusement pas pu obtenir un engagement financier à long terme et se retrouvent donc à risque. Sur les 725 organisations financées, seulement 81 ont obtenu du financement à long terme de la part de partenaires, pour un total de 8 643 573 \$. Quelquefois, les difficultés entourant l'établissement de partenariats sont causées par des différences philosophiques et pratiques. Alors que certains projets ont joui d'une autonomie morale et d'une liberté d'action lorsqu'elles étaient financées par la FADG, d'autres projets faisant partie des études de cas et des groupes de discussion ont remarqué que les

agences partenaires s'attendaient à ce que l'on adhère à leurs règlements. Ces exigences peuvent faire obstacle à l'adoption d'approches innovatrices, inédites et appropriées à la culture.

Participation au cheminement de guérison

Les données des indicateurs démontrent que les taux de suicide, d'abus physiques, d'abus sexuels, de placement d'enfants dans des foyers d'accueil et d'incarcération restent très élevés et aucun consensus n'indique que ces taux sont à la baisse. On peut cependant constater un certain effet de vague, car de nombreux informateurs ont mentionné comment leur famille et leur partenaire avaient tiré profit des projets. Au sein de chaque projet, cependant, il semble exister de grandes différences entre les personnes. Certaines d'entre elles atteignent rapidement les objectifs fixés, ce qui n'est pas le cas pour d'autres. Il n'est pas possible de cerner clairement les raisons de ces différences entre ces groupes. On peut donc dégager avec une certaine certitude les approches qui semblent être efficaces. Il est cependant beaucoup plus difficile de dire quels sont les gens pour qui ces approches marchent bien et quels sont les gens pour qui il faudrait une approche différente. Le seul « indice » valable à ce propos est que les approches actuelles semblent être efficaces pour les femmes et les personnes affectées par les répercussions intergénérationnelles (ces personnes représentent la majorité des participants), et qu'une approche différente serait peut-être nécessaire pour les Survivants plus âgés, les enfants et les hommes.

Bien qu'il soit prématuré de conclure que les activités ont engendré une guérison *durable* des séquelles des pensionnats, dans le cas de l'un des projets, il est possible de dire qu'un résultat extraordinaire a été obtenu jusqu'à trois mois après la fin du programme. Les participants ont déclaré que le projet les avait aidés à atteindre leurs objectifs personnels, à composer avec les traumatismes du passé et le stress quotidien. Certains Survivants ont réussi à transformer les traumatismes qu'ils avaient subi dans leur enfance en guérison et autonomie. Ils ont aussi réussi à diminuer leur habitudes malsaines sur lesquelles ils s'appuyaient pour survivre. Ils ont déclaré qu'ils avaient retrouvé leur force et leur espoir.

Dans certaines communautés, les progrès sont lents car les projets ne réussissent à engager qu'une petite proportion de leur groupe-cible. Il y a une grande différence aussi entre ceux qui sont prêts à confronter les séquelles des pensionnats et à en guérir et ceux qui ne le sont pas. S'il est vrai que les efforts doivent se concentrer au début sur ceux qui sont prêts, il faudrait par contre fournir quelques lignes de conduite. Celles-ci serviraient à expliquer comment procéder pour démanteler les murs du déni là où il se trouve, c'est-à-dire non pas seulement au sein de la communauté, mais aussi chez les personnes. Il est indéniable que le fait d'inviter et d'encourager les femmes à participer peut être un geste catalyseur, capable d'amorcer la guérison au sein de la famille, mais il est nécessaire d'utiliser *d'autres* stratégies uniques, *proactives*, mobilisantes et non menaçantes pour attirer les hommes qui sont constamment sous représentés dans les programmes de guérison.

D'autres indices suggèrent que les demandes de services et de soutien communautaire sont à la hausse et que la résistance est à la baisse. En particulier :

- au fil du temps, moins d'hommes et plus de femmes ont reçu de la formation;

- les Survivants et les personnes souffrant des séquelles intergénérationnelles des pensionnats sont bien représentés à tous les niveaux de l'administration et des activités du projet;
- au fil du temps, les projets perdent leur capacité d'accommoder tout le monde;
- les échantillons subséquents n'ont pas vécu le même degré de résistance ou la même absence de soutien de la part de la communauté;
- au fil du temps, un plus petit nombre d'équipes a identifié un plus grand nombre de personnes qu'elles auraient pu desservir si elles avaient eu les ressources pour le faire;
- les membres de la communauté continuent d'être les donateurs les plus généreux en termes de biens et de services; et
- la plupart ne éprouvent pas de difficultés à engager la participation des Survivants.

Documentation, histoire et mise à l'honneur des Survivants

Pour raconter l'histoire des Survivants et les mettre à l'Honneur, le théâtre fonctionne bien, que ce soit dans un contexte communautaire ou thérapeutique. Les récits qui dépeignent avec exactitude ce que les Métis ont contribué à la société à travers l'histoire ont consolidé leur sens d'identité et d'appartenance, ont augmenté leur participation aux rencontres locales et aux événements sociaux célébrant la culture et l'Histoire Métis. La mise à l'honneur des Survivants a encouragé une meilleure compréhension des séquelles des pensionnats, un plus grand nombre de divulgations et de recours à des services de counseling. Pour d'autres, le fait de réexaminer l'Histoire leur a permis de se souvenir et de faire un certain deuil, ce qui représente une étape essentielle dans une démarche de guérison de traumatismes. En outre, la FADG a produit et publié 15 ouvrages de recherche qui ont été distribués aux 2 174 adresses de sa base de données (12 autres études de recherche sont en cours); elle a organisé 27 assemblées régionales (avec un total de 2 537 participants) et une conférence nationale avec 2 000 participants (690 d'entre eux avaient fréquenté des pensionnats). La FADG a aussi financé des projets qui ont : développé 32 documents ou dossiers portant sur l'Histoire; été les hôtes de 17 autres conférences (taux de participation inconnu); livré 97 ateliers éducatifs et de formation et préparé 16 trousseaux d'enseignement; organisé 116 ateliers portant sur le développement des connaissances et 207 ateliers portant sur la prévention et la sensibilisation; et complété la production de 114 documents et outils de ressources.

L'information disponible suggère que *les gens sont davantage conscients en ce qui concerne les séquelles des pensionnats et le fait que la guérison est un cheminement long et compliqué*. Bien que les données indiquent que la FADG ait joué un rôle, il n'est pas possible d'établir avec certitude l'ampleur ou l'importance de ce rôle. Une variété de raisons ont été offertes ou découvertes pour expliquer les changements qui ont été observés. Les changements au niveau personnel sont souvent attribués à la motivation de l'individu, par exemple le fait de vouloir que ses enfants aient une meilleure vie. Il est constamment ressorti que les personnes qui avaient *choisi* de participer avec l'espoir d'améliorer leur vie ont bénéficié davantage que ceux qui étaient *obligés* de participer. Une approche qui accorde à la personne la liberté d'exercer ses compétences en matière de prise de décision, combinée à un soutien et des conseils dépourvus de blâme ou de jugements, dans un environnement respectueux de la culture et caractérisé par l'acceptation et où les Autochtones peuvent s'entraider, est une approche qui marche très bien.

[TRADUCTION] La thérapie requiert une relation de travail basée sur la collaboration, au sein de laquelle les deux partenaires agissent en mettant implicitement toute leur confiance dans la valeur et l'efficacité de la persuasion plutôt que sur celles de la coercition, dans les idées plutôt que dans le pouvoir, dans la réciprocité plutôt que dans le contrôle autoritaire. Ces croyances sont précisément celles qui ont été détruites par l'expérience traumatisante.²⁰⁷

Plusieurs données soulignent l'importance du soi et des autres Survivants tout au long du cheminement de guérison. De manière constante, les Survivants 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 Survivants et à leur venir en aide. En s'associant aux activités, en tant que bénévole ou sous d'autres rôles, les Survivants ont été inspirés à s'engager dans une démarche de guérison. En travaillant avec d'autres sur les séquelles pensionnats, ils ont pu déterminer, avant de s'engager, si cela leur convenait ou pas. Ils ont déclaré que l'éducation sur les séquelles, les occasions d'apprentissage plus générales et les liens avec les autres Survivants étaient les éléments qui avaient l'incidence la plus significative sur la guérison. Les activités financées de la FADG ont résulté en une plus grande clarté en ce qui concerne ce qui suit :

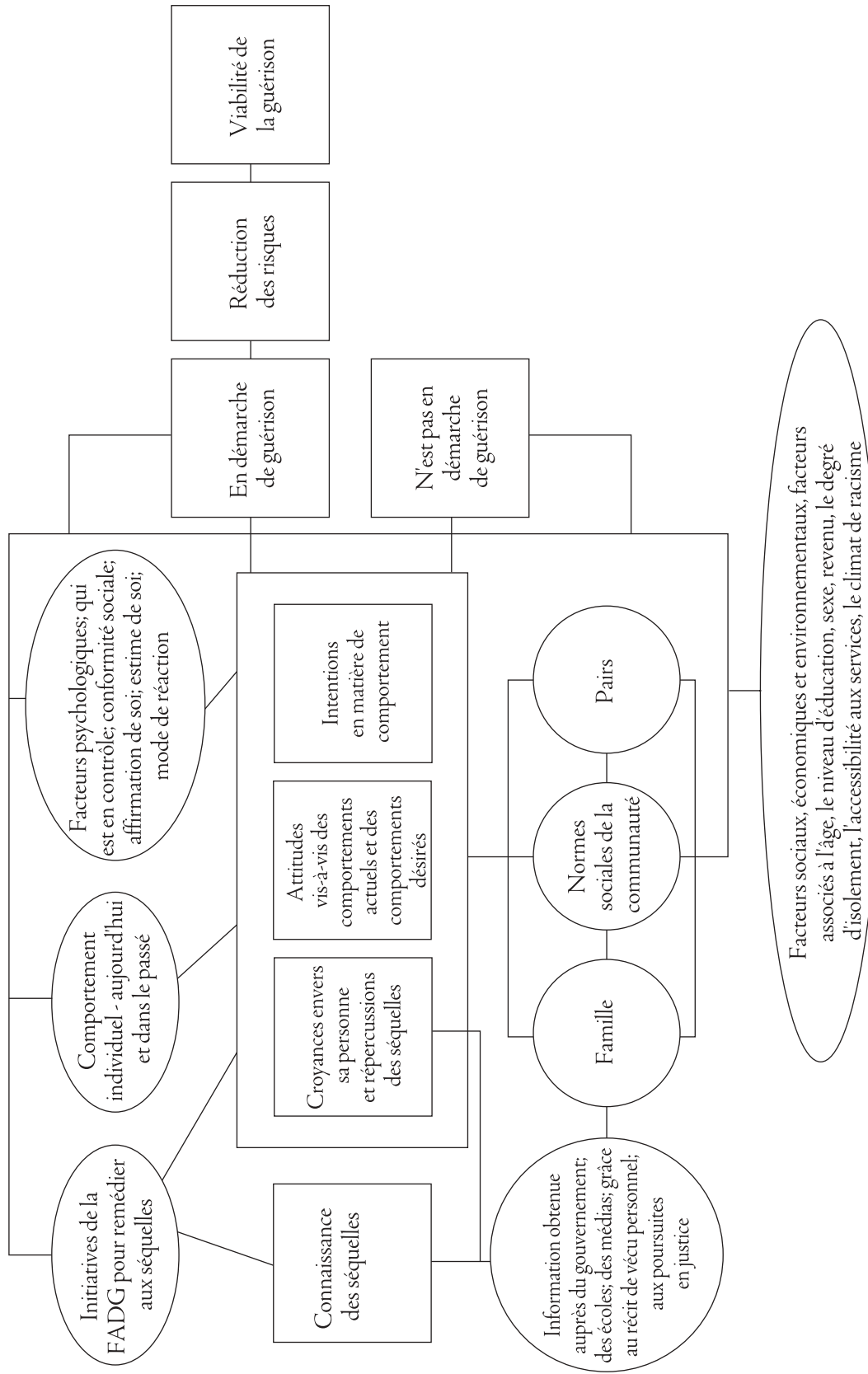
- des protocoles et des procédures qui aident les Survivants et les personnes affectées par les répercussions intergénérationnelles des pensionnats à poursuivre leur cheminement de guérison;
- des stratégies innovatrices visant l'abolition des peurs et du déni;
- des critères d'évaluation pour la sélection de guérisseurs potentiels (avec une emphase spéciale sur les Survivants en tant que guérisseurs);
- une combinaison efficace de thérapies traditionnelles et occidentales.

La réussite des projets a aussi été attribuée aux éléments suivants : un environnement de guérison sécuritaire; des cours en groupes combinés avec des sessions de counselling individuelles; des horaires ou un calendrier flexible; des dirigeants qui accordent leur soutien; des partenariats compatibles; l'engagement de la communauté envers les démarches de guérison et le fait qu'elle est prête à guérir; et la participation des Survivants dans les activités de développement programmatique. Les équipes composées de Survivants qui vivent dans la communautés et qui sont aussi des conseillers compétents—qui réussissent leur propre démarche de guérison, qui sont doux, engagés et professionnels sans être contrôlants—sont celles qui ont été le plus constamment efficaces.

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. Certains ont suggéré que des efforts simultanés visant un *changement dans l'environnement* (changements de pratiques et de politiques) étaient nécessaires pour appuyer les efforts consacrés aux *changements de comportement chez les personnes*. Après tout, guérison est une démarche *non linéaire*. Autrement dit, les services sociaux et les individus ne font pas une seule chose à la fois. De nombreuses activités inter reliées sont entreprises en même temps et la réussite dans un endroit signifie généralement réussite dans un autre. Les informateurs étaient convaincus que la création d'un climat sécurisant et encourageant a des retombées importantes en ce qui concerne non seulement la maintenance d'un système de suivi, mais aussi pour préserver l'élan.

Un climat communautaire qui entrave le cheminement des personnes est habituellement caractérisé par une pauvreté rampante, des toxicomanies, des dysfonctionnements familiaux, des conflits occasionnels entre la spiritualité autochtone et la Chrétienté. Ce cheminement est également affecté par la résistance de membres ou de groupes dans la communauté qui tirent profit du status quo ou qui sont paralysés par la peur. En fait il existe tout un éventail de facteurs et de dynamiques au niveau individuel et communautaire qui influencent non seulement la décision de guérir mais qui dictent aussi comment la guérison progresse et comment elle est maintenue. Ces facteurs sont illustrés à la figure 42, qui offre un modèle conceptuel de la myriade d'influences qui affectent la décision de s'engager dans un cheminement de guérison.

Figure 42) Facteurs Influencant la décision de s'engager dans un cheminement de guérison



Facteurs sociaux, économiques et environnementaux; facteurs associés à l'âge, le niveau d'éducation, sexe, revenu, le degré d'isolement, l'accessibilité aux services, le climat de racisme

Il existe aussi des preuves substantielles *que des choses se préparent définitivement pour assurer une viabilité au delà de la fermeture de la FADG*. Citons par exemple l'augmentation régulière du nombre des étudiants autochtones inscrits dans des programmes d'éducation post secondaires; une véritable explosion d'entrepreneurs autochtones; une attention soutenue vis-à-vis des questions autochtones après la crise d'Oka; et des changements de politiques suite au rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Bien que le colonialisme prospère encore dans certains cercles, les peuples autochtones sont plus confinés à l'arrière tableau de l'histoire coloniale, ils apparaissent maintenant dans les programmes les plus populaires des médias, où ils sont représentés comme des membres dynamiques de la société contemporaine canadienne; un plus grand contrôle au niveau local sur toute une variété de services, des ententes sur la gestion partagée des ressources, la réémergence de la culture et des langues, les projets de justice réparatrice, les programmes fédéraux axés sur le développement du jeune enfant, des investissements dans le domaine de la santé autochtone au niveau provincial. L'attention que les médias ont porté à l'affaire de l'école/l'orphelinat de Mount Cashel à St. John's à Terre-Neuve, et plus récemment les scandales de pédophilie au sein de l'église catholique ne peuvent être ignorés. En fait, la Fondation autochtone de guérison ne représente qu'un petit intervalle de temps dans le grand mouvement de guérison autochtone.

Il faut aussi souligner que les traumatismes subis dans les institutions ne sont pas encore bien compris. Les initiatives communautaires sont complexes et certains objectifs (telle qu'une amélioration de la qualité de vie) peuvent être difficiles à mesurer. En fait les chercheurs scientifiques n'ont pas encore élaboré de moyens fiables et valides pour mesurer la guérison des abus physiques et sexuels subis en milieu institutionnel par les peuples autochtones. Un grand nombre de résultats réalisables sur une base *immédiate* doivent encore être cernés. Des renseignements précis sur ce qui s'est passé, à qui cela est arrivé et sur combien de temps l'intervention a eu lieu, ne sont pas toujours disponibles. *Sans faire un suivi à long terme des personnes et des communautés, il ne sera jamais possible de savoir précisément si les changements observés jusqu'à date dureront, ni s'ils sont transformateurs de vie.*

Le plus grand défi qui reste à relever est de vaincre la résistance - au moyen de stratégies innovatrices - de ceux qui sont encore bloqués au niveau du déni ou qui ont peur d'entreprendre une démarche de guérison. Ce défi devra être surmonté par le biais des efforts collaboratifs de ceux qui ont réussi à vaincre la résistance et le déni au niveau individuel et communautaire. Il semble que le plus grand impact de la FADG, du moins à court terme, a été l'influence qu'elle a eu sur la réceptivité des Survivants et leur familles. Celles-ci ont pu s'ouvrir et entrevoir la possibilité d'une vie différente. Il faut cependant reconnaître qu'au delà des efforts qui facilitent les divulgations et la compréhension des séquelles des pensionnats, le chemin vers le mieux-être est encore long et compliqué. Lorsque les Survivants amorcent ce cheminement, il faut respecter et reconnaître les défis qu'ils auront à affronter. Il est *absolument essentiel* de comprendre, dans le contexte de cette analyse, *qu'il existe encore de grandes disparités entre les communautés autochtones* en ce qui concerne le cheminement vers la guérison. À l'avenir la FADG devra poursuivre son travail de soutien auprès de ceux qui ont été affaiblis par les séquelles des pensionnats, et continuer à surveiller les fonds qu'elle a investis dans la guérison des séquelles, afin de s'assurer que ceux-ci servent à répondre équitablement aux besoins de tous les projets qui ont clairement défini leurs objectifs de prestations de services (mesurables, spécifiques et limités dans le temps), ainsi que leurs cibles distinctes et les résultats qu'ils souhaitent obtenir.

Il est compliqué d'évaluer les changements au cours de ce cheminement, car les communautés et les individus amorcent leur démarche de guérison à des points spatiotemporels différents. Leur progression est en fait une interaction complexe entre *l'environnement* et *la personne*. Certains débutent dans des

circonstances *très difficiles*, et les progrès des personnes et des familles peuvent être entravés par des contextes communautaires hostiles. Ces repères constituent des indices cliniques cruciaux lorsqu'il s'agit de comprendre quelle a été la contribution de la FADG. Bien que de nombreux signes d'espoir soient apparents, cette initiative est encore très jeune et la contribution réelle de la FADG reste encore à être déterminée. Si l'on considère que les objectifs peuvent être mieux atteints lorsqu'on démarre un projet tout en visualisant sa fin, il s'ensuit qu'il est nécessaire d'avoir une vision plus détaillée du processus. Cette vision doit tenir compte de la complexité des séquelles et de la période de temps requise pour les faire complètement disparaître de la vie des Autochtones au Canada. Pour mettre de l'ordre dans les fils enchevêtrés des séquelles des pensionnats, il est absolument nécessaire de concentrer son énergie et de développer des stratégies efficaces axées sur l'identité, la culture, les relations, les compétences parentales, l'éducation, l'économie et la spiritualité; toutes ces questions sont profondément *enracinées* et nécessitent une *longue période de guérison*. Il est clair que les approches destinées à s'attaquer aux séquelles des pensionnats doivent être adaptées afin de refléter la *réceptivité* des communautés et des personnes envers la guérison. Ces approches doivent aussi être présentées de manière positive et inclure la participation d'un large bassin d'institutions canadiennes. En point final, il est à souligner que les détails vitaux sur les retombées à long terme d'une participation aux activités financées par la FADG et sur les perspectives uniques des groupes métis et inuits sont encore vagues.



Liste des dossiers d'examen de documents

Région	Dossier #	Nom de l'organisation
Atlantique	CT-391-N.-É.	Membertou Band Council (connu sous le nom Membertou Wellness Committee)
Atlantique	CT-53-N.-É.	Eskasoni Mental Health and Social Work Service
Atlantique	CT-78-N.-B.	Metepenagiag First Nation
Québec	DV-310-QC	Conseil de la Nation Atikamekw inc.
Québec	DV-375-QC	Council of the Cree Nation of Mistissini
Québec	CT-917-QC	The Nemaska First Nation of James Bay (connu sous le nom Nemaska First Nation of James Bay, Quebec)
Ontario	DV-232-ON	Algonquins of Pikwàkanagàn First Nation
Ontario	DV-266-ON	Chapleau Cree First Nation
Ontario	DV-307-ON	Algoma University College (connu sous le nom Children of Shingwauk Alumni Association)
Ontario	CT-377-ON	Minwaashin Lodge: Aboriginal Women's Support Centre
Ontario	CT-324-ON	Mnjikaning First Nation
Ontario	DV-581-ON	Ojibways of the Pic River First Nation
Ontario	CT-267-ON	UCCM Mnaamodzawin Health Services (connu sous le nom Mnaamodzawin Health Services Inc.)
Ontario	DV-592-ON	Walpole Island and First Nation Council
Manitoba	DV-597-MB	Ma Mawi Wi Chi Itata Centre (connu sous le nom Ma Mawi Wi Chi Itata Centre, Inc.)
Saskatchewan	DV-369-SK	Agency Chiefs Tribal Council
Saskatchewan	CT-2429-SK	Building a Nation Life Skills Training Inc. (connu sous le nom Building A Nation, Inc.)
Saskatchewan	DV-181-SK	Cote First Nation (connu sous le nom Cote First Nation #366)
Saskatchewan	CT-180-SK	Ile-à-la-Crosse Friendship Centre (connu sous le nom Ile-à-la Crosse Friendship Centre Incorporated)

Région	Dossier #	Nom de l'organisation
Saskatchewan	CT-167-SK	Kanawayimik Child and Family Services Inc.
Saskatchewan	DV-165-SK	Prince Albert Associated Counselling and Mediation Services (connu sous le nom Deer Creek Training and Therapy, Inc.)
Saskatchewan	CT-229-SK	Prince Albert Associated Counselling and Mediation Services (connu sous le nom Deer Creek Training and Therapy, Inc.)
Saskatchewan	HH-42-SK	The Stardale Women's Group Inc.
Saskatchewan	CT-190-SK	Yorkton Tribal Administration Inc.
Alberta	CT-316-AB	Alexis Health Department
Alberta	DV-343-AB	Kainaiwa Education Society
Alberta	DV-101-AB	Loon River First Nation #476
Colombie-Britannique	CT-65-C.-B.	Gitsan & Wet'suwet'en Residential School Committee (connu sous le nom An'o'oyam Gan Moot'xw Society (Tools of Healing))
Colombie-Britannique	DV-1369-C.-B.	Chawathil First Nations
Colombie Britannique	CT-350-C.-B.	Healing Our Spirit BC First Nations AIDS Society (connu sous le nom Healing Our Spirit B.C. Aboriginal HIV/AIDS Society)
Colombie-Britannique	DV- 491-C.-B.	Tsawataineuk Band Council
Colombie-Britannique	CT-161-C.-B.	Tsleil-Waututh Nation
Colombie-Britannique	CT-302-C.-B.	Urban Native Youth Association
Nord	DV-160-T.N.-O.	Dene Cultural Institute
Nord	CT-411-T.N.-O.	Hamlet of Cape Dorset (connu sous le nom Municipality of Cape Dorset)
Nord	RB-235-T.N.-O.	Mianiqsijit

Modèle d'examen des documents

Numéro de projet :
 Titre du projet :
 Bénéficiaire de la subvention :
 Région :
 Commence le :
 Se termine le :
 Montant de la contribution :

Documents inclus dans le dossier : (cocher)

- Fiche de transfert pour le contrôle du projet final
- Présentation de l'examen du rendement du projet : 4^e trimestre
- Fiche de transfert pour le contrôle du projet au 3^e trimestre
- Présentation de l'examen du rendement du projet : 3^e trimestre
- Fiche de transfert pour le contrôle du projet au 2^e trimestre
- Présentation de l'examen du rendement du projet : 2^e trimestre
- Fiche de transfert pour le contrôle du projet au 1^{er} trimestre
- Présentation de l'examen du rendement du projet : 1^{er} trimestre
- Demande d'aide financière pour le projet
- Critères d'examen

Documents à l'appui (p. ex. rapports finals, rapports d'évaluation) : Donnez les titres :

Description du projet : (sommaire)

Groupes visés

- Premières Nations - à l'intérieur des réserves
- Inuits
- Métis
- Femmes
- Jeunes
- Aînés
- Personnes incarcérées
- Homosexuels
- Premières Nations - hors des réserves
- Autres (préciser)

Défis :

Décrivez les problèmes, obstacles et barrières dont font état les rapports du projet, et répondez à la question : *Y a-t-il quelque chose que vous ne feriez pas la prochaine fois?* Faites également référence aux sections des rapports trimestriels où l'on vous demande des explications relativement aux situations où les objectifs n'ont pas été atteints.

Leçons apprises :

Décrivez avec exactitude les leçons apprises ou les problèmes, obstacles ou barrières qui ont été supprimés au cours du projet et comment vous y êtes parvenu(e). *Répondez également aux questions : feriez-vous des*

changements dans l'élaboration ou la mise en oeuvre du projet? Croyez-vous que des activités ou approches pourraient être utiles à d'autres projets ou à la Fondation?

Réussites :

Décrivez les activités qui se sont bien déroulées et répondez aux questions : *Quelles activités poursuivriez-vous? Croyez-vous que des activités ou approches pourraient être utiles à d'autres projets ou à la Fondation? Parlez également des avantages inattendus du projet et expliquez vos réponses aux sections des rapports faisant état d'autres résultats, d'observations, d'avantages inattendus et de commentaires.*

Évaluation :

i) **Si le projet est terminé, le rapport final comprend-il une évaluation ou un rapport d'évaluation a-t-il été présenté séparément? Oui ___ Non ___**

Dans l'affirmative, en fournir une description (p. ex. titre du rapport, nom de l'auteur, s'agit-il d'un rapport interne ou externe).

ii) **Méthodes d'évaluation :**

Décrivez les méthodes ayant servi à évaluer le projet. Si le projet est en cours, décrivez les méthodes d'évaluation dont fait état la proposition de projet.

iii) **Résultats de l'évaluation :**

Décrivez les résultats de l'évaluation présentés dans le rapport, y compris l'opinion des participants.

Commentaires et citations : Tout renseignement supplémentaire à caractère unique ou valant la peine d'être mentionné, y compris des citations pertinentes et significatives.

À EXAMINER : *(La question est de savoir si ces catégories fourniraient des renseignements utiles qui ne pourraient être obtenus sinon?)*

Renforcement des capacités :

- ___ Formation (qui a reçu une formation, de quel type et quel en a été le contenu)
- ___ Embauche de membres de la collectivité
- ___ Recours à des ressources / compétences venant de l'extérieur de la collectivité (en quoi ce recours contribue-t-il à renforcer les capacités)

Relations / partenariats avec d'autres organismes, agences, programmes, services, etc.: (est-il nécessaire d'aborder ces partenariats étant donné que les projets semblent tous avoir permis de les établir?)

Visites sur le terrain :

Mentionnez les visites qui ont été recommandées ou les rapports sur une de ces visites effectuées par le personnel de la FADG. (REMARQUE : Ne font pas parties de ces visites les visites effectuées par les travailleurs de soutien communautaire; reformulez la phrase pour y inclure aussi ces visites.)

Recommandations faites au personnel et examinateurs de la FADG :

Recommandations faites par les bénéficiaires de subventions de projets :

Enquêtes nationales

Questionnaire d'évaluation 2001 sur le processus d'envoi par la poste

À REMPLIR EN CONSULTANT VOTRE GUIDE

Nom du projet : _____ Code de projet : _____

Lieu (ville, village, hameau) : _____

Région : _____ Date de début du projet : _____

Ce questionnaire doit, si possible, être complété **par un groupe**. Ce groupe doit être formé d'au moins :

- une personne responsable de la réalisation du projet (formateur, guérisseur, etc.)
- un(e) survivant(e) ou toute personne touchée par les répercussions intergénérationnelles, ayant pris part au processus décisionnel relié au projet
- un fournisseur de services communautaires ayant contribué indirectement soit en accueillant ou en dirigeant des personnes nécessitant des soins (p. ex. l'infirmière ou l'infirmier de la santé publique ou la travailleuse ou le travailleur social de la collectivité).

Si vous avez des questions concernant le questionnaire, veuillez consulter votre Guide du questionnaire. Si des contraintes de temps vous empêchent de former un groupe pour répondre au questionnaire, demandez à un membre de votre collectivité qui connaît bien le programme de remplir le questionnaire.

A. QUI Participants

A.1 Votre projet est-il ...

- un projet de guérison? Dans l'affirmative, répondez aux questions A.2 à A.5, sinon, passez à la question A.6.
- un projet de formation? Dans l'affirmative, répondez aux questions A.6 à A.9

A.2 Combien de personnes ont participé à une activité de guérison à titre de clients (y compris la guérison thérapeutique dans un centre, les cercles de partage, les camps et les retraites, etc.)? Chaque personne ne doit être comptée qu'une fois.

- _____ nombre total de personnes ayant participé à l'activité de guérison.
- incertain
- sans objet (p. ex. production vidéo, projets de recherche ou de documentation)

A.3 Combien de *personnes* ont participé à une activité en groupe reliée à l'activité de guérison (y compris une fête, une réunion sociale, un pow-wow, etc.)? Consultez votre Guide du questionnaire pour répondre à cette question.

- _____ nombre total de personnes ayant participé à l'activité de guérison.
- incertain
- sans objet

A.4 Combien de personnes ayant participé ou participant à une *activité de guérison* financée par la FADG sont comprises dans les catégories suivantes? (Soyez le plus précis possible.)

- Premières Nations à l'intérieur des réserves
- Premières Nations hors des réserves
- Métis
- Inuits

A.5 Combien de personnes ayant participé ou participant à une *activité de guérison* financée par la FADG sont comprises dans les catégories suivantes? (Soyez le plus précis possible.)

- jeunes
- femmes
- gais ou lesbiennes
- personnes incarcérées
- hommes
- Aînés
- victimes des répercussions intergénérationnelles
- sans-abri
- Survivants

Si votre projet est un projet de FORMATION, répondez aux questions A.6 à A.9.

A.6 Combien de *personnes* ont reçu une formation lors d'une *activité de formation* (y compris la participation à des ateliers, une formation officielle en classe, etc.)?

- nombre total de personnes ayant participé à la formation.
- incertain
- sans objet (p. ex. production vidéo, projets de recherche ou de documentation)

A.7 Combien de personnes ont participé à une ou des *activités en groupe* (y compris une fête, une réunion sociale, un pow-wow, etc.) reliées à la *formation*?

- nombre total de personnes ayant participé à l'activité en groupe reliée à la formation.
- incertain
- sans objet

A.8 Combien de personnes ayant participé à une *activité de formation* financée par la FADG sont comprises dans les catégories suivantes? (Soyez le plus précis possible.)

- Premières Nations à l'intérieur des réserves
- Premières Nations hors des réserves
- Métis
- Inuits

A.9 Combien de personnes ayant participé à une *activité de formation* financée par la FADG sont comprises dans les catégories suivantes? (Soyez le plus précis possible.)

- ___ jeunes
- ___ femmes
- ___ gais ou lesbiennes
- ___ personnes incarcérées
- ___ hommes
- ___ Aînés
- ___ victimes des répercussions intergénérationnelles
- ___ familles
- ___ sans-abri
- ___ Survivants

A.10 Dans quelle mesure les caractéristiques suivantes reliées aux participants reflètent-elles les problèmes/difficultés auxquels vous faites face *au cours* de votre projet financé par la FADG? (Cochez la case appropriée.)

	Problème grave (>80%)	Problème modéré (40-80%)	Problème léger (1-40%)	Aucun problème
(a) les survivants ne participent pas au projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) a déjà fait de la prison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) rejet, peur, affliction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) compétences parentales déficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) a déjà fait des tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) a déjà été agressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) a déjà agressé quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) a été adopté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) a été placé(e) en foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) consommation abusive de drogues ou d'alcool dans la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) pauvreté	<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) capacités de communication déficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(n) autres (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques ou commentaires : _____

A.11 Parmi les personnes participant à votre *projet de guérison*, combien requièrent *une plus grande attention* en raison de leurs besoins particuliers (p. ex. traumatisme grave subi, incapacité de communiquer ouvertement dans un groupe, tentatives de suicide ou toxicomanie constituant un danger de mort, etc.)? _____

A.12 De quelle façon traitez-vous les situations particulières dans votre projet?

COCHEZ LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE :

- nous faisons du mieux que nous pouvons *sans* formation spéciale, services communautaires ni soutien bénévole
- tous* les employés sont préparés à faire face aux problèmes graves (p. ex. le suicide, la violence, la toxicomanie)
- certains* employés sont préparés à faire face aux problèmes graves (p. ex. le suicide, la violence, la toxicomanie)

COCHEZ LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE :

- la visite de professionnels (formés pour répondre à des besoins particuliers) assure un soutien hebdomadaire
- la visite de professionnels assure un soutien mensuel ou annuel
- nous croyons que notre projet ne vise personne présentant un état assez sérieux pour qu'une approche différente soit nécessaire

COCHEZ LA RÉPONSE QUI S'APPLIQUE :

- des bénévoles (*possédant* une formation spéciale) travaillent avec chaque personne, chaque famille aux prises avec un problème
- des bénévoles (*ne possédant* pas de formation spéciale) travaillent avec chaque personne, chaque famille aux prises avec un problème
- nous comptons sur le soutien des pairs

COCHEZ SI APPLICABLE :

- Autres, veuillez préciser _____

A.13 Votre projet peut-il répondre aux besoins de toutes les personnes nécessitant une guérison thérapeutique ou désirant une formation?

- oui Passez à la question A.15
- non Passez à la question A.14

A.14 Si votre projet *ne pourrait / ne peut pas* aider toutes les personnes qui veulent y participer, comment choisiriez-vous / choisissez-vous les participants? En d'autres mots, à qui donnez-vous priorité?

A.15 Selon le groupe que vous avez formé pour répondre à ce questionnaire, votre projet rejoint-il les personnes qui ont le plus besoin de vos services? Veuillez ne cocher qu'une réponse.

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
_____	_____	_____	_____	_____
Oui solument	Oui, mais cela pourrait être mieux	Incertain	Probablement pas	solument pas

Si votre groupe a répondu probablement pas ou absolument pas, expliquez pourquoi.

A.16 Combien d'autres personnes nécessitant une guérison thérapeutique / formation pourriez-vous aider si vous aviez plus de locaux / de ressources humaines compétentes / d'argent?

- ___ (nombre de personnes nécessitant des services de guérison / une formation)
- ___ incertain

A.17 Combien de personnes participant actuellement à une guérison thérapeutique / formation ont pris part à un *autre* projet de guérison / formation semblable (non financé par la FADG) *avant* de prendre part à votre projet? (Veuillez consulter votre Guide du questionnaire.)

aucune

incertain

de personnes ayant pris part à des projets de guérison antérieurement _____

Employés et bénévoles

A.18 Veuillez tenir compte de la durée totale de votre projet. Pendant cette période, combien d'employés rémunérés à *plein temps* (travaillant 30 heures ou plus par semaine) aviez-vous / avez-vous au total?

A.19 Veuillez tenir compte de la durée totale de votre projet. Pendant cette période, combien d'employés rémunérés à *temps partiel* (travaillant moins de 30 heures par semaine) aviez-vous / avez-vous au total?

A.20 Quel type de formation vos employés ont-ils reçu au cours du projet? Cochez toutes les réponses possibles. Veuillez dire également si la formation permettait ou ne permettait pas de répondre aux besoins du projet en cochant la case appropriée. Consultez votre Guide du questionnaire au besoin pour répondre à cette question.

	Formation de base	Formation avancée	La formation permettait/ permet de RÉPONDRE aux besoins du projet	La formation permettait/ permet de ne RÉPONDRE pas aux besoins du projet
(a) intervention en situation de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) connaissance des traumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) compétences en counselling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) langue/culture autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) formation en informatique/ sur l'Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) apprentissage de l'histoire et des répercussions des pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) apprentissage de l'application de la Charte des droits et libertés dans le projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) traitement de la violence familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) formation en perfectionnement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) RCR/secourisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) programmes reliés au fonctionnement de la famille (p.ex. le développement de l'enfant et les compétences parentales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) autres, veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.21 Quelles autres formations devaient/doivent suivre ces mêmes employés?

	Formation de base	Formation avancée
(a) intervention en situation de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) connaissance des traumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) compétences en counselling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) langue/culture autochtones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) formation en informatique/sur l'Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) apprentissage de l'histoire et des répercussions des pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) apprentissage de l'application de la Charte des droits et libertés dans le projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) traitement de la violence familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) formation en perfectionnement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) RCR/secourisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) programmes reliés au fonctionnement de la famille (p. ex. le développement de l'enfant et les compétences parentales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) autres, veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.22 Dans un mois normal, évaluez combien d'heures environ les bénévoles ont participé au projet.

A.23 Dans quels secteurs les bénévoles (et non les employés rémunérés) donnaient-ils le plus souvent du temps. Veuillez ne cocher que les activités *les plus fréquentes*.

- administration (planification, gestion)
- préparation des repas
- opérations (entretien)
- ateliers
- collectes de fonds
- cercles de guérison
- recrutement
- transport (p. ex. fournir le transport ou surveiller les autobus)
- autres, veuillez préciser _____

B. QUOI

B.1 À quels secteurs les ressources de votre projet sont-elles *en majeure partie* (i.e. plus de 50 %) consacrées? (Cochez deux réponses seulement). Veuillez vous reporter au Guide du questionnaire pour connaître les définitions données à ces catégories de réponse.

- communications ou sensibilisation du public
- recherche ou documentation sur l'histoire (hommage)
- guérison
- formation
- élaboration de programmes d'études
- service communautaire
- réconciliation
- planification stratégique
- évaluation des besoins
- autres (veuillez préciser :) _____

Si votre projet est un projet de guérison, répondez aux questions B.2 à B.6, sinon passez à la question B.7.

- B.2 Si votre projet est un projet de *guérison* (dans des centres, cercles de guérison, counselling, etc.), évaluez combien d'heures environ une PERSONNE participe à une activité de guérison depuis le début du projet jusqu'à la fin. Veuillez consulter votre Guide du questionnaire pour répondre à cette question. _____
- B.3 Combien de personnes au total ont participé aux activités de *guérison* financées par la FADG? Ne comptez pas la même personne deux fois et tenez compte de toutes les activités de guérison offertes pendant la durée de votre contrat avec la FADG. Veuillez consulter votre Guide du questionnaire pour répondre à cette question.
____ (nombre total de participants)
- B.4 Combien de personnes ont complété le projet de *guérison*? ____
- B.5 Combien de personnes n'ont PAS complété le projet de *guérison*? ____
- B.6 Pourquoi n'ont-elles pas complété le projet de *guérison*? Veuillez expliquer.

Si votre projet est un projet de formation, répondez aux questions B.7 à B.12, sinon passez à la section suivante.

- B.7 Veuillez évaluer combien d'heures environ CHAQUE personne a assisté aux séances de *formation*. Veuillez consulter votre Guide du questionnaire pour répondre à cette question. ____
- B.8 Combien de personnes maximum peuvent prendre part à votre projet de *formation* au cours d'une année? ____ (nombre de personnes)
- B.9 Combien de personnes ont complété le projet de *formation*? ____
- B.10 Combien de personnes n'ont pas complété le projet de *formation*? Soyez le plus précis possible ____
- B.11 Pourquoi n'ont-elles pas complété la *formation*? Veuillez expliquer.

B.12 Quels moyens vos employés utilisent-ils pour promouvoir votre projet? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles.)

- ont participé à des tribunes ou autres forums publics
- ont pris part à des ateliers / en ont organisés
- ont distribué de la documentation
- ont publié des articles dans des journaux / magazines / bulletins locaux
- ont publié des articles dans d'autres journaux / magazines / bulletins locaux
- ont invité des politiciens locaux / ont discuté avec eux ou les ont rencontrés
- ont rencontré des organismes de services de la région
- ont invité les responsables d'autres projets à leur rendre visite
- réunions
- action sociale
- ont utilisé les services d'une station de radio locale
- activités de relations publiques ou avec les médias
- ont fait circuler une pétition ou des lettres pour obtenir plus de ressources financières
- ont échangé de la documentation sur papier avec les responsables d'autres projets de la FADG
- ont visité d'autres établissements de la FADG
- autres, veuillez préciser _____

B.13 Quelle est la principale méthode de promotion? _____

C. OÙ

C.1 À combien de collectivités ce projet s'adresse-t-il? ____

C.2 Décrivez la collectivité ou la plupart des collectivités auxquelles s'adresse votre projet. (Veuillez cocher une seule réponse).

- Éloignée—collectivité ne pouvant être desservie par un service routier ou un service de traversier
- Isolée—collectivité pouvant être desservie par un service routier ou un service de traversier et située à plus de 350 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants.
- Rurale—collectivité pouvant être desservie par un service routier ou un service de traversier et située à plus de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants
- Urbaine—collectivité pouvant être desservie par un service routier ou un service de traversier ET située à moins de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 25 000 habitants.

C.3 Combien de personnes vivent dans votre collectivité? Si votre projet englobe plus d'une collectivité, quelle est la population *moyenne* de ces collectivités? Si vous n'êtes pas certain(e), adressez-vous à votre administration locale. Veuillez consulter votre Guide du questionnaire pour répondre à cette question.

_____ nombre de personnes dans votre collectivité OU population **moyenne** des collectivités

C.4 Où s'est déroulé votre projet?

- au Centre d'accueil
- dans un centre de santé local
- dans une école locale
- dans un camp forestier
- dans des établissements résidentiels
- autres (veuillez préciser) _____

C.5 L'agence ou l'organisme responsable de l'organisation de l'activité financée par la FADG est-elle / est-il associé(e) à d'autres projets de guérison ou de formation?

non

oui, veuillez expliquer _____

C.6 Dans quelle mesure les problèmes suivants concernent-ils votre collectivité? (Veuillez cocher la case appropriée.)

	Problème grave	Problème modéré	Problème léger	Aucun problème
(a) Analphabétisme chez les adultes (<i>incapacité</i> de lire ou <i>difficulté</i> à lire LA PLUPART des documents sur papier, peu importe la langue, y compris l'inuktitut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Refus des établissements locaux d'accepter la langue et la culture autochtones (p. ex. écoles, hôpitaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Apathie ou manque de soutien actif à la collectivité autochtone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Opposition des collectivités locales (peur, rejet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Mauvaises conditions économiques dans les collectivités (p. ex. chômage élevé, mauvaises conditions de logement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) us d'alcool et d'autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Violence familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Violence sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Transport déficient (autobus locaux, véhicules, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Manque de ressources, d'installations, de services communautaires, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Suicide ou tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) / effets de l'alcool sur le foetus (EAF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. QUAND

D.1 Quelles autres activités communautaires / familiales ou activités de guérison ayant eu lieu / ayant lieu peuvent avoir un impact sur vos résultats? Tenez compte de tous les aspects de la vie en collectivité (p. ex. taux élevé de suicide, réveil de la culture, augmentation des projets d'intervention précoce, bouleversement politique, affaires judiciaires, augmentation de l'aide financière accordée par les provinces aux services de santé, nouveau centre de traitement, nouveaux chemins d'accès, déménagements) (Veuillez consulter votre Guide du questionnaire pour obtenir une définition du terme impact.)
Veuillez expliquer

E. COMMENT

Caractéristiques du projet

E.1 Comment incitez-vous les Survivants à participer au projet? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles.)

- rencontrer les personnes ou les familles (dans nos installations)
- inviter les personnes / familles à nous rendre visite
- placer des annonces
- distribuer des dépliants et des brochures dans la collectivité
- « patrouiller » les rues (chercher des participants en parcourant les rues)
- consulter d'autres fournisseurs de services sociaux et de soins de santé
- utiliser des babillards communautaires
- faire partie de groupes interorganismes (p. ex. santé, service social, enseignants et police)
- faire du « bouche à oreille »
- entrevues
- campagnes téléphoniques
- bulletins
- visites à domicile
- journée annuelle « portes ouvertes »
- participation aux services humains sur tous les plans dans la collectivité
- autres _____

E.2 Quelle est la méthode la plus utilisée?

E.3 Comment assurez-vous la sécurité des participants? (Veuillez cocher toutes les réponses possibles.)

- vérification des registres de cas d'enfants victimes de sévices
- vérifications minutieuses des dossiers criminels par le CIPC (Centre d'information de la police canadienne)
- en faisant du « bouche à oreille »
- entrevues
- vérification périodique auprès des participants afin d'assurer leur sécurité
- consultation auprès d'autres personnes ayant eu recours à leurs services
- consultation auprès de leurs associations professionnelles afin de connaître leurs antécédents quant à leur conduite professionnelle
- tous les guérisseurs (médecins praticiens) doivent signer un code de déontologie
- références morales
- autres, veuillez préciser _____
- autres, veuillez préciser _____

E.4 Les personnes désireuses de prendre part à un projet de guérison thérapeutique / formation sont-elles inscrites sur une liste d'attente (formelle ou informelle)?

- oui Passez à la question E.5
- non Passez à la question E.6

E.5 Si vous tenez une liste d'attente (formelle ou informelle), combien de personnes maximum sont / étaient habituellement inscrites sur cette liste? _____

- E.6 Selon le groupe formé pour répondre à ce questionnaire, le projet s'est-il déroulé dans le respect de la Charte des droits et libertés? Veuillez cocher la réponse qui reflète le mieux l'opinion du groupe.

5	4	3	2	1
_____	_____	_____	_____	_____
oui solument	oui, mais cela pourrait être mieux	incertain	probablement pas	solument pas

Expliquez pourquoi le groupe est de cet avis.

- E.7 Dans quelle mesure votre projet a-t-il permis à CHACUNE DES PARTICIPANTES de prendre conscience de son pouvoir? Veuillez encercler une seule réponse.

2	3	4	1	0
_____	_____	_____	_____	_____
peu ou pas d'influence	légère influence	influence marquée	incertain	sans objet

Expliquez pourquoi le groupe est de cet avis.

- E.8 Dans quelle mesure votre projet a-t-il permis à L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTES de prendre conscience de leur pouvoir? Veuillez encercler une seule réponse.

2	3	4	1	0
_____	_____	_____	_____	_____
peu ou pas d'influence	légère influence	influence marquée	incertain	sans objet

Expliquez pourquoi le groupe est de cet avis.

- E.9 Dans quelle mesure votre projet a-t-il permis de modifier LE STATUT ET LE POUVOIR DÉCISIONNEL DES PARTICIPANTES DANS LA COLLECTIVITÉ? Veuillez encercler une seule réponse.

2	3	4	1	0
_____	_____	_____	_____	_____
peu ou pas d'influence	légère influence	influence marquée	incertain	sans objet

Expliquez pourquoi le groupe est de cet avis.

E.10 Quelles sont les principales caractéristiques de votre projet de guérison (dans les centres, cercles de guérison, retraites, consultations en privé avec la personne ou la famille ou tout autre type de guérison)? (Cochez une case pour chaque point indiquant la fréquence de chaque méthode utilisée.)

	Toujours	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
(a) recours à des <i>méthodes traditionnelles seulement</i> (p. ex. cercles de guérison/partage, consultations ou temps libre avec les Aînés, enseignants de la culture, autochtones traditionnels, guides spirituels; célébrations, cérémonies, danses, chansons, histoires autochtones, jeûnes, corvées; activités sur les terres, dans les forêts ou les camps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) recours à une <i>méthode thérapeutique occidentale seulement</i> en consultant des professionnels (p. ex. personnes ayant reçu une formation 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) recours à une <i>méthode regroupant les méthodes traditionnelles et la méthode thérapeutique occidentale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) traitements selon le sexe (i.e. groupes de femmes et groupes d'hommes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) traitements selon l'âge (i.e. groupes d'enfants, groupes de jeunes, groupes d'Aînés, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) tout autre groupe formé en fonction de <hr/> (veuillez préciser la nature du groupe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) activités sportives, récréatives (p. ex. musique, pièce de théâtre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) médecines douces (p. ex. homéopathie, naturopathie, aromathérapie, réflexologie, massothérapie, Reiki, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) autres, veuillez préciser <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) autres, veuillez préciser <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. ÉVALUATION DU CHANGEMENT

F1 Évaluez-vous les changements chez les participants au projet de la FADG (p. ex. les connaissances, l'attitude et le comportement des participants)?

oui Passez à la question F.2

non Passez à la question F.5

F2 Si votre projet est un projet de *guérison*, dites-nous comment vous évaluez les changements chez les personnes qui y prennent part (p. ex. les connaissances, l'attitude et le comportement des participants) au cours de leur processus de guérison. Consultez le Guide du questionnaire pour connaître la définition complète de chaque réponse. Cochez toutes les réponses possibles.

- observations informelles (non écrites ni enregistrées)
- observations formelles (écrites et enregistrées)
- évaluations (activité visant à évaluer le rendement du projet)
- recherche d'opinions (demander l'avis d'autres personnes et l'enregistrer)
- opinions spontanées (ne pas demander l'avis des autres)
- évaluations officielles (tests ou sondages) de la consommation d'alcool ou d'autres drogues
- autres, veuillez préciser _____

F3 Si votre projet est un projet de *formation*, dites-nous comment vous évaluez les changements chez les personnes qui y prennent part (p. ex. les connaissances, habiletés ou aptitudes). Consultez le Guide du questionnaire pour connaître la définition complète de chaque réponse. Cochez toutes les réponses possibles.

- aucun test; nous supposons que s'ils ont pris part au projet de formation, ils ont amélioré leurs connaissances, habiletés et aptitudes.

Si vous effectuez des évaluations, cochez toutes les réponses possibles.

- observations informelles (non écrites ni enregistrées)
- observations formelles (écrites et enregistrées)
- évaluations (activité visant à évaluer les connaissances, aptitudes ou comportements)
- recherche d'opinions (demander l'avis des participants sur ce qu'ils croient avoir appris ou pouvoir faire maintenant et qu'ils ne savaient pas ou ne pouvaient faire avant)
- opinions spontanées (ne pas demander l'avis des participants; ils le donnent eux-mêmes)
- autres, veuillez préciser _____

F4 Qu'en est-il de l'information recueillie relativement aux changements chez chacune des personnes prenant part au projet? Si cette information n'est pas utilisée, veuillez le noter dans l'espace prévu ci-contre.

F5 À quelle fréquence votre projet de la FADG amène-t-il les Survivants à prendre part aux activités de gestion de projet suivantes?

	Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Chaque année	Jamais
(a) élaboration des documents ou du contenu du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) communications informelles visant à obtenir des avis / échanger des idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) évaluation de l'évolution ou du rendement du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) évaluation des 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"/>
(f) en tant que membres d'un comité consultatif ou directeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6 Votre projet a-t-il un comité consultatif ou un conseil d'administration auquel siègent les Survivants qui y participent?

- non
 oui

Combien de Survivants ou de personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles y prennent part régulièrement? ____ #

Combien de personnes incarcérées? ____ #

Combien de gais ou de lesbiennes? ____ #

Combien de femmes? ____ #

Combien de jeunes? ____ #

Combien de sans-abri? ____ #

Combien d'Aînés? ____ #

Combien de fois par année se réunit-il? ____ #

F7 Les Survivants participent-ils aux décisions concernant l'embauche / l'évaluation du personnel?

- oui
 non Pourquoi? _____

F8 Avez-vous eu de la difficulté à obtenir la participation des Survivants?

- non
 oui Si tel est le cas, qu'est-ce qui vous a rendu la tâche difficile? Autrement dit, pourquoi vous a-t-il été difficile d'obtenir leur participation?
-

G. GESTION FINANCIÈRE DU PROJET

G.1 Prenez quelques minutes pour réfléchir à ce que vous souhaiteriez obtenir pour votre projet. Dans la colonne de gauche, indiquez par ordre d'importance vos besoins les plus importants, 1 étant le plus important, 2 le deuxième et ainsi de suite. Dans la colonne de droite, évaluez combien d'argent il vous faudrait environ pour répondre à chacun de ces besoins.

	\$
___ accroître le nombre d'employés et les avantages sociaux	_____
___ améliorer le projet et en accroître l'envergure à l'échelle locale	_____
___ former les employés et les guérisseurs potentiels	_____
___ offrir, accroître ou améliorer le transport	_____
___ améliorer notre édifice et en accroître la superficie	_____
___ élaborer et distribuer de l'information sur l'histoire et les répercussions des pensionnats	_____
___ acheter de l'équipement ou des fournitures	_____
___ besoins particuliers (ressources, professionnels)	_____
___ chercher à établir des partenariats / réseaux	_____
___ améliorer la communication (avec la collectivité, la FADG, les Canadiens en général)	_____
___ surveiller et évaluer le projet	_____
___ obtenir des évaluations professionnelles de l'acquisition de compétences et de la guérison	_____
___ améliorer la participation des Survivants	_____
___ améliorer le soutien familial et les compétences parentales	_____
___ encourager la participation de la collectivité	_____
Grand total	_____

G.2 Croyez-vous qu'une partie du budget alloué au projet devrait être consacrée à l'évaluation?

- oui
 non

G.3 Combien avez-vous reçu d'autres sources de financement au cours du projet? (i.e. depuis le jour où la FADG vous a accordé son aide financière jusqu'au jour où cette aide a pris fin OU, si vous en recevez encore, jusqu'à aujourd'hui) Combien ces mêmes partenaires ont-ils accepté d'investir *en permanence* dans les projets de guérison, de formation, de service ou de recherche ou dans toute autre activité connexe de la FADG?

Donateurs	Aide financière accordée pendant le projet	Investissement de longue durée
autres ministères, directions ou divisions du gouvernement fédéral	_____ .00 \$	_____ .00 \$
gouvernements provinciaux ou territoriaux	_____ .00 \$	_____ .00 \$
gouvernements municipaux ou des hameaux	_____ .00 \$	_____ .00 \$
gouvernements autochtones	_____ .00 \$	_____ .00 \$
fondations subventionnaires privées	_____ .00 \$	_____ .00 \$
collectes de fonds communautaires	_____ .00 \$	_____ .00 \$
autres (veuillez préciser)	_____ .00 \$	_____ .00 \$
_____	_____ .00 \$	_____ .00 \$
_____	_____ .00 \$	_____ .00 \$
_____	_____ .00 \$	_____ .00 \$

G.4 À combien évaluez-vous les biens ou services vous ayant été fournis sous forme de dons (contributions non financières) (i.e. depuis le jour où la FADG vous a accordé son aide financière jusqu'au jour où cette aide a pris fin OU, si vous en recevez encore, jusqu'à aujourd'hui)? (Donnez une VALEUR APPROXIMATIVE.)

		Ne sais pas
transport	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
aliments	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
documents du projet	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
main-d'oeuvre (y compris les bénévoles)	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
locaux destinés au projet	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
autres (veuillez préciser) :		
_____	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
_____	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
_____	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aucun		

G.5 Qui vous a *fourni* le plus grand nombre de biens et de services pour votre projet ? Identifiez les trois donateurs les plus généreux en inscrivant 1 au plus généreux, 2 à celui qui vient au deuxième rang et ainsi de suite

- ___ école
- ___ services de santé
- ___ services sociaux
- ___ police
- ___ administration municipale
- ___ entreprises locales
- ___ membres de la collectivité
- ___ église de la collectivité
- ___ autres, veuillez préciser _____
- ___ autres, veuillez préciser _____

H. PREMIÈRES IMPRESSIONS SUR L'ACTIVITÉ FINANCÉE PAR LA FADG

H.1 Jusqu'à quel point les relations de travail établies entre les partenaires ont-elles été *efficaces*?

0	1	2	3	4
_____	_____	_____	_____	_____
sans objet	inefficaces	assez efficaces	moyennement efficaces	très efficaces

Si votre groupe a répondu « inefficaces, » expliquez pourquoi il est de cet avis.

H.2 Quelles sont les leçons les plus importantes que vous tirez de votre expérience relativement à l'élaboration, la mise en oeuvre et l'achèvement de ce projet?

Veuillez préciser _____

H.3 Quelles sont vos pratiques exemplaires?
Veuillez préciser _____

H.4 Quels ont été vos plus grands défis?
Veuillez préciser _____

H.5 Sur quoi reposera la réussite des projets futurs du point de vue :
des Survivants?
des Aînés?
des membres / chefs / formateurs / guérisseurs de l'équipe du projet?
des partenaires du projet?
des jeunes?
des femmes?
des gais et des lesbiennes?
des sans-abris?

H.6 Votre projet financé par la FADG a-t-il permis d'apporter des changements jusqu'à présent?
 non Expliquez pourquoi vous croyez que rien n'a changé.
 Il est peut-être trop tôt pour le dire.
 oui Expliquez pourquoi vous croyez que les choses ont changé.

H.7 Évaluez chacun des aspects suivants reliés au projet de la Fondation autochtone de guérison, en vous servant d'une échelle de 1 à 5, d'où 1 = déficient, 2 = passable, 3 = bon, 4 = très bon, et 5 = excellent.

	déficient	passable	bon	très bon	excellent
(a) demande de financement (principes, lignes directrices, soutien fourni pour compléter la demande)	1	2	3	4	5
(b) soutien et collaboration des coordonnateurs du soutien communautaire	1	2	3	4	5
(c) soutien et collaboration de l'équipe nationale (personnel du siège social)	1	2	3	4	5
(d) soutien et représentation du conseil national	1	2	3	4	5
(e) processus de financement (p. ex. rapports de surveillance trimestriels, rentrées de fonds et renouvellement)	1	2	3	4	5
(f) processus de surveillance et d'évaluation	1	2	3	4	5
(g) Rassemblements	1	2	3	4	5

Personne responsable du questionnaire : Inscrivez ci-contre le nom de la personne qui s'est occupée de coordonner ce questionnaire. Cette information ne sera pas entrée dans la base de données, mais utilisée seulement si nous avons besoin que vous nous expliquiez certaines réponses. (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES OU À LA MACHINE.) Demandez également à la personne qui a examiné les réponses données dans ce questionnaire d'apposer sa signature.

La personne responsable du projet ayant pris part à ce questionnaire : _____

Le Survivant / La Survivante ayant pris part à ce questionnaire : _____

Le fournisseur de services communautaires ayant pris part à ce questionnaire : _____

Autres parties concernées ayant pris part à ce questionnaire : _____

Question J.1

Le directeur / La directrice du projet doit répondre à cette question à titre confidentiel. Veuillez compléter ce tableau pour tous les postes à plein temps et à temps partiel. Faites des copies supplémentaires de cette page au besoin. *Pour répondre à cette question, veuillez vous reporter au Guide du questionnaire.*

Poste ou rôle	Autochtone (oui ou non)	Survivant guéri (oui ou non)	Diplôme / certificat	# d'années d'expérience pertinente

**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 années/mois 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.)
 - Solée—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.

_____# 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.5, sinon, allez directement à la question A.6.
- un PROJET de formation? Si votre PROJET comporte des activités de formation, répondez aux questions A.6 à A.9.
- 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.

_____ # 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 (s'il y a lieu) :

- ___ 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.)?

- ___ # 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 FADG? (Indiquez la mesure du défi en cochant la case appropriée.)

	Grave	Modéré	Léger	Sans problème
(a) manque d'engagement du Survivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) antécédents de démêlés avec le système de justice pénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) déni, 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) pauvreté	<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) SAF/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.)?
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.11? (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 solument	oui, mais cela pourrait être mieux	incertain	probablement pas	solument 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?

___ # 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? (Veuillez consulter le guide du sondage pour obtenir une claire définition de ce qui constitue un autre programme ou projet de guérison semblable.)

- aucune
 incertain

de personnes ayant déjà participé à d'autres PROJETS de guérison _____

Personnel et bénévoles (Veuillez 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)	Inter-générationnel (oui ou non)	Type de grade, de certificat, ou de formation				# 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)	Inter-générationnel (oui ou non)	Type de grade, de certificat, ou de formation				# 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. QUOI

Si votre PROJET comprend des activités de guérison, répondez aux questions B.1 à B.5, autrement, passez à la question B.6.

B.1 Si votre PROJET met l'accent sur la guérison (c.-à-d. que la majorité [plus de 50 pour cent] 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 achevées.

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? ____ (#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 sais pas	Léger Benefit	Avantage avantage	Grand modéré
(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) <i>désir</i> des personnes ayant besoin 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.

	Chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Chaque année	Jamais
(a) utilisation <i>exclusive d'approches traditionnelles</i> (p.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 <i>exclusive d'une approche thérapeutique occidentale</i> 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 <i>approche combinée de méthodes thérapeutiques traditionnelles et occidentales</i>	<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 incarcérées)	<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 DES PROJETS

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 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) _____	_____
Grand total	_____

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 continu
(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?

- non
 oui
 ___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) transportation	_____ .00 \$	<input type="checkbox"/>
(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, quels 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. Veuillez consulter le guide pour répondre à cette question correctement.

Caractéristiques de la guérison	Avant le début du project	Après la fin du project	Ne s'applique pas	Ne sais 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					

Caractéristiques de la guérison	Avant le début du project	Après la fin du project	Ne s'applique pas	Ne sais pas	Commentaires
# 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 <i>capables d'être des chefs de file en matière de guérison</i>					
# de documents ou de productions (c.-à-d. des vidéos éducatifs) sur l'historique des pensionnats					
# de plans stratégiques mettant 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 fournies par le Conseil national	1	2	3	4	5
(e) processus de financement (p.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 ce 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) _____

Sondage d'évaluation nationale de la FADG (3)

CONÇU POUR QUE VOUS 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.

Numéro d'identification de l'organisme :		Numéro de la demande :	
Nom de l'organisme :			
Emplacement et région :			
Nombre total de mois où 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.);
- un Survivant ou une personne 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 de sondage. 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.

Situation de votre communauté

Décrivez la situation de votre communauté ou de la plupart des communautés que vous desservez.

(Veuillez ne cocher qu'une seule case.)

- 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 kilomètres 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 kilomètres 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 kilomètres d'une agglomération comptant plus de 25 000 personnes.

Type de projet

Votre projet est-il ...

- ___ un projet de guérison? Si votre projet comporte des activités de guérison, répondez aux questions A.1 à A.3, sinon, allez directement à la question A.4.
- ___ un projet de formation? Si votre projet comporte des activités de formation, répondez aux questions A.4 à A.6.
- ___ un projet de guérison et de formation? Si c'est le cas, répondez aux questions A.1 à A.6.
- ___ autre - ni un projet de guérison ni de formation (par ex., production vidéo, documentation historique, éducation sur les séquelles), passez à la question B.1.

Participants

Si votre projet comporte des activités de guérison, répondez aux questions A.1 à A.3.

A.1 Combien de **personnes ayant participé à une activité de guérison désirent et ont besoin d'obtenir des services de guérison** (comprend la guérison thérapeutique, 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-wows.

- ___ # total de personnes ayant participé à une activité qui veulent une guérison et en ont besoin :
- incertain
- sans objet (par ex., production vidéo, recherche ou projet de documentation)

A.2 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.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).

- ___ SURVIVANTS (qui ont réellement fréquenté un pensionnat)
- ___ personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles (par ex., enfants et petits-enfants de Survivants)
- ___ personnes qui ne s'identifient pas comme des Survivants ou comme des personnes 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.4 à A.6.

A.4 Combien de **personnes** ont participé à la **formation en tant que stagiaires** (par ex., la participation à un atelier sur le rétablissement à la suite d'un traumatisme, formation sur les abus sexuels, etc.)? (Selon vos meilleures estimations)

- ___ # total de personnes ayant participé à une formation
- incertain
- sans objet (par ex., production vidéo, recherche ou projet de documentation)

A.5 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.6 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 des personnes 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 (consultez la définition dans le guide)

- A.7 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.)?
 ____ # de personnes en droit d'obtenir des soins plus intensifs qu'à l'habitude
- A.8 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?
 ____ # de personnes à la recherche de services de guérison thérapeutique ou de formation en matière de guérison)
 ____ incertain
 ____ nous sommes en mesure d'offrir nos services à tous ceux et celles qui désirent obtenir une formation ou une guérison thérapeutique et qui prennent les moyens pour le faire
- A.9 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 de sondage pour obtenir une définition claire de ce qui constitue un autre programme ou projet de guérison semblable.*)
 aucune
 incertain
 ____ # de personnes ayant déjà participé à d'autres projets de guérison ou de formation

Personnel et bénévoles

(Veillez consulter votre guide pour répondre aux questions B1 à B4.)

- B.1 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** rémunérés (et non les titulaires de ces postes) 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.

- B.2 Encore fois, pensez à la *durée totale* de votre projet *financé par la FADG*, à partir de la première fois que vous avez reçu du financement jusqu'à ce jour et à *toutes les personnes engagées*. Pendant cette période, combien de ces personnes étaient 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 et celles qui ont fréquenté un pensionnat).

Rôles	Nombre total	Nombre de Survivants (qui ont fréquenté pensionnat)	Nombre de personnes touchées par des répercussions intergénérationnelles (qui n'ont pas fréquenté un pensionnat, mais qui ont quand même été touchées)
employés			
bénévoles			
contractuels ou percevant des honoraires			
membres du Conseil ou d'un comité consultatif			

- B.3 Les Survivants (c.-à-d., ceux qui ont fréquenté un pensionnat) participent-ils aux décisions relatives à l'embauche ou à l'évaluation du personnel?
- Oui
- Non Expliquez _____
- B.4 Au cours d'un mois typique, à combien estimez-vous le nombre d'heures de bénévolat qui ont été consacrées à ce projet? _____ nombre d'heures de bénévolat consacrées au cours d'un mois typique

PARTENARIATS

- C.1 Traitez-vous de la question des séquelles de l'abus physique et sexuel avec d'autres organismes?
- Non
- Oui, veuillez expliquer _____

C.2 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 continu
(a) gouvernement fédéral	_____ .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 \$

C.3 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) dans 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) <input type="checkbox"/> aucune	

Répercussions sur la communauté

La prochaine section traite du genre de changements que vous avez observés dans votre communauté **depuis que vous avez entrepris votre projet financé par la FADG**. Il importe peu que vous éprouviez des difficultés ou que votre travail de guérison commence à peine. Il est entendu que la guérison prend beaucoup de temps et que les programmes ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses — seulement des réponses qui *sont vraies* dans votre communauté. Dans cette question, on entend par communauté tout regroupement de personnes réunies dans le but d'atteindre les mêmes objectifs, qu'elles habitent dans un hameau éloigné ou un grand centre urbain. Elle est fondée sur ce que nous ont rapporté les équipes responsables des projets au sujet des changements qui **ressortent immédiatement** dans la communauté. Pour répondre à cette question, cochez (✓) la case qui décrit le mieux votre opinion. Bien sûr, si vous ignorez si le problème existe, s'il s'est amplifié, s'il a diminué ou s'il est inchangé, cochez la case d'extrême droite intitulée « ne sais pas. »

	Depuis le début de votre projet financé par la FADG, ce problème			
	S'est amplifié	A diminué	Aucun changement	Ne sais pas
D.1 Action et engagement des Survivants				
a) les Survivants veulent des services de guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) les Survivants se soutiennent mutuellement et encouragent d'autres Survivants à chercher la guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) les Survivants participent au processus de prise de décisions au sujet du projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) les Survivants sont habilités à prendre des décisions dans d'autres réseaux de services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

D.2 Services convenant aux Survivants et leur rapport avec ceux-ci

a) il existe des services de guérison semblables dans la localité qui conviennent aux Survivants et à leur famille (c.-à-d., <i>uniques</i> à leurs besoins en tant que Survivants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) les Survivants et leur famille utilisent les services locaux conçus expressément pour eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) les Survivants utilisent un large éventail de services de soutien social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

	Depuis le début de votre projet financé par la FADG, ce problème			
	S'est amplifié	A diminué	Aucun changement	Ne sais pas
D.3 Compréhension des répercussions des pensionnats et sensibilisation à celles-ci				
a) la communauté utilise les outils d'apprentissage (p.ex., archives, matériel audiovisuel, un programme, centre des visiteurs, site commémoratif) pour se renseigner sur les pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) les organismes à l'extérieur de la communauté connaissent et comprennent les répercussions des pensionnats sur les familles autochtones et leurs communautés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les Survivants et leur famille comprennent comment les séquelles des pensionnats les ont affectés et ont affecté leurs parents et leurs grands-parents, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

D.4 Capacité de l'équipe à effacer les répercussions des pensionnats

a) Accès local aux possibilités de formation pour les guérisseurs et les aides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les équipes de guérison ou les aides possèdent les connaissances et les aptitudes nécessaires pour traiter efficacement les problèmes d'abus physique et sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

	Depuis le début de votre projet financé par la FADG, ce problème			
	S'est amplifié	A diminué	Aucun changement	Ne sais pas
D.5 Guérison				
a) Participation à la guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Divulgarion des abus physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Divulgarion des abus sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La communauté travaille ensemble pour favoriser la guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nombre d'enfants qui sont à risque dans la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Les activités de guérison visent à <i>la fois</i> les Survivants et leur famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

**D.6 Plan ou vision pour poursuivre
la guérison**

a) La communauté planifie en fonction de la guérison à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les chefs de file de la communauté cherchent des ressources pour favoriser la guérison à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les organismes de services (à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté) tentent d'obtenir un appui pour la guérison à long terme des Survivants et de leur famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

D.7 Dans quelle mesure votre projet financé par la FADG a-t-il contribué aux changements que vous avez observés? Veuillez cocher une seule case ci-dessous pour décrire la contribution de votre projet financé par la FADG les changements survenus dans votre communauté. La cote 1 indique que vous croyez que votre projet financé par la FADG n'a eu *aucune influence* sur ces changements et que de nombreux autres événements, activités et programmes ont contribué à ces changements; une cote de 3 montre que vous pensez que l'activité financée par la FADG a eu une *certaine influence en combinaison avec d'autres initiatives communautaires*; et une cote de 5 confirme que vous êtes d'avis que les *changements* que vous avez observés dans votre communauté *sont entièrement attribuables* à votre projet financé par la FADG.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La contribution de la FADG n'a eu <i>aucune</i> influence sur les changements dans la communauté		La contribution de la FADG a eu un certain degré d'influence sur les changements dans la communauté		Les changements survenus dans la communauté sont la contribution de la FADG

D.8 Est-ce que votre projet financé par la FADG constituait la première tentative dans votre communauté en vue d'effacer les séquelles laissées par les abus physiques et sexuels commis dans les pensionnats?

Oui

Non

D.9 Il est clair que certaines communautés tentent de résoudre depuis longtemps les problèmes attribuables aux abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, alors que d'autres ne viennent à peine que commencer. Afin de nous aider à comprendre la contribution que la FADG a eu dans les efforts de guérison déployés dans votre communauté, veuillez nous indiquer à quelle étape, à votre avis, en sont ces efforts.

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous commençons à peine à nous pencher sur les abus physiques et sexuels	Nous avons atteint quelques objectifs dans nos efforts en vue d'effacer les séquelles laissées par les abus physiques et sexuels, mais il reste encore beaucoup à faire	Nous avons atteint de nombreux objectifs dans nos efforts en vue d'effacer les séquelles laissées par les abus physiques et sexuels, mais il reste encore beaucoup à faire	Notre communauté aussi forte et saine qu'il est possible de l'être, à notre avis

D.10 Que compte faire votre communauté lorsque se terminera le soutien financier de la FADG? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Nous allons maintenir les groupes d'aide et les efforts bénévoles.
- Nous avons obtenu une aide financière **de courte durée** d'autres sources.
- Nous avons obtenu des engagements en matière d'aide financière **de longue durée** d'autres sources.
- Nous projetons de préparer des propositions en vue d'obtenir de l'aide financière d'autres sources.
- Nous allons interrompre nos efforts de guérison.

Autre - veuillez expliquer

Personnes-ressources pour le sondage : Qui a assuré la coordination des réponses à ce sondage (son nom sera utilisé seulement si nous devons obtenir des précisions sur une réponse donnée) (EN LETTRES MAJUSCULES OU À LA MACHINE À ÉCRIRE). Veuillez également demander à un promoteur de signer pour confirmer qu'il a passé en revue les réponses fournies aux présentes.

Le responsable de l'exécution du projet qui a participé à la formulation des réponses à ce sondage :

(Nom) _____

(Téléphone) _____

(Signature) _____

Le Survivant qui a participé à la formulation des réponses à ce sondage :

(Nom) _____

(Téléphone) _____

(Signature) _____

Le fournisseur de services communautaires qui a participé à la formulation des réponses à ce sondage :

(Nom) _____

(Téléphone) _____

(Signature) _____

Toute autre personne qui a participé à la formulation des réponses à ce sondage :

(Nom) _____

(Téléphone) _____

(Signature) _____

Entrevue nationale

Le présent questionnaire vise à obtenir une opinion nationale sur les activités communautaires financées par la FADG. En y répondant, nous vous demandons donc de ne tenir compte que des activités de projets financées par la FADG et non des activités organisationnelles qui se déroulent au siège social. Nous procédons actuellement à un examen organisationnel, qui ne fait pas partie de ce questionnaire. C'est avec une connaissance approfondie des activités de projets que nous vous avons choisi(e) comme représentant(e) national(e).

- 1) Avez-vous des commentaires à faire concernant les progrès réalisés (p. ex. critères d'admissibilité, politique de financement, objectifs, administration en ce qui a trait aux activités communautaires) par la Fondation depuis ses débuts jusqu'à ce jour?
- 2) Êtes-vous d'avis que les groupes ou collectivités qui suivent ont reçu une part *équitable* des ressources de la FADG?

	Solument pas	Je ne crois pas	Oui, je crois	Oui, solument	Incertain
(a) Premières Nations à l'intérieur des réserves	Q	Q	Q	Q	Q
(b) Premières Nations hors réserves	Q	Q	Q	Q	Q
(c) Inuits	Q	Q	Q	Q	Q
(d) Métis	Q	Q	Q	Q	Q
(e) jeunes	Q	Q	Q	Q	Q
(f) femmes	Q	Q	Q	Q	Q
(g) personnes incarcérées	Q	Q	Q	Q	Q
(h) sans-abris	Q	Q	Q	Q	Q
(i) gais ou lesbiennes	Q	Q	Q	Q	Q
(j) hommes	Q	Q	Q	Q	Q
(k) Aînés	Q	Q	Q	Q	Q
(l) personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles	Q	Q	Q	Q	Q
(m) Survivants	Q	Q	Q	Q	Q
(n) collectivités éloignées - collectivités ne pouvant être desservies par un service routier ou un service de traversier	Q	Q	Q	Q	Q
(o) collectivités isolées - collectivités pouvant être des servies par un service routier ou un service de traversier et situées à plus de 350 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants	Q	Q	Q	Q	Q
(p) collectivités rurales - collectivités pouvant être des servies par un service routier ou un service de traversier etsituées à plus de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants	Q	Q	Q	Q	Q
(q) collectivités urbaines - collectivités pouvant être des servies par un service routier ou un service de traversier ET situées à moins de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 25 000 habitants	Q	Q	Q	Q	Q

- 3) Selon vous, dans quelle mesure les caractéristiques suivantes reliées aux participants reflètent les problèmes / difficultés auxquels vous faites face au cours de votre projet financé par la FADG? (Cochez la case appropriée.)

	Problème grave (>80%)	Problème modéré (40-80%)	Problème léger (1-40%)	Aucun problème
(a) les survivants ne participent pas au projet	Q	Q	Q	Q
(b) a déjà fait de la prison	Q	Q	Q	Q
(c) rejet, peur, affliction	Q	Q	Q	Q
(d) compétences parentales déficientes	Q	Q	Q	Q
(e) a déjà fait des tentatives de suicide	Q	Q	Q	Q
(f) a déjà été agressé(e)	Q	Q	Q	Q
(g) a déjà agressé quelqu'un	Q	Q	Q	Q
(h) a été adopté(e)	Q	Q	Q	Q
(i) a été placé(e) en foyer d'accueil	Q	Q	Q	Q
(j) consommation abusive de drogues ou d'alcool dans la famille	Q	Q	Q	Q
(k) pauvreté	Q	Q	Q	Q
(l) analphabétisme	Q	Q	Q	Q
(m) capacités de communication déficientes	Q	Q	Q	Q
(n) autres (veuillez préciser) _____	Q	Q	Q	Q

remarques ou commentaires :

- 4) Selon vous, la Fondation rejoint-elle les personnes qui ont le plus besoin de ses services? Veuillez ne cocher qu'une réponse.

5	4	3	2	1
_____	_____	_____	_____	_____
Oui solument	Oui, mais cela pourrait être mieux	Incertain	Probablement pas	solument pas

Expliquez pourquoi vous êtes de cet avis.

- 5) À quels secteurs les ressources de la FADG devraient-elles EN MAJEURE PARTIE (i.e. plus de 50 %) être consacrées? (Cochez deux réponses seulement). Veuillez vous reporter au Guide du questionnaire pour connaître les définitions données à ces catégories de réponse.

- communications ou sensibilisation du public
 recherche ou documentation sur l'histoire (hommage)
 guérison
 formation
 élaboration de programmes d'études
 service communautaire
 réconciliation
 planification stratégique
 évaluation des besoins
 autres (veuillez préciser) _____

- 6) Selon ce que vous savez des collectivités que vous desservez, dans quelle mesure les problèmes suivants concernent-ils ces collectivités? (Veuillez cocher la case appropriée)

	Problème grave	Problème modéré	Problème léger	Aucun problème
(a) analphabétisme chez les adultes (<u>incapacité</u> de lire ou <u>difficulté</u> à lire LA PLUPART des documents sur papier, peu importe la langue, y compris l'inuktitut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) refus des établissements locaux d'accepter la langue et la culture autochtones (p. ex. écoles, hôpitaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) apathie ou manque de soutien actif à la collectivité autochtone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) opposition des collectivités locales (peur, rejet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) mauvaises conditions économiques dans les collectivités (p. ex. chômage élevé, mauvaises conditions de logement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) us d'alcool et d'autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) violence familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) violence sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) transport déficient (autobus locaux, véhicules, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) manque de ressources, d'installations, de services communautaires, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) suicide ou tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) / effets de l'alcool sur le foetus (EAF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) Quels autres programmes nationaux ou projets de guérison auront, selon vous, un impact sur les résultats de la FADG?
Expliquez _____

- 8) Sur l'ensemble des demandes de financement présentées, combien (en %) sont acceptées?

- 9) Quels sont les principaux problèmes concernant les demandes refusées? Que fait la FADG pour les régler?

- 10) Dans quelle mesure les projets de la FADG ont-ils permis aux FEMMES de prendre conscience de leur pouvoir? Veuillez encercler une seule réponse.

2	3	4	1	0
_____	_____	_____	_____	_____
peu d'influence	ou pas légère influence	influence marquée	incertain	sans objet

Expliquez pourquoi vous êtes de cet avis.

- 11) Croyez-vous que les Survivants (y compris les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles) obtiennent le service qu'ils recherchent?

1	2	3	4
_____	_____	_____	_____
Non, solument pas	Non, pas vraiment	Oui, en général	Oui, solument

- 12) Dans quelle mesure l'activité financée par la FADG a-t-elle répondu aux besoins des Survivants (y compris les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles)?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Elle a répondu à presque tous les besoins	Elle a répondu à la plupart des besoins	Elle n'a répondu qu'à certains besoins	Elle n'a répondu à aucun besoin

- 13) Prenez quelques minutes pour réfléchir à ce que vous souhaiteriez que la Fondation améliore afin d'être en mesure d'appuyer les collectivités dans leur recherche d'une guérison durable. Dans la colonne de gauche, indiquez par ordre d'importance vos besoins les plus importants, 1 étant le plus important, 2 le deuxième et ainsi de suite. Dans la colonne de droite, évaluez combien d'argent il vous faudrait environ pour répondre à chacun de ces besoins.

	\$
___ accroître le nombre d'employés des projets et les avantages sociaux	_____
___ améliorer les projets et en accroître l'envergure à l'échelle locale	_____
___ former les employés et les guérisseurs potentiels des projets	_____
___ offrir, accroître ou améliorer le transport	_____
___ améliorer les locaux et en accroître la superficie	_____
___ élaborer et distribuer de l'information sur l'histoire et les répercussions des pensionnats	_____
___ acheter de l'équipement ou des fournitures	_____
___ besoins particuliers (ressources, professionnels)	_____
___ chercher à établir des partenariats / réseaux	_____
___ améliorer la communication (avec la collectivité, les Canadiens en général, le secteur privé)	_____
___ surveiller et évaluer les projets	_____
___ obtenir des évaluations professionnelles de l'acquisition de compétences et de la guérison	_____
___ améliorer la participation des Survivants	_____
___ améliorer le soutien familial et les compétences parentales	_____
___ encourager la participation de la collectivité	_____
Grand Total	_____

- 14) Quelles sont les leçons les plus importantes que vous tirez de votre expérience relativement à l'élaboration, la mise en oeuvre et la gestion d'une activité de la Fondation?
Veuillez préciser _____
- 15) Concernant le soutien aux collectivités, quelles sont, selon vous, les pratiques exemplaires de la Fondation?
Veuillez préciser _____
- 16) Concernant le soutien aux collectivités, quels sont les plus grands défis de la Fondation?
Veuillez préciser _____
- 17) Comment, selon vous, la Fondation peut-elle favoriser la réussite des projets futurs?
Veuillez préciser _____
- 18) Le rapport intérimaire d'évaluation attendu en juin porte sur le processus de mise en oeuvre des projets communautaires financés par la FADG. Auriez-vous quelque chose à ajouter concernant ce processus jusqu'à présent?

19) Nous comprenons qu'il peut être trop tôt pour parler de changements majeurs à cette étape-ci de la vie de la Fondation. Toutefois, compte tenu de l'opinion nationale sur les projets communautaires de la FADG, croyez-vous que les choses ont changé (dans les collectivités) suite à ces projets jusqu'à maintenant?

- Q Non. Expliquez pourquoi vous croyez que rien n'a changé.
 - Q Il est peut-être trop tôt pour le dire.
 - Q Oui. Expliquez pourquoi vous croyez que les choses ont changé.
-

Questions pour le groupe de travail

Fondation autochtone de guérison
Faire entendre la voix des projets de guérison :
Discussions des groupes de travail

OBJECTIF PRIMAIRE — Recueillir des données *plus approfondies* sur certaines questions que nous avons déjà posées aux projets:

- ◆ Comment éliminez-vous la peur et le déni?
- ◆ Quelles sont les thérapies occidentales et traditionnelles *qui s'arriment bien*?
- ◆ Comment savez-vous qu'une personne est un bon guérisseur ou une bonne « guérisseuse » ?

Tableau 1) Démanteler la peur et le déni

Les projets nous ont dit que vaincre la peur et du déni exige :	Y- a-t'il eu d'autres manières de vaincre efficacement le déni?
<p><i>Beaucoup de temps</i> car il est tout d'abord nécessaire de construire une relation et d'établir la confiance</p> <p>Que l'on offre de l'éducation sur les séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, et en particulier expliquer que les réactions à ce qui a été vécu dans les pensionnats sont les conséquences prévisibles et normales des traumatismes institutionnels qui ont été subis et non pas le résultat d'une faute de caractère ou d'une faiblesse</p> <p>Confronter la vérité sans la ménager ✦ Écrire le cheminement de guérison comme un acte de courage, d'autonomie et non pas comme un acte de faiblesse</p> <p>Assurer la sécurité ✦ Nous savons que ce facteur inclut les faits suivants: connaître de manière très claire les droits des clients et les éduquer sur ce point; partager et publiciser les principes directeurs et les règlements; être tout d'abord un défenseur des droits des clients; assurer un environnement physique non déclencheur, en particulier dans les établissements résidentiels</p>	<p>Est-ce que les hommes ont besoin d'une approche différente? Si cela est le cas, quelle(s) approche(s)?</p> <p>Est-ce que les hommes sont préoccupés par des questions de sécurité différentes? Si cela est le cas, lesquelles?</p> <p>Est-ce que le déni fait encore obstacle à vos efforts d'extension ou de contact dans les communautés? Comment font-il obstacle?</p>

Tableau 2) *Arrimer* les thérapies traditionnelles et occidentales

Les projets nous ont dit ce qui suit :	Quelles sont les thérapies traditionnelles et occidentales qui fonctionnent bien lorsqu'on les <i>arrime</i> ?
<p>Ils ont recours aussi bien à des thérapies/des outils occidentaux que traditionnels (y compris, mais sans s'y limiter, à l'art-thérapie, au psychodrame, à des massages, à la relaxation, à des thérapies cognitives et comportementales en groupe et individuellement; à des groupes de soutien par les pairs; à des cercles de partage et de guérison, à des cérémonies, des cabanes de sueries, des cérémonies de purification par la sauge et d'autres cérémonies de purification; à des récits d'histoires, des retraites en milieu naturel ou sur les terrains de chasse ancestraux; à la récolte d'aliments traditionnels et des repas en commun; à des célébrations culturelles en particulier celles qui offrent l'occasion de danser, de chanter et de manger ensemble)</p> <p>Quelques exemples d'arrimage que nous avons découverts :</p> <p>Utilisation du test Myers-Briggs en tant qu'outil de sensibilisation, intégré aux enseignements de la roue de médecine</p> <p>Combinaison de l'imagerie liée à la création du monde naturel avec les pratiques inuites, afin de faciliter la compréhension de la croissance personnelle influencée par les crises de la vie</p> <p>La thérapie de l'enfant intérieur combinée avec des thérapies traditionnelles Atikamekw</p>	<p>Au delà du simple fait d'utiliser les deux approches, est-ce que vous avez <i>sélectionné</i> des techniques occidentales parce qu'elles <i>s'arrimaient déjà</i> avec la culture? Si cela est le cas, quelles sont ces techniques?</p> <p>Est-ce que vous avez adapté des approches occidentales pour les intégrer plus intimement à des approches de guérison culturelles plus traditionnelles?</p> <p>Ou est-ce que vous avez sélectionné des thérapies traditionnelles et les avez <i>intégrées</i> à des thérapies occidentales?</p> <p>Avez-vous modifié ou adapté soit des thérapies traditionnelles, soit des thérapies occidentales pour les combiner?</p>

Tableau 3) Comment identifier un bon guérisseur

Les projets nous ont décrit un bon guérisseur/une bonne guérisseuse comme étant une personne qui :	Connaissez-vous d'autres moyens de reconnaître un bon guérisseur/une bonne guérisseuse?
<p>Possède un haut degré de compétences, de formation et d'expérience (particulièrement en ce qui concerne les questions liées aux pensionnats)</p> <p><i>Les Survivants qui ont été des personnes modèles en matière de démarches de guérison réussies</i> ✦</p> <p>Parlent leur langue couramment</p> <p><i>Ressemblent</i> aux personnes du groupe cible (c.-à-d. personnes homosexuelles, adolescents, hommes, femmes, parents ou grands-parents et <i>membres respectés</i> de la communauté)</p> <p>Sont actifs, dynamiques et visibles au sein de la communauté</p> <p>Sont compatissants, affectueux, respectueux. Ils ne portent pas de jugement, sont sensibles à la culture et sont patients</p> <p><i>Engagés</i> ✦</p> <p>Peuvent faciliter les prises de décision autonomes, de manière à encourager l'estime de soi</p> <p>Peuvent créer un climat sécuritaire pour les Survivants</p> <p>Sont capables de maintenir leur propre équilibre en ayant recours au soutien offert au niveau organisationnel ou/et à celui qui est offert par leur famille. Sont capables aussi de prendre soin d'eux-mêmes</p> <p>Peuvent guider les autres sur le chemin de leur guérison <i>sans avoir besoin</i> de jouer le rôle de sauveteur</p>	<p>Comment pouvez-vous savoir si un Survivant est « assez guéri » pour pouvoir guider les autres sur le chemin de la guérison?</p>

Critères de sélection des études de cas et sommaires des études de cas

ORGANIZATION	Métis	Inuit	PN	Non- Inscrits	Jeunes	Hommes	Femmes	Homo- sexuels	Personnes Incarcérées	Aînés	Coll. urbaines	Rural/ Remote	Nord	Franco- phones	Est	Ouest
NORD																
Hamlet of Cape Dorset (maintenant Municipality of Cape Dorset)		•										•				
C.-B.																
Urban Native Youth Association				•				•			•					•
George Manuel Institute / Neskonlith Indian Band			•									•				•
Tsow-Tim Le Lum Society						•					•					•
ALBERTA																
Shining Mountains Living Community Services					•	•	•				•					•
SASKATCHEWAN																
Building a Nation, Life Skills Training Inc. (maintenant Building A Nation Inc.)					•	•	•		•		•					•
Willow Bunch Métis Local #17	•											•				•
Kikinahk Friendship Centre Inc.					•		•					•				•
MANITOBA																
Nelson House Medicine Lodge Inc.			•		•	•	•					•				•
ONTARIO																
Centre for Indigenous Sovereignty			•				•				•				•	
Odawa Native Friendship Centre	•	•	•	•					•		•				•	
QUÉBEC																
Conseil de la Nation Atikamekw inc.			•											•		•
NOUVEAU-BRUNSWICK																
Big Cove First Nation			•		•							•				•

ORGANIZATION	Services comm.	Conf / rassemb.	Arts du spect.	Centre de santé (soins en institution)	Camp / retraite (loin de la collectivité)	Progr. de jours de la coll.	Cercles de gué.	Elab. de doc.	Rech. / plan. du savoir	Activités trad.	Comp. par.	Formation prof.	\$	No
NORD														
Hamlet of Cape Dorset (maintenant Municipality of Cape Dorset)		•			•	•	•			•			121 080	CT-411-T.N.-O. 32-NT
C.-B.														
Urban Native Youth Association	•					•							81 420	CT-302-C.-B. 237-C.-B.
George Manuel Institute / Neskoniith Indian Band			•										147 366	180 -C.-B. Écrire et produire une pièce
Tsow-Tun Le Lum Society				•			•			•			459 560	HC-36-C.-B. 67-C.-B.
ALBERTA														
Shining Mountains Living Community Services					•	•	•			•	•		150 000	1397-AB
SASKATCHEWAN														
Building a Nation Life Skills Training Inc. (maintenant Building A Nation Inc.)	•				•	•	•			•	•		222 800	1256-SK
Willow Bunch Métis Local #17								•					109 200	1176- SK Livre
Kikinahk Friendship Centre Inc.					•					•	•		186 190	RB-67-SK 364-SK
MANITOBA														
Nelson House Medicine Lodge Inc.							•			•	•		464 526	52.01-MB
ONTARIO														
Centre for Indigenous Sovereignty		•				•	•			•	•		191 532	RB-268-ON 455-ON
Odawa Native Friendship Centre							•				•		77 165	1291-ON
QUÉBEC														
Conseil de la Nation Atikamekw inc.		•							•				517 317	DV-310-QC 28-QC
NOUVEAU-BRUNSWICK														
Big Cove First Nation	•						•						189 300	RB-175- N.-B. 412- N.-B. Progr. de suivi Jeunes à risque

Sommaires des études de cas

Guérison et harmonie dans nos familles : Hameau de Cape Dorset
[Hamlet of Cape Dorset: Healing and Harmony in Our Families]
(Projet de la FADG n° CT-411-NT/32-NT)

Description du projet

Ce projet se déroule dans une collectivité inuite éloignée et vise à faciliter la guérison et la formation d'un groupe de personnes faisant partie de l'Équipe de guérison communautaire (EGC). La stratégie de guérison est fondée sur une méthode visant à « guérir d'abord le guérisseur. » Dans la demande de financement, les objectifs du projet se résument comme suit :

[TRADUCTION] Faciliter la guérison et la formation des personnes déterminées à amorcer une démarche personnelle de guérison et à la poursuivre au sein de leur famille et de leur collectivité. Élaborer et mettre en oeuvre une stratégie communautaire de guérison comprenant des ateliers de formation destinés aux guérisseurs et aux fournisseurs de soins, des ateliers de sensibilisation communautaire, des cercles de guérison ou des rencontres pour les femmes, les jeunes, les Aînés et les hommes. Préparer et animer des retraites de guérison en milieu sauvage une fois par année à l'intention des groupes visés, dont les jeunes, les femmes, les hommes, les Aînés et les familles.

Le hameau de Cape Dorset a parrainé le projet.

Groupe cible : Les groupes visés par le projet étaient les femmes inuites, les jeunes, les Aînés, les hommes et les fournisseurs de soins de la collectivité de Cape Dorset. En outre, tous les membres de la communauté ont été invités à participer aux activités de sensibilisation et aux retraites en milieu sauvage visaient aussi la communauté. Les membres de la collectivité pouvaient tous prendre part à l'EGC, ainsi qu'à toutes les activités.

Financement : Le projet a reçu 121 080 \$ des 126 080 \$ alloués pour la période du 1^{er} mai 1999 au 30 avril 2000. Au moment de la rédaction de l'étude de cas, le projet en était à sa deuxième année d'activité.

L'équipe du projet

Les 19 personnes formant l'EGC au cours de la période de l'étude de cas étaient presque toutes des Inuites (une femme non inuite et deux hommes). L'équipe du projet a embauché un coordonnateur, mais la personne a été remplacée à plusieurs reprises. Huit employés à temps partiel en faisait partie. Il n'y avait aucun employé à plein temps. Les membres de l'EGC et les fournisseurs de soins communautaires intéressés ont reçu une formation sur la connaissance des traumatismes, les compétences en counselling, l'intervention en cas de violence familiale, la dynamique familiale et la violence sexuelle. L'équipe du projet a constaté la nécessité d'offrir une formation avancée sur les compétences en counselling et l'intervention en cas de violence familiale. Les bénévoles devaient travailler 534 heures dans un mois normal, la plus grande partie de leur temps consacrée à deux principaux secteurs : l'administration (planification et gestion) et les ateliers.

Caractéristiques des participants

Les 46 personnes prenant part aux activités de guérison étaient toutes des Inuites, de même que 21 des 22 participants à la formation. Plus du tiers des participants aux activités de guérison et les deux tiers des participants à la formation étaient des Aînés. La majorité (89,1 %) des participants aux activités de guérison étaient des femmes et presque le tiers étaient des jeunes. Dans ce projet, le terme « Survivant » fait référence aux Survivants des abus sexuels (et non à ceux des pensionnats) et 87 pour cent sont considérés comme Survivants. Quant aux personnes ayant pris part à la formation, 86,4 pour cent étaient des femmes et 13,6 pour cent des hommes. Aucun jeune ne participait à la formation. Plus de 60 personnes, toutes des Inuits, ont participé à la séance de sensibilisation de la communauté.

Contexte

Cape Dorset est une communauté éloignée, située sur l'île de Baffin au Nunavut. Elle a une population approximative de 1 200 personnes, dont la plus forte proportion (presque 50 %) est âgée de moins de 20 ans. Sa croissance démographique prévue est de 46 pour cent sur une période de 15 ans. La communauté est composée de 93 pour cent d'Inuits; on y parle principalement l'inuktitut, suivi en deuxième place de l'anglais. Les services communautaires comptent une école primaire et secondaire, un centre de santé, un détachement de la GRC, un centre d'éducation aux adultes, deux églises, un centre d'information, un bureau de poste, un centre communautaire, une aréna, un aéroport, deux grands magasins de vente au détail, trois dépanneurs, un service d'incendie, une station de radio locale, des services d'eau et d'hygiène publique, deux hôtels avec restaurants / cafés-restaurants et un café-restaurant / une boulangerie-pâtisserie. Outre les affaires municipales, le hameau de Cape Dorset est responsable des services sociaux, des services de probation et des travaux publics.

Le hameau de Cape Dorset est reconnu dans le monde artistique pour sa confection d'estampes, ses gravures et ses sculptures, qui lui rapportent des revenus estimés à quelques millions de dollars. Toutefois, le taux de chômage y demeure élevé, soit entre 22,8 et 42,6 pour cent selon les critères utilisés. Les conséquences graves qu'ont eues les abus physiques et sexuels commis sur certaines femmes de la communauté alors qu'elles résidaient dans des établissements du sud ont été décrites dans la proposition du projet, de même que les répercussions des abus sexuels commis par un enseignant à l'endroit d'étudiants dans les années 80. Les indicateurs sociaux montrent une communauté marquée par d'importants problèmes d'abus physiques et sexuels, de suicide et d'incarcération. Le nombre d'enfants placés en foyers d'accueil, bien qu'il soit inférieur à la moyenne territoriale, reste toutefois élevé.

Résultats et indicateurs

Les activités du projet comprenaient des cercles de guérison hebdomadaires pour les femmes et les jeunes filles, des consultations individuelles, des retraites en milieu sauvage pour les jeunes, les Aînés et les femmes (un par groupe durant l'été), des réunions mensuelles de planification, sept séances de formation animées par des personnes venant de l'extérieur de la communauté et un atelier de sensibilisation communautaire. Le cercle de guérison des hommes n'était pas complètement mis au point. Les résultats souhaités à long terme consistaient à améliorer les compétences et les capacités des intervenants communautaires afin de faciliter le processus de guérison dans les familles et la communauté (voir la fiche de rendement).

Carte de rendement du projet Guérison et harmonie dans nos familles [Healing and Harmony in Our Families] de Cape Dorset

MISSION : Vaincre le sentiment d'impuissance et de détresse en acquérant des connaissances sur la spiritualité inuite, enguérissant notre esprit, et en retrouvant la certitude profonde de posséder une culture aussi respectable que celles des autres races humaines.

COMMENT?		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources		Résultats		
activités / résultats		résultats à court terme		
Offrir des activités de guérison et un soutien par le biais de cercles de guérison hebdomadaires; organiser des retraites en milieu sauvage; offrir une formation et un soutien au moyen de divers ateliers et d'une stratégie de guérison.	Femmes, jeunes, Aînés, intervenants et, hommes	Développement des compétences et des capacités des intervenants; meilleure capacité de gérer les crises; meilleure capacité de rejoindre les groupes d'accès difficile, particulièrement les hommes. Guérison communautaire en matière de violence latérale, violence physique, violence sexuelle et suicide; disparition du sentiment d'impuissance et de détresse; sentiment accru de fierté culturelle et renforcement de la spiritualité ayant trait à la guérison.	Rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie dans les familles et la communauté.	
Comment savoir si nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Dans quelle mesure avons-nous changé quelque chose?				
Ressources		Mesures à court terme		
126 080 \$ par an	Nombre de personnes à Cape Dorset qui ont participé au programme et qui ont été influencées par le programme.	Nombre de participants aux cercles de guérison, aux ateliers, aux séances d'orientation (par groupe cible); observations des participants et des informateurs-clés sur l'amélioration des attitudes, des compétences, des connaissances, des comportements (estime de soi, mécanismes d'adaptation, dépression, suicide, violence, participation à un traitement). Nombre d'intervenants; observations des informateurs-clés et des participants sur la formation et les connaissances acquises; faits indiquant l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie de guérison; participation accrue des hommes; observations des informateurs-clés concernant l'efficacité de l'ECC.	Mesures à long terme	Diminution du taux de violence physique et sexuelle, de suicide, d'incarcération, de placement d'enfants en foyer d'accueil. Changements observés dans les attitudes des membres de la communauté : par la participation à la vie communautaire, par des modèles de comportement plus sains, inspirés des pratiques culturelles et spirituelles inuites.

Répercussions sur les personnes et les communautés

Les objectifs de prestation de services ont été atteints et des progrès ont manifestement été réalisés en vue d'obtenir les résultats à court terme suivants : augmentation des compétences des intervenants et de leur capacité de faciliter la guérison au sein de leur famille et de la communauté, augmentation de la capacité de gérer efficacement des crises individuelles et familiales, augmentation de la capacité et de l'efficacité de l'EGC, disparition du sentiment d'impuissance et de désespoir, sentiment accru de fierté culturelle et renforcement de la spiritualité ayant trait à la guérison. Cependant, les participants aux activités de guérison et de formation étaient principalement des Inuites, l'objectif de rejoindre les hommes n'ayant pas été atteint. Le projet visait à *guérir d'abord les guérisseurs*, une approche qui n'a profité qu'aux personnes avec qui le groupe cadre est entré en contact, c'est-à-dire les membres de la famille, les membres de la communauté et les clients jouant des rôles professionnels. Bien que la FADG ait été la seule source de financement au cours des deux dernières années, des efforts avaient été faits antérieurement à plus petite échelle (depuis 1995) et cela a permis à la communauté d'être influencée sur une période de temps plus longue.

Répercussions sur les personnes

Sur les dix personnes interrogées, neuf ont dit avoir perçu des changements dans les connaissances, les attitudes et les compétences des participants au projet. En voici un aperçu :

- meilleur équilibre sur le plan affectif;
- les gens font face à leurs problèmes d'une manière nouvelle ([TRADUCTION] « *ils ne réagissent plus aussi souvent par les larmes ou encore ont cessé de réagir ainsi* »);
- les gens sont plus heureux, mieux préparés à faire face à leurs problèmes personnels;
- les gens sont plus équilibrés, d'agréable compagnie;
- les gens voient d'un meilleur oeil leur valeur et leur aptitude à l'emploi;
- un Aîné, membre du tribunal, a dit : [TRADUCTION] « Avant le projet de guérison, j'avais peur de faire ce travail. »

Toutes les personnes interrogées ont observé les changements suivants chez les participants aux activités de **guérison** : mécanismes d'adaptation plus sains, estime de soi accru, sensibilisation aux conséquences de la violence sexuelle, capacité accrue de combattre la dépression. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) ont observé une amélioration de l'estime de soi chez les jeunes, de la façon d'aborder le suicide, du soutien communautaire aux Aînés et de la capacité de l'EGC. Enfin, 80 pour cent ont constaté qu'il n'y avait plus de tentatives de suicide chez les participants et que les victimes de violence recouraient à des services d'aide et demandaient l'appui des Aînés. En général, ces questions peuvent être traitées en mettant sur pied des mesures de soutien efficaces et en fournissant des renseignements (éducation et formation). Des changements ont été constatés à des degrés moindres chez les hommes qui recourent à des traitements²⁰⁸ (30 %), chez les femmes qui recourent à des traitements (60 %), chez les agresseurs qui demandent de l'aide pour mettre fin à leurs actes de violence physique et sexuelle (40 %) et chez les hommes qui suivent des traitements pour venir à bout de leur comportement violent (50 %).

Parmi les compétences acquises lors des ateliers de formation, on compte les suivantes :

- savoir écouter (la plus souvent mentionnée) : [TRADUCTION] « J'ai appris à écouter les gens dans le besoin, ceux qui ont besoin de quelqu'un à qui parler. Comprendre et aider les personnes suicidaires. Comprendre les personnes en deuil, les conséquences d'un deuil sur une personne m'a beaucoup aidé; »
- être capable de reconnaître quelqu'un qui souffre;
- exercices de respiration et massages;
- faire des choix plus sains, comme ne pas se suicider;
- comprendre ce que des enfants peuvent endurer suite à une agression sexuelle;
- être plus sûr de soi grâce à la formation;
- prendre davantage conscience que les plus jeunes peuvent prendre exemple sur soi;
- conscience accrue de soi permettant de faire des meilleurs choix dans la vie;
- être capable de transmettre ses connaissances à d'autres;
- [TRADUCTION] « Je vaux quelque chose. Je suis un meilleur parent. »

Les personnes interrogées ont également observé les changements de comportement suivants : participation accrue au cercle de guérison des jeunes filles et esprit plus ouvert de la part des filles; lorsque survient une crise, les membres de l'EGC travaillent ensemble et s'entraident. Certains informateurs-clés ont parlé des changements sur le plan personnel, comme le fait de se remettre d'une agression sexuelle, d'arrêter de boire et d'obtenir un nouvel emploi, qu'ils attribuent directement à leurs activités de guérison.

Répercussions sur la communauté

Certaines personnes faisant partie de l'EGC jouent un rôle de premier plan au sein de la communauté (p. ex. les Aînés affectés au tribunal, les agents de probation, les conseillers scolaires) et leur participation aux activités de guérison peut faire en sorte que leur croissance personnelle ait également une influence sur leur rôle professionnel. De plus, plusieurs informateurs-clés ont constaté un niveau accru de compétence lors de crises ou une capacité accrue d'y faire face. Ils ont maintenant les *outils* pour régler efficacement une crise, ainsi que la capacité de reconnaître les personnes qui ont besoin d'aide. Ils sont plus en mesure de régler les problèmes qui surviennent. L'une des personnes interrogées résume ainsi les répercussions du projet sur les familles et la communauté :

[TRADUCTION] [Il y a] davantage d'espoir. Un plus grand nombre de personnes peuvent contribuer à faire de la communauté un environnement où il fait bon vivre. Ce rétablissement peut se faire seulement dans la famille ou dans toute la communauté. Ma famille se porte mieux grâce à ma participation au projet et ce bien-être a un effet d'entraînement. Les enfants en bénéficieront aussi. Un plus grand nombre de gens ont changé aussi dans la communauté; ils ne refusent plus d'affronter leurs problèmes. Nous pouvons maintenant faire face à la réalité, voir ce qui l'en est. Nous savons mieux résoudre nos problèmes. Nous sommes plus sensibilisés à la violence sexuelle, à la violence conjugale et pouvons juger nous-mêmes de ce qui n'est pas acceptable. À long terme, cette violence sera de moins en moins acceptée, les gens ne se tairont plus. Même si mon enfant était l'agresseur, je le dénoncerais.

Le projet a permis de mettre sur pied un plus grand nombre d'activités traditionnelles dans la communauté (campements en milieu sauvage); il a permis aux membres de la communauté de fournir un soutien concret, en transportant, notamment, des personnes et des vivres vers les lieux de retraite en milieu sauvage.

Les données recueillies au cours de cette étude sur les indicateurs sociaux font état des cas ou des taux de violence physique et sexuelle, de suicide, d'incarcération et de placement d'enfants à un moment précis et il n'y a pas eu de chiffres susceptibles d'indiquer de quelle façon les taux ont pu avoir changé depuis le début du projet. La plupart des informateurs-clés ne savaient pas si les taux de violence sexuelle et de placement d'enfants avaient changé. Plus de la moitié croyaient que les taux d'incarcération (problème auquel fait face la communauté comme il est expliqué dans la demande de financement) étaient restés les mêmes et la moitié pensaient que les taux de violence physique et de suicide avaient diminué. Cependant, la GRC a enregistré 195 cas de voies de fait simples sur une période de 23 mois. Elle a compté 12 agressions sexuelles commises sur des adultes et six sur des mineurs au cours de cette même période. Quant aux taux de suicide, la moitié des personnes interrogées disaient également qu'ils avaient chuté. Sur ce point, la GRC, tout comme les services sociaux, soutient que les taux sont élevés, ayant enregistré un ou deux suicides par année et jusqu'à dix tentatives de suicide par mois.

Établissement de partenariats et viabilité

Dix-neuf personnes ont été inscrites comme membres de l'Équipe de guérison communautaire, celles-ci représentant les organismes suivants : le Comité sur la justice d'Uquajjigiatit (six membres, dont le président et le spécialiste des questions juridiques), les services sociaux, la maison d'hébergement pour femmes battues de Tukkuvik, les conseillers scolaires, l'Anglican Women's Auxiliary (fournisseurs de soins aux personnes laïques), deux guides en milieu sauvage (deux personnes font partie de l'EGC sans être associées à aucun organisme). Parmi ces organismes, certains ont rédigé des lettres d'appui pour la demande initiale de financement, ce qu'ont également fait la GRC, le hameau (municipalité) et le centre de santé. Les dons les plus importants de biens et de services ont été offerts par des membres de la communauté, ainsi que par le hameau et le Comité sur la justice. On estime la valeur des dons - en biens et services - à 2 000 \$ en produits alimentaires et 24 000 \$ en locaux pour les besoins du projet.

Cinq personnes sur huit étaient d'avis que le projet était viable ou qu'il devait se poursuivre, [TRADUCTION] « s'il y a une volonté ferme de continuer le projet à titre bénévole et/ou si on cherche ailleurs une autre source de financement. » D'autres ont émis des hypothèses sur la façon qui leur permettrait de poursuivre le projet sans le soutien financier de la FADG et tous semblaient manifester le désir de le poursuivre sous une forme ou une autre, selon un niveau réduit d'activité ou avec l'aide de bénévoles.

Favoriser la participation significative des Survivants (y compris les victimes des répercussions intergénérationnelles)

L'histoire des pensionnats dans les communautés inuites du nord diffère considérablement de celle des communautés du sud du Canada. La proposition du projet explique que certaines femmes de la communauté ont subi des abus sexuels dans des pensionnats du sud, tandis que de jeunes hommes de la communauté ont subi les sévices d'un enseignant qui a agressé sexuellement un nombre élevé d'enfants lorsqu'il enseignait dans la communauté. Le terme « Survivant » a été employé dans les rapports du projet et par les personnes

interrogées en référence aux Survivants d'abus sexuels. Des Survivantes ont participé au projet, mais l'absence d'hommes s'est révélé un défi considérable.

Gérer l'amélioration des programmes

Le projet ne semblait pas s'être doté d'un processus d'évaluation et de contrôle clairement défini. Bien que l'EGC ait effectivement participé aux réunions mensuelles de planification et d'évaluation, les efforts semblaient être axés sur la planification. Des évaluations ont été effectuées pour les ateliers, mais on ne sait pas très bien si et comment l'équipe du projet s'en est servi.

Pratiques exemplaires

Les informateurs-clés considéraient que le projet avait un impact positif sur les participants en facilitant leur guérison personnelle et en leur permettant d'acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour accroître leur capacité d'aider les autres. Les pratiques exemplaires suivantes ont été relevées :

- association de méthodes traditionnelles et occidentales;
- volonté ferme de rejoindre le plus de personnes possible;
- renforcer la capacité locale (recours à des animateurs locaux);
- promotion de la sécurité par l'élaboration d'un énoncé de mission, de buts et d'objectifs, d'un code de déontologie, de principes directeurs et de règles au sein de l'EGC;
- les activités de guérison étaient axées sur des besoins uniques (p. ex. ceux des jeunes filles);
- des services de garde d'enfants ont été offerts aux femmes pour qu'elles puissent prendre part aux activités de guérison;
- l'inuktitut était parlé dans les cercles de guérison; les formateurs anglophones ont utilisé des services de traduction simultanée;
- les Aînés font partie de l'EGC.

Dans l'un des rapports du projet, on a souligné le rôle important des Aînés et de la culture inuite dans les ateliers de formation :

[TRADUCTION] Dans le cadre des ateliers de formation, nos Aînés ont partagé leur expérience de la vie traditionnelle ainsi que leurs valeurs traditionnelles. Celles-ci sont axées sur le souci des autres et le partage au sein de la famille élargie. Comme les membres de l'équipe de guérison communautaire sont des Inuits, nous combinons les approches thérapeutiques modernes aux valeurs et pratiques inuites. Nos deux formateurs étaient des Inuits (période précédente du rapport) et leur méthode de guérison associait l'image du monde naturel de la création et les modes de vie des Inuits pour mieux faire comprendre le processus de croissance personnelle dans les situations de crise de la vie. D'autres animateurs du sud du Canada ont été choisis en raison de leur expérience auprès des Premières Nations et des Inuits; leur méthode de formation est adaptée aux valeurs des Inuits et respecte leur philosophie de la vie.

Défis

La difficulté qu'a éprouvé l'équipe du projet à inciter les hommes à y prendre part a souvent été mentionnée par les personnes interrogées et dans la documentation du projet. Selon certains, les hommes ont fini par contribuer mais non sans efforts de la part de l'équipe. On ne sait pas très bien s'il s'agissait d'un problème de recrutement (si on avait procédé différemment pour recruter des participants, aurait-on attiré plus d'hommes?) ou d'un problème concernant le choix des activités (les activités de guérison et de formation offertes intéressent-elles les hommes? Existe-t-il une différence entre la participation des hommes aux activités de groupe et leur participation aux consultations individuelles?).

Un autre problème a été constaté : l'une des églises s'opposait aux activités de guérison ou ne partageait pas le même avis à leur sujet. Certains donnaient comme raison que l'église avait comme mission première de permettre aux personnes d'obtenir l'expiation de leurs péchés et non de les aider à surmonter les difficultés vécues.

Parmi les autres défis mentionnés par les informateurs-clés en réponse à une question ouverte, citons : la résistance des personnes à la guérison, la résistance de la communauté ou de l'église à la guérison, l'incertitude au sujet du financement, les problèmes reliés au choix des activités (p. ex. faible participation, choix des bonnes personnes pour animer les ateliers) et le regard scrutateur posé de manière continue sur les animateurs communautaires par le public.

Responsabilité envers la communauté

Le projet a reçu une note moyenne de seulement 2,8 sur 6 pour la qualité des rapports fournis à la communauté. Le manque d'efforts pour rejoindre la communauté et obtenir ses commentaires semble en être la raison.

Rejoindre les personnes ayant les besoins les plus urgents

Lorsqu'on a évalué la capacité du projet de répondre aux besoins ciblés initialement, une note moyenne de 4,75 sur 6 lui a été attribuée, ce qui se situe juste en-dessous de la note de 5, qui équivaut à [TRADUCTION] « très bien, mais nécessite de légères améliorations. » Selon les dossiers du projet et les réponses aux entrevues, les femmes et les jeunes filles ont participé activement au projet, et les Aînés ont été représentés au sein de l'EGC et prennent part aux activités de guérison et de formation.

Bien que la plupart des personnes interrogées étaient d'avis que les méthodes et activités du projet fonctionnaient suffisamment bien, elles constataient une lacune relativement à la participation des hommes : [TRADUCTION] « Les hommes ne participent pas assez, surtout ceux qui ont été victimes d'abus sexuels. » « Le processus de guérison chez les hommes est difficile. » « C'est vrai, je sais qu'il y a des hommes dans cette situation ici, mais comment les rejoindre. »

Leçons apprises

Que l'on ait retenu cette leçon au début ou à la fin du projet, le fait est que l'EGC souhaitait « se concentrer avant tout sur le développement de la capacité communautaire, » comme l'indique le quatrième rapport trimestriel. Les entrevues et rapports du projet font état d'autres leçons :

- recruter un nombre plus grand d'équipes de formateurs composées de femmes et d'hommes;
- guérir d'abord les guérisseurs B les membres de l'équipe du projet ont admis qu'il leur fallait avant tout s'attaquer et remédier à leurs problèmes personnels (croissance personnelle);
- hésitation à former un groupe réservé aux hommes, à moins que les hommes consentent à prendre part à des activités de guérison et de formation afin de pouvoir soutenir le groupe;
- les hommes voulaient que leur groupe soit animé par des personnes d'expérience;
- une personne ne peut à elle seule guérir toute une communauté; c'est un travail d'équipe;
- [TRADUCTION] « Nous devons tous admettre que deux générations ont passé avant que notre communauté se rende compte qu'elle avait atteint le taux de suicide le plus élevé de l'Arctique de l'Est, un taux d'incarcération élevé et qu'elle faisait face à bien d'autres problèmes; »²⁰⁹
- le mot « *guérison* » crée des divisions. La mauvaise compréhension du terme peut en partie être mise en cause, étant donné que trois informateurs ont fait remarquer que le public manifestait une certaine résistance aux annonces faites à la radio sur la guérison. Les annonces ont été modifiées et moins de gens semblent s'y opposer.

Conclusions

Un examen des résultats à court terme du projet indique que des progrès ont été accomplis dans certains secteurs :

- augmentation des compétences des intervenants et de leur capacité de faciliter le processus de guérison au sein de leur famille et de la communauté;
- augmentation de la capacité de gérer efficacement les crises individuelles et familiales;
- équipe de guérison communautaire solide et efficace;
- sentiment d'impuissance et de désespoir surmonté;
- sentiment de fierté accru à l'égard de la culture et de la spiritualité en matière de guérison.

Les données recueillies sur les indicateurs sociaux démontrent que les taux de suicide, de violence physique, de violence sexuelle et d'incarcération demeurent élevés et que les informateurs-clés ne croient pas qu'ils diminuent. Pourtant, on constate un effet d'entraînement, car de nombreux informateurs ont affirmé que le projet avait eu un impact positif sur leur famille et leur partenaire. La confiance dans la réussite du projet est grande et se dégageait souvent d'ailleurs dans les témoignages personnels obtenus lors des entrevues avec les informateurs-clés. Bien qu'ils aient été nombreux à faire mention de traumatismes personnels, les informateurs ont tous donné des exemples de la façon dont le projet et l'EGC ont facilité leur processus de guérison. Parmi les réussites qu'elles ont attribuées directement aux activités de guérison auxquelles elles ont participé, certaines personnes ont parlé de cicatrisation des blessures laissées par les abus sexuels, d'autres ont dit avoir cessé de boire, tandis que d'autres ont pu obtenir un nouvel emploi. L'Aîné de qui le titre de cette étude de cas est inspiré s'est exprimé ainsi :

[TRADUCTION] Dans un processus de guérison, il y a des dimensions qu'on ne peut pas voir, mais que moi, je comprends. Dans le passé, je n'étais pas prêt. J'apprends encore à mieux comprendre, à transmettre mes expériences, à proposer des choix. Je suis disposé à transmettre ce savoir aux gens de ma communauté. Voilà ce que je veux leur léguer. Ce n'est pas un don matériel, mais c'est un don véritable.

Recommandations sur le choix des activités

- Des efforts supplémentaires devraient être faits pour travailler en collaboration avec les services de probation pour a) rejoindre plus facilement les hommes dans un cadre où ils sont contraints d'écouter; b) cibler les hommes en détresse et les aider dans leur processus de guérison personnelle d'abord. Définir ensuite le rôle éventuel de la personne que l'on recherche pour animer le groupe d'hommes, pour ainsi éviter que les hommes pouvant s'intéresser seulement (à cette étape-ci) aux activités de guérison n'aient pas à subir de pression inutile;
- lorsqu'on aura suscité l'intérêt d'un nombre suffisant d'hommes pour constituer un groupe, on devrait accueillir au sein de la communauté un nombre plus élevé d'animateurs de sexe masculin;
- on devrait s'adresser directement aux hommes de la communauté pour connaître leurs besoins et préférences en matière de guérison;
- devant l'hésitation de la communauté et de l'église à utiliser le mot « guérison » (« mumisug »), l'équipe du projet a modifié les annonces à la radio. On devrait continuer de trouver des occasions d'engager des discussions plus générales afin de trouver quel équivalent inuktitut conviendrait le mieux au terme « guérison » et quelles méthodes conviendraient sur le plan culturel à promouvoir le concept de guérison;
- la présentation des rapports devrait être améliorée afin d'y inclure une répartition des sujets selon l'âge et le sexe;
- une stratégie de guérison devrait être présentée dans un document officiel. De plus, une évaluation des besoins devrait être conçue et effectuée afin de mieux comprendre les problèmes auxquels les groupes cibles et l'ensemble de la communauté font face.

Recommandations sur les évaluations

- Les ateliers doivent faire l'objet d'évaluations régulières;
- les formulaires d'évaluation actuellement en usage devraient être révisés afin de pouvoir y inscrire plus de renseignements sur les compétences et les connaissances acquises lors des ateliers de formation, y compris les autres avantages reliés à la participation;
- des sondages devraient être effectués régulièrement auprès des membres de la communauté (une ou deux fois par année) afin d'obtenir leurs commentaires sur le projet et ses activités;
- les organismes communautaires devraient également être interrogés;
- une copie de la présente étude devrait être transmise aux principaux organismes communautaires afin d'informer la communauté de l'évolution du projet, de ses objectifs et de ses résultats.

**Programme pour les jeunes homosexuels parrainé par l'Urban Native Youth Association
[Urban Native Youth Association: Two Spirited Youth Program]
(Projet de la FADG n° CT-302-C.-B.)**

Description du projet

Ce projet visait à offrir aux jeunes personnes autochtones homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles de Vancouver un soutien de la part de leurs pairs, ainsi que des activités de guérison dans le cadre de séances d'orientation individuelles et collectives. Le projet consistait également à sensibiliser les fournisseurs de services, les étudiants et les éducateurs aux problèmes que vivent les homosexuels et les victimes des abus subis dans les pensionnats. Des activités ont donc été organisées, notamment des groupes de discussion hebdomadaires, des séances d'orientation individuelles, des séances d'information à l'intention des fournisseurs de services communautaires et des jeunes de la rue, des ateliers et des séances d'information du public. Le projet a été parrainé par l'Urban Native Youth Association (UNYA) de Vancouver. Constituée en corporation en 1989, l'UNYA administre une vaste gamme de programmes et de services, y compris une maison d'hébergement pour les jeunes de la rue, un programme de formation en dynamique de la vie, un centre d'accueil, un programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et divers services de prévention et de sensibilisation. Peu de temps après le début de cette étude de cas, l'équipe du projet a été avisée que le projet ne serait pas renouvelé.

Groupe cible : Le projet vise principalement les jeunes Autochtones (particulièrement les jeunes de la rue) qui s'identifient comme personnes homosexuelles, bisexuelles, lesbiennes ou transsexuelles. Les organismes communautaires, les Premières nations de la région, les écoles et les universités font partie du deuxième groupe visé.

Financement : Le projet a reçu une aide financière de 81 420 \$ pour la période du 1^{er} juillet 1999 au 30 juin 2000.

L'équipe du projet

L'équipe du projet s'est associée à un conseiller à plein temps, un Autochtone, lui-même homosexuel, possédant un diplôme en psychologie. Celui-ci a pris part à de nombreux ateliers de formation, notamment à une formation avancée sur l'intervention en situation de crise, ainsi qu'à une formation en counselling, en prévention du suicide et en élaboration de propositions. La coordination du projet a été assurée par le responsable du développement communautaire de l'UNYA. Aucun comité consultatif n'a été formé. L'équipe du projet comptait donc sur l'appui du directeur général, du coordonnateur du projet et d'autres personnes homosexuelles et lesbiennes faisant partie du personnel de l'UNYA.

Caractéristiques des participants

L'Enquête d'évaluation nationale a révélé une participation totale de 70 personnes aux activités de guérison individuelles et collectives : 85,7 pour cent étaient membres des Premières Nations, 14,3 pour cent étaient des Métis et toutes étaient des jeunes. Ce groupe était constitué en majorité d'hommes (71,4 %), de femmes (21,4 %) et de transsexuels (7,1 %). Plus des trois quarts (78,6 %) étaient des homosexuels, des lesbiennes ou des personnes incertaines de leur orientation sexuelle. Les dossiers du projet indiquent un taux de

participation inférieure : entre 5 et 29 jeunes ont pris part aux groupes de discussion et entre 6 et 15 aux séances d'orientation individuelles. Plus de 200 personnes ont participé aux activités de sensibilisation communautaire et d'information de la collectivité.²¹⁰

Contexte

D'après le recensement de 1996, la région métropolitaine de Vancouver compte 1 831 665 habitants, dont environ 31 140 Autochtones. Il est difficile d'évaluer le nombre de personnes de la rue, étant donné qu'il s'agit d'une population particulièrement nomade. Dans son rapport de fin d'année sur le programme (1999-2000), l'UNYA indique que [TRADUCTION] « 40 % des jeunes de la rue à Vancouver se disent homosexuels, lesbiennes, bisexuels, transsexuels ou incertains de leur orientation sexuelle ... 40 % de tous ces jeunes sont des Autochtones. »²¹¹ La partie est du centre-ville, où vivent bon nombre des personnes ciblées par le projet, est connue pour ses taux élevés d'utilisation de drogues, injectables, de pauvreté, de chômage, d'exploitation sexuelle et pour le grand nombre de personnes sans-abri, de personnes porteuses du VIH et de personnes atteintes de maladies comme le sida et l'hépatite C. Selon une étude locale, le taux de suicide chez les membres des Premières Nations est deux fois plus élevé que chez le reste de la population.²¹² Une autre étude révèle que le taux d'incarcération chez les jeunes Autochtones était onze fois plus élevé que le taux provincial et cinq fois supérieur au taux national.²¹³ Suite à la révision d'un programme de maison d'hébergement pour les jeunes Autochtones, on a découvert que 26 des 53 jeunes ayant été admis dans cette maison avaient été auparavant victimes d'exploitation sexuelle.²¹⁴ L'équipe du projet a constaté que les jeunes visés ont de très grands besoins et sont difficiles à rejoindre.

Ayant pris connaissance des résultats de l'Enquête d'évaluation nationale, l'équipe du projet est également d'avis que le groupe visé fait face à de sérieux problèmes, dont les suivants : non-acceptation de la langue et de la culture autochtones par les établissements locaux (p. ex. les écoles et les hôpitaux); manque de soutien adéquat aux collectivités autochtones; opposition des collectivités locales (peur, refus); mauvaise conjoncture économique dans la région (p. ex. chômage élevé, mauvaises conditions de logement); consommation d'alcool et de drogues, violence familiale; violence sexuelle et transport inadéquat (autobus, véhicules urbains).

Résultats et indicateurs

L'équipe du projet prévoyait obtenir des résultats à court terme chez deux groupes distincts : les jeunes auprès desquels elle a travaillé et la communauté dans son ensemble. Chez les jeunes, l'équipe visait la guérison. Elle tentait de trouver des solutions à des problèmes en particulier, dont la violence sexuelle, le suicide, le faible niveau d'estime de soi, la dépression, la difficulté d'accepter son orientation sexuelle et de faire face à l'homophobie. En outre, elle souhaitait sensibiliser davantage les jeunes et les fournisseurs de services communautaires qui travaillaient auprès d'eux au sujet des répercussions intergénérationnelles des abus subis dans les pensionnats. L'ensemble de la communauté a également démontré le désir d'améliorer sa compréhension envers ces jeunes et leur apporter un plus grand soutien.

Voici certains indicateurs permettant de mesurer la capacité du projet de réaliser ces objectifs :

- le maintien et/ou l'augmentation du taux de participation aux réunions de groupe et aux séances d'orientation individuelles;
- l'amélioration du soutien par les pairs, observée par les informateurs-clés et signalée par les participants eux-mêmes;
- la réduction du taux de consommation excessive d'alcool et de drogues, des cas de dépression, ainsi que du nombre de jeunes homosexuels et lesbiennes dans les rues;
- l'augmentation du nombre de cas aiguillés vers le projet par des organismes de l'extérieur;
- les faits indiquant que les médias et les informateurs-clés d'autres organismes comprennent les répercussions intergénérationnelles des abus subis dans les pensionnats et les problèmes que vivent les homosexuels et les lesbiennes (voir fiche de rendement ci-jointe).

Carte de rendement du programme de l'Association des jeunes Autochtones en milieu urbain

COMMENT?		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources		Résultats		
activités / résultats		résultats à court terme		résultats à long terme
<p>MISSION : Les jeunes personnes autochtones homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles sont libérées de toutes les formes de violence qui ont ravagé leur vie - ils sont sur le chemin de la guérison et aspirent désormais à un mode de vie plus sain.</p>		Jeunes homosexuels / lesbiennes; organismes, communauté, etc.	Augmentation des progrès accomplis en matière de guérison (diminution du taux de suicide, de dépression, de consommation d'alcool et de drogues, du nombre de victimes d'exploitation sexuelle et de jeunes vivant dans la rue); augmentation du niveau d'estime de soi et de la capacité d'accepter son orientation sexuelle et de faire face à l'homophobie; augmentation du soutien par les pairs afin d'accélérer la guérison; sensibilisation accrue vis-à-vis des répercussions intergénérationnelles des abus subis dans les pensionnats et aux problèmes que vivent les homosexuels et les lesbiennes (diminution de l'homophobie; compréhension et soutien accrus au sein de la communauté).	Les jeunes homosexuels et lesbiennes ne vivent plus dans la rue et ont adopté un mode de vie plus sain, où la violence, la dépression, le suicide et l'exploitation sexuelle n'existent plus.
<p>Comment savoir si nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Dans quelle mesure avons-nous changé quelque chose?</p>				
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme		Mesures à long terme
81 420 \$	Nombre de participants provenant du groupe des jeunes homosexuels et lesbiennes; de l'ensemble de la communauté.	Taux de participation aux séances d'orientation et de guérison individuelles et collectives; faits confirmant la présence d'un soutien par les pairs et la guérison (rétroaction individuelle et collective; perceptions des informateurs-clés); analyse des indicateurs sociaux (taux de suicide, de tentative de suicide, de violence sexuelle et de consommation d'alcool et de drogues); nombre de jeunes homosexuels et lesbiennes vivant dans la rue; faits indiquant que les médias et autres organismes comprennent les répercussions intergénérationnelles des pensionnats et savent dans quelle mesure les abus subis dans les pensionnats sont reconnus et font l'objet de débats ouverts dans les séances d'orientation et les réunions de groupe; ampleur de l'homophobie dans les écoles et les organismes.		Diminution du taux de suicide et de tentative de suicide; diminution du nombre de jeunes homosexuels et lesbiennes vivant dans la rue, consommant de l'alcool et des drogues et victimes d'exploitation sexuelle.

Répercussions sur les personnes

Compte tenu des données insuffisantes, il a été impossible de connaître les répercussions du projet sur les participants. Les quelques commentaires recueillis n'ont pas permis de savoir en quoi les participants avaient modifié leur attitude, leur connaissance ou leur comportement, ou si des progrès avaient été réalisés sur le plan du soutien par les pairs. Les entrevues menées auprès de six informateurs-clés ont permis de constater ceci : cinq des six personnes interrogées ont observé des changements chez les participants dans leur façon de faire face à l'homophobie, de prendre en charge leur orientation sexuelle et d'effectuer des changements sur le plan personnel; quatre ont constaté des progrès dans la façon dont les participants font face à la dépression et la moitié ont observé des changements sur le plan de l'estime de soi et constaté que les participants comprenaient mieux les effets des abus subis dans les pensionnats et tentaient de trouver des solutions à leur consommation d'alcool et de drogues. Toutefois, six entrevues ne fournissent pas de preuves suffisantes sur lesquelles on peut s'appuyer pour tirer des conclusions solides. Le fait que quatre jeunes homosexuels et lesbiennes aient, semble-t-il, renoué avec leur famille et leur communauté, est un bel exemple de changement concret.

Répercussions sur la communauté

Lorsqu'on a demandé aux informateurs-clés d'évaluer le programme sur une échelle de 1 à 5 (1 étant la note la plus faible et 5, la plus élevée), la majorité croyaient que le programme comblait une lacune et améliorait les services, des notes moyennes de 4,5 et de 4,8 ayant été attribuées respectivement à ces deux aspects. Quatre personnes ont déclaré que les organismes qui s'étaient associés au programme comprennent mieux les effets des abus subis dans les pensionnats.

Dans les dossiers du projet et le contenu des entrevues, on a constaté que de nombreuses personnes avaient fait mention de l'homophobie. C'est pour cette raison d'ailleurs que le programme s'est détaché du réseau des autres projets financés par la FADG dans la ville de Vancouver. Lorsqu'on a demandé au conseiller / à l'animateur s'il établissait un rapport entre le programme pour les jeunes homosexuels et lesbiennes et les autres projets de la FADG, il s'est exprimé comme suit :

[TRADUCTION] Je n'en vois aucun. Ce programme est absolument unique. Je n'ai reçu aucun soutien de la part des autres projets. En novembre dernier, à la réunion du réseau des projets financés par la FADG, je me suis retiré. Même les guérisseurs ne veulent pas aborder le sujet (problèmes des homosexuels). À cette réunion, j'ai eu l'impression d'être traité avec condescendance. J'ai affronté tous les membres réunis et je leur ai dit que « tant que je ne serais pas appuyé, je ne reviendrais plus. » Je me sens laissé à moi-même.

Bien que l'homophobie soit une véritable barrière, l'allégation selon laquelle les autres projets financés par la FADG n'accordaient aucun soutien au programme demeure sans riposte jusqu'à présent, étant donné que l'interviewer n'a pas communiqué avec les responsables des autres projets. En cherchant des données pertinentes sur les Autochtones de la région métropolitaine de Vancouver, on a découvert l'existence de certains projets financés par la FADG dans cette même région, mais aucun ne semble offrir les mêmes services que le programme. Par conséquent, il semble que le projet comblait une lacune sur ce plan en s'adressant particulièrement aux jeunes homosexuels et lesbiennes autochtones, et en tentant publiquement de trouver des solutions aux problèmes qui les touchent. Toutefois, compte tenu de l'ampleur de

l'homophobie, il faudrait probablement beaucoup plus de temps pour que des répercussions se fassent sentir à long terme. Si l'on tient compte du nombre élevé de partenariats et de relations établis par le projet et ses activités d'information et de sensibilisation, il est possible que des répercussions aient été observées à court terme, mais en l'absence de documents d'évaluation, ceci n'est que pure spéculation.

Ne pouvant interroger un plus grand groupe de personnes, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les activités d'information et de sensibilisation ont eu une incidence sur les groupes cibles ou quel accueil elles ont obtenu auprès d'eux. Les données recueillies auprès des participants sont peu nombreuses et trois organismes de services sociaux seulement ont pris part à cette étude de cas. Lorsqu'on leur a demandé si les organismes communautaires avaient fourni un bon soutien, les Autochtones se sont montrés beaucoup moins satisfaits que les non-Autochtones. Le fait que la communauté autochtone ne veuille même pas *entendre parler* des problèmes touchant les homosexuels et les lesbiennes était, selon les trois Autochtones interrogés, l'un des obstacles les plus difficiles à surmonter. Ils sont cependant d'avis que la situation s'est améliorée, lorsqu'on leur a demandé si les organismes partenaires avaient acquis une compréhension différente des séquelles de pensionnats grâce au projet. Par contre, lorsqu'on leur a demandé quels étaient les changements qu'ils avaient apportés dans leur méthodes de travail, deux des trois représentants de ces organismes ont dit n'en avoir apporté aucun. Les activités d'information et de sensibilisation semblaient avoir une incidence sur les informateurs-clés eux-mêmes, mais l'on jugeait quand même nécessaire de fournir plus de soutien et de sensibiliser davantage le public. L'une des personnes interrogées a dit : [TRADUCTION] « Je parle plus ouvertement des problèmes touchant les homosexuels. » Cette personne, ainsi que deux autres qui avaient exprimé la même opinion, étaient des Autochtones.

Établissement de partenariats et viabilité

Le document final de contrôle du projet fait état de partenariats avec 31 organismes, outre les programmes partenaires, et quatre médias (radio, télévision, journaux). Des ateliers ont été organisés à l'intention des communautés, des écoles, des groupes de jeunes, des agents de libération conditionnelle et des groupes d'homosexuels et de lesbiennes. Cependant, il est difficile d'en évaluer l'efficacité compte tenu du nombre peu élevé d'évaluations des participants sur lesquelles s'appuyer. Des relations directes ont été établies avec 16 Autochtones et organismes de services principaux. Trois organismes externes et un programme mis sur pied par l'UNYA ont participé directement au programme pour les jeunes homosexuels et lesbiennes, notamment en fournissant des locaux pour les services d'accueil et les activités de groupe. Quatre des six personnes interrogées ont affirmé que les organismes qui s'étaient associés au programme sont devenus plus conscients des effets des abus subis dans les pensionnats.

Une seule personne travaillait au programme et aucun comité consultatif n'a été constitué, ce qui a peut-être eu une incidence sur le maintien du projet et contribué à l'isolement ressenti par le conseiller / l'animateur.

La valeur des biens et services fournis à titre gratuit (aliments, travail et locaux pour les activités de groupe) pendant 18 mois est évaluée à 14 400 \$. Ces dons proviennent de services sociaux, de services de santé, d'un centre local de ressources pour les jeunes et de membres de la communauté.

Favoriser la participation significative des Survivants (y compris les victimes des répercussions intergénérationnelles)

Aucun comité consultatif ni Survivant n'a pris part au projet.

Gérer l'amélioration du programme

Des efforts ont été faits pour constituer un comité consultatif chargé de surveiller le projet, mais en vain. En outre, comme il n'y a pas eu d'évaluation méthodique des participants ni d'évaluation des besoins, on a disposé de peu de renseignements concrets permettant de contribuer à l'orientation du programme ou de fournir des avis à ce sujet.

Il est possible que l'exécution du plan d'évaluation décrit dans la proposition ait tenu compte de la révision du plan de travail afin d'insister sur ce qui était le plus nécessaire et/ou sur ce qui aurait été le plus efficace.

Pratiques exemplaires

Dans ce programme, trois pratiques exemplaires ont été retenues :

- le conseiller / l'animateur était lui-même autochtone et homosexuel, ce qui a augmenté la probabilité que les participants s'identifient à lui;
- le programme s'est associé à d'importants organismes oeuvrant auprès de la communauté autochtone et a maintenu une présence au sein de groupes de rencontre. Les jeunes homosexuels et lesbiennes ont ainsi eu l'occasion de se familiariser, à leur rythme, avec le conseiller / l'animateur;
- le programme comprenait des services destinés aux jeunes transsexuels qui, à maintes occasions, sont confrontés à de nombreux obstacles qui les empêchent de prendre part à des programmes plus généralisés.

En outre, plusieurs personnes interrogées ont fait mention des qualités et du dévouement du conseiller / de l'animateur.

Défis

Parmi les principaux défis que doivent surmonter les participants, on compte le rejet, la peur, le deuil, les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie au sein de leur famille, la haine de soi causée par l'appartenance à une culture et l'homophobie intériorisée. Les entrevues et dossiers du projet indiquent que le programme a fait face à d'autres problèmes. En effet, il avait ciblé une population difficile à rejoindre et ayant des besoins nombreux. On pouvait s'attendre à une faible participation lorsqu'on tente de travailler auprès de [TRADUCTION] « jeunes qui ne veulent pas de notre aide. »

D'autres problèmes se sont présentés, dont les suivants :

- faire face à l'homophobie;
- compte tenu des nombreux besoins du groupe cible, le programme aurait pu prévoir les difficultés rencontrées par une seule personne. Presque toutes les personnes interrogées ont, à maintes reprises, fait mention de la nécessité d'augmenter le personnel assigné au programme.

Responsabilité envers la communauté

Lorsqu'on a demandé si le projet s'acquittait bien de son obligation de rendre compte, on a obtenu des réponses semblables, dont la suivante : [TRADUCTION] « Nous avons beaucoup travaillé, mais nous n'obtenons pas beaucoup de commentaires. Les gens ne disent pas pourquoi ils ne se joignent pas au programme. S'ils le disaient, peut-être que nous pourrions leur répondre. »

Comme il n'y a pas eu d'évaluation méthodique des participants ni d'évaluation des besoins, on dispose de peu de renseignements concrets permettant de contribuer à l'orientation du programme ou de fournir des avis à ce sujet.

Le fait de ne pouvoir travailler auprès des homosexuels et lesbiennes autochtones semblait être une lacune. On affirmait que ce groupe ne pouvait s'inspirer d'un nombre suffisant de modèles de comportement positifs et qu'il était difficile de trouver des homosexuels et des lesbiennes parmi les Aînés. Ce n'est d'ailleurs pas nécessaire d'en chercher, puisque les Aînés peuvent faire preuve de compassion et d'empathie. Des modèles de comportement positifs existent également au sein de la population homosexuelle et lesbienne, certains étant sur le *chemin rouge* (en période de guérison ou suivant les enseignements traditionnels), et peuvent se révéler d'une aide précieuse pour les participants comme pour les membres de l'équipe.

Rejoindre les personnes ayant les besoins les plus urgents

Le groupe visé a de nombreux besoins et les problèmes auxquels il fait face étaient de nature diverse : vaincre l'alcoolisme et la toxicomanie, cicatriser les blessures laissées par la violence sexuelle, vivre sa sexualité dans une société homophobe. Dans l'Enquête d'évaluation nationale, l'équipe du projet a déclaré que [TRADUCTION] « cinq personnes ont en fait été dirigées ailleurs, en raison d'un diagnostic mixte, de programmes de traitement, etc. Mais, en réalité, je dirais que tous les participants présentent une certaine forme d'incapacité de s'exprimer ouvertement en groupe et souffrent de traumatismes graves, causés par exemple par la violence sexuelle, le racisme, le sexisme, etc. ». Bien qu'il n'ait pas été possible de savoir si, en ciblant les jeunes Autochtones homosexuels et lesbiennes, le projet rejoignait réellement les personnes ayant les besoins les plus urgents, il ne fait aucun doute qu'il tente de combler une lacune sur le plan des services. Toutefois, l'un des informateurs-clés a fait mention du manque de participants : [TRADUCTION] « Il faut se demander pour quelle raison ces jeunes ne sont pas capables de se joindre eux-mêmes au programme? »

Leçons apprises

Les leçons suivantes ont été retenues au cours du projet :

- la plupart des personnes interrogées ont laissé entendre que l'embauche d'une deuxième personne pourrait améliorer le projet, et on a aussi avancé l'idée que l'embauche d'une femme assurerait un équilibre entre hommes et femmes;
- le conseiller / L'animateur a eu l'impression de n'avoir été en mesure de dispenser dans chacune des sphères d'activités (counselling et sensibilisation / information) que la moitié des efforts nécessaires pour répondre aux exigences de la tâche; à son avis, les efforts de sensibilisation auraient été plus stratégiquement centrés si l'on avait réduit le nombre d'activités d'information et de sensibilisation;

- en parlant de son expérience personnelle, le conseiller / l'animateur a fait part d'une leçon qu'il a retenue, en parlant de la façon dont il a procédé du début à la fin du projet : [TRADUCTION] « Je suis devenu plus souple. Je n'avais à vrai dire jamais travaillé auprès des jeunes auparavant. Au début, j'étais entièrement disponible. Maintenant, j'ai établi des limites. Je ferme mon cellulaire de 23 h à 7 h et les jeunes le savent. Je vis réellement pour mon travail; »
- deux personnes ont affirmé qu'elles pouvaient désormais discuter plus ouvertement et plus fréquemment des questions liées aux homosexuels et lesbiennes;
- certains organismes (non autochtones) associés au programme ont indiqué n'avoir pas apporté de changements importants à leur façon de travailler. Par contre, ils ont avoué que le projet leur avait été profitable. L'un des informateurs a dit avoir beaucoup appris au sujet des problèmes que vivent les homosexuels et les lesbiennes.

Conclusions

À en juger par certains faits, le programme a permis de mieux comprendre les problèmes que vivent les Survivants des pensionnats et les homosexuels et lesbiennes grâce aux nombreux ateliers et exposés. Comme les participants n'ont fait l'objet d'aucune évaluation, il est difficile de savoir ce qu'ils ont retenu de ces ateliers. Le projet a obtenu des résultats positifs comme en témoigne la réconciliation de quatre jeunes homosexuels et lesbiennes avec leur famille et leur communauté, [TRADUCTION] « une réconciliation qui s'est faite de façon positive, non pas seulement en se bagarrant », soutient l'une des personnes interrogées. Aucune somme d'argent ne peut égaler la réconciliation d'un seul jeune avec sa famille. Et qui plus est, le programme ne faisait que commencer. [TRADUCTION] « Les jeunes de la rue ayant déjà subi de nombreuses pertes, perte de leur famille, de leur maison, de leur innocence, »²¹⁵ la fin du programme pour les jeunes homosexuels et lesbiennes était, semble-t-il, pour eux une perte de plus.

Il a déjà été question dans la présente étude de problèmes reliés à la programmation, dont l'absence d'un comité consultatif et l'embauche d'une seule personne desservant une population nombreuse ayant des besoins importants. Comme il n'y a pas eu d'évaluation méthodique des participants ni d'évaluation des besoins, on dispose de peu de renseignements concrets permettant de contribuer à l'orientation du programme ou de fournir des avis à ce sujet. De plus, le fait de ne pouvoir travailler auprès des homosexuels et lesbiennes autochtones semblait être une lacune.

Recommandations

Bien que le projet ait pris fin au moment de terminer cette étude, les recommandations suivantes ont été présentées dans le but d'en faire profiter d'autres projets :

- Compte tenu de la nature de cette tâche et de la taille de la population, des efforts visant à garantir la présence de deux personnes assignées à ce projet auraient pu atténuer le sentiment d'isolement et de frustration ressenti par le conseiller / l'animateur. Il semble que les fonds alloués suffisaient à embaucher au moins une personne à plein temps et une autre à temps partiel. On aurait certainement pu chercher d'autres sources de financement afin de combler ce besoin. Un autre aspect positif de l'embauche d'une deuxième personne aurait été d'assurer un équilibre entre hommes et femmes afin d'offrir aux participants la possibilité de créer des liens avec au moins un membre du personnel, surtout s'ils avaient des problèmes avec l'un ou l'autre des sexes.

- Un comité consultatif aurait pu être constitué afin d'aider formellement le conseiller / l'animateur et de contribuer à l'orientation du programme.
- Comme point de départ logique, on aurait dû faire plus d'efforts pour trouver des modèles de comportement positifs auprès des homosexuels et lesbiennes autochtones plus âgés, surtout que la communauté autochtone semblait être la plus réfractaire. Si l'on avait pu compter sur le savoir des homosexuels et lesbiennes autochtones ayant pu avoir eux-mêmes vécu de nombreux problèmes semblables à ceux que connaissent les jeunes homosexuels et lesbiennes autochtones, on aurait pu donner à ces jeunes plus de possibilités d'établir un réseau de soutien.
- Les responsables du programme ont eu de la difficulté à trouver des personnes homosexuelles parmi les Aînés. En fait, tout ce qu'on aurait dû chercher, ce sont des Aînés en santé, non homophobes, capables de faire preuve de compassion à l'égard des jeunes.
- L'établissement de partenariats avec les organismes autochtones concernés aurait pu permettre de créer des liens avec la communauté autochtone. Par exemple, l'organisme autochtone local sur le sida, situé à North Vancouver, a beaucoup travaillé pour obtenir l'appui des dirigeants et des travailleurs de la santé afin de lutter contre le VIH et le sida, et de traiter les homosexuels et les lesbiennes qui en sont porteurs ou atteints.
- Il est possible que l'exécution du plan d'évaluation décrit dans la proposition ait tenu compte de la révision du plan de travail afin d'insister sur ce qui était le plus nécessaire et/ou sur ce qui aurait été le plus efficace.

Projet de l'Institut George Manuel - Honorer les Survivants des pensionnats : production théâtrale
[George Manuel Institute: Honouring Residential School Survivors: A Theatrical Production]
(Projet de la FADG n° HH-88-C.-B.)

Description du projet

Le projet consistait à concevoir, rédiger, produire et présenter une pièce de théâtre traitant des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. Le texte relate les expériences des Survivants interrogés au cours de l'étape de recherche. Ceux-ci ont également agi à titre de conseillers tout au long du projet. La demande de financement mentionnait que le projet [TRADUCTION] « devait permettre aux Survivants des pensionnats et à leurs familles de prendre part à un processus créatif de guérison en racontant l'expérience qu'ils ont vécue en tant que victimes d'abus physiques et sexuels et en leur donnant l'occasion de s'exprimer dans un environnement sécuritaire ». Le projet a été parrainé par la bande indienne de Neskonlith et le George Manuel Institute, situés près de Chase dans la région intérieure de la Colombie-britannique.

Groupe cible : Ont participé au projet le grand public, les Autochtones et non-Autochtones, les Survivants, leurs familles et communautés, les acteurs, l'équipe du projet, les bénévoles et les douze communautés où la pièce a été présentée.

Financement : Le projet a reçu une aide financière de 147 366 \$ pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2000.

L'équipe du projet

L'équipe du projet était formée de six personnes membres du personnel, six acteurs et douze autres personnes responsables du soutien qui ont touché une rémunération pour diverses tâches. Le personnel était composé d'un coordonnateur de projet (remplacé une fois), d'un directeur de production, d'un directeur-dramaturge, d'un régisseur général (remplacé une fois), d'un dramaturge et d'un chorégraphe. Les douze membres du personnel de soutien étaient des Aînés et des Survivants qui agissaient à titre de conseillers, enseignaient des chants, ont dispensé des enseignements et joué du tambour.

L'embauche d'acteurs participant à un processus de guérison a été un atout important. Outre le personnel et les acteurs, le projet comptait 40 conseillers itinérants et 30 bénévoles, qui ont contribué à la conception et la présentation de la pièce. Les conseillers itinérants ont été choisis par la communauté hôte afin d'évaluer l'accueil du public et de fournir soutien et conseils aux personnes exprimant ou manifestant un besoin en cette matière. Le directeur-dramaturge a tenu des sessions de partage et réflexion à la fin de chaque représentation, ce qui a nécessité de sa part beaucoup de compétence et d'expérience, lesquelles ont également été mises à profit auprès des acteurs et du personnel dans la préparation et la présentation d'un sujet d'une grande intensité émotive. Plusieurs acteurs ont affirmé que la personne ayant agi à titre consultatif avait fait un travail exceptionnel et que, sans son intervention, ils ne se seraient jamais engagés dans une telle entreprise.

Les bénévoles ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à l'aménagement des salles, à la préparation de la nourriture/repas, à l'organisation des cercles de guérison et au transport. Les communautés où la pièce étaient présentée ont contribué à l'organisation de fêtes, à la promotion de l'événement, à l'aménagement, au démontage et au nettoyage des salles, ainsi qu'à l'organisation des relations avec les médias. Ils se sont également assurés de la présence des Aînés et des dirigeants aux prières d'ouverture, et ont fourni du personnel pour assurer un service de suivi et répondre aux besoins en counselling.

Caractéristiques des participants

Lors du recrutement des participants, l'équipe du projet devait s'assurer de la « qualité » des personnes sélectionnées. Au cours des premières étapes, les Aînés, les Survivants et un directeur des services d'intervention/traitement ont demandé au directeur-dramaturge de veiller à ce que toutes les personnes travaillant au projet [TRADUCTION] « soient sobres et engagées sur le chemin de la guérison. »

Le premier rapport trimestriel du projet a révélé que 40 personnes ont contribué directement au projet : 5 pour cent étaient âgés de moins de 25 ans, 35 pour cent avaient plus de 50 ans et 60 pour cent avaient entre 25 et 50 ans. La majorité (80 %) étaient des Indiens inscrits habitant une réserve, 17,5 pour cent étaient des Indiens inscrits vivant à l'extérieur d'une réserve et 2,5 pour cent étaient des Métis. Tous étaient des Survivants ou leurs descendants (82,5 % des Survivants et 17,5 % des descendants). Autant d'hommes que de femmes participaient au projet. Au quatrième trimestre, le nombre de participants est passé à 19, probablement parce que les entrevues auprès des Survivants étaient terminées. Le profil statistique fait état d'un nombre inférieur d'Aînés (21 % avaient plus de 50 ans) et d'un nombre presque équivalent de Survivants et de descendants.

Quatre acteurs sur six ont dit qu'un de leurs parents était un Survivant des pensionnats. L'un d'eux a affirmé qu'il n'était pas un descendant direct, tandis que le dernier n'a pas dit indiqué s'il était un descendant de Survivants. Les acteurs avaient entre 17 et 45 ans, la majorité ayant moins de 30 ans.

La troupe a donné douze représentations dans diverses régions de la Colombie-Britannique, dont deux uniquement devant les patients de centres de traitement. Les dossiers du projet révèlent que 4 000 personnes ont assisté aux représentations et de nombreuses personnes interrogées ont affirmé que des spectateurs devaient se tenir debout dans des salles absolument comblées.

Contexte

Selon Statistique Canada, la Colombie-Britannique comptait 139 655 Autochtones en 1996. Le nombre de personnes inscrites conformément à la *Loi sur les Indiens*, résidant à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, s'élevait à 93 835. Comme l'indiquent des données démographiques semblables sur les Autochtones au pays, presque la moitié de la population autochtone de la Colombie-Britannique, soit 57 645 personnes, ont moins de 19 ans. Si l'on y ajoute les personnes âgées entre 20 et 24 ans, ce chiffre s'élève à 69 595. Si l'on ajoute encore à ce groupe les personnes entre 25 et 34 ans, on obtient alors un total de 93 845 jeunes Autochtones en Colombie-Britannique, soit une population autochtone extrêmement jeune dans cette province. Tous ces chiffres (recensement de 1996) sont révélateurs, car une partie de la pièce servait à

enseigner l'histoire et la population susmentionnée n'était pas assez âgée pour fréquenter les pensionnats qui ont fermé leurs portes (le dernier à le faire en en Colombie-Britannique était celui de St. Mary's Mission en 1985). Le recensement de 1996 indiquait également 26 000 Métis résidant en Colombie-Britannique.

Population des centres où la pièce a été jouée

Lieu	Population générale **	Population autochtone
Vancouver (deux centres)	1 831 665 (région métropolitaine)	31 140 **
Centre de traitement de Round Lake (Armstrong)	5 322 (district d'Armstrong)	36 lits
Centre de traitement de Nenqayni (Williams Lake)	38 552 (agglomération de Williams Lake)	4 unités familiales + 10 lits pour jeunes
Centre d'accueil de l'intérieur ***	84 914 (Kamloops)	inconnue
Centre d'accueil de Kelowna ***	136 541 (Kelowna)	inconnue
Centre d'accueil de Tillicum Haus ***	85 585 (Nanaimo)	inconnue
Première Nation de Neskonlith * (près de Chase, Centre de services de Kamloops)	2 460 (Chase) 84 914 (Kamloops)	543
Bande indienne de Lytton * (centre de services de Merritt)	7 631 (Merritt)	1 665
Bande indienne de Bonaparte * (près de Cache Creek, Centre de services de Kamloops)	1 115 (Cache Creek) 84 914 (Kamloops)	719
Première Nation de Coldwater (près de Merritt)	7 631 (Merritt)	282 **
Bande indienne de Bridge River * (près de Lillooet. Centre de services de Kamloops)	84 914 (Kamloops)	379

* Profils des Premières Nations, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, juillet 2001

** Statistique Canada, recensement de 1996

*** Les centres d'accueil desservent en grande partie les populations urbaines et les Premières Nations avoisinantes

Résultats et indicateurs

Parmi les résultats à court terme qu'elle souhaite obtenir, l'équipe du projet compte augmenter le niveau de connaissance de la question des pensionnats, amener les Survivants à prendre part à la production de la pièce afin de tracer un portrait exact et véridique de leur vécu, souligner la résistance chez les Survivants, encourager et guider une discussion pertinente à la fin de chaque représentation et élaborer des plans efficaces visant à assurer le bien-être et la sécurité de toutes les personnes prenant part ou travaillant au projet (voir la carte de rendement ci-jointe).

Bande indienne de Neskonlith / Institut George Manuel - Carte de rendement

MISSION : Offrir aux Survivants des pensionnats, ainsi qu'à leur famille et à leur communauté, un processus de guérison créatif et interactif, qui demeure fidèle à l'expérience qu'ils ont vécue.		POURQUOI?	
COMMENT?	QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources	Groupes cibles	Résultats	
activités / résultats		résultats à court terme	résultats à long terme
<p>Concevoir et rédiger une pièce en collaboration avec les Survivants. Recruter du personnel. Tenir des auditions. Choisir des acteurs compétents, qui sont familiers avec les situations vécues dans les pensionnats. Produire et organiser des représentations à l'échelle régionale, puis provinciale et peut-être ailleurs au Canada. Engager des discussions avec les spectateurs après chaque représentation. Présenter l'équipe du projet et les acteurs après les représentations.</p>	<p>Survivants des pensionnats, leur famille et leur communauté, acteurs, personnel et bénévoles, personnel et dirigeants de la communauté.</p>	<p>Connaissance accrue de la question des pensionnats. Participation des Survivants et obtention de leurs commentaires. Portrait exact et véridique du vécu des Survivants. Souligner la résistance chez les Survivants au sein de leur famille et de leur communauté. Engager une discussion dirigée pertinente à la fin de chaque représentation. Élaborer des plans efficaces visant à assurer le bien-être et la sécurité de toutes les personnes prenant part ou travaillant au projet.</p>	<p>Restaurer l'équilibre chez les Survivants et les honorer, ainsi que leur famille et leur communauté.</p>
<p>Comment savoir si nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Dans quelle mesure avons-nous changé quelque chose?</p>			
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme	Mesures à long terme
<p>147 366 \$ pour un an seulement</p>	<p>12 endroits; 4 000 spectateurs; 6 acteurs; 6 membres du personnel du projet; 12 membres du personnel de soutien; 40 intervenants itinérants; 30 bénévoles.</p>	<p>Engager des discussions après chaque représentation : nombre de spectateurs y prenant part; rapports sur les réactions des spectateurs; durée pendant laquelle les spectateurs sont restés, ont pris part aux discussions et ont écouté. Opinion des acteurs, du personnel, des bénévoles au sujet des changements observés chez les Survivants, leur famille et leur communauté. Opinion des participants et des informateurs-clé concernant les répercussions de la pièce sur les personnes ayant contribué directement au projet. Faits indiquant une augmentation du niveau de connaissance des effets des pensionnats dans les communautés.</p>	<p>Amélioration de la guérison des Survivants, comme en témoignent un sentiment d'appartenance, d'utilité et d'utilisation en tant que ressource, la réconciliation entre les membres des familles et de la communauté. Diminution des taux de violence sexuelle et physique en raison du niveau d'instruction, de sensibilisation, et de la volonté de reconnaître les actes de violence et d'intervenir. Diminution des taux de suicide, de placement d'enfants et d'incarcération.</p>

Répercussions sur les personnes et les communautés

Le projet peut être considéré comme une réussite. L'équipe a atteint tous les objectifs établis et surmonté les défis avec détermination et dévouement.

Répercussions sur les personnes

On a demandé à la troupe et à l'équipe de la mise en scène de la pièce *Le Every Warrior's Song* de décrire les répercussions des pensionnats sur leur vie personnelle et la vie d'autres personnes. Leurs réponses révèlent une modification du comportement cognitif :

[TRADUCTION] Je sentais comme si je revivais une partie de mon passé, à l'époque où je buvais, je me droguais et je traînais dans les rues. Avant la pièce, j'ai arrêté de boire. Voir cette pièce et comprendre le processus m'a aidé à rester sobre. Avant, j'avais de la difficulté à exprimer mes émotions, mais la pièce m'a permis de le faire ouvertement. Je veux retourner dans le domaine théâtral. Je ressens maintenant plus de compassion, je comprends et vois les vraies raisons de certains comportements.

[TRADUCTION] Mon père est un Survivant. Beaucoup de problèmes personnels ont refait surface [l'informateur devient très émotif et l'entrevue est interrompue temporairement]. Je me suis revu plongé dans mon problème d'alcoolisme, mes idées suicidaires, mes sentiments de confiance en soi, tout ça a refait surface.

[TRADUCTION] Ma mère est une Survivante; elle a commencé à s'exprimer davantage, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant. J'ai constaté des changements dans ma famille sur le plan émotif. Par exemple, ma mère avait de la difficulté à serrer les gens dans ses bras et maintenant elle le fait.

[TRADUCTION] La guérison est un processus continu et je tente encore de régler mes problèmes. L'écriture, c'est une comme une thérapie, j'ai pleuré à de nombreuses occasions. J'avais besoin d'un soutien solide et je m'identifiais complètement aux Survivants des pensionnats.

[TRADUCTION] Il est très important pour notre peuple de comprendre que toutes ces histoires sont réelles et pertinentes. Il a grand besoin de trouver des moyens de bâtir son histoire en organisant des cérémonies, des pièces de théâtre, des ateliers. Il faut absolument que ça se fasse.

[TRADUCTION] Ce n'est que la pointe de l'iceberg. Le processus de la FADG est bon, c'est une solution de rechange à ce que nous offrent les non-Autochtones pour résoudre nos problèmes.

[TRADUCTION] J'étais content de savoir que le projet parlait un peu de la prévention, un peu du traitement, de l'éducation et qu'il s'adressait aussi aux non Autochtones.

Les acteurs avaient également apporté des changements positifs dans leur vie personnelle. Certains avaient décidé de retourner à l'école, plusieurs suivaient une thérapie ou avaient recours à des services de counselling, deux ont dit ne plus consommer d'alcool ni de drogues, ce qui, apparemment, leur avait permis de former leur caractère. L'un des acteurs a également déclaré : [TRADUCTION] « Je me sens tellement mieux avec moi-même. Je suis accessible, digne de confiance, n'ai jamais autant contribué à la communauté autochtone étant donné que je n'ai pas grandi sur la réserve. Je suis plus spirituel qu'avant. »

Les répercussions sur les spectateurs se sont illustrées par les commentaires obtenus lors des entrevues auprès des informateurs-clés :

[TRADUCTION] Ma mère est une Survivante, elle a assisté à une représentation et c'est là que je l'ai reconnue pour la première fois comme Survivante.

[TRADUCTION] Je suis plus près de mon père qui est allé au pensionnat. C'est ironique de constater qu'une chose qui nous avait séparés est maintenant l'instrument de notre rapprochement.

[TRADUCTION] J'ai appris combien ils étaient résilients, comme ils avaient de la compassion, les spectateurs se sont ouverts et voulaient parler de choses très personnelles.

[TRADUCTION] Les Survivants veulent faire quelque chose à propos de tout cela et ils attendent juste que la bonne occasion ou situation se présente.

[TRADUCTION] Beaucoup de gens sont venus avec des membres de leur famille et font maintenant des choses avec eux. Un grand nombre d'entre eux voulaient revoir la pièce et y amener d'autres membres de leur famille.

Dans le cadre d'appels téléphoniques de suivi, on a demandé aux communautés combien de clients et de familles avaient eu recours à des services d'orientation suite à la représentation. Après cinq représentations, 41 personnes et 14 familles ont fait appel à ces services et quatre personnes ont été dirigées ailleurs.

Selon les informateurs, un hommage a été rendu aux Survivants dans toutes les représentations, où l'on a souligné leur force et leur résilience. D'importants commentaires ont été obtenus au sujet des répercussions sur les Survivants lors des entrevues auprès des informateurs-clés :

[TRADUCTION] Les Survivants sont venus aux répétitions, aux représentations, ils ont souvent pleuré, ils nous ont parlé et encouragés. Ils nous ont dit combien ils étaient heureux que quelqu'un raconte leur histoire. Certains nous ont aidés avec l'animation des discussions à la fin de la pièce et certains nous ont appris des chants.

[TRADUCTION] J'ai entendu des questions et des commentaires vraiment profonds. Ils (les Survivants) cherchaient la vérité et ce que cela veut dire pour la guérison des gens.

[TRADUCTION] Les personnages représentaient fidèlement leurs expériences et ils (les Survivants) pouvaient s'y identifier.

[TRADUCTION] Les Survivants se levaient devant la foule, exprimaient leur colère à haute voix et vous pouviez presque voir un poids se lever de leurs épaules.

[TRADUCTION] Chaque soir, après la représentation, nous ressentions un vrai sentiment d'appartenance à la communauté.

[TRADUCTION] Il y avait toujours des commentaires, des questions et c'était étrange, un peu comme si un ami vous racontait une histoire extraordinaire.

Répercussions sur la communauté

Une grande partie des informateurs-clés de l'équipe du projet et des organismes communautaires qui l'ont parrainé croyaient que des effets se feraient sentir sur les indicateurs sociaux à long terme sur lesquels la FADG espère avoir une influence positive. En fait, 95 pour cent des personnes interrogées ont affirmé que le projet aura des répercussions sur la violence sexuelle et 90 pour cent étaient du même avis concernant la violence physique. Lorsqu'on a demandé aux informateurs-clés dans quelle mesure les communautés abordaient différemment les effets des abus subis dans les pensionnats et si les services s'étaient améliorés, ils ont émis les commentaires suivants :

[TRADUCTION] Je sens que je peux maintenant aborder les choses différemment parce que le dialogue est ouvert avec beaucoup de membres de ma famille. Ils étaient tous là ensemble, ils pleuraient tous, se soutenaient tous, et tous ont parlé. La guérison se produisait directement sous nos yeux.

[TRADUCTION] J'ai vu l'impact que cela avait sur les travailleurs de première ligne, les intervenants en développement, en éducation, même sur les dirigeants. Les gens sentent maintenant le besoin de s'organiser, de trouver des solutions pour que notre peuple se sente en sécurité.

[TRADUCTION] Pour moi, la pièce peut être utilisée comme référence. Elle a donné envie à certaines personnes de demander une aide financière et d'autres qui en recevaient déjà ont intégré la pièce à leur travail.

[TRADUCTION] Une communauté, Lillooet, a dit qu'elle se préparait à démarrer un groupe pour réunir les Survivants. Les gens ont aussi discuté de la pièce et de l'impact qu'elle a eu sur eux.

[TRADUCTION] Je connais beaucoup de gens. Des communautés et des endroits où nous ne sommes pas allés ont entendu parlé de la pièce. Un plus grand nombre de gens sont venus dans les endroits de guérison sur la réserve, mon beau-père entre autres. J'ai aussi entendu dire qu'ils voulaient avoir plus de services de guérison.

[TRADUCTION] Je sens qu'ils sont maintenant plus informés. Qu'ils parlent de moyens d'assurer l'égalité. Les Survivants ont prononcé un discours d'honneur à chaque représentation. La communauté voit maintenant leur force et comment les Survivants peuvent contribuer à la communauté.

[TRADUCTION] Je sais que des groupes de soutien aux Survivants se sont formés, un groupe de théâtre s'est même formé à Merritt.

[TRADUCTION] Après chaque représentation, des groupes se sont réunis, des cercles de guérison pour les Survivants.

[TRADUCTION] Je sais qu'un centre d'accueil organise maintenant des séances de formation pour des conseillers.

[TRADUCTION] Les travailleurs de première ligne ont amélioré leur connaissance des traumatismes à chaque représentation. Nous admettons que les services d'orientation de base pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne sont pas suffisants.

Établissement de partenariats et viabilité

La demande de financement faisait état de six partenariats initiaux avec des communautés, des centres de traitement et des comités sur les pensionnats. Le rapport final fait état de 13 partenariats.

Les communautés où avaient lieu les représentations étaient sensées fournir des installations comprenant une scène et une salle suffisamment grande pour y accueillir le nombre de spectateurs prévu, organiser des activités promotionnelles, le transport des spectateurs, organiser une fête, embaucher un conseiller, élaborer des plans d'action avant et après les représentations pour le soutien aux participants et embaucher des conseillers itinérants devant être présents aux représentations.²¹⁶

Favoriser la participation significative des Survivants (y compris les victimes des répercussions intergénérationnelles)

Les Survivants des pensionnats ont participé au projet du début à la fin en tant que conseillers. On les a également interrogés durant la phase de recherche.

Pratiques exemplaires

Tout au long du processus d'entrevue ainsi que dans la demande de financement, plusieurs personnes ont fait mention de la sécurité ou de la nature non menaçante du théâtre, qui semble avoir obtenu de bons résultats. C'est également l'avis des informateurs-clés, qui ont dit avoir été témoins de nombreuses interventions faites par des personnes qui s'exprimaient ouvertement pour la première fois. Le fait que ces interventions aient eu lieu en présence de la famille, des membres de la communauté, des conseillers itinérants, et qu'une séance d'information ait été animée par une personne compétente après chaque représentation a créé un climat de confiance et de sécurité, favorable à un dialogue ouvert.

Les pratiques exemplaires suivantes y ont surtout contribué :

- recherche adéquate, effectuée en collaboration avec des « experts » dans le domaine, soit les Survivants;
- préparation suffisante et soutien adéquat fourni à la troupe et à l'équipe de scène, afin de bien rendre les émotions que ces personnes étaient susceptibles de vivre sans prendre sur soi les problèmes des autres;

- recrutement adéquat, effectué selon des critères qui exigeaient notamment « des personnes qui ne consommaient pas d'alcool ni de drogues et qui étaient sur le chemin de la guérison; »
- l'organisation de séances d'information, le recours à des conseillers itinérants et à des bénévoles afin de s'assurer que des mesures de sécurité sont en place, et la cérémonie de clôture à la fin du projet;
- avoir permis aux Survivants de se présenter et leur avoir rendu hommage; avoir permis aux conseillers itinérants de cibler certaines personnes et de leur offrir un service de suivi au besoin;
- L'animateur hautement qualifié (directeur-dramaturge) semble avoir eu un impact positif sur toutes les personnes concernées;
- La participation des Survivants et des Aînés à toutes les étapes du projet a permis de poursuivre l'excellent travail et de fournir un soutien adéquat.

Défis

Certains informateurs-clés ont déclaré qu'il avait été difficile de « faire sortir les gens de chez eux, » surtout parce que la pièce traitait d'un sujet très intense sur le plan émotif. (Malgré cela, les représentations ont, paraît-il, attiré beaucoup de spectateurs.) Deux informateurs ont dit devoir [TRADUCTION] « composer avec leurs émotions » ou « surmonter leurs problèmes ou examiner leur vécu. » Même des mois plus tard, au cours du processus d'entrevue, au moins deux informateurs ont laissé paraître leurs émotions et on a dû interrompre momentanément l'entrevue.

D'autres ont mentionné des problèmes budgétaires. Par exemple, on avait dans la demande de financement sous-estimé certains coûts. En raison de ressources financières restreintes, la pièce n'a pu être jouée dans d'autres communautés. En outre, quatre personnes ont soulevé divers problèmes concernant l'organisme qui parrainait le projet, y compris « la gestion financière de notre organisme d'accueil. » Elles ont ajouté : [TRADUCTION] « Il arrivait que nous nous demandions si nous allions être payés ou travailler avec des organismes administratifs qui n'étaient eux-mêmes pas sur le chemin de la guérison ou qui ne connaissaient pas le travail de théâtre. » Ceci a aussi produit un vide lorsque la personne-ressource assignée initialement par l'organisme d'accueil a quitté plus tôt que prévu.

Le processus de recrutement des membres de la troupe a posé certains problèmes, puisque qu'on ne cherchait pas principalement des personnes qui avaient l'expérience du théâtre mais qui étaient déterminées à améliorer leur bien-être personnel. L'un des informateurs a fait mention de la difficulté à [TRADUCTION] « trouver des acteurs qui possédaient une connaissance fondamentale de notre culture, de notre spiritualité et de nos traditions, et qui pouvaient en tracer le portrait dans une pièce de théâtre. » Enfin, certains ont fait référence au sujet même et à la difficulté qu'ont eue certaines personnes à en entendre parler ou à en parler elles-mêmes.

Responsabilité envers la communauté

L'obligation de transparence a été respectée en offrant des séances d'information aux spectateurs après chaque représentation. On veillait également à ce que les conseillers itinérants soient présents aux représentations et à ce que des dispositions soient prises pour la prestation de services de suivi. L'équipe du projet a dit avoir rencontré les membres des communautés concernées afin d'obtenir leurs commentaires et d'assurer un suivi auprès des conseillers professionnels.

Leçons apprises

Les informateurs nous ont donné des explications au sujet des leçons qu'ils avaient retenues suite à certains problèmes. Voici quelques-unes de ces réponses :

[TRADUCTION] J'ai beaucoup appris sur l'obligation de rendre compte, sur la nécessité d'aller plus lentement, de bien se préparer.

[TRADUCTION] J'aurais pu parler davantage avec le personnel administratif avant la pièce. Il y a aussi plus de services de counselling pour les Survivants et on pourrait donc les aiguiller vers eux.

[TRADUCTION] Exercer un suivi plus longtemps, faire des évaluations, assurer un suivi auprès de tous les conseillers. Reproduire le vidéo de la pièce en plusieurs exemplaires et en remettre un à tous les conseillers. Rester plus longtemps dans une communauté, pour que plus de gens puissent voir la pièce.

[TRADUCTION] Quelqu'un devrait venir avant et donner de l'information sur la pièce - pour en faire la promotion et préparer les gens à de possibles répercussions. Une personne a déclaré : Connaître mieux les personnes qu'ils embauchent, leurs antécédents, etc.

L'une des leçons retenues, selon le rapport final, est que l'équipe du projet n'a pas alloué assez de temps pour la rencontre finale destinée à la clôture et qu'il a donc fallu dépasser l'horaire pour le faire. Les membres de l'équipe ont ajouté qu'ils se donneraient plus de temps pour planifier.

Conclusions

Le projet peut être considéré comme une réussite. L'équipe a atteint tous les objectifs établis et surmonté les défis avec détermination et dévouement. Les observations générales tirées du rapport final font notamment état de la nécessité d'accroître le niveau de compétence des conseillers communautaires pour qu'ils puissent travailler de manière plus professionnelle auprès des Survivants des pensionnats. D'un autre côté, certains organismes auraient, dit-on, emmener tout leur personnel d'aide aux personnes traumatisées à une représentation et une formation avancée sur le traitement des traumatismes a été mise sur pied au terme du projet.

Un informateur, qui est un Survivant, a, avec raison, fait l'observation suivante : [TRADUCTION] « l'esprit de la pièce se déplacera dans la direction où il voudra. Nous devons aller de l'avant, commencer notre vrai travail de pardon, oublier les souvenirs douloureux, progresser vers des choses plus grandes et plus belles et ne pas oublier que nous contribuons à la société. » Un autre Survivant a écrit une lettre d'appui après avoir assisté à la représentation donnée au centre d'accueil de Kelowna :

[TRADUCTION] C'est avec anxiété et curiosité que je suis venu à Kelowna pour voir la pièce... Je ne savais pas à quoi m'attendre, mais à cause de la douleur que j'avais déjà éprouvée dans le passé, je m'attendais au pire. Je ne savais pas si j'allais quitter la salle complètement foudroyé ni quelle serait ma réaction. Assis sur mon siège, nerveux, j'attendais de revoir notre passé se défiler sur la scène. Un fois que la pièce a commencé, je suis restée collé à mon siège, mais en même temps je voulais partir

en courant. Je suis passé par toute la gamme d'émotions, la peur, la colère la haine et l'envie de crier ma douleur. Un instant, j'étais fort, la minute d'après, j'étais comme de la gelée. Tous ces masques derrière lesquels se cachent des secrets, les Survivants des pensionnats les connaissent trop bien. Les masques d'une douleur émotionnelle enfouie si profondément que la peur du temps qui passe devient l'ennemi. Cette pièce sur les pensionnats m'a fait prendre conscience des masques que je porte. J'ai commencé à sortir peu à peu de derrière ces masques de douleur, espérant trouver un peu de paix. La légèreté de la pièce m'a surpris. Le directeur et l'équipe n'ont abordé le sujet qu'en surface et c'est cela qui rend la pièce si crédible. Le contraire est vrai aussi, si la pièce avait été trop lourde, elle aurait peut-être incité certains Survivants à se faire du mal. Cette pièce de théâtre sur les pensionnats a trouvé un juste équilibre. En tant que Survivant des pensionnats, je soutiens cette initiative théâtrale. Je recommande fortement que cette pièce soit jouée dans plusieurs autres communautés autochtones. Je suis convaincu qu'à la suite de cette représentation, plus de masques seront enlevés. Et ce n'est qu'à ce moment-là que les Survivants des pensionnats commenceront à guérir.

Recommandations

Aucune recommandation n'a été faite, car le projet était terminé.

Tsow -Tun Le Lum : Programme Qul-Aun
[Tsow-Tun Le Lum Society: Qul-Aun Program]
(Projet de la FADG n° HC-36-C.-B.)

Description du programme

Le présent rapport d'étude de cas décrit les réalisations du **programme Qul-Aun** (HC-36-C.-B.) parrainé par la Société Tsow-Tun Le Lum. Ce programme a été choisi comme un modèle de centre de traitement de jour, offrant une association d'activités de guérison traditionnelles et de soins spécialisés en résidence. Le programme Qul-Aun est la continuation du programme pilote de traitement résidentiel de deux ans et il est axé sur les Survivants des pensionnats. Il a été financé à l'origine par Santé Canada et prévoit un travail personnel quotidien, (des lectures obligatoires, la rédaction d'un journal personnel), des groupes d'hommes et de femmes axés sur les questions d'abus et d'abandon, de gestion de la colère, de travail sur l'enfant en lui, de psychodrame, de cercles de guérison, de sports d'équipe et de cérémonies traditionnelles avec l'appui des aînés résidents. L'objectif d'application était d'élaborer un programme résidentiel qui offrira des possibilités de guérison aux personnes aux prises avec des traumatismes provenant d'abus qui ont contribué à leur rechute dans les toxicomanies et à leur incapacité à composer avec les tensions de la vie quotidienne liées aux soins de sa propre personne, aux responsabilités parentales et aux relations et avec les autres. Les buts principaux du projet étaient la guérison durable et le bien-être, la fierté culturelle et la capacité de traiter les séquelles. Comme l'accent de cette initiative d'évaluation portait sur le traitement individuel, les étapes particulières du programme sont décrites ci-après.

- **Contacts** : des contacts ont été créés dans le cadre d'une cérémonie de bienvenue, d'orientation, de technique de retour sur soi, de la création d'un climat de confiance et de sécurité, de l'identification de la résilience et des forces personnelles, des événements déclencheurs, de la validation et du soutien, des visites des aînés et d'activités liées à la prévention de toxicomanies;
- **Découvertes** : Comprennaient les cercles et la cabane de suerie, l'examen de la définition du syndrome de stress après traumatisme, la famille d'origine, le développement du jeune enfant, les relations avec les autres, la honte et la culpabilité, l'historique des pensionnats, les effets des traumatismes non résolus (l'oppression culturelle, la honte, les abus sexuels et les pensionnats). Des visites des aînés ont aussi fait partie des activités de la deuxième semaine;
- **Réappropriation** : un psychodrame a été organisé et a permis aux participants de jouer des rôles liés à des traumatismes non résolus afin de guérir leurs blessures passées;
- **Nous avons réussi** : continuation des cercles, de la cabane de suerie, des enseignements sur le ressort psychologique et sur la prise de pouvoir personnelle, un plan d'initiatives personnelles en matière de santé, un plan après stage, un retour à la collectivité et des visites des aînés.

Groupe cible : Les services de traitement du programme Qul-Aun étaient disponibles à toutes les personnes adultes autochtones, âgées de dix-neuf ans et plus (Métis, Inuit, Premières Nations, dans les réserves ou hors réserve), y compris les hommes incarcérés qui sont prêts d'obtenir leur libération conditionnelle. Les participants venaient surtout de la Colombie-Britannique et du Yukon, mais le centre a aussi accepté des clients venant d'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et de Seattle dans l'État de Washington.

Financement : La Fondation autochtone de guérison (FADG) a continué de financer le programme à titre de projet pilote pour une année et versera la somme de 459 560 \$. Le projet a reçu une prolongation de son mandat, portant le financement total à 689 340 \$ pour un programme de dix-sept mois, auquel se sont ajoutées des contributions en nature de la part du programme de traitement des toxicomanies d'une valeur de 235 000 \$, ce qui représente une somme totale de 924 340 \$ pour mener le programme à bien. Presque tous ces fonds ont été consacrés à la guérison.

Contexte

Qul-Aun est administré par la société Tsow-Tun Le Lum, dans la région centrale de l'île de Vancouver, même si sa clientèle provient de toute la Colombie-Britannique. La société administre des programmes pour traiter des personnes souffrant de toxicomanies, des agresseurs sexuels et des Survivants d'abus sexuels; elle croit que [TRADUCTION] « la guérison commence par la personne avant de s'étendre à la famille puis d'englober toute la collectivité. » La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada est la source principale de financement de la société; cependant, d'autres appuis financiers sont accordés par le Bureau des affaires correctionnelles du Canada sous forme d'une allocation versée pour chaque lit occupé par les participants au programme Qul-Aun. Le centre est fier du décor traditionnel du bâtiment situé dans la forêt naturelle qui entoure le centre et auxquels s'ajoutent une cabane de suerie et un étang pour la guérison traditionnelle. Il a rassemblé plus de cinquante partenaires qui continuent à contribuer aux aiguillages de patients et aux soins d'après traitement (suivi).

Résultats et indicateurs

Pour juger dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, plusieurs questions clés sur les activités, les résultats souhaités à court et à long terme, les ressources, la cible et les indicateurs de changement possible ont obtenu des réponses qui ont été soigneusement classées par catégorie selon la carte de rendement. Alors que toutes les activités et tous les objectifs du projet sont présentés dans cette carte, l'accent de cette étude de cas porte uniquement sur la guérison qui a reçu la plus grande part des fonds.

Société Tsow-Tun Le Lum programme « Qul-Aun » carte de rendement

COMMENT? Ressources		QUI? Groupes cibles	QUOI? Résultats	POURQUOI? résultats à long terme
<p>Mission : Le but principal du programme Qul-Aun est de renforcer la capacité des personnes autochtones de vivre de manière heureuse et saine et de promouvoir la fierté vis-à-vis de l'identité autochtone.</p>				
Services de counselling (p.ex. psychodrame, thérapie du stress après traumatisme, cercles de guérison et de la parole, cérémonies traditionnelles), solliciter une réaction, cible de surveillance, révision après traitement.	Adultes autochtones (> 19 ans, sans égard au statut, dans ou hors réserve), résidant près de TTLL et de Vancouver, au Yukon et les personnes incarcérées dans des institutions Correctionnelles du Canada.	Augmentation de la fierté autochtone, confiance en soi, sentiment d'autonomie, connaissance par la collectivité des séquelles et une plus grande capacité de les affronter, réduction des abus et du sentiment de victimisation.	Restaurer la santé émotionnelle, mentale, physique et spirituelle ainsi que le bien-être des participants, de leurs familles et de leurs collectivités, briser le cycle des abus, guérison durable.	
Embaucher une équipe, examiner d'autres documents de traitement pour en juger la pertinence, établir des relations avec la collectivité, tenir une journée porte ouverte, faire des publipostages, mettre des annonces dans les journaux, organiser des rencontres régulières du personnel pour examiner la programmation.	Sans objet.			
Formation de base pour tout le personnel, séances de formation pour les intervenants en traumatismes, ateliers, ateliers de sensibilisation au programme, séances spéciales à l'intention des travailleurs de première ligne et évaluation.	L'équipe donne le traitement des traumatismes.	Augmentation des connaissances et des compétences nécessaires au traitement des séquelles.		
<p>Comment saurons-nous que nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Quelle est l'ampleur des changements?</p>				
Budget	Groupes cibles	Mesures à court terme		
459 560 \$ (12 mois) 680 157 \$ (17 mois) plus 235 000 \$ (en nature)	123 personnes ont utilisé le programme.	Changements observés et déclarés concernant les taux d'abus de toxicomanies, de violence, d'utilisation de compétences parentales saines, de fierté culturelle, de sentiment d'autonomie, de victimisation, de connaissance de soi, de la connaissance et de la compréhension des séquelles, de sensibilisation envers les besoins et les problèmes des Survivants par les dirigeants et le réseau des agences d'aiguillage; nombre d'organisations communautaires recherchant de l'éducation auprès du programme Qul-Aun; demandes de services portant sur le traitement des traumatismes; mesures des compétences ou de la capacité de traiter les séquelles.		
Budget de développement 18 000 \$	Sans objet.	Sensibilisation envers les séquelles des pensionnats, nombre de partenariats établis (par l'intermédiaire d'une approche formelle ou informelle) entre les travailleurs de première ligne qui traitent les séquelles des pensionnats, documents sur les problèmes et les besoins des Survivants; réactions des Survivants sur la qualité du programme de traitement des traumatismes.		
Budget de formation 16 000 \$	12 pers. formées	Les besoins et le taux de participation aux programmes de traitement, changements observés et déclarés en matière de compétences parentales, réduction du nombre d'enfants placés dans des foyers d'accueil, de la violence familiale et du suicide (y compris les tentatives de suicide).		

Caractéristiques des participants

Jusqu'à maintenant, les groupes étaient formés en majorité de femmes et parfois le ratio hommes/femmes est de 7:3 ou de 6:4. Les participants aux séances ne peuvent être plus de treize. Les personnes handicapées sont aussi acceptées et le programme leur fournit les arrangements nécessaires. De un à trois hommes incarcérés participent à chaque séance. Les participants doivent respecter les critères suivants :

- n'avoir pris aucune substance durant les six derniers mois, y compris toute drogue psychotrope ou psycho-active;
- soutien démontré avant ou après le traitement;
- être mentalement stable capable de participer à des séances intenses de counselling individuel ou en groupe;
- être prêt à traiter les traumatismes passés dans le cadre d'un travail individuel ou en groupe;
- être prêt à examiner et à travailler sur son mode de vie actuel, ses comportements et ses émotions;
- ne doit pas avoir besoin d'une hospitalisation à cause d'un sérieux état de santé;
- avoir toute maladie sous contrôle et être exempt de maladies contagieuses;
- ne doit pas avoir à se présenter à des rendez-vous ou à la cour pendant toute la durée du programme (rendez-vous chez le docteur ou présence requise à la cour).

Les personnes prêtes à recevoir leur libération conditionnelle **doivent** participer au programme de traitement des toxicomanies avant d'être acceptés.

Au moins quatre-vingt-dix pour cent (90 %) de tous les participants (n=123) au programme avant ou jusqu'au mois de juillet 2001 ont des antécédents liés aux abus sexuels ou physiques, aux toxicomanies et à la violence familiale. Presque les trois quarts (74 %) ont consommé des drogues ou ont été placés dans des foyers d'accueil (77 %). Plus de la moitié (65 %) n'ont aucune aptitude aux actes élémentaires de la vie quotidienne. Quarante-six pour cent (46 %) ont essayé de se suicider et vingt pour cent (20 %) ont été victimes d'incestes ou ont un dossier criminel. Une grande majorité des participants proviennent des Premières nations (94 %) et quelques-uns sont des Métis (3 %). Il n'y a aucun Inuit à Qul-Aun. Une très forte proportion de participants sont des Survivants des pensionnats (19 %) et comme il arrive dans la plupart des programmes financés par la FADG à l'échelle nationale, le nombre des femmes est presque le double de celui des hommes. Un petit nombre d'aînés (16) et de personnes incarcérées (12) ont aussi participé au traitement. Il est également intéressant de souligner que l'on retrouve aussi des fournisseurs de services dans notre programme (10).

Équipe du projet

Le projet est administré par un conseil d'administration. Deux postes à plein temps sont occupés par des intervenants en counselling autochtones (l'un de ces intervenants agit à titre de coordinateur); ils sont responsables des activités quotidiennes du programme de traitement avec l'aide régulière d'aînés. Il y a aussi un thérapeute et un psychologue pour des séances individuelles, d'intervenant en psychodrame qui se présentent au cours de la troisième semaine seulement ainsi qu'un travailleur des services d'approche, un cuisinier, un responsable de l'accueil et des conseillers de nuit. Les deux intervenants autochtones en counselling ont le plus de relations avec les participants au cours des cinq semaines de leur séjour. Ils créent un climat familial et servent de modèles pour démonter les frontières personnelles saines aux participants.

Incidence

Comme la zone géographique desservie par le Centre est très vaste, il est injuste et difficile de se concentrer sur une collectivité pour modifier le taux de suicides, d'abus sexuels et physiques, d'incarcérations ou de placements d'enfants. Les impressions suivantes sur l'efficacité de la méthode de traitement de ces problèmes sont donc celles des participants du programme Qul-Aun.²¹⁷

Presque 80 pour cent des participants au programme Qul-Aun ont des **antécédents de placements en foyers d'accueil**. Plus de 70 pour cent des répondants ont déclaré être tout à fait ou extrêmement satisfaits des diverses méthodes appliquées par Qul-Aun (c.-à-d. des thérapies individuelles ou collectives) pour traiter les problèmes d'abandon. Quarante-quatre pour cent des participants croyaient que la thérapie de groupe avait abordé les problèmes de placement en foyer d'accueil de façon complètement ou extrêmement satisfaisante, mais beaucoup plus (75 %) ont jugé la thérapie *individuelle* très efficace.

La vaste majorité du groupe participant au programme Qul-Aun (>90 %) avait été victime d'**abus sexuels**. Ceux qui ont participé (53%) parce que les abus sexuels étaient un sujet qui les affectait, (n=45), se sont déclarés complètement ou extrêmement satisfaits. En ce qui concerne les participants aux séances individuelles traitant du même sujet (n=38), une plus grande proportion (68 %) se sont déclarés complètement ou extrêmement satisfaits. Il est possible que ces comportements de personnes stigmatisées se prêtent mieux à un traitement individualisé dans le cas de ceux qui se sentent mal à l'aise pour confronter ou parler des séquelles des abus sexuels dans leur vie à l'intérieur d'un groupe. Ceux qui ont ***des antécédents de violence sexuelle ont manifesté une nette préférence pour le counselling individuel*** (88 %, n=11) ***par rapport au traitement en groupe*** (50 %, n=12). Cette situation est compréhensible étant donné les stigmates laissés par la violence; elle peut également expliquer pourquoi les hommes étaient moins intéressés au contexte de la guérison en groupe.

Près de la totalité (>95 %) des participants au programme avaient des antécédents d'**abus physiques** ou de violence familiale. Abus physiques, colère, violence et abus conjugaux ont été abordés durant le traitement. Il semble que les participants aient indiqué un même degré de satisfaction envers la façon de traiter ces problèmes, soit en groupe,²¹⁸ soit individuellement.²¹⁹

Encore une fois, si l'on examine la satisfaction des participants, ceux qui ont **eu maille à partir avec la justice** démontrent une nette préférence pour les séances *individuelles* (75 %, n=8) par rapport aux séances de groupe (54 %, n=11). La stigmatisation rattachée aux activités illégales peut en partie expliquer pourquoi les hommes n'étaient guère attirés par les séances de guérison en groupe.

Presque la moitié (46 %) des participants au programme Qul-Aun ont *tenté* de se **suicider**. Bien que le suicide ne soit pas spécifiquement abordé par le Qul-Aun, l'abus de soi et la dépression, qui ont tous des liens étroits avec le suicide, ont fait l'objet de discussions. Ces sujets semblent être plus satisfaisants lorsqu'ils sont traités individuellement (n= 28 : abus de soi, n=29 : dépression), mais les traitements en groupe ont donné satisfaction à la majorité des participants (n=49 : abus de soi, n=46 : dépression).

Responsabilité envers la collectivité

Qul-Aun a recueilli de nombreuses réactions de la part des participants au projet, du personnel et des travailleurs communautaires responsables de l'aiguillage des clients. Cette collecte de données a été effectuée au moyen de sondages auprès des clients après chaque séance, de sondages de suivi auprès des clients, de questionnaires informels complétés par des appels téléphoniques et des auto-évaluations informelles sur le programme dans le cadre de discussions en groupe en appliquant l'analyse SWOT (examen des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces). Une fois ces activités réalisées, Qul-Aun a été plus méthodique et plus consciencieux dans la cueillette des réactions des participants; il a été le seul projet à engager un suivi à long terme.

Incidence sur les participants

Il est bien connu qu'un mode de vie sans drogue a permis aux participants de se concentrer et de terminer les séances de traitement. Les clients qui ont bénéficié de séances de counselling avant le traitement et qui comprennent les techniques de guérison utilisées dans les démarches de guérison sont ceux qui réussissent le mieux et qui exigent un minimum de soin par après. Les clients qui se présentent avec une faible compréhension des techniques de guérison ont besoin d'un suivi et de counselling après le traitement pendant plus longtemps et ont aussi besoin, plus souvent qu'autrement, d'un cours de recyclage ou d'une deuxième séance. Il est donc possible de dire que la séance de cinq semaines est plus efficace si les participants viennent au traitement avec l'intention de s'y engager fermement et s'ils ont un solide système de soutien.

Les résultats suivants résument les réponses des entrevues individuelles avec les membres de l'équipe du programme Qul-Aun (4), des travailleurs communautaires chargés de l'aiguillage (7) et de l'administration (2), pour former un total de treize personnes. La discussion a mis en relief les opinions de ces informateurs clés sur les participants au programme Qul-Aun et sur les changements dans la collectivité. Bien que l'équipe du programme Qul-Aun était unanime à déclarer qu'il y avait eu une augmentation de la **fierté culturelle** (n=4), les intervenants chargés de l'aiguillage des clients (n=6) n'ont pas tous partagé cet optimisme; cependant, 80 pour cent ont convenu qu'il y avait eu des changements notables. Les répondants ont déclaré avoir observé le plus souvent des changements d'attitude à l'égard des croyances individuelles et des pratiques culturelles. Par exemple des participants ont entrepris des activités d'artisanat, alors qu'ils n'avaient démontré aucun intérêt auparavant. Lorsqu'on leur a demandé de donner un aperçu du nombre de participants qui avaient apporté des changements, la plupart ont répondu qu'environ 50 pour cent ou plus des groupes de participants avaient un sentiment de fierté plus élevé envers la culture. L'un des répondants a prétendu que ce changement s'était fait sentir chez moins de 10 pour cent des groupes. Les répondants ont attribué pour la plupart ces changements individuels au contenu du programme. Ils ont reconnu que l'intégration de méthodes traditionnelles appliquées au centre de traitements avait probablement augmenté la fierté autochtone. Ceux qui ont perçu peu de changements croyaient que les participants avaient déjà une solide fierté autochtone avant de subir les traitements.

Lorsqu'on a demandé aux répondants de noter les changements positifs par rapport à leurs réactions face aux **difficultés, à leur niveau d'estime de soi et de compétences de vie**, ils ont unanimement convenu que les changements étaient tangibles (n=13). Lorsqu'on leur a demandé quelles étaient les preuves de ces changements, ils ont mentionné les changements cognitifs et de comportement (retour à l'école et plus grande estime de soi). Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer l'ampleur des changements, les avis ont très peu

différé. Ils ont tous mentionné que 80 pour cent des participants étaient plus confiants en eux-mêmes, croyaient avoir plus d'autonomie, étaient davantage capables de s'attaquer aux séquelles des pensionnats et leur sens de victimisation avait diminué. Au moins deux personnes ont déclaré que ces changements positifs n'étaient valables que pour un petit groupe (<10 % et <20 % de l'ensemble des participants). Les répondants ont le plus souvent attribué les changements aux influences réunies du contenu du programme, de la qualité de l'équipe, des composantes culturelles, de la dynamique à l'intérieur des groupes et des formes de thérapies offertes, telles que le psychodrame. Ceux qui avaient remarqué peu de changements ont déclaré que les participants avaient peut-être déjà un système de soutien solide ou avaient développé des réactions saines face aux difficultés et des compétences de vie lors de leur participation au programme de traitement des toxicomanies ou avant leur adhésion au programme Qul-Aun.

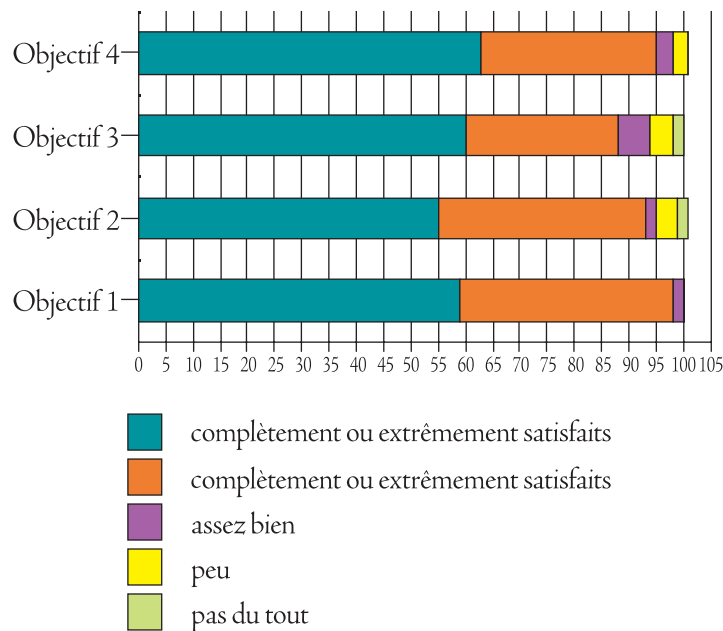
Les intervenants chargés de l'aiguillage des clients ont noté que de nombreux participants **continuaient à assister à des séances de counselling externes et participaient à des groupes de soutien**. Cependant cette analyse n'a pas fait l'unanimité et certains ont déclaré que les participants qui retournaient dans les établissements correctionnels ou dans des collectivités isolées n'avaient pas le soutien dont ils avaient besoin. Bien que la plupart des répondants croyait que 50 pour cent ou plus des participants continuaient des démarches de guérison après le traitement, l'un des répondants a indiqué que ce changement n'affectait que moins de 10 pour cent du groupe. Les répondants ont le plus souvent attribué le fait que les participants poursuivaient leurs démarches de guérison après le traitement à une bonne planification des soins à entreprendre après le traitement, bien que l'isolement géographique et l'incarcération présentent des défis.

Lorsqu'on a demandé aux répondants d'évaluer le niveau de compréhension des **séquelles des pensionnats** par les participants, ils ont tous déclaré que des changements étaient évidents (n=11), bien que la plupart ait dit que cette compréhension n'avait touché qu'environ 75 pour cent du groupe. Les répondants ont tous convenu que le contenu du programme, y compris le psychodrame et les antécédents, avait permis aux participants d'en venir à accepter et à comprendre les séquelles des pensionnats.

Les résultats du sondage de suivi des clients (trois mois après le programme Qul-Aun) annoncent une résistance prometteuse. Bien que les caractéristiques de ces répondants ne soient pas disponibles, nous savons que la majorité (70 %, n=23) ont souligné que le programme Qul-Aun les avait aidés à contrôler leurs forces et qu'il avait complètement répondu à leurs attentes à ce sujet (22 % de ces répondants ont rapporté que les effets avaient été très positifs). Lorsqu'on a demandé aux répondants si le programme avait fait une différence dans leur vie, plus des trois quarts (78 %, n=23) ont répondu que le programme leur avait été complètement ou extrêmement utile. On a aussi demandé aux répondants de donner leurs commentaires sur la capacité du programme de les préparer à composer avec des traumatismes futurs et (78 %, n=23) d'entre eux ont déclaré que le programme avait complètement ou extrêmement bien réussi.

De plus, trois mois après la fin du programme, les répondants ont été invités à déclarer dans quelle mesure Qul-Aun avait répondu à leurs objectifs *personnels*. La majorité a souligné être complètement ou extrêmement satisfaite (n=59, provenant de cinq différentes sessions de Qul-Aun). La figure illustre la répartition des opinions concernant l'atteinte des objectifs *personnels*.

Atteinte des objectifs personnels des participants



En ce qui concerne le *but énoncé par le programme*, c'est-à-dire l'aide aux participants à surmonter les traumatismes de leur passé, 76 pour cent des répondants (n=49) ont dit que le programme avait atteint cet objectif soit complètement soit extrêmement bien.

Incidence sur la collectivité

On a demandé aux répondants leur opinion sur la **compréhension des séquelles des pensionnats par la collectivité**. Ils ont été unanimes à reconnaître qu'ils avaient remarqué un changement notable (n=13), cependant ils ont aussi indiqué qu'ils ne croyaient pas que la collectivité entière ait changé. Un grand nombre d'entre eux (11) étaient d'avis qu'au moins la moitié de la collectivité ou plus avait acquis une meilleure compréhension des séquelles des pensionnats, et deux d'entre eux ont dit que cette amélioration n'affectait qu'un petit groupe (<20 % et <10 %).

Les répondants ont attribué ces changements (par rapport à la compréhension des séquelles pensionnats) aux influences réunies de certains éléments du programme (p.ex. la cérémonie d'accueil au foyer), les efforts déployés par l'équipe du programme, la publicité placée dans les médias, les activités organisées dans les cours de justice et une plus grande présence dans les écoles en vue d'informer les étudiants sur les séquelles des pensionnats. Ceux qui ont remarqué des changements modestes auprès de la collectivité touchant la compréhension des pensionnats ont recommandé de déployer un plus grand nombre d'efforts dans les écoles et auprès des services communautaires pour sensibiliser la population aux séquelles des pensionnats.

L'incidence du programme Qul-Aun sur toutes les collectivités d'origine (c.-à-d. l'endroit où résident les participants) n'a pu être mesurée ni suffisamment diffusée dans le cadre des ressources allouées. Ce qui est connu provient de nombreux participants qui :

[TRADUCTION] ont pris sur eux de promouvoir la guérison communautaire et ont frappé à la porte de leurs conseils locaux pour leur demander de soutenir et d'encourager les activités de guérison. Plusieurs clients se sont rendus dans différentes collectivités pour parler des séquelles des pensionnats.²²⁰

Les répondants ont noté que les gens posaient davantage de questions et qu'un plus grand nombre de personnes étaient référées au programme Qul-Aun. Ils ont aussi noté une plus grande participation aux autres programmes financés par la FADG et à d'autres programmés liés à la santé.

Partenariats et viabilité

Qul-Aun a établi sa crédibilité auprès du Service correctionnel du Canada en desservant des personnes prêtes à bénéficier de leur libération conditionnelle et reçoit un financement journalier pour chaque lit occupé par les personnes sous libération conditionnelle. Ce financement, cependant, n'est pas suffisant pour administrer un programme complet. Le centre étudie actuellement d'autres méthodes de financement afin de s'assurer qu'il peut continuer à répondre aux besoins de la collectivité. Le contrôle de Qul-Aun est assuré par le programme de traitement des toxicomanies et est appuyé par des contributions en nature de la part de Tsow-Tun Le Lum. La seule composante bénévole de Qul-Aun est le Conseil d'administration qui donne généreusement de son temps et de ses connaissances. On se demande si les activités de Qul-Aun pourront se poursuivre une fois la FADG disparue.

Répondre aux besoins

On a posé des questions spécifiques aux répondants sur la capacité du programme Qul-Aun à traiter la question des abus physiques et sexuels, et de manière plus générale, sur sa capacité à répondre aux besoins des collectivités. Presque tous les informateurs ont dit que Qul-Aun avait traité la question des abus physiques et sexuels assez bien ou très bien, et que quelques améliorations seulement devaient être apportées. Il y a cependant encore quelques clients qui n'ont pas été touchés par le programme et qui n'étaient pas prêts à confronter leurs problèmes.

Pratiques exemplaires

Voici quelques exemples de pratiques exemplaires mises en œuvre par Qul-Aun :

- encourager la participation des aînés en tant qu'enseignants culturels et intervenants en matière de soutien de leurs pairs;
- avoir des Survivants parmi les membres de l'équipe qui serviront de modèles de guérison;
- utiliser une association de méthodes traditionnelles et de méthodes occidentales (en particulier le psychodrame);
- s'assurer que l'équipe de Qul-Aun est bien formée et complètement guérie, professionnelle, chaleureuse et capable de créer un environnement sécuritaire;
- traiter les participants avec égalité et uniformité;
- informer les participants sur les séquelles des pensionnats et sur leurs droits;
- s'assurer que les participants sont bien choisis et bénéficient d'un suivi suffisant;
- utiliser des centres de guérison déjà établis;

- s'assurer que les participants sont choisis en se basant sur le désir de guérison, sur un système de guérison sain (counselling) et qu'ils ont assisté parfois à un programme de traitements avant Qul-Aun;
- préparer les génotypes de chaque participant qui leur permettront de cheminer dans leurs antécédents afin de clarifier les expériences qu'ils ont retenues et d'insister sur le fait qu'ils peuvent choisir de NE PAS répéter ces expériences;
- organiser de la formation clinique donnée par des professionnels (psychologue, médecin, diététicien ou diététicienne, infirmier ou infirmière, parrains d'Alcooliques anonymes et agent de libération conditionnelle).

Défis

Les difficultés habituelles associées au programme sont les suivantes :

- ajouter des membres à l'équipe afin de combler les journées d'absence imprévues ou pour cause de maladie et d'accroître la qualité du service;
- le programme exige davantage de ressources afin de former correctement des agents orienteurs, d'offrir plus de services préalables et ultérieurs aux clients et de garder la collectivité informée;
- il faut déployer plus d'efforts afin d'augmenter la sensibilisation non seulement pour couvrir une vaste région, mais encore pour surmonter le déni;
- l'incertitude prolongée concernant le financement créée par la peur de perdre d'excellents membres de l'équipe;
- la nécessité d'inclure un personnel complémentaire pluridisciplinaire et à temps plein afin de discuter de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas;
- trouver un équilibre entre le traitement des cas d'abus sexuels et le manque de temps pour la guérison -ce qui devient prioritaire et comment équilibrer les ressources pour traiter des séquelles des pensionnats et des effets intergénérationnels des toxicomanies et des problèmes d'abandon;
- les mauvaises orientations (p. ex., des clients qui s'adonnent encore aux toxicomanies) qui se glissent à travers le processus d'admission;
- plus d'un membre de l'équipe est nécessaire pour le quart de nuit lorsque plusieurs participants sont perturbés étant donné que la plupart des abus dans les pensionnats ont eu lieu durant la nuit lorsque les jeunes étaient seuls;
- ne pas avoir de questionnaires sur la satisfaction du client après chaque séance, ainsi que le manque d'indicateurs de groupe (p. ex., âge, genre, travailleurs de première ligne), qui limitent la capacité de prendre note des tendances pour des groupes distincts. Il est nécessaire de simplifier les questions sur la satisfaction du client afin qu'il puisse le remplir de lui-même et reformuler les questions et les réponses afin d'éviter toute distorsion des services sociaux;
- bien que faisant partie du plan de relations publiques et de communication de Qul-Aun, la création d'une vidéo sur le traitement des traumatismes, a été retardée, il est recommandé de financer le programme et d'appuyer la création de cette vidéo pour accroître la sensibilisation.

Leçons retenues

Les lits superposés et les lampes de poche utilisées pendant les patrouilles de nuit sont des éléments déclencheurs pour certains clients. L'un des employés a dit que ces gestes faisaient partie de la vie quotidienne dans un pensionnat et que cela empêchait les gens de venir. D'autres éléments déclencheurs qui peuvent

survenir au cours du programme de traitement en résidence sont liés à la qualité de la nourriture qui n'a pas toujours des meilleures dans ces institutions.

Qul-Aun a également retenu que :

- les discussions au sujet de la famille d'origine étaient essentielles pour briser le blâme dirigé contre soi;
- les participants avaient besoin d'être solidement préparés pour le traitement des traumatismes en résidence;
- les intervenants chargés de l'aiguillage des patients vers le centre avaient besoin de plus d'information sur le programme Qul-Aun;
- il était clair qu'il existait un grand besoin de stipuler des limites en matière de comportement.

Conclusions

Même s'il est prématuré de croire que Qul-Aun a élaboré un processus de guérison durable des traumatismes subis dans les pensionnats, on peut dire que le programme a été une source instantanée de grande satisfaction, ressentie six mois après la fin du programme. Les participants reconnaissent que Qul-Aun les a aidés à atteindre leurs objectifs personnels, à traiter les traumatismes de leurs antécédents et à affronter les éléments stressants de la vie. La collectivité a livré le message général à l'effet que le programme est très bien accepté et très bien respecté en raison de la qualité exceptionnelle de sa prestation de service et de son taux de succès.

Recommandations

Ce que Qul-Aun ne peut, par lui-même, influencer de façon marquée les changements dans toute une province. À cette fin, un suivi qui serait effectué auprès des participants entre 12 à 24 mois après le programme Qul-Aun devrait inclure les réponses aux questions suivantes, adaptées à partir du plan d'évaluation soumis avec la proposition du programme Qul-Aun. Voici les questions clés de l'évaluation auxquelles les participants devront répondre ainsi que les indicateurs possibles pouvant servir à déterminer les effets à long terme du programme Qul-Aun :

- Les clients ont-ils réussi, à long terme, à ressentir un état de paix et à résoudre les traumatismes et les problèmes qui leur étaient spécifiques ?
Indicateur possible : état de santé physique et mentale du client.
- Les clients ont-ils réussi à acquérir des compétences de vie spécifiques, des routines et des techniques qui les aident à maintenir l'harmonie et la stabilité dans leur vie quotidienne. (Une structure et des règles, une gestion positive du temps alloué à la famille, au travail et aux loisirs, gestion du stress)?
Indicateurs possibles : Stabilité et lieu de vie reflétant la situation du client (foyer conjugal, réside avec un ami, loge chez quelqu'un, sans abri); utilisation de routines dans la vie quotidienne (se lève à des heures régulières le matin, prend ses repas à des heures régulières, va travailler à certaines heures).
- Des systèmes de soutien communautaires sont-ils mis en place pour aider le client à rester sobre ou à continuer à s'abstenir de prendre des drogues pendant une longue période de temps (un an)?
- Les clients élaborent-ils et mettent-ils en oeuvre des objectifs et des projets de vie (trouver un travail, continuer ses études ou y retourner, améliorer les relations familiales, élaborer et utiliser des méthodes

pour communiquer avec les gens et composer avec leur environnement qui reflètent une qualité de vie plutôt qu'un désir de satisfaction immédiate)?

Indicateurs possibles : Emploi du client ou retour aux études; niveau d'engagement du client et atteinte de ses objectifs et projets de vie; degré selon lequel le client compose avec des situations stressantes sans avoir recours aux drogues ou à l'alcool.

- Le client a-t-il développé un réseau social et thérapeutique incluant des amis et un soutien sous forme de counselling qui lui évite d'être seul et qui lui permet d'obtenir de l'aide lorsqu'il en a besoin?

Indicateurs possibles : Existence d'un réseau de soutien familial et social; participation à des séances de counselling; participation à un groupe NA ou à d'autres groupes d'entraide.

- Le client a-t-il développé une meilleure estime de soi et une perception plus réaliste de ce qu'il est et de ce qu'il peut contribuer à la collectivité?

Indicateurs possibles : Degré selon lequel le client peut se voir lui-même de façon claire et réaliste; degré selon lequel le client désire une meilleure qualité de vie; degré de la participation d'un client dans la vie de sa collectivité.

- Quelles sont les autres retombées positives dont les clients bénéficient, en terme de meilleur fonctionnement au travail, dans la famille, aux études et en terme d'une meilleure santé?

Au moment de la cueillette des données, ces informations au sujet des participants ayant terminé le programme Qul-Aun n'étaient pas disponibles. Elles seraient cependant très précieuses pour déterminer les effets à long terme du programme Qul-Aun.

Services communautaires de vie autonome de Shining Mountains : Maison de guérison Tawow
[Shining Mountains Living Community Services: Tawow Healing Home]
(Projet de la FADG n° 1397-AB)

Description du projet

Le projet qui nous intéresse ici est la Maison de guérison Tawow dirigée par les Services communautaires de vie autonome de Shining Mountains (SCCDSM) de Red Deer, en Alberta. Le but principal de ce projet est d'offrir l'atmosphère d'une maison d'accueil à vocation thérapeutique et à caractère culturel et non imposé aux enfants et aux adolescents autochtones et à leurs familles visées par les services de protection. Le projet a été choisi parce qu'il offrait des services dans un contexte *urbain* pour renforcer les *compétences parentales* en faisant appel à des approches *traditionnelles* et à des activités de retraites en milieu naturel. Les éléments clés du projet visaient à assurer les conditions suivantes :

- prestation des services assurée par des fournisseurs autochtones;
- autonomie dans l'exercice du rôle de parents soutenue par le modelage, l'encouragement et un vrai partenariat entre les parents et les aides (co-parentalité);
- recours aux méthodes et aux valeurs traditionnelles, pour l'enseignement, les loisirs et l'art d'être parent;
- approche sécuritaire, intégrée et coopérative dans l'utilisation des ressources communautaires;
- services particuliers adaptés aux croyances et besoins spécifiques des Autochtones;
- aide post-pénale.

Les principaux objectifs du projet, comme le précise la demande, étaient ceux-ci :

- renforcer l'indépendance parentale, les sentiments d'importance, d'habilité, de compétence et de vertu;
- offrir un environnement de guérison adapté aux croyances et aux besoins particuliers des Autochtones;
- mettre en place une démarche *non menaçante et librement consentie* de guérison des familles.

Groupes cibles : Tous les groupes autochtones étaient des groupes-cibles, qui incluait des jeunes, des hommes et des femmes.

Financement : Le financement conjoint de ce projet a été réalisé par l'association locale de Métis n° 84, les SCCDSM et grâce à un don privé. Le programme fait appel aux services d'autres organismes, tels que le Programme d'amélioration de la vie familiale (PAVF) nouvellement offert par les Native Counselling Services of Alberta. La maison de guérison Tawow est située au nord de Red Deer, à 20 minutes du centre-ville, dans un cadre champêtre idéal qui offre une atmosphère confortable et chaleureuse. C'est une maison détachée de cinq chambres entourée d'un grand terrain où les enfants peuvent s'amuser. La mère-résidente habite sur les lieux et s'occupe du foyer à plein temps. Cette maison peut accueillir environ trois à quatre familles simultanément, selon la taille des familles.

Équipe du projet - Personnel, formation et bénévoles

Les SCCDSM, créés en 1995, sont spécialisés dans l'administration et la prestation de divers programmes²²¹ et partagent les locaux avec quatre autres organisations autochtones. La Maison de guérison Tawow compte trois membres. La directrice administrative et le comptable se partagent une grande partie des responsabilités de la gestion du programme. La directrice administrative possède une vaste expérience en toxicomanie, en réhabilitation et dans le domaine des crises, des problèmes familiaux et de l'apprentissage de la vie. Le troisième membre de l'équipe, la mère-résidente du foyer, la plus proche des participants, offrait des soins maternels holistiques dans la tradition des Cris. Quatre Aînés ont rendu visite à la maison et ont offert conseil et sagesse traditionnelle contre honoraires. Il y a trois Survivants parmi les bénévoles qui soutiennent et guident les efforts des membres de l'équipe des SCCDSM et des participants; deux jeunes apportent leur soutien aux plus jeunes enfants lors des activités récréatives et de l'entretien du jardin; et un parent/grand-parent assure le transport, l'interaction sociale et l'entretien du jardin. Le nombre des membres du conseil formé d'Autochtones et de non-Autochtones fluctue, passant de quatre à six. Les affiliations politiques ont causé quelques dissensions au conseil.

Caractéristiques des participants

La Maison de guérison Tawow visait à offrir des services de soutien aux jeunes et aux adolescents visés par les services de protection et à leurs familles. La majorité des parents étaient des femmes célibataires (7 sur 8), de moins de 25 ans (entre 22 à 40 ans) qui avaient déjà participé à certains à des traitements pour les toxicomanies (6 sur 8) et leurs enfants ont été appréhendés à un moment ou à l'autre. L'absence de compétences parentales et les toxicomanies étaient les plus grands défis qu'elles devaient relever. La majorité des enfants avaient moins de 10 ans (entre l'enfance et l'adolescence). La plupart d'entre eux (63 %) avaient été envoyés par la Kasohkewew Child Wellness Society (KCWS) (Société pour le bien-être des enfants) de la Première Nation de Samson à Hobbema et les autres se sont présentés eux-mêmes ou ont été encouragés par leurs familles. Les participants se sont tout d'abord soumis à une évaluation afin de déterminer leur volonté d'amélioration, puis les jeunes et leurs parents ont passé des évaluations d'admission et une fois acceptés, un plan de guérison a été préparé. La durée de leur séjour s'est déterminée d'elle-même et pouvait atteindre jusqu'à quatre mois. Tous les groupes autochtones sont admissibles à participer [TRADUCTION] « au projet qui ne fait aucune discrimination contre les personnes qui ne sont pas d'origine autochtone. » Au moment de rédiger ce rapport, il y avait treize membres inscrits des Premières nations, quatre non-inscrits et six Métis. La Maison de guérison de Tawow a toujours été remplie; de nombreuses familles se sont vu refuser l'entrée.

Contexte communautaire

Red Deer, communauté urbaine de l'Alberta de 68 308 habitants,²²² est située à mi-chemin entre Calgary et Edmonton. La ville est connue pour ses industries agricole, gazière et pétrolière qui sont responsables de l'augmentation de l'embauche et de la population qui ont réduit à zéro le taux d'inoccupation. Red Deer a la réputation d'être un milieu hostile; les propriétaires hésitent à louer à des Autochtones et les employeurs à les embaucher. Une population de passage très élevée signifie de nombreux jeunes sans-abris qui succombent à la prostitution et à la toxicomanie. Par contre, ces quinze dernières années, des organisations et des services autochtones sont apparus à Red Deer et on a formé une équipe pluridisciplinaire de services intégrés où les SCCDSM sont la seule option de services familiaux *non imposés*. On ne sait pas combien la région compte de Survivants de pensionnats, mais on sait qu'il y avait trois pensionnats dans les environs de Red Deer, à savoir : Ermineskin Indian Residential School à Hobbema géré par l'Église catholique de 1916 à 1973; Blue Quills Indian Residential School connu également sous le nom de St. Paul's Residential School, à St. Paul, géré par l'Église catholique de 1931 à 1970 et Red Deer Industrial School connu également sous le nom de Red Deer Boarding School à Red Deer, gérée par l'Église méthodiste de 1889 à 1944.²²³

Résultats et indicateurs

La Maison de guérison Tawow, un foyer conçu pour accueillir la famille en tant qu'*unité*, offre une solution *non menaçante* et *librement consentie*. Durant leur séjour, les participants étaient encouragés à acquérir des compétences parentales et à apprendre une dynamique de vie quotidienne par le modelage et par la participation à des cours d'éducation parentale; à renforcer leur connaissance de la culture et de la langue en participant à des activités traditionnelles; à chercher du travail, à se former ou à s'instruire; et parler avec leur famille, les membres de l'équipe des SCCDSM et les autres participants dans le cadre de cercles de guérison et d'activités quotidiennes. Ces activités, nous l'espérons, permettront à la longue de guérir et de réunifier les familles, de briser le cycle de la violence et de rétablir l'autonomie de la collectivité dans son cheminement vers la guérison. Le lien entre les activités du projet et les avantages à court et long terme apparaît dans la carte de rendement suivant.

Services communautaires de vie autonome de Shining Mountains [Shining Mountains Living Community Services] carte de rendement

MISSION : Le projet de Maison de guérison Tawow a pour but de restaurer, reconstruire et réunifier les familles, leurs enfants et les collectivités et de leur redonner la santé physique, affective, intellectuelle et spirituelle.

COMMENT?		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources		Résultats		
activités / résultats		résultats à court terme		résultats à long terme
<p>Offrir un programme de soutien homogène, adaptable et accueillant aux familles; offrir aux participants pendant leur séjour des possibilités d'épanouissement familial et de développement des compétences parentales par le modelage, l'encouragement et l'établissement d'un vrai partenariat entre les parents et le personnel de soutien; faire appel à l'enseignement, aux loisirs, aux valeurs et aux méthodes de parentage traditionnelles; offrir une approche intégrée et coopérative favorisant l'accès des familles aux ressources communautaires, basée sur les principes de guérison et d'habilitation des familles afin de renforcer l'épanouissement de la famille; offrir un climat de guérison qui répond aux croyances et aux besoins particuliers des Autochtones; assurer la sécurité et la protection des familles; développer l'indépendance dans l'exercice du rôle parental et l'autonomie en renforçant les sentiments d'importance, d'habilité, de compétence et de vertu (les quatre principes de base de l'estime de soi et des pratiques éducatives traditionnelles).</p>		<p>Enfants et adolescents autochtones, et leurs familles, visés par les services de protection.</p>	<p>Réduire la violence familiale chez les familles participantes; renforcer la participation de ces familles aux activités communautaires et traditionnelles, aux séances de counselling et encourager l'éducation ou l'emploi; réduire les facteurs qui contribuent à la désagrégation familiale au sein de la population cible; sensibiliser davantage aux services disponibles pour aider à assumer les responsabilités familiales dans la collectivité; renforcer l'indépendance dans l'exercice du rôle parental et l'autonomie.</p>	<p>Créer une communauté autonome et saine.</p>
<p>Comment saurons-nous que le projet a servi à quelque chose ? Quels changements verrons-nous ? Comment évaluer l'ampleur des changements ?</p>				
Ressources		Groupes cibles	Mesures à court terme	Mesures à long terme
150 000 \$		14 enfants autochtones et leurs familles (neuf adultes) visés par les services de protection à Red Deer, Hobbema et Rocky Mountain House.	Participation à la co-parentalité, aux activités traditionnelles et communautaires, aux séances de counselling, emploi et éducation; réduction de la violence familiale; changements observés concernant la prise de conscience des services disponibles; changements observés à l'échelle du comportement parental et de l'autonomie.	Réduction de la violence familiale, du nombre d'enfants pris en charge et du taux d'incarcération; changement du nombre de familles impliquées dans la collectivité.

Incidence sur les participants

La plupart des répondants ont souligné une évolution de la **participation parentale**. Certains firent remarquer que des parents étaient davantage conscients des problèmes soulevés par leurs rapports avec leurs enfants, qu'ils étaient désireux de changer leurs habitudes quotidiennes (ex. travail et tâches ménagères) et qu'ils étaient capables de maîtriser leur colère. Des parents ont fréquenté les classes avec leurs enfants (p. ex. santé mentale et Programme d'amélioration de la vie familiale [FLIP]) et se sont confiés à la mère-résidente du foyer. La moitié des répondants (4 sur 8) ont senti que ces changements étaient manifestes chez tous les parents, par contre, certains autres, (3 sur 8) étaient d'avis que la moitié des parents avaient apporté certains changements. Selon un autre répondant, les trois-quarts des parents ont manifesté le désir d'apporter des changements.

Les **rapports parents-enfants** étaient caractérisés par une patience et une confiance accrues et par de meilleures relations confirmées par le fait que les parents consacraient plus de temps à la cuisine, à la lessive, aux jeux et avec leurs enfants. L'une des mères qui était sur le point de baisser les bras à l'égard de sa fille aînée avant son séjour désire maintenant préserver l'unité familiale. Pour la plupart des répondants (7 sur 8), ce changement était manifeste chez tous à un degré divers. Plusieurs répondants croyaient que les compétences parentales s'étaient améliorées parce la plupart des participants prenaient des décisions sans compter sur les services sociaux. De nombreux parents qui, à leur arrivée, avaient un comportement très agressif étaient désormais plus en mesure de discuter calmement au lieu de [TRADUCTION] « prendre la mouche. » La plupart des informateurs (6 sur 9) croyaient que les changements apportés aux compétences parentales étaient manifestes chez tous les participants. Des feuilles de réponses et des entrevues directes (recueillies par l'équipe de projet auprès des participants à la Maison de guérison Tawow) ont révélé que les participants étaient repartis motivés à adopter une approche plus positive à l'égard des soins à apporter à leur famille et de la vie en général.

En ce qui a trait à l'**autonomie**, certains participants (ceux qui n'avaient pas assisté auparavant aux séances de la maison Tawow) ont décidé de rechercher ou de saisir des occasions d'emploi, de formation ou d'éducation. Selon eux, les participants ont commencé à réaliser des choses sans demander de l'aide et deux des familles participantes ont trouvé une certaine stabilité et se débrouillent maintenant seules. (*À noter que l'une de ces familles était sans abri.*) Les participants ont pris de plus en plus d'assurance, ce qui leur a permis de résister aux règlements contraignants imposés par les services sociaux et faire entendre leurs besoins. Selon l'un des répondants, un changement est survenu en ce qui concerne l'indépendance, mais pas de l'autonomie puisque les participants comptaient sur le système d'aide sociale (tous, même ceux qui ont terminé leur séjour, dépendent en partie ou totalement de l'aide sociale). L'un des problèmes mentionnés par les répondants était le fait que les participants dépendaient fortement des membres de l'équipe des SCCDSM pour se rendre à leurs rendez-vous et à leurs cours, car la maison était à l'extérieur de la ville. Tous les répondants s'accordaient à penser que la moitié au moins des familles participantes avaient accru leur degré d'indépendance et de l'autonomie.

De plus, la majorité des répondants ont déclaré que les participants avaient cherché à suivre un traitement (10 sur 12) et à obtenir plus de services (10 sur 14) en conséquence de leur participation. Tous les participants ont gardé un lien avec le projet, preuve d'une véritable appréciation des investissements consentis à leur croissance personnelle.

Ces changements chez les participants ont été favorisés par :

- l'exemple sain donné par la mère-résidente qui savait réduire le stress, apaiser les conflits et inciter les parents à s'améliorer grâce à son appui et à sa rétroaction;
- la motivation des parents et leur engagement à garder la famille ensemble;
- l'accent mis sur la planification;
- le désir des parents à améliorer la stabilité de leur vie, la confiance en soi et leur assurance;
- la liberté des parents d'exercer leurs aptitudes à prendre des décisions en étant guidés, mais sans être jugés;
- une association d'approches traditionnelles à l'art d'être parent et aux classes de compétences parentales;
- un environnement de programme basé sur l'acceptation et appliquant une dynamique de vie saine;
- le fait que des femmes autochtones aidaient des femmes autochtones.

L'équipe de Tawow a cru percevoir une plus grande connaissance des approches traditionnelles de l'art d'être parent, de la langue crie et de la façon de lancer leur propre cheminement spirituel.

Incidence sur la collectivité

Avant d'aborder l'incidence de la Maison de guérison Tawow sur la collectivité, il importe de signaler les principales initiatives entreprises en vue d'améliorer les services offerts à la collectivité autochtone au cours des deux dernières années. Signalons entre autres, l'affectation de fonds pour les sans-abri, le soutien communautaire au logement, l'ouverture du Centre d'emploi autochtone de Red Deer, la création d'un nouveau Conseil autochtone chargé de superviser tous les programmes concernant la collectivité autochtone et la mise en oeuvre d'ateliers de sensibilisation culturelle obligatoires pour tout le personnel des organisations au service des Autochtones. On a procédé à l'étude des indicateurs sociaux clés qui permettraient de fournir un fondement à des moyens d'évaluation futurs, y compris **les abus physiques et sexuels, le placement d'enfant, le suicide et l'incarcération**, comme moyens de faciliter les effets à long terme de la Maison de guérison de Tawow de Red Deer.

Le projet évalue à 1 240²²⁴ (11,3 %) le nombre d'Autochtones **victimes de violence physique**²²⁵ à Red Deer. Sur les treize répondants, 53,8 pour cent avaient le sentiment que le taux de violence physique avait diminué et 46,2 pour cent en doutaient. Cette observation s'inspire de données sur les agressions *signalées* par le détachement de la GRC à Red Deer. La diminution enregistrée du nombre total d'agressions en 2001 peut avoir été influencée par l'accroissement des offres d'emploi, la création de nouveaux programmes et le taux élevé de migration parmi la population de Red Deer. Le tableau qui suit livre des données indicatrices sur la violence physique.

Cas de violence signalés²²⁶

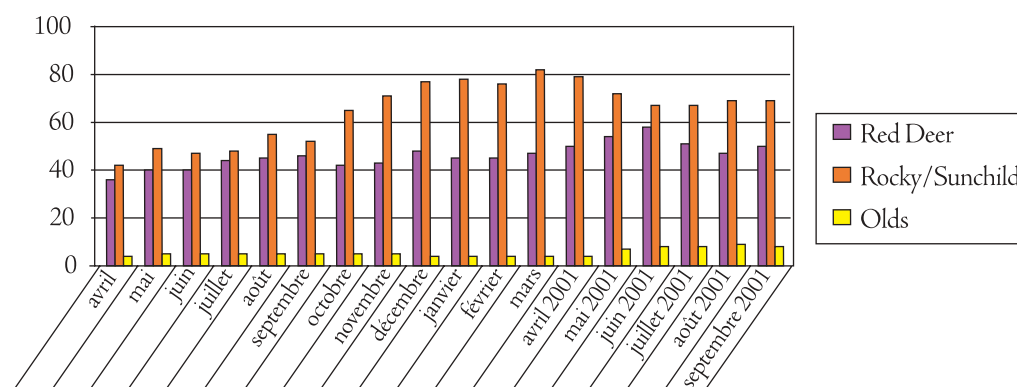
Type d'agression	1 ^{er} janvier - 31 août 2000	1 ^{er} janvier - 31 août 2001
Voies de fait 1 ^{er} niveau	590	481
Voies de fait avec arme/préjudice corporel	60	32
Voies de fait graves	5	3
Voies de fait ayant entraîné un préjudice	2	3
Total	657	519

Le projet évalue à 360 (3,3 %)²²⁷ le nombre d'Autochtones de la collectivité victimes de **violence sexuelle**.²²⁸ Seuls quatre des treize (30,8 %) répondants pensaient que le taux de violence sexuelle avait diminué, le reste (69,2 %) ne pouvaient se prononcer. Le tableau suivant donne le nombre de cas de violence sexuelle *signalés*, sans préciser s'il concerne ou non des Autochtones. Ces chiffres très faibles sont *probablement* bien en deçà de la réalité et les données ne correspondent pas du tout aux résultats de l'Enquête complémentaire de la FADG.

Cas signalés de violence sexuelle²²⁹

Type d'agression	1 ^{er} janvier - 31 août 2000	1 ^{er} janvier - 31 août 2001
Aggression sexuelle grave	0	1
Aggression sexuelle grave armée	0	1
Total	0	2

La figure ci-après indique le taux de placement d'enfants autochtones pour les régions desservies par la Diamond Willow Child and Family Services Authority pendant la période 2000-2001.

Nombre total d'enfants autochtones placés
(Red Deer, Rocky/Sunchild, Olds)²³⁰ pour l'année 2000-2001

La population totale actuelle de Red Deer est de 68 308 habitants; en supposant que les Autochtones représentent environ 3,45 pour cent²³¹ de ce total, on peut présumer que Red Deer comptait 825 enfants autochtones²³² de moins de 15 ans en 2001. Le projet a évalué le nombre d'enfants placés dans la région de Red Deer à 454,²³³ y compris vraisemblablement ceux de Hobbema et de Rocky Mountain. Entre le 1^{er} janvier et le 4 octobre 2001, 286 enfants autochtones de Red Deer furent placés par l'entremise de la Red Deer Native Friendship Society (RDNFS).²³⁴ Il convient d'interpréter avec prudence cette information puisque aucune donnée n'a pu être obtenue sur le nombre d'enfants qui allaient et venaient entre leur famille et le placement. Bref, il est possible que certains enfants aient été recensés plusieurs fois dans le nombre total d'enfants placés. En ce qui concerne l'évolution du taux de placement d'enfants, les opinions recueillies auprès des répondants divergent légèrement; 46,2 pour cent pensent que ce taux a diminué, 15,4 pour cent qu'il a augmenté, 7,7 pour cent qu'il n'a pas changé et 30,8 pour cent ne sont pas sûrs.

Le projet a évalué à 125 (1,1 %)²³⁵ le nombre de membres de la collectivité autochtone ayant été **incarcérés**. Sur les treize répondants, un avait le sentiment que ce taux avait augmenté et un autre pensait qu'il avait baissé. Le reste ne pouvait pas se prononcer. Le projet évalue à 42 (0,4 %)²³⁶ le nombre de cas de suicides chez le peuple autochtone au cours de l'année dernière. Malgré l'augmentation du nombre de suicides mentionnée précédemment à Hobbema l'été dernier (quatre suicides en tout selon un répondant), 46,2 pour cent des participants ont cru que dans l'ensemble le taux de suicide avait diminué. Ces répondants, des dirigeants de la collectivité autochtone de Red Deer, pensaient que le suicide baissait et que l'explosion de cas à Hobbema ne traduisait pas une tendance. La majorité des répondants cependant (53,8 %) ne pouvait dire si oui ou non ce taux avait changé. Le tableau ci-dessous indique une légère baisse dans le nombre de cas de suicides d'Autochtones dans la province d'Alberta. Les tableaux ci-après ont été préparés à l'aide de statistiques fournis par le Bureau du médecin légiste en chef de l'Alberta.

Nombre de décès par suicide par appartenance autochtone en Alberta

	Inscrits/non inscrits	Métis
2000	35	8
2001	33	2

Selon le tableau qui suit, 11,6 pour cent des suicides d'Autochtones en Alberta furent commis à Hobbema et Rocky Mountain House contre aucun à Red Deer en 2000. Ce même tableau montre également qu'en 2001, 31,4 pour cent des suicides d'Autochtones en Alberta furent commis à Red Deer et à Hobbema. Ce pourcentage indique une sérieuse hausse du nombre de suicides dans cette région au cours de l'année dernière contrairement à l'opinion exprimée par certains répondants.

Nombre de suicides d'Autochtones par groupe d'âge durant l'année 2000

	Red Deer				Hobbema				Rocky Mountain House				
	2002		2001		2002		2001		2000			2001	
Âge	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Inconnu	F	H
Moins de 15 ans						1		2					
15 à 19								3					
20 à 24					1		2	2					
25 à 44			1				1						
Inconnu											3		
Total	0	0	1	0	1	1	3	7	0	0	3	0	0

Les seules estimations disponibles sur la violence familiale proviennent des réponses au projet à l'Enquête complémentaire de la FADG de juillet 2001. Selon ce sondage, 1 650 (15 % - le projet estimant à environ 11 000 la population autochtone vivant à Red Deer en juillet 2001) membres de la collectivité autochtone ont été victimes de violence familiale. Il se peut que ce chiffre inclut les corrections infligées aux enfants car la définition de « *violence familiale* » adoptée par le projet n'est pas claire.

Partenariats et viabilité

Le projet a démontré que les personnes qui ont participé au projet étaient celles qui s'y intéressait vraiment, et là réside l'espoir. Par contre, sans la création d'un partenariat avec le KCWS ou avec le secteur privé à Hobbema ou à moins d'une subvention, la Maison de guérison de Tawow cessera d'exister lorsque la FADG fermera ses portes. Si les SCCDSM acceptent de financer les services sociaux, le programme devra être modifié pour respecter leurs directives et pourrait ainsi perdre son approche distinctive. Le premier et le plus réussi des partenariats a été conclu avec le Programme d'amélioration de la vie familiale (PAVF) parce que tous les participants le suivaient sur une base volontaire.

Succès et meilleures pratiques

La *participation volontaire*, les services de développement des compétences parentales d'une maison d'accueil où des approches traditionnelles et modernes offrent aux peuples autochtones une plus grande possibilité de renforcer leur autonomie. La souplesse du programme signifiait que des solutions uniques étaient proposées en se basant sur les besoins *de chacun*. Beaucoup de mérite revient à la mère-résidente dont la patience, l'engagement, les compétences parentales traditionnelles ainsi que sa capacité à favoriser les prises de décisions indépendantes facilitaient la confiance. Les participants vouaient à cette mère-résidente un grand respect et beaucoup d'admiration.

Défis

- Les besoins et la demande de service excèdent les capacités; de nombreuses familles ont été refusées;
- les malentendus entre la Maison de guérison Tawow et les services sociaux ont créé beaucoup d'animosité. Les services sociaux considéraient Tawow comme une organisation de « protection de l'enfance » qui devait suivre les règlements. Le manque de collaboration et des relations tendues ont gêné les communications qui auraient pu apaiser toute inquiétude en matière de sécurité de la part des services sociaux;
- un endroit situé à la campagne n'enseignait pas comment *se débrouiller en ville*;
- l'autorisation de fumer à la maison a soulevé des inquiétudes sur la santé des enfants;
- l'incapacité à traiter les besoins spéciaux (p. ex., SAF et EAF);
- un financement réduit signifie la perte de membres de l'équipe (capables de mener des évaluations), un accès moindre aux Aînés et à d'autres programmes et activités déjà planifiés;
- participation continue de Survivants;
- les jeunes parents n'ont pas toujours reconnu, accepté ou accueilli favorablement les visites des Aînés;
- les problèmes de déni : la plupart ne voulaient pas ou ne pouvaient pas admettre être des Survivants.

Satisfaction des besoins

Presque la moitié des répondants notèrent que le projet touchait les séquelles subies lors de séjours dans les pensionnats, estimant cependant que la violence physique et sexuelle exigeaient peut-être un *counselling professionnel* que le projet ne pouvait assurer directement. Outre une stratégie d'orientation, les répondants croyaient qu'une équipe plus nombreuse permettrait peut-être de mieux répondre aux besoins. En ce qui a trait à l'atteinte des résultats visés, la plupart des répondants (7 sur 10) ne pouvaient se prononcer, estimant qu'il était trop tôt pour savoir.

Leçons apprises

L'importance des méthodes de thérapie familiale et traditionnelle *totale* s'est révélée essentielle à la *préservation* de l'unité familiale. Il a été recommandé de faire appel à l'expérience pratique. L'équipe du projet a découvert la nécessité de modifier les formulaires d'évaluation initiale et les processus d'orientation afin de mieux détecter les cas d'EFA et d'EAF et de clarifier la situation en ce qui concerne l'admission des cas d'EAF. À l'évidence, une seule maison de thérapie alternative ne suffit pas. Il est urgent d'élargir le service et d'agrandir l'équipe si l'on veut pouvoir répondre adéquatement aux besoins. L'insuffisance des installations (ex. une seule salle de bain) pose également des problèmes.

Conclusions

La Maison de guérison Tawow, un foyer de thérapie *familiale non mandaté* adapté à la réalité culturelle et géré par des personnes appartenant à la culture concernée, semble avoir une influence positive sur la plupart des participants (bien qu'ils n'aient pas tous répondu avec la même intensité). Ce service a été bien accueilli par la collectivité. La Maison de guérison Tawow des SCCDSM semble avoir une incidence sur la majorité des participants bien qu'à des degrés variés. Il est clair que le programme ne peut à lui seul répondre aux besoins les plus spéciaux. Il est difficile de savoir s'il s'agit là de changements durables ou jusqu'à quel point ils entraîneront une modification du mode de vie. Il est en outre difficile de déterminer dans quelle mesure l'intervention des organismes de présentation, un développement communautaire élargi et des partenariats bien en place ont contribué à ces changements (p. ex., PAVF). La mère-résidente, à qui on attribue une grande partie de la réussite de Tawow, est sans doute l'un des éléments déterminants les plus importants du projet. Malheureusement, le projet ne touche qu'une petite partie du groupe ciblé, ce qui en limite l'incidence sur la collectivité. Si elle ne peut obtenir les ressources humaines et financières dont elle a besoin, la Maison de guérison Tawow cessera ses activités ou disparaîtra. L'établissement de partenariats se heurte aux différences de philosophies et de pratiques des agences de protection de l'enfance, ce qui diminue les chances de survie de Tawow.

Recommandations

Les recommandations suivantes ont été émises afin d'améliorer l'administration et l'évaluation du programme :

- prendre le temps de résumer les rapports verbaux par écrit à des fins d'évaluation afin d'avoir une preuve de l'incidence positive du programme sur les participants;
- détailler davantage les rapports d'activité afin de démontrer à la FADG que le projet répond aux problèmes hérités des séjours en pensionnat et aux besoins exposés dans l'avant-projet;
- s'efforcer davantage d'obtenir des ressources en dehors du système de protection de l'enfance afin d'assurer la continuation du projet et d'en élargir la portée à un plus grand nombre de la population cible sans compromettre son intégrité;
- modifier les formulaires d'évaluation initiale concernant la santé mentale puisque le projet n'a pas de conseiller interne pour s'occuper des problèmes graves de santé mentale, notamment ceux d'EAF.

En ce qui concerne l'évaluation continue de Tawow, il est recommandé que les formulaires d'évaluation initiale soient utilisés comme référence de base. Il est aussi recommandé que l'équipe du projet récapitule **tous** les renseignements recueillis sur les participants concernant les études, les antécédents personnels, professionnels, criminels et suivis et l'adaptation à la vie conjugale, au travail et dans ses rapports avec ses enfants, ses amis et ses parents. Le formulaire d'évaluation pourrait être utilisé à des fins de suivi à la fin du programme, après six mois et après un an dans le cadre du soutien postpénal. C'est un précieux outil qui peut être utilisé non seulement pour évaluer l'efficacité du projet, mais aussi pour assurer le financement du programme. Il serait bon également d'examiner les indicateurs sociaux discutés ici (c.-à-d., placement d'enfants, violence sexuelle et physique, suicide, incarcération) en 2007 afin de déterminer l'évolution des tendances dans le temps.

Building A Nation Family Healing Centre Inc. : Guérir les effets multigénérationnels des pensionnats - Programme d'accès en milieu urbain
[Building A Nation Family Healing Centre Inc.: Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement - Urban Access Program]
(Projet de la FADG n° CT-2429-SK/1256)

Description du projet

Nous avons choisi cette étude de cas pour faire connaître les défis uniques que doivent relever les projets urbains avec les Premières Nations, les Métis, les sans-abri et les bénéficiaires incarcérés en nous plaçant dans une perspective géographique propre à l'ouest du Canada. Le projet qui sert de base à cette étude de cas s'appelle « Healing the Multi-generational Effects of Residential School Placement » (Guérir les effets transmis de génération en génération du placement des Autochtones dans des pensionnats - Programme Accès en milieu urbain) (Projet FADG n° CT-2429-SK/1256). Le programme, plus connu sous le nom de Building A Nation ou BAN, mettait à la disposition de sa clientèle des activités de guérison et un soutien permanent. Un examen des rapports trimestriels montre que deux principaux programmes de formation étaient offerts : Aboriginal Parenting Skills (compétences parentales chez les Autochtones) et Counselling First Responders (Intervenants d'urgence en counselling). Ce dernier programme s'est fait connaître sous le nom de A.C.C.E.S.S., qui signifie Aboriginal Counselling and Cultural Education Strategies and Systems (systèmes et stratégies d'éducation culturelle et de counselling autochtones) et offrait quatre niveaux de certification. En plus du counselling individuel et de groupe, les activités de guérison comportaient des fêtes et cérémonies traditionnelles, un soutien permanent (p. ex. les haltes-accueil, la représentation des clients aux prises avec le système juridique, la garde juridique d'enfants) et des réunions de fraternisation. La formation était considérée comme faisant partie du soutien permanent pour aider les individus à gérer leurs crises personnelles et familiales de manière indépendante.

Groupes cibles : les Autochtones dans la ville de Saskatoon, en Saskatchewan, et dans les communautés autochtones voisines. Les sans-abri et les personnes incarcérées faisaient partie de groupes particuliers contactés par le biais de ce projet. Il s'agit du seul cas d'étude où les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans une activité de guérison.

Financement : Le projet a été financé du 1^{er} mai 1999 au 30 avril 2000 avec une contribution d'un montant de 210 229 \$. Pour sa deuxième année, du 1^{er} juin 2000 au 31 mai 2001, un montant supplémentaire de 222 000 \$ a été obtenu.

Équipe de projet

Le tableau ci-dessous indique le nombre d'employés du projet au cours de la période de deux ans étudiée.

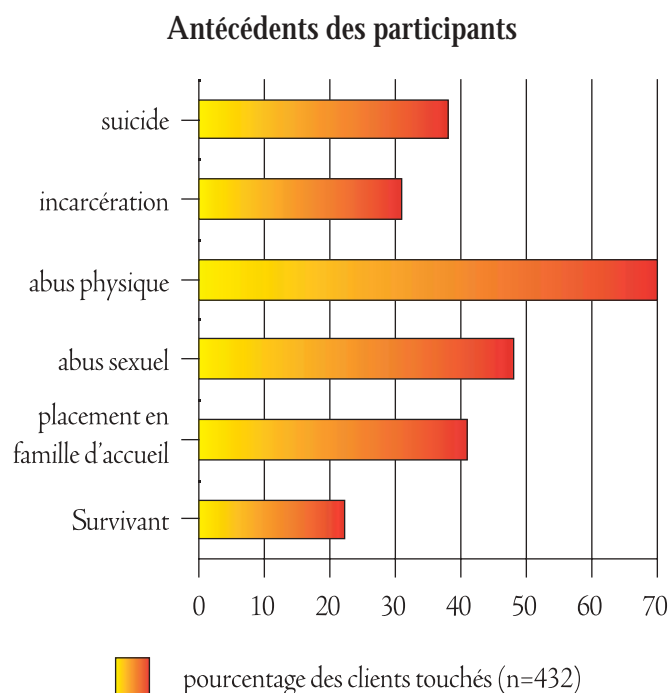
Équipe du projet BAN

Première année Titre	# de postes	Deuxième année titre	# de postes
Counseiller/Agent chargé des cas	1	Psychologue	1
Travailleur auprès des jeunes	1	Thérapeute traditionnel	1
Thérapeute en santé mentale	1	Gestionnaire de cas	1
Coordonnateur du projet théâtre	1	Travailleur auprès des jeunes (1 homme et 1 femme)	2
		Conseiller juridique	0,5
		Directeur exécutif	1
		Contrôleur financier	1
		Réceptionniste	1
		Agent des relations public	0,5
		Gestionnaire du bureau	1
		Thérapeute auprès des femmes	1

En plus de l'équipe de projet, un conseil consultatif a été créé avec des Survivants désignés. Le [TRADUCTION] « Conseil consultatif interviendra directement dans la conception des outils de collecte de données, l'analyse des données, ainsi que dans les phases d'évaluation réflexive et d'évaluation sommative de la gestion et de la reddition de compte du projet. »²³⁷

Caractéristiques des participants

Les participants ont été décrits comme : [TRADUCTION] « susceptibles de souffrir de multiples dépendances, enclins à un mode de vie dépendant et vivant de crise en crise, ayant à débattre avec le système judiciaire criminel, ayant une connaissance minimale ou nulle de la culture autochtone, victimes de violence familiale dans le passé ou dans le présent et ayant une mauvaise estime de soi. » La grande majorité (70 %) ont été victimes d'abus physiques et beaucoup (un peu moins de 50 %) sont des victimes d'abus sexuel avec des tentatives de suicide et des problèmes d'idéation. Un peu plus de 40 % ont été pupilles de la province.



Le pourcentage de *Survivants directs* (p.ex. ceux qui ont été dans des pensionnats) est évalué à 80 pour cent ou aux alentours de 80 pour cent. Il est à noter que presque tous dépendaient de l'aide sociale et que *le taux de participation des hommes aux activités de guérison semblait supérieur à celui des femmes*.²³⁸ Les graves défis à surmonter chez les participants (plus de 80 %) identifiés étaient : manque d'implication du *Survivant*; incarcération; déni, peur, peine; absence de compétences parentales; antécédents de tentatives de suicide; antécédent d'abus en tant que victime; antécédents d'abus en tant qu'abuseur; antécédent de famille d'accueil; cas de toxicomanie dans la famille (drogues ou alcool); pauvreté; manque d'aptitude à communiquer.²³⁹

Contexte

Très peu d'information a été trouvée sur les indicateurs choisis (p. ex. suicide, enfants en famille ou centre d'accueil, abus physique, abus sexuel et incarcération) pour la population autochtone à *Saskatoon*. Les chiffres pour la province et la population non autochtone ne visent *qu'à* donner un contexte général. *Saskatoon* a une population de 193 647 à 219 056, dont 16 160 Autochtones.²⁴⁰ Le projet estime la population autochtone à environ le double de ce nombre, soit 30 000 et l'environnement urbain n'offre pas grand chose pour protéger l'intégrité culturelle autochtone.

La région de *Saskatoon* dispose de toute la gamme de services auxquels on s'attend dans une grande ville, mais l'accès à ces services est fortement limité par rapport aux besoins des familles autochtones; aucun de ces services n'intègre un contenu autochtone adéquat ou une sensibilité culturelle aux valeurs autochtone; mêmes si ces organisations et institutions de service embauchent des Autochtones, ces derniers sont obligés de respecter les environnements politiques dans lesquels ils sont embauchés; le déni et les mécanismes de déculturation dominent la manière dont les questions autochtones sont abordées.²⁴¹

Les chiffres sur le chômage ci-dessous ont révélé que le taux de chômage à Saskatoon était de 7,5 pour cent, un peu plus élevé pour les hommes que pour les femmes avec 7,7 pour cent et 7,4 pour cent respectivement.²⁴² En Saskatchewan, au 31 mars 1999, 3 392 familles bénéficiaient de services de protection de l'enfant avec 2 710 enfants recevant des services d'aide à l'enfance, et 65 pour cent de ces familles étaient Premières Nations et métis. Selon le rapport annuel 2000-2001 des Saskatchewan Social Services, les deux principales causes de l'intervention des services de protection de l'enfance étaient [TRADUCTION] « la négligence physique et le manque de compétences parentales. »²⁴³ Le nombre de cas d'abus sexuel dans toute la Saskatchewan étaient de 1 525 en 2000.²⁴⁴ Pour la ville de Saskatoon, les cas d'infractions sexuelles étaient de 347 en 1991 et 274 en 1996.²⁴⁵ En 1996, il y a eu à Saskatoon 722 voies de fait graves et 1 523 voies de fait simples,²⁴⁶ une augmentation d'environ 37 pour cent par rapport à l'année précédente.²⁴⁷ En 1999, la Saskatchewan avait [TRADUCTION] « 1 144 détenus dans les établissements de détention provinciale, »²⁴⁸ avec une nette surreprésentation des contrevenants autochtones. Si l'on considère le Canada dans son ensemble, la surreprésentation autochtone est la plus élevée dans les Provinces des Prairies.²⁴⁹ Des renseignements complémentaires ont révélé que [TRADUCTION] « les Autochtones représentent 2,8 % de la population canadienne, mais compte pour 18 % de la population incarcérée sous le régime de la loi fédérale. »²⁵⁰

De plus, le nombre de jeunes contrevenants en Saskatchewan, indépendamment de leur appartenance ethnique, a augmenté régulièrement chaque année d'environ 6 pour cent depuis 1992.²⁵¹ En 1992-1993, 291 jeunes contrevenants étaient détenus en Saskatchewan et en 1998-1999, ils étaient 398.²⁵² La moyenne des 3 années pour le taux de suicide des personnes appartenant aux Premières Nations était de 38 pour 100 000, soit environ 3 fois supérieur à la moyenne nationale.²⁵³ Sur une période de 4 ans, le suicide a compté pour 23 pour cent²⁵⁴ des décès par blessure ou empoisonnement chez les Premières Nations de la Saskatchewan.

Résultats et indicateurs

Le lien logique entre les activités du BAN, ce qu'elles espèrent réaliser à court terme et les résultats souhaités à long terme, ainsi que les mesures du rendement sont résumés et présentés dans le tableau suivant.

Building A Nation - Modèle logique

Activités	Thérapie / Activités de guérison	Soutien permanent
Comment nous l'avons fait	Counselling individuel et de groupe permanent, pow-pow, camp culturel, cercles d'échange, cérémonies de la suerie, industries culturelles, enseignements culturels, élaboration d'une stratégie de mesure et d'évaluation et recherche d'avenues pour assurer la durabilité du BAN.	Haltes-accueil, réunions sociales, formation pour l'intervention d'urgence (intervenants d'urgence), apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, compétences parentales, partenariat avec le programme de déjudiciarisation pour les jeunes et l'établissement de détention pour les hommes, services complémentaires de représentation des clients, aide au logement, art de parler en public, service d'approche, partenaires interorganisations et exposition à des modèles de rôles sains.
Ce que nous avons fait	Nombre d'individus conseillés, nombre de séances de counselling individuel, nombre de groupes en counselling; nombre de cercles d'intérêt commun (p. ex. famille, bénévoles, libérés conditionnels), conception et gestion de bases de données, drame (pièce/vidéoproduction), musique/leçons de danse, cours d'art graphique et visuel, sueries, cérémonies du calumet et du banquet et cours de kick boxing.	Nombre de cours de formation, nombre de plans de foyers de transit communautaires et de comparutions pour fournir du soutien au client (cour, garde juridique), nombre de présentations et d'élaboration de programmes sur l'histoire des pensionnats et la guérison.
Ce que nous voulions	Réduction de l'abus de substances, du risque de suicide, de l'activité criminelle et du récidivisme, identité culturelle et fierté culturelle améliorées, diminution des abus, moins de clients autochtones dans les organismes (garde d'enfant, justice, aide sociale), Plus grande utilisation et connaissance des méthodes de guérison traditionnelles, plus grand accès à des services appropriés d'un point de vue culturel et durabilité.	Réseaux de soutien efficaces et améliorés, compétences inter personnelles améliorées, preuve d'un plus grand esprit communautaire, d'un sens d'appartenance et d'un engagement accru; plus grande utilisation des solutions basées sur la famille et auto-dirigées, plus grande capacité d'intervenir en cas de crise et de résoudre les conflits et plus grand accès aux services de représentation.
Comment nous savons que les choses ont changé à court terme	Taux de participation aux activités du projet et accès aux services; mesure de la satisfaction des participants en ce qui concerne les services ainsi que celle des membres de la famille du participant; changements observés et rapportés par le participant en ce qui concerne l'autonomie, compétences dans les domaines de la communication et des relations avec les autres, connaissance et utilisation des pratiques de guérison traditionnelles, nombre d'organismes ayant des accords de travail formels avec le BAN et leurs évaluations de la qualité de l'interaction avec le BAN; soutien familial et social observé et rapporté par les participants; nombres de révélations, nombre de recommandations; amélioration observée et rapportée par les participants en ce qui concerne les compétences dans le domaine de la gestion de crises; travail du projet pour sa durabilité. (montant des fonds courants promis pour l'activité du BAN).	
Pourquoi nous le faisons	Pour fournir des possibilités efficaces et continues de guérir les individus et leurs familles, afin que les clients puissent mieux gérer par eux-mêmes les crises personnelles et familiales.	
Comment savons-nous que les choses ont changé à long terme	Taux d'abus latéraux, d'incarcération, d'enfants en foyer d'accueil, d'abus sexuels, de suicides et de tentatives de suicide, de participation aux événements communautaires et de bénévolat et de dépendance de l'aide sociale.	

Impacts sur les individus

Bien que les répercussions de l'intervention du BAN sur la vie des individus (voir le modèle logique pour la liste des indicateurs) ne soit pas encore claires, le projet a permis aux individus de s'orienter vers des démarches pour revendiquer une vie saine, stable et fonctionnelle, *sans* aucune interruption des services comme cela est souvent le cas avec les autres interventions de courte durée (p. ex. les services de counselling offerts dans le cadre du Programme de services de santé non assurés). En outre, certaines preuves ont été réunies qui permettent de penser que le BAN a eu un impact sur certains participants qui les a amenés à s'engager de manière durable à poursuivre des traitements pour leurs toxicomanies, leur a donné une meilleure identité et fierté culturelles et un esprit de solidarité, leur a permis de mieux comprendre le processus de guérison par des méthodes traditionnelles et d'y recourir, et d'augmenter l'accès aux ressources humaines appropriées du point de vue culturel. L'orientation globale et familiale du BAN a permis de réduire les risques d'arrestation de mineurs. Les responsables attribuent cette diminution à la capacité du BAN de fournir une aide spécialisée en période de crise et une aide plus générale pour les familles monoparentales. Certains participants ont acquis des compétences de leadership suffisantes et gèrent maintenant les détails administratifs relatifs aux événements du groupe (p. ex. publicité, programmation). Dans l'ensemble, les répondants avaient l'impression que le BAN parvenait aux résultats souhaités de façon assez satisfaisante. Cette impression se basait sur des appels spontanés d'agents d'orientation et des déclarations de clients. Ils avaient aussi l'impression que la nature globale et *bénévole* de leurs services (p.ex. guérison appropriée du point de vue culturel, représentation et soutien, et renforcement des aptitudes à la vie quotidienne qui insistent sur la responsabilité personnelle) a aidé. Idéalement, le plan d'évaluation pour mesurer l'impact sur les individus et les familles devrait être mis en œuvre.

Certains jeunes contrevenants font partie de la troisième ou quatrième génération qui dépend de l'aide sociale. Quand ils deviennent des adolescents-parents, comme c'est le cas pour beaucoup d'entre eux, le cycle continue. Mais, comme les autres adolescents, [TRADUCTION] « Tout ce qu'ils veulent, c'est de l'amour, ils ont besoin d'une zone de confort ... Nous avons des activités positives, ils intègrent tout, absorbent tout ». Les répondants pensent qu'un lien, basé sur la confiance, s'est créé entre les jeunes et l'équipe du BAN. Cette relation est mieux illustrée par le fait que [TRADUCTION] « Ils [les jeunes contrevenants] reviennent toujours, si ce n'est pas ce mois-ci, ce sera le mois prochain. » De plus, un sens d'appartenance a été créé et l'autodiscipline encouragée, ce que l'équipe attribue aux composantes culturelles du programme (p. ex. contrôle des impulsions enseigné dans les séries). Enfin, Le BAN représente un nouveau système disposant de plusieurs *couches* de soutien offert nulle part ailleurs (p.ex. aide pour rechercher des parents ou chercher un appartement).

Parmi ses activités, le BAN offrait un programme d'expression théâtrale de 10 semaines (Cercle des voix) afin d'aider les jeunes (âgés de 12 à 26 ans) à se sentir en sécurité et à s'exprimer de manière créative, à développer une estime de soi, et à apprendre en quoi consiste la création théâtrale. Avec le temps, il est apparu clairement que les membres de ce groupe de jeunes se soutenaient et s'encourageaient mutuellement, se sentaient responsables vis à vis du groupe et étaient déterminés à créer une production solide. Ils attendaient avec impatience les cercles de discussions et faisaient preuve de respect et de gentillesse envers les bénévoles et les Aînés qui, par leur aide, rendaient le *Cercle des voix* possible. Grâce à cette activité, les jeunes ont développé suffisamment leur confiance pour prendre des risques. Un participant est même allé à une audition pour un projet de film et a décroché le rôle. Une compagnie de production a contacté un autre membre pour un emploi. Cette activité a également influencé les familles si on en juge par leur

présence aux ateliers quotidiens, leur participation aux cercles de discussions et leur aide pour la production théâtrale. Certains parents ont même encouragé leurs enfants à continuer dans le secteur des arts du spectacle.

Cent cinquante-trois personnes ont terminé la formation d'intervenant d'urgence en counselling entre le début du projet et le mois de mars 2002. Cependant, il n'était pas clair dans quelle limite les participants ont acquis les connaissances ou compétences nécessaires pour gérer efficacement les crises qu'ils traversent dans leur vie. L'équipe du BAN avait toutefois l'impression que la formation les avait aidé à mieux comprendre la responsabilité de soi, à comprendre le pouvoir du pardon dans la guérison, à connaître les valeurs traditionnelles et leur a permis de rêver à la manière dont le Canada pourrait être un endroit où les Autochtones seraient reconnus, respectés et acceptés. En outre, la nécessité d'une éducation sur le passé familial n'a cessé d'être soulignée, pas seulement comme participants, mais pour une variété d'agences de services humains.

[TRADUCTION] Mon père était un Survivant et avait l'habitude de battre ma mère. Parfois elle était couchée pendant plus d'une semaine. Nous voyions mon père sortir le matin sur la galerie et pleurer très très fort. Puis il regardait le ciel, arrêta de pleurer et disait quelque chose en cri. Ensuite, il rentra dans la maison et nous disait que tout allait aller bien maintenant. Mais cela n'allait pas bien, parce que personne ne parlait jamais de ce qui avait été mal à l'origine. Je ne pouvais pas comprendre la colère de mon père, ou pourquoi nous devons souffrir l'abus, ou l'alcool et la drogue.

Impact sur les familles

Bien qu'il n'était pas très clair dans quelle limite la thérapie familiale finirait par aboutir à des résultats souhaitables, les répondants *ont dit* clairement que les défis auxquels les familles étaient confrontées étaient nombreux (p.ex. pauvreté et toxicomanie). Il est à noter que pratiquement *tous* les participants dépendaient de l'aide sociale. Si les membres des familles n'étaient pas directement victimes, ils étaient témoins d'actes de violence horribles et *les besoins des clients dépassaient souvent la capacité du programme*. Le traitement de toute la famille servait de « confrontation avec la réalité » en aidant les familles à reconnaître et accepter la nécessité de changer. Les séances familiales aidaient aussi à renforcer une saine aptitude à communiquer. L'approche philosophique au BAN était que la guérison venait en premier et que les questions juridiques venaient ensuite. Cette philosophie aidait en partie à créer un climat de confiance indispensable pour orienter les familles vers une voie qui facilitera les résultats. On a attribué cette confiance au fait que le BAN appartenait à des Autochtones avec une équipe composée majoritairement de membres des Premières Nations et de Métis, ainsi qu'à la sensibilité aux questions liées à l'héritage familial et à la connaissance de la culture autochtone.

Impact sur la collectivité

L'équipe de BAN a une *bonne* réputation. Ses membres sont perçus comme étant amicaux, compréhensifs, rapides, consciencieux, respectueux et de bons compagnons de travail. Il y avait *toujours* du monde dans la salle d'attente. Les organismes externes ont également noté que la formation était excellente, mais ont recommandé une approche plus équilibrée dans la relation entre les Autochtones et les non Autochtones. Les répondants ont reconnu que le passé n'était pas toujours agréable mais pensaient qu'une approche moins menaçante était nécessaire pour se gagner des alliés.

Les agents d'orientation ont remarqué que certains des clients adressés au BAN s'impliquaient dans le BAN après leur propre démarche pour la guérison et que, par conséquent, l'accès au service de représentation augmentait. Parfois, les agents d'orientation étaient frustrés par le manque de progrès dans *leur propre* approche. Même s'il existe une aide de divers ministères provinciaux, les agents ont référé plusieurs clients au BAN et pensent qu'ils doivent en référer davantage.

Un des défis uniques au travail dans un contexte urbain est directement relié à la différence. Dans de telles situations, il peut être difficile de parvenir à un consensus, Cependant, il semblerait que le BAN sert de tremplin.

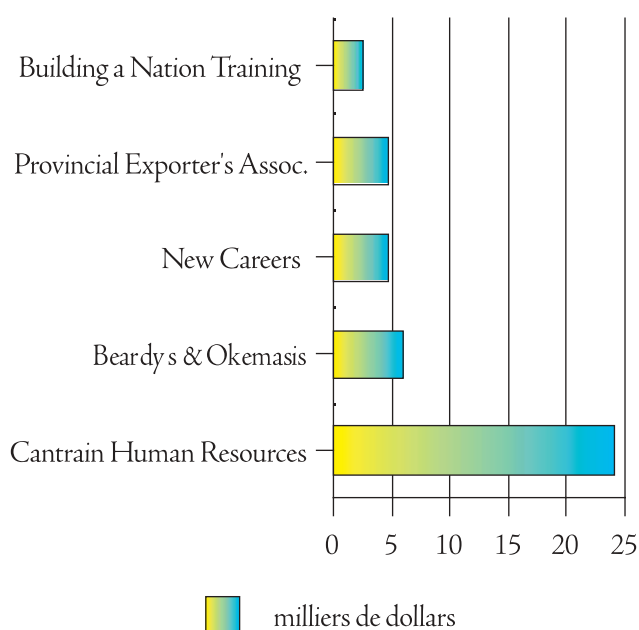
[TRADUCTION] Un conseil se compose de membres des Premières nations, de francophones, de Métis et de blancs. Nous avons dû apprendre à oublier nos différences et à combler le fossé. Quand nous avons formé notre conseil, nous n'étions pas d'accord, mais cela a marché. Nous avons appris à nous connaître. Nous avons appris nos différentes cultures.²⁵⁵

Enfin, il y a eu une augmentation notable de la demande pour le cours d'intervenant d'urgence en counselling, qui a amené le BAN à faire une demande d'enregistrement comme école professionnelle privée (BANTI) auprès de la province afin que les stagiaires obtiennent une certification. Les recommandations des tribunaux pour les programmes de mise en liberté dans la collectivité gérés par le BAN ont augmenté avec le temps. Les tribunaux de Saskatoon reconnaissent le BAN comme une alternative aux peines traditionnelles, probablement en raison d'un personnel plus ouvert aux différences culturelles dans ces organismes.

Partenariats et durabilité

Bien que le BAN ait un plan et espère bénéficier d'un financement à long terme même si la FADG venait à disparaître, il n'a pas encore obtenu d'accords officiels. Bien qu'aucun chiffre n'ait été fourni, le projet estimait bénéficier de dons généreux sous forme de biens et services, notamment un montant d'environ 14 000 \$ obtenu dans le cadre d'activités de financement. De plus, la Figure ci-dessous illustre les fonds reçus de partenaires (totalisant 42 100 \$).

Dons de partenaires sous forme de financement



La Westmount Community School, Dark Horse Studio, Blue Hills Productions et le Saskatoon Fringe ont appuyé la production théâtrale des jeunes du *Cercle des voix*. Des répondants externes, pas tous, pensaient que leur organisation bénéficiait du travail réalisé par le BAN. Le BAN avait plusieurs systèmes de référence officiels avec d'autres organisations. Beaucoup avaient suivi la formation du BAN, notamment le coordonnateur de sensibilisation à la culture autochtone de la police de Saskatoon. Chaque année scolaire, une cinquantaine d'enfants viennent assister à une séance d'information sur les séquelles des pensionnats, à laquelle participent les services sociaux et le coordonnateur du programme, dans un foyer de groupe pour les jeunes. Certains agents d'orientation estimaient que le BAN facilitait la création de passerelles entre des organismes ayant des visions du monde différentes et qu'il ne faisait pas de doute que l'orientation culturelle et l'éducation sur les séquelles des pensionnats étaient absolument nécessaires.

Imputabilité

Bien que les répondants estimaient que le BAN entretenait une communication réaliste et claire avec la collectivité, ils ont reconnu que c'était un défi en ce qui concerne leur groupe cible (p. ex. les sans-abri ou les individus incarcérés qui pouvaient être extrêmement itinérants). Leur stratégie qui a le plus de succès consiste à profiter des repas mensuels pour partager l'information et demander des rétroactions. Les répondants étaient conscients de la nécessité de parvenir à un équilibre entre l'approche active, les campagnes de relations publiques de grande envergure et la prestation de services à des clients qui sont dans un état constant de crise. Quand il est nécessaire de fixer les priorités, les besoins des clients viennent en premier. Même s'ils pensent que des améliorations pourraient être apportées, ils n'en ont proposé aucune. Aucune indication ne permettait de supposer que des réunions communautaires se tenaient ou que les réunions du conseil étaient ouvertes au public.

Répondre aux besoins

Tous estimaient que le programme répondait aux besoins des participants de façon tout à fait satisfaisante, même si certains pensaient que des améliorations auraient pu être apportées. Fait étonnant, toutes les personnes qui assistaient au programme (cela incluait cinq à sept nouvelles personnes chaque semaine) ont continué à venir, même occasionnellement. En d'autres termes, aucun client n'a été « perdu. » Les répondants pensaient que leurs efforts pour cultiver la confiance et offrir un soutien axé sur les clients avec des conseillers sensibles aux questions d'hérédité sont les raisons de la popularité du programme. Les améliorations proposées portaient sur le temps et le soutien nécessaire pour passer par toutes les étapes de guérison.

Meilleures pratiques

- Le counselling basé sur le Cercle d'influences encourage l'apprentissage et la croissance autodirigés;
- l'imitation de rôles était une stratégie efficace pour que les bénéficiaires adoptent une vie saine;
- *défendre les intérêts* d'un client d'abord et avant tout, sans se sentir obligé d'adhérer à la politique gouvernementale reposant sur les organismes gouvernementaux était considéré comme la base philosophique du BAN;
- une équipe autochtone, dont des membres parlent une langue autochtone, était considérée comme un élément qui contribuait à obtenir les résultats désirés;
- le contrôle de la programmation autochtone par des Autochtones dans une zone urbaine où peu d'autres services similaires existent;
- la volonté du BAN de rendre le processus thérapeutique transparent en aidant les individus à identifier leurs forces et leurs faiblesses; il y parvient en intégrant des outils occidentaux (p. ex. Myers-Briggs) à un cadre d'analyse approprié culturellement (p. ex. le Cercle d'influences). Cet exercice a été fait uniquement dans le but de permettre aux clients de parvenir à une connaissance approfondie de soi, ce qui apparemment fonctionnait très bien pour créer une prise de conscience, établir la confiance et intégrer les méthodes occidentales et traditionnelles.

Défis

Fusionner avec des organismes provinciaux pour offrir un service intégré était un défi en raison d'un manque de connaissance du problème de l'hérédité, de la nature paralysante des services réguliers et de la domination culturelle. Certains organismes externes étaient réticents face à la nature des programmes auxiliaires et cliniques du BAN axés sur le rétablissement.

Beaucoup de participants avaient connu des conditions difficiles, et vécu souvent *plusieurs* couches de difficultés. La demande de service, l'épuisement professionnel, les nombreuses heures de travail et la multitude des tâches (p. ex. gestion et prestation de services) stressaient aussi l'équipe. La gestion du nombre de cas est devenue problématique en raison d'une clientèle de plus en plus nombreuse et du temps exigé pour répondre aux demandes de counselling. En outre, les plans de mise en liberté dans la collectivité exigeaient encore davantage d'activités auxiliaires (p. ex. *soutien au logement, à l'emploi, préparation à la vie quotidienne*). Au début du mandat du projet, le manque de connaissance du système judiciaire posait aussi un problème. De même, les coûts administratifs, comme les honoraires de comptable et d'avocat sont devenus coûteux.

Les problèmes connexes à formation cités incluait : le transport pendant la journée car [TRADUCTION] « des clients n'ont pas les moyens de payer pour le transport ou les services de garderie; » les frais de formation par le BAN; et les défis spécifiques à la prestation de services à une population sans-abri. Les répondants ont insisté sur l'importance de disposer d'une équipe autochtone dévouée, motivée par son désir d'encourager les autres sur le chemin de la guérison, plus particulièrement les Aînés, ainsi que sur le besoin immédiat de former davantage d'Autochtones aux thérapies traditionnelles et aux thérapies standards reconnues. Le projet a également eu des difficultés avec les exigences et les compétences en matières d'évaluation. Il semblerait que l'évaluation prévue n'ait été utilisée que pour la production théâtrale.

Leçons apprises

Les visions du monde fondamentalement différentes des Cri et des Euro-chrétiens sont apparues clairement aux membres de l'équipe. Ils ont pu apprendre à mieux connaître leur identité et mesurer l'étendue des effets du racisme systémique et de l'assimilation culturelle forcée non seulement sur leurs vies, mais aussi sur la rage sous-jacente dans leurs communautés. Certains n'avaient pas idée de l'importance de l'abus, de l'éclatement de la famille ou de l'ampleur de la blessure. Le BAN *donnait enfin une explication sociale* aux répercussions des séquelles des pensionnats que les autres programmes de traitement individuel ou axés sur les symptômes n'avaient pas donnée.

Une attention insuffisante avait été apportée à l'obtention d'engagements de fonds de longue durée. Certains des répondants pensaient que la force des partenariats devait aller au-delà de l'aide financière afin d'inclure un réseau de services intégrés. L'équipe s'est également prononcée contre une formation et une prestation de programmes simultanées. Il ne peut y avoir de formation quand vous avez besoin d'une équipe qui doit offrir des services immédiatement. Mais, la combinaison de thérapeutes qualifiés cliniques et traditionnels travaillant ensemble signifiait un passage rapide de l'évaluation à la planification à la guérison.

Conclusions

Le BAN se révèle une ressource pour un nombre considérable d'Autochtones vivant à Saskatoon. Le nombre de références et de clients a augmenté régulièrement, et la plupart des clients reviennent pour un soutien et du counselling à long terme. Le projet a créé un environnement où les participants ont développé un sentiment d'appartenance et se sentent respectés. Les résultats positifs ont été attribués la plupart du temps à des *services appropriés culturellement*. Quand le changement n'était pas visible immédiatement, l'équipe a reconnu que le stress de suivre un programme de guérison et une formation tout en se suffisant économiquement, était une réalité difficile, un véritable combat pour certains participants. Les agents d'orientation ont aussi reconnu que le groupe cible (en particulier les personnes incarcérées et sans-abri) était un groupe difficile à soutenir. Le projet a permis une meilleure connaissance de la culture autochtone dans les organismes offrant des services ordinaires à Saskatoon. Enfin, nous pouvons mentionner que le BAN répond de toute évidence à un besoin en offrant une gamme de services harmonisés là où il y avait auparavant des manques.

Recommandations

- *Concentrer* les efforts soit en réduisant la cible soit en identifiant des résultats *plus réalistes à atteindre* pour un groupe bénéficiaire si vaste et aux multiples handicapes;
- mieux faire connaître la manière dont les méthodes traditionnelles et occidentales se complètent ou s'harmonisent les unes avec les autres;
- poursuivre l'élaboration d'un protocole d'évaluation du Survivant adapté ou harmonisé à partir d'outils largement reconnus et qui conviennent bien au contexte culturel;
- continuer à encourager les partenariats afin de fournir le soutien nécessaire pour les services complémentaires; les partenariats devront aussi être choisis de manière stratégique afin que les efforts visant à sensibiliser et former des agents externes pour traiter le problème des séquelles des pensionnats aient suffisamment de temps et de ressources avec des programmes de formation détaillés;
- fusionner les bases de données des programmes pour fournir *un dossier*;
- revoir le plan d'évaluation afin de mesurer l'efficacité des composantes des principaux programmes,²⁵⁶ ce qui nécessite de recueillir de l'information sur :
 - un changement mesurable dans la satisfaction de vivre des participants;
 - un niveau mesurable de satisfaction des membres de la famille des participants;
 - un changement observable dans l'autonomie;
 - l'efficacité de la gestion e projet;
 - la mesure dans laquelle le projet assure sa durabilité après le financement de la FADG.

**Willow Bunch Métis Local n° : Projet de guérison de Willow Bunch
[Willow Bunch Métis Local #17: Willow Bunch Healing Program]
(Projet de la FADG n° : 1176-SK)**

Description du projet

Le projet de guérison de Willow Bunch, administré par l'Association locale des Métis n° 17 de Willow Bunch, au Saskatchewan, (numéro de projet de la FADG 1176-SK), vise à [TRADUCTION] « sensibiliser de façon positive la communauté sur l'histoire des Métis de Willow Bunch ... [et] accroître la fierté d'être Métis. »²⁵⁷ La présente étude de cas aborde les catégories de projets et cible les personnes et les éléments suivants : Métis, milieu rural, Ouest et élaboration de documentation.

Groupe cible : Le groupe cible comprend les Métis et autres qui vivent à Willow Bunch, en Saskatchewan.

Financement : Le projet, financé pour un an, a débuté le 1^{er} octobre 2000 et s'est terminé le 30 septembre 2001 avec les fonds versés s'élevaient à 109 200 \$.

L'équipe du projet

L'Association locale des Métis (ayant « l'Association » comme référence), créée dans les années 1940, n'avait jamais reçu de financement de base ni de services dans un endroit déterminé jusqu'à ce qu'elle reçoive l'appui de la FADG; elle était autonome; son financement provenait des frais d'adhésion et les membres élus du conseil d'administration participaient bénévolement. Bien que le sondage sur l'évaluation du processus ait précisé qu'il y avait quatre employés à temps plein, deux employés à temps partiel et plusieurs bénévoles qui consacraient environ quarante heures par mois, il n'y avait en réalité qu'un seul membre de l'équipe à temps plein, le coordonnateur. Le conseiller et le chercheur visitaient le projet trois ou quatre jours par mois. Il y a eu un autre chercheur-intervieweur au cours des six premiers mois, mais il n'est plus à l'emploi du projet.

Le coordonnateur du projet est un Métis né à Willow Bunch. Il a quitté la ville à l'âge de dix ans, mais il est revenu des années plus tard pour s'établir dans la communauté. Il a été le président de l'Association locale des Métis n° 17 de Willow Bunch de 1996 à 2000, puis il a laissé son poste de président pour devenir le coordonnateur du projet. Depuis 1996, il s'est impliqué dans divers enjeux métis et communautaires. Le consultant embauché pour le projet (il a été coordonnateur l'année courante financée par la FADG) est également un Métis qui a des liens familiaux à Willow Bunch. Il a assuré ses services de consultant dans de nombreux projets réalisés par des organisations et des gouvernements autochtones. La rédactrice-chercheuse détient un doctorat, une maîtrise en éducation et un baccalauréat. Elle a rédigé un grand nombre de rapports à l'intention de nombreuses organisations autochtones, tant nationales que provinciales. Selon le coordonnateur du projet, de 30 à 35 bénévoles ont collaboré à la mise sur pied du bureau de l'Association locale. Un Aîné, dont les membres de la famille sont d'importants propriétaires de ranch, s'est également impliqué. L'engagement des jeunes semble limité puisqu'il n'y a qu'un seul jeune bénévole à ce jour. Le comité consultatif du projet parrainé par la FADG est également le conseil d'administration de l'Association.

Caractéristiques des participants

Les activités qui ont permis d'évaluer la participation sont les suivantes :

- le souper et la danse métis au son du violon (entre 150 et 300 participants);
- un atelier sur l'identité métisse (50 participants, tous des Métis d'Assiniboia, de Wood Mountain, de Rock Glen et de Willow Bunch);
- une journée culturelle à l'école (120 participants dont 110 élèves).

On ne dispose pas de données sur le nombre de participants aux autres activités ni sur leurs caractéristiques.

Contexte

La ville de Willow Bunch, en Saskatchewan, est située à l'extrémité sud de la province. Un grand nombre de maisons et d'immeubles sont vides et les nombreuses pancartes affichant « à vendre » installées depuis longtemps devant des propriétés donne l'apparence d'une ville abandonnée. Comme services, on y trouve un garage, un motel-restaurant, une taverne, une station service, un hôtel de ville et une caserne de pompiers, un bâtiment municipal rural, une coopérative, un bureau de poste, une bibliothèque, une école, une maison de retraite, un musée, un centre communautaire, une garderie et l'Association des Métis.

L'agriculture et l'extraction de ressources non minérales sont les principales industries, et la communauté agricole est aux prises avec une sécheresse qui dure depuis trois ans. Les dollars de la croissance économique tombent goutte à goutte dans la communauté et proviennent de petites subventions, comme celle versée par le Québec pour améliorer le tourisme et celle du gouvernement de la Saskatchewan pour l'éducation des Métis et d'autres initiatives menées par des Métis. En 1998, l'Association locale numéro 17 des Métis a reçu une subvention du Clarence Campeau Development Fund, une agence de financement du développement économique sous le contrôle des Métis.

La population de la ville s'élève à 400 habitants, dont 50 pour cent de Métis.²⁵⁸ L'équipe du projet croit qu'environ 90 pour cent sont des Métis parce qu'un grand nombre ne s'identifie pas comme tel ou l'ignore. En juillet 2001, 395²⁵⁹ personnes vivaient à Willow Bunch par comparaison à 431²⁶⁰ en 1996, ce qui illustre bien la tourmente économique que ce petit village rural subit. De nombreux diplômés de l'école secondaire quittent la communauté pour poursuivre leurs études; ils ne reviendront jamais. Le racisme est également une caractéristique commune du climat social de Willow Bunch. Les Métis ont été tenus éloignés de certaines institutions comme la coopérative de crédit, les conseils paroissiaux et d'autres organisations.

[TRADUCTION] Ils étaient membres de la paroisse ... aucun d'eux ne siégeait au conseil paroissial ou aux conseils scolaires ... Je me souviens d'avoir joué avec un petit Français; nous nous entendions bien et la religieuse est venue ... Je ne parlais pas beaucoup le français, mais je pouvais comprendre quelques mots, assez pour me débrouiller. Je l'ai entendue lui dire : « ne joue pas avec Mitchif, joue plutôt avec ceux de ta race » et elle l'éloigna de moi, vous savez ... ces affreux sang-mêlé.

Les Métis étaient perçus comme des êtres intellectuellement inférieurs. Pour obtenir une égalité de chances, un Métis devait renoncer à son identité. L'extrait suivant est tiré d'un livre d'histoire que l'on retrouve *encore* sur les tablettes de la bibliothèque de l'école de Willow Bunch et qui était utilisé comme matériel de lecture pour les cours d'histoire. On pouvait y lire que les Métis étaient:

[TRADUCTION] Coléreux, inconséquents, gaspilleurs et qu'ils aiment les boissons alcooliques. Ils ne peuvent travailler avec cohérence ni s'adapter à l'agriculture ou au commerce. Ils sont devenus une proie facile pour les colons européens qui ont acheté sans scrupule leur terre pour une bouchée de pain ou une bouteille de whisky.²⁶¹

Enfin, des analyses d'indicateurs sociaux n'ont pas révélé de cas d'abus physiques ou sexuels, d'enfants placés dans des foyers d'accueil, de tentatives de suicide ou de suicides réels à Willow Bunch au cours de l'année 2001. Même si ces renseignements laissent croire que Willow Bunch est une communauté en santé, certains répondants sont plutôt d'avis contraire.

Résultats et indicateurs

Les principales activités du programme qui devraient apporter des changements aux conditions contributives étaient les suivantes :

- la cueillette et l'analyse de récits, d'entrevues et de matériel de recherche;
- une étude sur la perte de l'identité métisse;
- la signification de l'identité Métis;
- la découverte de familles métisses et leurs contributions;
- la participation des Aînés métis et des jeunes métis;
- l'élaboration d'un plan de communication;
- la réapparition et l'appréciation des activités traditionnelles métisses (Journée des Autochtones, Journée Riel, arborer le drapeau de la Nation métisse);
- l'organisation de réunions publiques régulières, la publication de bulletins de nouvelles, l'utilisation de tous les médias afin de donner et de faire la promotion d'une image positive;
- l'information donnée à la communauté métisse et non métisse sur la vraie histoire;
- le travail de collaboration avec les écoles, le musée et les agences et les organisations métisses provinciales afin de promouvoir une histoire positive des Métis;
- le parrainage conjoint d'ateliers et d'une sensibilisation interculturelle à Willow Bunch et ailleurs en collaboration avec des organisations, des agences et des services métis;
- la collaboration avec les dirigeants de la communauté afin de promouvoir une nouvelle image positive de Willow Bunch.

Ces activités devraient alors mener à la préparation :

- de plaquettes, de brochures et d'affiches sur la contribution des Métis dans la région;
- d'un ouvrage ou d'un périodique sur le processus de guérison;
- d'un ouvrage ou d'un périodique sur les Métis de Willow Bunch.

Qui, à leur tour, créeraient par la suite les conditions :

- d'une plus grande fierté d'être Métis;
- d'une sensibilisation positive à l'histoire des Métis de Willow Bunch;
- de meilleures relations avec la communauté non métisse;
- d'un développement éventuel d'une meilleure image des Métis.

Le lien entre les activités et les résultats est établi dans la carte de rendement suivante qui décrit les mesures qui seront utilisées pour observer le changement. Cette « carte » a été utilisée pour déterminer l'information à recueillir.

Projet de guérison de Willow Bunch [Willow Bunch Healing Project] carte de rendement

MISSION : Sensibiliser la communauté de façon positive à l'histoire des Métis de Willow Bunch; accroître la fierté d'être Métis et amorcer le processus de guérison de la communauté.		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
COMMENT?	Groupes cibles	Résultats		
Ressources	Groupes cibles	Résultats à court terme		
activités / résultats	Groupes cibles	Résultats à long terme		
Communiquer et informer : élaborer un plan de communication, réduire la communauté, tenir des réunions publiques régulières, utiliser tous les médias pour informer et promouvoir; faire revivre et apprécier les activités traditionnelles métisses (Journée des autochtones, Journée Riel, arborer le drapeau de la Nation métisse); travailler en collaboration avec les écoles, le musée et les agences et les organisations métisses provinciales afin de promouvoir une histoire positive des Métis; travailler avec les dirigeants de la communauté à la promotion d'une nouvelle image positive.	Toute la communauté de Willow Bunch	Accroître le # de Métis qui participent aux activités culturelles et aux entrevues, sensibiliser davantage à l'histoire réelle des Métis.	Assurer une image positive de l'histoire des Métis de Willow Bunch et accroître la fierté d'être Métis.	
Comment saurons-nous que nous avons créé une différence? Quels changements verrons-nous? Quelle est l'ampleur des changements apportés?				
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme		
109 200 \$	# de Métis qui ont participé à des activités culturelles; # de participants aux réunions.	# de participants aux activités culturelles; nombre de personnes qui ont partagé des récits; nombre de personnes conscientes de la véritable histoire des Métis.		
		Mesures à long terme		
		# de personnes qui sont fières d'être Métis; nombre de personnes conscientes de la véritable histoire des Métis dans la communauté.		

Résultats

Les résultats escomptés étudiés portaient sur : l'incidence sur les personnes, y compris la sensibilisation au projet, à l'engagement et à l'identification des Métis; l'incidence sur la communauté, y compris la réaction au projet; l'accès à l'information sur les Métis; la connaissance de la communauté métisse; et les relations au sein de la communauté. Les résultats s'inspirent presque exclusivement des points de vue des informateurs clés. Il faut souligner ici que certains résultats prévus n'ont pas été atteints. Aucun ouvrage n'a été produit ni distribué parce qu'il a été impossible de recueillir un nombre suffisant de récits et d'entrevues et aucun plan de communication *officiel* n'a été élaboré. De plus, le projet n'a produit aucune brochure, ni dépliant, ni affiche.

Incidence sur les participants

La plupart des répondants ont été sensibles au projet bien qu'un grand nombre l'aient perçu comme une initiative de l'Association plutôt qu'une activité financée par la FADG. Même si la majorité semblait saisir le message principal, certains croyaient que ce projet visait la création d'emplois ou la création d'un nouveau musée. Le nombre d'inscriptions (de Willow Bunch, Coronach, Rockglen et Bengough) à l'Association a atteint 250, alors qu'il n'était que de 150 il y a quatre ans. [TRADUCTION] « J'ai vu des jeunes dans mes classes qui parlaient d'être Métis. Je me demande si une telle chose aurait été possible il y a cinq ou dix ans? » Les répondants ont remarqué qu'un plus grand nombre de personnes assistaient aux réunions de l'Association, que l'on discutait davantage sur l'identité des Métis et que l'on remarquait chez les participants une très forte hausse (plus de 80 %) de la connaissance de l'histoire réelle des Métis, ainsi que l'engagement et la fierté envers la culture métisse. Le drapeau métisse flotte à toutes les occasions et un plus grand nombre de membres de la communauté porte l'écharpe métisse avec fierté. Selon les répondants, l'importance de l'augmentation de la connaissance de la culture et de l'identification métisses était de modérée à très grande (40 % et plus). En fait, il est apparu clairement que certaines personnes de la communauté en général [TRADUCTION] « ne savaient même pas qu'elles étaient des Métis. Elles ignoraient qu'il y avait une organisation ou une nation; elle est bien existante et il y a des Métis et il y a une nation métisse dont il est possible de devenir membre. » Cependant ils le savent maintenant.

Incidence sur la communauté

Tous n'avaient pas une opinion *positive* du projet (entre 10 % et 50 %). Ceux qui y croyaient étaient des Métis engagés dans l'Association, des étudiants, des gens qui appréciaient l'histoire, de nombreux Aînés métis, ceux qui avaient une vision globale du monde et ceux qui avaient quitté Willow Bunch et vécu dans un autre environnement et au milieu d'autres cultures.

[TRADUCTION] Ceux qui vivaient comme des Métis ou qui étaient reconnus comme tels ici, sont vraiment peu enthousiastes... parce qu'ils ont toujours été rabroués... les personnes enthousiastes sont celles qui n'ont jamais été traitées différemment... elles ne sont jamais sorties pour dire qu'elles étaient [Métis]. Elles avaient la peau un peu plus blanche... et ont eu la chance de s'améliorer sur le plan économique.

D'autres personnes, le maire, le bibliothécaire, les religieuses du presbytère, le Kinsmen Club et le directeur de l'école locale ont manifesté de l'*enthousiasme*. L'Association gagne également du terrain auprès du conseil d'administration du musée qui a résisté à apporter des modifications aux expositions. Les moins enthousiastes (entre 10 % et 50 %) étaient des Aînés plus étroits d'esprit qui se sentaient menacés par une histoire réelle et par le changement des règlements de la langue utilisée à l'école et qui étaient contrariés par le financement du développement économique consacré aux Métis.

[TRADUCTION] Les personnes qui n'ont jamais quitté Willow Bunch, qui ont accepté pendant si longtemps une seule interprétation de l'histoire, manifestent peut-être un peu de réserve envers ce projet parce qu'il remet en question certaines de ces hypothèses.

De nombreuses activités qui n'avaient jamais été réalisées auparavant l'ont été l'année dernière : le grand public a été invité à 10 ou 12 ateliers et 8 à 10 activités culturelles métisses ont été parrainées; l'Association s'est rendue à l'école; d'autres organisations métisses ont visité la communauté; des articles de journaux et des rapports sur les Métis ont été publiés et il y a eu des entrevues sur l'histoire des Métis. L'ensemble des communications se sont déroulées dans le cadre de discussions publiques; elles étaient accompagnées de présentations animées sur la culture métisse. Cela a semblé bien fonctionner, malgré le fait qu'elles aient eu lieu devant une audience réduite. L'équipe croit que l'histoire et la culture métisses, riches en vie et en couleurs, sont mieux publicisées au moyen de démonstrations. Les informateurs reconnaissent unanimement que la communauté en général possède une meilleure connaissance de l'histoire et des traditions métisses, la preuve étant donnée par l'augmentation de l'identification des jeunes et les invitations à participer à des événements et à siéger à des comités non métis. Ils croient que certains facteurs ont créé les conditions à de possibles changements :

- les ateliers et les activités de l'Association liés à l'histoire et à la culture des Métis, en particulier ceux qui ont été réalisés grâce au soutien de la FADG, permettant ainsi la venue d'experts (p. ex., le Gabriel Dumont Institute et les Métis Employment and Training Services Inc.);
- l'importance qu'une personne puisse valider leur identité;
- la reconnaissance, de manière positive et non menaçante, de la contribution des Métis;
- une présence physique dans la communauté (p. ex., un immeuble);
- l'existence et la diffusion d'articles sur les Métis;
- la politique du gouvernement de la Saskatchewan en matière d'éducation qui encourage l'intégration de l'histoire autochtone aux programmes scolaires.

Un plus grand engagement et une plus forte curiosité envers la culture métisse (en particulier chez les jeunes), une entente non officielle entre le comité du village historique et le projet²⁶² et l'embauche accrue de Métis sont tout autant d'initiatives qui laissent entendre qu'il se passe quelque chose. Bien que de façon limitée, les répondants ont reconnu une image améliorée dans les représentations de Métis, la présence physique de l'Association, d'autres organisations métisses de la province, la présence des Métis dans les médias, la politique provinciale en matière d'éducation, les discussions publiques sur les enjeux des Métis et l'enthousiasme constant, l'approche sympathique et la ferme vision de l'équipe du projet.

Afin de déterminer le degré de connaissance de la communauté envers les Métis, les répondants ont été invités à dire ce que le mot « Métis » signifiait à leurs yeux. Voici quelques réponses :

- [TRADUCTION] « Du sang autochtone mêlé à du sang non autochtone. »
- [TRADUCTION] « Retracer les racines d'une culture et d'un peuple particuliers. »
- [TRADUCTION] « Les descendants des sept familles métisses de l'établissement de Red River, près de Winnipeg, qui ont été les premières à s'établir dans les Prairies et qui possèdent une culture qui leur est propre. »
- [TRADUCTION] « L'histoire de la musique et la ceinture fléchée. »
- [TRADUCTION] « Je ne sais vraiment pas. Quant à moi, je suis un Canadien, un Canadien-Métis ... Durant les premières années, personne ne circulait en se targuant d'être un Métis. Mais maintenant, il semble que tout le monde veut être Métis ... Cela n'a rien changé en moi, mais je suis heureux de voir ce qui se passe en ce moment. »

Bien qu'ils ne se soient pas trop entendus sur l'ampleur du changement, les répondants croyaient que certains non-Métis avaient une meilleure connaissance de l'histoire *réelle* des Métis. Les répondants ont reconnu que ce changement était redevable à diverses actions et conditions, y compris :

- le désir individuel d'apprendre;
- l'influence du bibliothécaire et du directeur de l'école;
- l'engagement de l'équipe du projet et ses activités (aucune information précise sur l'histoire des Métis n'existait auparavant);
- des manifestations culturelles publiques et invitantes durant les congés et durant les heures de classe axées sur la réconciliation (et non sur le blâme), en particulier un souper suivi d'une danse regroupant entre 150 et 300 Métis;
- l'existence d'un local pour l'Association des Métis et sa collaboration croissante avec les associations affiliées à la Métis Nation of Saskatchewan.

De façon générale, les répondants sont d'avis qu'une plus grande sensibilité et qu'un plus grand respect envers la culture et l'histoire métisses sont apparus à la suite des activités du projet.

[TRADUCTION] Plus j'en vois, plus ça élargit même mon propre point de vue de savoir que parmi les vétérans de cette communauté, ce sont des Métis qui ont reçu le plus de décorations militaires ... Je crois que l'ensemble de l'histoire touchant ce sujet passe d'un point de vue « euro-centriste » pour atteindre un projet de guérison.

Établissement de partenariats et viabilité

Aucun partenariat *officiel* n'a été créé et la vie du projet est fragile. Il existe néanmoins de nombreux partenariats non *officiels*, y compris ceux conclus avec les dirigeants locaux, le personnel de l'école, le Kinsmen Club, le service des parcs et des loisirs, le receveur des postes, les conseillers municipaux, la municipalité rurale; leur appui a été utile et sincère. Cependant, le problème de la confiance entre les Métis et les non Métis dans la communauté n'est toujours pas résolu. Certains croient que d'autres « partenaires » trop enthousiastes pourraient demander à grands cris des fonds particuliers pour les Métis sans avoir l'intention de partager le pouvoir avec eux. Des liens *externes* ont également été créés avec le Métis Addictions Council of Saskatchewan Inc. (MACSI), le Gabriel Dumont Institute (GDI) of Native Studies and Applied Research et la Métis Nation of Saskatchewan (MNS). La FADG est la seule source de financement de l'Association; les responsables s'adresseront à Patrimoine Canada, au Gabriel Dumont Institute et au Clarence Campeau Development Fund pour obtenir d'autres fonds.

Responsabilité envers la communauté

Un membre de l'équipe croyait que les dirigeants métis contrôlaient et évaluaient constamment les activités du projet. Même s'il était souligné dans le projet qu'on utiliserait des feuilles de réponses pour évaluer et contrôler,²⁶³ aucune n'a été utilisée dans les rapports sur le contrôle du projet. Les dirigeants du projet peuvent avoir cru que la rédaction de rapports sur le contrôle du projet était le seul exercice d'évaluation demandé. Les communications avec la communauté comprenaient le partage d'un plan de travail de l'année deux du projet, un lien de communication non officiel constant avec l'école, le musée, le comité d'histoire et d'autres institutions métisses, ainsi que des communiqués de presse, des avis publics et des entrevues en direct.

Répondre aux besoins

En étudiant les pertes subies, en réclamant l'identité métisse, en documentant une histoire réelle et en utilisant cette information pour rééduquer la communauté, le projet a établi les fondements de meilleures relations non seulement avec les autres, mais encore au sein de la communauté métisse.

Succès et pratiques exemplaires

Des communications publiques et des manifestations culturelles qui offrent la possibilité de goûter la nourriture métisse, d'écouter des chants métis et de voir des danses métisses ont été bien accueillies. L'intérêt manifesté par des agences locales aux activités du projet a augmenté la confiance et les bonnes relations. L'établissement de liens avec d'autres organisations métisses a accru l'accès à l'information. Une présence physique constante (arborer le drapeau métis et l'exposition du chariot traditionnel de Red River) et une voix dans la communauté et aux activités culturelles à l'école ont été jugées comme des pratiques exemplaires.

Défis

Les responsables du projet ont éprouvé quelques difficultés à traiter avec certains Aînés métis qui n'étaient pas très enthousiasmés à l'idée de faire part de leurs expériences. Certaines relations dans la communauté sont tendues, en particulier celles avec un certain groupe d'Aînés qui estiment tout à fait naturel de démontrer une attitude dominante et hostile. Il faudra plus de deux ans pour changer de telles attitudes. Il a été également difficile de convaincre la population qu'on essayait d'améliorer les relations communautaires.²⁶⁴

Leçons apprises

Il nous faut plus de temps pour recevoir les Aînés métis en entrevue. La culpabilité et le déni qu'ils ont ressentis envers les séquelles des pensionnats ont exigé qu'ils retrouvent d'abord la confiance et le bien-être. Les nouvelles ressources accordées à des initiatives métisses soulèvent un certain mécontentement de la part de ceux qui s'en croient privés. Des façons créatives de travailler ensemble lors de la célébration de l'histoire de la communauté et de la culture peuvent vaincre ces sentiments. Concentrer les efforts auprès des jeunes qui ont un esprit ouvert pourrait s'avérer la meilleure utilisation des ressources. La ténacité de ceux qui se sentent menacés par un nouvel ordre social où la valeur métisse est reconnue était imprévue et sous-estimée. Changer la mentalité de ces gens nécessitera un long cheminement.

Conclusions

Même si le plan de la première année du projet prévoyait la rédaction d'un récit historique réel des Métis de Willow Bunch, le quart de l'ouvrage seulement est terminé. Néanmoins, le travail en collaboration avec le comité du musée en vue d'améliorer les expositions sur les Métis est bien lancé. Alors que l'ampleur et l'étendue du changement ne sont pas tout à fait évidents, « quelque chose » au-delà des changements physiques est manifeste à Willow Bunch. L'identification des Métis est à la hausse. Un plus grand nombre de Métis assistent aux réunions de l'Association et la communauté en général est plus intéressée dans la célébration de l'histoire et de la culture métisses, *en particulier* les écoliers.

Les facteurs suivants ont contribué à cette situation :

- le désir d'apprendre de la communauté;
- l'influence de la politique provinciale en matière d'éducation et un partenariat enthousiaste avec le directeur de l'école;
- des modifications législatives à l'intention des Métis (p. ex., le financement du développement économique et de l'éducation);
- des manifestations culturelles publiques et amicales;
- une présence physique (p. ex., le drapeau métis, l'exposition du chariot traditionnel de Red River, les manifestations culturelles, le local, tous présents *pour la première fois*);
- la participation et le soutien d'autres organisations métisses;
- les ateliers, l'utilisation des médias; et
- l'approche non menaçante de l'équipe du projet.

Néanmoins, un élément communautaire résiste toujours (d'environ 10 à 50 % de la population); ce groupe est formé de ceux qui ont tiré avantage d'une hiérarchie historique sociale; il n'a jamais quitté la communauté et se sent menacé par les changements apportés aux règlements sur la langue dans les écoles (l'anglais plutôt que le français est la langue première d'enseignement dans les écoles de la Saskatchewan). En outre, certains Aînés métis hésitent encore à partager leurs récits.

Recommandations

Les recommandations suivantes sont des propositions visant à améliorer l'administration et l'évaluation du programme. Ce sont :

- accroître l'information sur les Métis (discussions publiques et *documents écrits*; poursuivre les célébrations accompagnées de nourriture, de chants et de danses métis;
- inclure la *documentation préparée* dans le cadre du projet afin de la distribuer lors de manifestations culturelles et de séances d'information;
- faire paraître la *documentation préparée* dans le cadre du projet et une publicité des événements dans le journal local et les distribuer à toute la communauté afin de s'assurer que l'information est diffusée à toute la population de Willow Bunch.

Les recommandations de l'évaluation incluent :

- préparer une feuille de rétroaction à l'intention des participants qui guidera les améliorations;
- élaborer et mener un sondage auprès de la communauté afin de déterminer l'étendue de la connaissance des Métis et le taux de discrimination raciale.

Centre d'amitié de Kikinahk : Projet de développement de compétences parentales de Kikinahk
[Kikinahk Friendship Centre: Kikinahk Parenting Program]
(Projet de la FADG n° : RB-67-SK)

Description du projet

Cette étude de cas porte sur le Projet de développement de compétences parentales de Kikinahk (PDCPK) appliqué dans une collectivité rurale; il réunit des approches modernes et traditionnelles. L'objectif premier de ce projet est de s'assurer que des familles développeront des compétences parentales traditionnelles et modernes et adopteront des moyens de relier ces deux formes de compétences afin de devenir plus saines et plus fonctionnelles. Le PDCPK espère atteindre cet objectif au moyen d'un programme de développement de compétences parentales dont les composantes s'inspireront des modèles de compétences parentales traditionnelles et des attentes modernes en matière de rôles parentaux. Le PDCPK a associé une approche informelle, volontaire et « raccrocheuse » à un recrutement plus dynamique. Il a semblé que le bouche à oreille avait été le meilleur moyen d'encourager la population à s'inscrire au programme. Le counselling individuel, les rencontres hebdomadaires de groupes de soutien, les conférences, les soirées familiales et les événements spéciaux avec des Aînés (le camping, la récolte traditionnelle d'aliments, le partage de la connaissance traditionnelle) ont été quelques-unes des activités organisées par le PDCPK.

Le PDCPK est mis en application par le Centre d'amitié de Kikinahk (CAK) de La Ronge, en Saskatchewan, une communauté rurale d'environ 7 000 habitants. Il est lié de très près à d'autres programmes parrainés par le CAK et la collectivité, notamment la collectivité autochtone du Lac La Ronge, la Maison d'hébergement pour femmes, les services sociaux, le programme de médiation et de déjudiciarisation, le programme jeunes parents, Bon départ, le programme Extension, la coopérative de garde d'enfants, Service jeunesse Canada, le programme récréatif et le programme de nutrition prénatale. Les relations professionnelles, sans doute les plus étroites, sont entretenues avec la Maison d'hébergement pour femmes battues de Piwapan qui dispose d'un programme semblable à l'intention des parents.

Groupe cible : Le projet cible les Survivants, qu'ils soient Autochtones, Métis, gais ou lesbiennes, handicapés, hommes, femmes, jeunes ou aînés, qui vivent à La Ronge, en Saskatchewan, et dans la région avoisinante.

Financement : Le budget du PDCPK pour l'année s'élève à 186 190 \$.

Résultats et indicateurs

La carte de rendement suivante identifie les activités, les résultats souhaités et les mesures de rendement appliquées dans cette étude de cas.

Carte de rendement du Projet de développement de compétences parentales de Kikinahk [Kikinahk Parenting Program]

COMMENT?		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources		Groupes cibles	Résultats	
activités / résultats			résultats à court terme	résultats à long terme
<p>MISSION : Renforcer les liens familiaux entre les survivants des pensionnats et ceux qui ont subi des effets intergénérationnels afin que les familles des Premières Nations et métisses de La Ronge et de la région environnante puissent connaître une vie de famille heureuse et fonctionnelle.</p> <p>Traiter des problèmes d'ordre parental (p. ex. violence physique et psychologique, abus sexuels), donner de la formation aux membres de la famille afin de changer leur comportement individuel et collectif; counselling individuel, rencontres de groupe de soutien, activités en soirée (p. ex. soupers, danses), activités traditionnelles (p. ex. camping, cueillette d'aliments traditionnels), conférences, semaine d'activités culturelles, activités de groupe, fins de semaine de développement de compétences parentales; soirées à la soupe de cou de caribou et bannock avec les Aînés.</p>		Toute la communauté de Willow Bunch	Accroître le nombre de Métis qui participent aux activités culturelles et aux entrevues, sensibiliser davantage à l'histoire réelle des Métis.	Assurer une image positive de l'histoire des Métis de Willow Bunch et accroître la fierté d'être Métis.
<p>Comment saurons-nous que nous avons créé une différence ? Quels changements verrons-nous ? Quelle est l'ampleur des changements apportés ?</p>				
Ressources		Groupes cibles	Mesures à court terme	Mesures à long terme
186 190 \$		Nombre de familles qui ont pris part au programme communautaire.	Plus grande sensibilisation et plus grande compréhension des séquelles, habiletés à communiquer et attachement des parents envers les adolescents et vice-versa; participation aux séances de formation et de guérison; demandes de service de guérison individuelles; demandes de formation sur les séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats par la collectivité.	Diminution des taux d'abus, de la violence familiale, des placements d'enfants en foyers d'accueil, des suicides chez les enfants et les adolescents; changements manifestes en matière de systèmes de soutien communautaire aux survivants et à leurs familles.

L'équipe du projet et caractéristiques des participants

L'équipe du PDCPK était formée d'un agent financier, d'un coordonnateur de projets, d'une équipe de parents/Aînés et d'un chauffeur d'autobus. Alors qu'il n'était pas facile de préciser les qualifications et la formation des membres de l'équipe, il était évident que les Aînés/grands-parents choisis comme modèles de compétences parentales étaient très respectés, compétents et extrêmement motivés.

La majorité des participants étaient membres des Premières Nations (vivant dans les réserves ou hors réserves), des jeunes ayant subi les effets intergénérationnels et des chefs de famille monoparentales. Il s'agissait, pour la plupart, de femmes âgées entre 20 et 40 ans. Ces personnes se sont tout simplement présentées au CAK ou ont été envoyées par les services de santé mentale ou la maison d'hébergement pour femmes battues de Piwapan. Quarante personnes ont pris part de façon régulière à toutes ou à la plupart des activités parrainées par le PDCPK, et plus de 100 personnes ont participé à au moins une activité de guérison (p. ex. soirées familiales, conférences, fêtes, partage avec les Aînés). Cent cinquante personnes ont participé à des événements communautaires plus importants ayant pour but d'informer la collectivité sur les séquelles des abus physiques et sexuels dans les pensionnats. Encore une fois, la plupart des participants étaient des membres des Premières Nations ayant subi des effets intergénérationnels. Lors de cet événement, il y avait quatre fois plus de femmes que d'hommes.

Contexte

Le PDCPK s'est installé dans le gymnase du Centre de l'amitié, mais les grands-parents ont leur propre bureau où ils rencontrent les participants individuellement ou ils enseignent des activités traditionnelles à des groupes. Des salles de réunions servent aussi à la tenue d'activités pendant la journée ou en soirée et les parents peuvent amener leurs enfants à la salle familiale et participer aux activités du programme (un service de garderie est offert aux parents pour qu'ils puissent participer activement). Certaines activités ont l'acculturation a été parfois lieu à l'extérieur, dans une cabine sur une île.

La ville de La Ronge est située sur la rive ouest du lac La Ronge dans le nord de la Saskatchewan. Elle est en réalité une agglomération de trois collectivités : la ville, Air Ronge et la bande indienne de Lac La Ronge. L'acculturation est rapide, persuasive et accompagnée de certains éléments de dynamique sociale porteurs de stress, y compris le racisme et une structure de classe basée sur une économie monétaire. Il existe aussi de fortes tensions entre les partisans des religions euro-chrétiennes et ceux qui pratiquent la spiritualité traditionnelle autochtone. Selon les résultats de l'Enquête Nationale annuelle sur l'administration et le processus, les membres de l'équipe du PDCPK ont qualifié de pressants les défis communautaires suivants (il s'agit de problèmes qui affectent 80 % ou plus de la population) : les conditions économiques locales lamentables, l'alcoolisme et la toxicomanie, le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), les effets de l'alcoolisme foetal (EAF) et la violence familiale. La Ronge et les collectivités autochtones environnantes sont aussi aux prises avec une pénurie de logement. Dans certains cas, la situation est si catastrophique que deux ou trois familles vivent sous un même toit. Le nombre de jeunes sans-abri (âgés de moins de 25 ans) qui peuvent avoir été mis à la porte ou qui ont fui la violence du foyer familial est très élevé. Il était clair que la grande majorité des clients en santé mentale étaient des membres des Premières Nations (71 %) et un grand nombre (41 %) étaient des jeunes (entre 13 et 18 ans). Les problèmes mentionnés le plus fréquemment concernaient les relations interpersonnelles, les idées suicidaires, la dépression, l'anxiété et les troubles du

comportement. Finalement, toutes les poursuites contre des agressions étaient de nature sexuelle et *une proportion alarmante des victimes de ces accusations étaient des jeunes et des enfants!*

Cette étude de cas évaluera les changements relevés chez les participants et au sein de la collectivité. Les questions posées étaient les suivantes :

- Le PDCPK a-t-il permis l'apprentissage des compétences parentales traditionnelles et modernes?
- La collectivité est-elle plus sensibilisée aux séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats et en a-t-elle une meilleure compréhension?

Des entrevues ont été préparées en vue de recueillir des impressions sur des changements survenus à divers indicateurs à court terme. De véritables entrevues ont été menées par un membre de l'équipe de la FADG et la plupart des organisations de La Ronge qui aident les Autochtones ont été interrogées ou contactées.

Répercussions sur les personnes

Selon l'équipe du PDCPK, les caractéristiques des participants ont changé au fil du temps. Au début du projet, les femmes venaient seules, mais plus tard, elles étaient accompagnées de leur conjoint et de leurs adolescents. À vrai dire, l'équipe du PDCPK a été très surprise du taux de participation. [TRADUCTION] « Il y a des pères qui, pour la première fois de leur vie, ont fait part des sentiments qu'ils ressentaient envers leurs fils. »²⁶⁵ Les parents sont devenus de plus en plus à l'aise pour partager leurs avis et poser des questions. Certains semblaient être plus détendus et plus patients, étant devenus à la longue de meilleurs communicateurs. Ils avaient moins tendance à [TRADUCTION] « repousser leurs adolescents; » certains choisissaient soigneusement le ton et les mots qu'ils employaient pour s'exprimer, tandis que d'autres avaient plus de facilité à laisser leurs adolescents avoir du plaisir ou à faire des choses *avec* eux. Un participant a souligné que les mères qui avaient pris part au PDCPK recouraient moins souvent aux services que les autres. Aux yeux des répondants, la participation accrue des adolescents aux activités traditionnelles et leur connaissance des méthodes ancestrales étaient des preuves du grand enthousiasme et de la motivation de la collectivité. Quelques-uns ont envisagé de retourner aux études, alors que d'autres ont décidé de les poursuivre.

Vu de l'extérieur, il n'était pas toujours facile de juger du succès du programme. Même si des répondants avaient affirmé que certains avaient mis de l'« ordre dans leur vie » en trouvant du travail, en retournant aux études et en améliorant leurs relations, il semble que peu de parents aient cessé de boire, aient amélioré leur situation ou récupéré la garde de leurs enfants. Bref, un répondant s'est empressé de faire remarquer que si certains changements draconiens avaient été observés chez certains, d'autres [TRADUCTION] « n'ont modifié en aucune façon » leurs habitudes. Aussi, on peut se demander dans quelle mesure ces changements perdureront une fois le projet terminé.

Répercussions sur la collectivité

Les opinions étaient partagées sur la capacité du PDCPK à faciliter une plus grande compréhension des séquelles des abus physiques et sexuels. Alors que certains affirmaient qu'un grand nombre de personnes refusaient de regarder la réalité en face, d'autres pensaient que la collectivité était prête à aborder le problème, à tout le moins de manière superficielle. Au cours des quatre dernières années, aux moins trois ateliers de

sensibilisation ont été organisés dans la collectivité et une émission-débat radiophonique en langue crie sur les séquelles des abus sexuels et physiques dans les pensionnats a été diffusée; ces médias offrent *une image du milieu bien différente de ce qu'elle était il y a cinq ans*. L'âge semble aussi intervenir auprès des personnes de 40 à 50 ans qui parlent plus volontiers des séquelles des abus physiques et sexuels que leurs Aînés.

Les opinions divergeaient quant à l'intérêt et à la volonté de la collectivité à participer à ce programme. Au moins un répondant a indiqué que, même si la collectivité était au courant du PDCPK, le taux de participation était très faible. Cependant, d'autres ont indiqué que le nombre de visiteurs impromptus et de demandes de renseignements par téléphone au sujet du PDCPK n'avait cessé d'augmenter avec le temps. En fait, selon un représentant de l'équipe, les membres de la collectivité *demandaient* des informations sur les activités traditionnelles organisées par le PDCPK au lieu d'*attendre* qu'elles leur soient communiquées. La participation à la cueillette et à la préparation de mets traditionnels, y compris la chasse au caribou et le fumage du poisson, ont rappelé aux participants d'*agréables* souvenirs d'enfance. Cela a suscité une jouissance anticipée évidente et emballé la collectivité.

En ce qui concerne les changements survenus à long terme au comité des indicateurs sociaux sélectionnés, un informateur important a souligné que les taux de violence familiale demeuraient élevés et que les victimes, y compris les enfants, étaient traitées seulement après en avoir parlé aux autorités. Des informateurs clés ont déclaré ouvertement que les victimes d'abus sexuels primaires (victimes des abus) et secondaires (témoins de ces abus) étaient de plus en plus jeunes. Les taux sont toujours élevés et que le silence assure la perpétuation de ces abus. Alors que certains répondants étaient d'accord pour dire que les questions portant sur les abus sexuels avaient bien été traitées par le PDCPK, ils n'étaient pas convaincus que le lien entre ces abus et les pensionnats a été établi dans une capacité *clinique*. Encore une fois, les opinions divergeaient quant à savoir si le nombre d'enfants en foyers d'accueil avait augmenté ou non. Certains croyaient que oui, mais que la collectivité n'avait plus les ressources nécessaires pour desservir ces enfants. Enfin, alors que certains répondants étaient d'avis que la collectivité était en meilleure position pour intervenir plus rapidement, la plupart d'entre eux ne croyaient pas que les taux de suicides aient changé et affirmaient qu'ils étaient toujours aussi élevés. [TRADUCTION] « À Stanley Mission, il y a eu 125 tentatives de suicide en un an pour une population de 1 200 habitants. »

Alors qu'une moitié des répondants étaient d'avis que le PDCPK s'attaquait assez bien aux séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats, l'autre moitié jugeait que le programme éprouvait des difficultés à cet égard. Certains croyaient que ces séquelles avaient été abordées de manière appropriée parce qu'ils avaient remarqué une plus grande volonté de se renseigner sur le programme et éventuellement de demander de l'aide. D'autres répondants prétendaient qu'on n'avait pas bien compris ce que le PDCPK voulait offrir. Bref, ce n'est pas tous les membres de la collectivité qui ont compris clairement que le PDCPK était un programme de *guérison* et non une organisation de services à l'enfance et à la famille ou encore un moyen d'organiser un recours collectif.

Responsabilité envers la collectivité

Bien que la majorité de répondants (80 %) ait été d'avis que le PDCPK avait une responsabilité envers la collectivité, il y avait, selon eux, place à l'amélioration. Au moins un des répondants pensait que des efforts supplémentaires auraient dû être déployés, au-delà d'une émission radiophonique et de la distribution de dépliants et d'un bulletin, pour communiquer avec la population. De plus, les dirigeants scolaires auraient

aimé avoir la possibilité de donner leurs réactions. Le comité directeur du PDCPK ne s'est pas réuni étant donné que la plupart des membres étaient des professionnels et que leur horaire entraînait en conflit avec leur engagement.

Mis à part les fichiers du projet, les registres de participation et les rapports de la FADG, la façon dont le PDCPK a été évalué, ou s'il l'a été, n'était pas évidente. Rien n'indiquait que le PDCPK a procédé à ce plan d'évaluation. En fait, dans un bon nombre de rapports soumis à la FADG, les administrateurs du programme ont confondu la fin et les moyens. En d'autres mots, la majorité des réponses aux questions sur les résultats prévus (p. ex. les changements chez les participants) portaient presque exclusivement sur l'atteinte des objectifs de mise en oeuvre (p. ex. la participation au projet).

Résultats

L'éducation des parents et les activités traditionnelles organisées par des Aînés qualifiés, qui n'attendaient que l'occasion de corriger les fautes commises dans les pensionnats, ont offert une base solide aux personnes qui désiraient en finir avec les séquelles de ces abus sexuels et physiques. Même si le PDCPK n'a pas répondu aux besoins de tous ou qu'il n'a pas touché profondément toutes les personnes qui y ont pris part, il a eu des effets, même de courte durée, dans certaines familles. De plus, il semble que le relâchement des entraves du déni de la vérité, bien qu'incomplet ou imparfait, se soit assoupli à La Ronge. Cependant, rien n'assure que ce désir de changement aura un effet *durable* sur les participants au PDCPK ou si cet effet se propagera de manière plus générale dans la collectivité. Afin de combler ces lacunes en matière de compréhension, une information plus complète devra être obtenue sur les points suivants :

- les caractéristiques des participants et plus particulièrement les raisons pour lesquelles le programme répond mieux aux besoins de certaines personnes qu'à d'autres?
- la durée des conséquences (qu'en est-il après six mois, un an, deux ans?)
- les taux actuels d'abus physiques et sexuels d'enfants en foyer d'accueil, de suicides et d'incarcérations au sein de la clientèle cible?

Les grands-parents/Aînés qui ont participé activement au PDCPK au cours de sa première année d'existence ont gagné une solide réputation auprès des participants; certains d'entre eux ont même abandonné le programme après le départ des grands-parents/Aînés. Leur approche impartiale, réconfortante et culturellement adaptée au renforcement des compétences parentales, jumelée à leur motivation inépuisable, a contribué au succès du PDCPK. La dynamique de groupe et la sensibilisation aux séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats sont maintenant reconnus comme des agents de changement puissants. Réunis en un *groupe*, les participants n'étaient pas isolés dans leur lutte et ils ont fini par comprendre, à la longue, qu'ils n'étaient pas seuls à vivre ces problèmes. Les participants ne se considéraient plus comme de « mauvais » parents, mais comme des parents en manque de compétences et de soutien.

Le changement survenu a aussi été attribué à la motivation des participants ou à leur « réceptivité » au changement. Le PDCPK enseigne des aptitudes à communiquer qui remplacent d'anciennes méthodes d'interaction empreintes d'émotion et généralement futiles. De toute évidence, les participants apprécient l'apprentissage de ces nouvelles méthodes qui les aident à rompre le cycle des abus, ils aiment [TRADUCTION] « apprendre une façon d'élever les enfants différente de celle utilisée à leur endroit. » Le fait que le programme insiste sur les aptitudes à communiquer, le temps de « qualité » passé avec les enfants, les visites à domicile

et l'importance des modèles de comportement efficaces sont des éléments qui ont été responsables en grande partie du changement. Enfin, chose peut-être plus importante encore, les participants ont senti que les membres de l'équipe les respectaient, ce qui a aidé à instaurer un climat de confiance. Les jeunes ont apprécié le fait d'être écoutés et compris et de pouvoir établir des liens avec des personnes de leur âge, ce qui a rendu le PDCPK intéressant.

De nombreuses raisons expliquent pourquoi la participation de certaines personnes et de certaines familles au PDCPK n'a pas changé leur vie. Les conditions socio-économiques de la collectivité et le déni sont peut-être les obstacles les plus difficiles à franchir. Cependant, l'absence d'un accès approprié et durable au développement de compétences parentales, aux programmes de soutien, aux défis personnels en matière de toxicomanies, d'analphabétisme et de pauvreté, jumelés au racisme et au classisme, y ont peut-être joué un rôle.

Etablissement de partenariats et viabilité

Le PDCPK a collaboré étroitement avec d'autres programmes du Centre d'amitié, ainsi qu'avec des institutions locales et des personnes ressources. Néanmoins, les répondants étaient presque unanimes à reconnaître que le PDCPK ne pourrait survivre sans l'aide de la FADG.

Répondre aux besoins

La majorité des participants au PDCPK étaient de jeunes mères célibataires et la collectivité était heureuse de la mise sur pied d'un programme d'information sur les séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats. Ce programme adapté à la culture autochtone et non imposé auquel ont pris part des Aînés cris et qui offrait des cours de développement de compétences parentales traditionnelles, a aussi comblé un vide. Cependant, les répondants ont senti que les besoins excédaient les ressources du PDCPK et que l'établissement de partenariats aurait pu permettre d'atteindre de meilleurs résultats. De plus, le déni *persiste* à La Ronge. Quatre-vingt pour cent des répondants croyaient que le PDCPK pouvait améliorer leur capacité de bien cibler les personnes qui avaient le plus besoin d'aide.

Pratiques exemplaires

Aux dires des participants, la présence, l'expérience et la personnalité des grands-parents cris ont joué un rôle important dans l'avènement de tout changement positif. La plupart des participants ont aussi apprécié les repas, les conférences, les cours sur le développement de compétences parentales et sur la communication, les sorties en famille, les activités traditionnelles et l'éducation sur les séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats; ils ont jugé ces composantes du programme comme des réussites. Il faut noter en particulier la conférence communautaire intitulée « Journey to Awareness » (*Cheminement vers une prise de conscience*) qui a alimenté un dialogue sur des questions sociales douloureuses. Établir des liens professionnels avec des services complémentaires et assurer le bien-être des membres de l'équipe ont également été jugés comme des pratiques exemplaires. Le lieu du programme, le leadership et l'appui communautaires avaient aidé à créer des conditions favorables au changement. Ce programme a tiré avantage d'une solide administration, du dévouement de quelques membres de l'équipe, d'une formation et d'une éducation pertinentes ainsi que d'une *vision* à long terme.

Défis

Kikinahk a dû relever au jour le jour les défis suivants :

- des services insuffisants qui ne peuvent répondre à la demande;
- un manque d'engagement de la part de la communauté et d'incitation à participer au programme, surtout dans le cas des jeunes;
- la nature « informelle » du programme a pu être perçue comme un service de garderie;
- des ressources limitées donnent des résultats limités;
- le conseil s'était opposé à l'utilisation de pratiques spirituelles traditionnelles;
- un roulement élevé du personnel;
- une absence de savoir-faire et de soutien à l'évaluation;
- un manque de transport sur le site des événements;
- un manque d'engagement de la part des grands-pères.

La pauvreté et le manque de compétences parentales sont des problèmes graves (qui affectent au moins 80 % des participants). Le manque de participation des Survivants, le déni, la peur, le chagrin, la violence physique subie en milieu familial ou en foyer d'accueil, les problèmes familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie, l'analphabétisme et le manque d'aptitudes interpersonnelles sont des problèmes graves (c'est le cas de 40 à 80 % des participants).

Le déni était aussi un obstacle au progrès, et les répondants ont affirmé qu'il aurait pu être contourné en augmentant la participation des Survivants lors de la planification du programme. Une plus grande participation des parents de jeunes enfants aurait aussi permis au PDCPK d'appuyer et de conseiller d'autres parents. Les Aînés devaient constamment encourager les participants à *passer du temps* avec leurs familles et à prendre part aux *activités avec* leurs enfants. L'établissement de partenariats plus solides avec les écoles aurait pu inciter davantage les jeunes à participer au PDCPK, car leur taux de participation était jugé très bas.

Leçons apprises

Voici quelques exemples de leçons apprises par l'équipe du PDCPK :

- trouver les *bonnes* personnes pour accomplir les tâches prévues;
- la vérification exhaustive des casiers judiciaires est **absolument essentielle**;
- éviter la dépendance aux services offerts par le programme;
- on ne peut dire aux Aînés quoi faire;
- protéger l'équipe contre l'épuisement professionnel;
- les fêtes traditionnelles et les danses pour les jeunes sont des rassemblements sociaux populaires;
- une analyse plus rigoureuse des compétences professionnelles et des aptitudes des membres de l'équipe;
- aborder des sujets délicats et en discuter pourrait mener à des partenariats ou à des initiatives en vue d'affronter directement les problèmes (p. ex., SAF et EAF);
- les écoles sont très désireuses de trouver des Aînés qui connaissent bien les méthodes traditionnelles;
- une association de méthodes de guérison modernes et traditionnelles serait réalisable;

- prévoir et repousser les efforts des avocats qui essaient d'obtenir des noms de Survivants pour solliciter leur participation à des recours collectifs éventuels;
- mettre l'accent sur le groupe cible.

Conclusions

Le PDCPK a-t-il réussi à rendre les adultes plus à l'aise dans leur rôle de parents et à leur faire acquérir de nouvelles connaissances ? Dans le cas de certains participants, les objectifs du programme ont été atteints. Pour d'autres, un peu plus réfractaires au changement, une approche différente aurait dû être employée. Le PDCPK a attiré davantage de femmes que d'hommes et bien qu'il ait suscité un intérêt envers les abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats et ait accru la sensibilisation de la communauté sur les séquelles de ces abus, le déni et le silence subsistent toujours. Parmi les éléments les plus importants qui ont contribué au succès du PDCPK, signalons :

- le dévouement, le savoir-faire et la personnalité des Aînés/grands-parents qui ont participé au programme;
- la motivation des participants pour assurer à leurs enfants une meilleure vie que la leur;
- le fait que le projet n'ait pas été imposé et qu'il a été adapté à la culture autochtone;
- l'ambiance qui régnait au sein de la communauté et dans le cadre du programme qui permettait de placer les luttes individuelles dans un contexte d'injustice sociale.

Cependant, comme dans tout processus de guérison, le développement de compétences parentales ne se fait pas du jour au lendemain. Il faudrait peut-être investir des années d'efforts dans le PDCPK avant que les séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats se soient totalement dissipées dans la région de La Ronge.

Il y avait une différence évidente entre les personnes qui ont accepté de parler des séquelles des abus et qui ont demandé de l'aide et celles qui ont refusé. Bien que les ressources limitées et les efforts initiaux doivent porter sur les personnes qui sont prêtes, certaines directives devraient être mises en place afin d'éliminer de façon créative le déni qui persiste, et pas seulement dans le contexte communautaire. Nous savons que la sensibilisation aux séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats est efficace à cet égard, dans la communauté et chez les personnes. Il a été démontré à maintes reprises que le fait d'inviter et d'attirer les femmes à participer peut agir comme un catalyseur sur la famille. Des stratégies particulières doivent être élaborées afin d'inciter un plus grand nombre d'hommes, qui sont constamment et sensiblement sous-représentés, à prendre part aux programmes de guérison.

Recommandations

Les recommandations relatives à la réalisation de ce projet ont été réparties en trois grandes catégories : formation d'une équipe, réalisation du projet et évaluation.

Formation d'une équipe :

- Choisir des membres du comité directeur qui s'engageront durant toute la durée du projet;
- embaucher un personnel dévoué qui possède la formation et les aptitudes nécessaires pour exercer ses fonctions pendant toute la durée du projet;

- consulter des Survivants lors des processus d'embauche du personnel et d'élaboration du programme.

Réalisation du projet :

- Avoir une *vision* et insister sur la poursuite des services (p. ex. de 10 à 25 ans);
- faire participer les écoles locales à la sensibilisation aux séquelles des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats;
- renvoyer les cas sérieux aux organismes appropriés lorsqu'ils sont connus;
- se concentrer sur les groupes cibles;
- bâtir la capacité et les ressources humaines;
- surmonter les obstacles créés par le déni et inciter les hommes à participer aux programmes de guérison.

Évaluation :

- Élaborer des questionnaires sur la satisfaction de la clientèle;
- établir une distinction précise entre les activités et les résultats;
- l'évaluation directe est la meilleure. Dresser la liste de projets et les aider à obtenir et à utiliser des instruments ou l'information afin de déterminer les changements survenus aux participants du projet et à la communauté. Que des exemples de critères pour évaluer la satisfaction des clients, les compétences parentales, la guérison des abus sexuels, l'estime de soi, l'employabilité et autres aspects du changement exigés par les projets soient obtenus et mis à la disposition pour être utilisés durant les projets. Une structure de l'évaluation afin que les équipes de projets puissent recueillir des données brutes qui peuvent être analysées à l'externe;
- accroître les efforts en vue d'explorer des explications opposées;
- dresser le profil des personnes pour lesquelles le programme a fonctionné. Relever ce qui les différencie de celles pour lesquelles il n'a *pas fonctionné*; le déni est-elle le *seul* obstacle? Qu'en est-il des autres caractéristiques distinctives comme l'âge et le sexe?
- imposer l'adhésion au plan d'évaluation et un suivi à long terme stipulés dans la proposition comme une condition de financement.

Nelson House Medicine Lodge : Centre de counselling de Pisimweyapiy
[Nelson House Medicine Lodge: Pisimweyapiy Counselling Centre]
(Projet de la FADG n° : CT-373-MB)

Description du projet

Le Centre de counselling de Pisimweyapiy²⁶⁶ (projet de la FADG, numéro CT-373 MB) est décrit comme un [TRADUCTION] « programme de neuf (9) semaines, axé sur la communauté et divisé en deux phases. Il a pour objectif **d'encourager l'amélioration du comportement personnel et social des anciens élèves des pensionnats et de leurs familles**, en vue de rendre la communauté plus saine. »²⁶⁷ Les objectifs soulignés dans le présent document sont les suivants :

- fournir un environnement sécuritaire, structuré et stimulant axé sur le *soutien thérapeutique direct*, et renforcer le *réseau de soutien local*;
- élaborer du matériel documentaire sur le processus thérapeutique, la gestion de la clientèle et les horaires de travail;
- améliorer et renforcer les aptitudes à communiquer et les relations interpersonnelles;
- maximiser la fierté, l'autoresponsabilité et l'acceptation;
- réduire le nombre de décès, d'éclatement des familles et le génocide culturel causés par les séquelles des abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats.

Le Centre de counselling de Pisimweyapiy a été conçu et structuré pour fonctionner comme un programme de jour offrant des services thérapeutiques axés sur la communauté. Ses méthodes et ses activités sont les suivantes :

- gestion de cas, planification de l'évaluation et traitement, thérapie individuelle et familiale, planification après-traitement et suivi;
- cercles de guérison pour hommes et pour femmes, groupes d'entraide, les ateliers (p. ex., sur les abus sexuels, l'art d'être parent, la famille, le syndrome des pensionnats, l'intervention en cas de suicide et l'après-traitement, les aptitudes à communiquer, la gestion de la colère, le chagrin et les pertes);
- enseignements et cérémonies traditionnelles;
- visites de pensionnats et choix de médicaments;
- conditionnement physique régulier et nutrition;
- visites à domicile pour animer des séances familiales.

Le Centre de counselling de Pisimweyapiy appartient à la Nation crie Nisichawayasihk et mène ses activités à partir d'une maison mobile placée sur le terrain de la Nelson House Medicine Lodge (NHML). Même si cette maison mobile est placée en un endroit pratique, l'espace manque, et il est impossible de préserver la confidentialité (p. ex., les murs ne sont pas insonorisés et les participants sont trop à l'étroit).

Groupe cible : Ce groupe réunit tous les adultes autochtones locaux (Métis, Inuit, membres des Premières Nations, résidant sur les réserves ou hors réserves), les jeunes et les familles de la région affectées par les séquelles de leur séjour dans les pensionnats.

Financement : Le Centre de counselling de Pisimweyapiy est un complément des services actuels offerts par la NHML. Il a d'abord été financé à titre de projet pilote (du 1^{er} février 2000 au 31 janvier 2001). Le financement s'est poursuivi jusqu'au 31 janvier 2002. Le projet a ensuite reçu une deuxième subvention de 464 526 \$, et c'est cette dernière phase du projet qui a été examinée ici.

Équipe du projet

Le directeur général est membre du groupe de travail du Centre de traitement; il détient une maîtrise en travail social et possède de l'expérience à titre de conseiller principal. Le coordonnateur possède un baccalauréat en travail social et a en outre, fait beaucoup de bénévolat auprès d'organisations autochtones. L'équipe compte également trois thérapeutes et un administrateur adjoint. L'un d'eux a été formé en travail social. Il possède quinze ans d'expérience en counselling et au sein des services correctionnels pour les Premières Nations. Le second est un Survivant. Il détient un certificat en counselling appliqué et a été à l'emploi de la Medicine Lodge à titre de conseiller. Le troisième thérapeute est un Survivant, diplômé en développement social communautaire. Il a occupé différents postes dont celui d'animateur d'éducation communautaire, de radio-diffuseur et d'animateur de cours en dynamique de la vie. Il possède en outre une vaste expérience de travail en éducation et en services sociaux auprès des Aînés et des jeunes adultes. Ce projet fait régulièrement appel à l'aide d'Aînés. L'un des membres du conseil d'administration est un Aîné respecté dans la communauté et est aussi un Survivant. Le personnel possédait déjà de la formation en informatique, supervision et gestion, gestion du temps et changement et développements thérapeutiques ainsi que des compétences en intervention familiale et auprès des couples.

Caractéristiques des participants

Parmi les défis les plus importants que le groupe de participants devait relever citons les abus physiques (dont la plupart ont été victimes) et l'alcoolisme (90 %). Un grand nombre d'entre eux (>60 %) est également aux prises avec des antécédents d'abus sexuels, de violence familiale, de criminalité et un manque de compétence de base en . dynamique de vie. Même si la répartition des membres selon le sexe est à peu près égale, les femmes sont tout de même plus nombreuses que les hommes. L'âge de la majorité des participants se situe entre 25 et 45 ans. La plupart d'entre eux sont membres des Premières Nations et résident dans des réserves. Un grand pourcentage (85 %) est victime d'effets intergénérationnels.

Contexte communautaire et régional

La Nation crie Nisichawayasihk (NCN) vit sur la rive nord du lac Footprint, à l'ouest de Thompson et au nord-est de Le Pas au nord du Manitoba. La chasse, le trappage et la pêche constituent les activités économiques de base de la communauté. Le partage traditionnel de la richesse est encore pratiqué sous forme de dons de récoltes à la communauté des Aînés. Les entreprises locales comprennent une association de trappeurs, des industries forestières, un service aérien, un ensemble domiciliaire, des magasins à rayon et d'alimentation ainsi qu'un dépanneur et une station service. On y trouve également un service de taxi et d'autobus ainsi qu'une garderie. La Corporation de développement communautaire possède et exploite un motel et une taverne, tous deux situés à Thompson. Les installations et les services locaux comptent un bureau du conseil de bande, une salle communautaire, un immeuble récréatif et une salle de billard, un poste de soins infirmiers, un service de maintien de l'ordre et une école (de la maternelle à la 12^e année). La plupart des maisons sont branchées sur les systèmes d'eau et d'égout; Par contre, certaines doivent faire

appel à des services de livraison d'eau et de vidange de fosses septiques par camion; trois maisons sont privées de services d'eau et d'égouts. Les services de santé dont la communauté dispose comprend la Nelson House Medicine Lodge (un centre de traitement de l'alcoolisme et de désintoxication) et divers services de santé intégrés.

Bien que la NCN soit protégée en vertu des dispositions de la Convention sur l'inondation des terres du nord du Manitoba, l'aménagement hydro-électrique a profondément perturbé le mode de culture traditionnel cri, endommagé les terres ancestrales et, par voie de conséquence, affecté négativement le bien-être social et familial. Même si les indicateurs sociaux ont fourni peu de renseignements, il apparaît cependant évident que toutes les agressions physiques et les abus familiaux *dans la communauté*, ainsi que la plupart des crimes commis à *Thompson*, sont associés aux toxicomanies et aux abus d'enfants de 8 à 12 ans. De l'extérieur, la communauté est reconnue pour son esprit d'initiative, elle est bien organisée et progressiste. Elle applique des mesures en vue de réduire le nombre de crimes et s'occupe des problèmes sociaux. Bien qu'il n'y ait pas eu de suicides depuis longtemps, il y a des accidents mortels, de nature suspecte, souvent dus à l'alcool. Aussi, le directeur des services à l'enfance et à la famille a souligné qu'il traitait 62 cas de problèmes familiaux impliquant 229 enfants. Sur les 2 058 résidents de la réserve, on estimait à 242 le nombre de Survivants des pensionnats (sans compter ceux qui ont subi des effets intergénérationnels).

Résultats et indicateurs

Le CCP a entrepris la création d'un réseau de soutien en offrant des services thérapeutiques individuels, en groupe ou en milieu familial (séances individuelles, cercles de guérison répartis selon l'âge et le sexe, groupes d'entraide, visites à domicile, excursions, intervention post-traitement et traitement prolongé). Il ont introduit et mis en pratique des modes de vie nouveaux et plus sains, par le biais d'ateliers et de présentations, d'enseignements et de cérémonies traditionnels, de conditionnement physique et de nutrition. Le projet vise également à consolider le soutien disponible aux Survivants en établissant des réseaux et en échangeant avec d'autres organisations. Les résultats souhaités à court terme sont les suivants :

- surmonter ou réduire suffisamment le déni pour faire fonctionner le programme selon sa capacité (plus de 85 % de sa pleine capacité);
- transformer les traumatismes de l'enfance en guérison et développer les capacités d'autonomie;
- faire disparaître les habitudes malsaines de survie;
- réduire les taux de mortalité accidentelle et de suicides, de destruction la familiale et faire cesser le génocide culturel.

À long terme, le CCP souhaite que les participants et leurs familles fassent partie d'un réseau de soutien plus large, plus dynamique, permettant aux Survivants de prendre une part active dans leur démarche de guérison et de leur bien-être, d'apprendre à mener une vie autonome et de redécouvrir leur esprit. La « carte de rendement » suivante offre une vue d'ensemble du mandat du projet, des ressources, de la cible, des buts et des objectifs et mentionne les sources d'information qui seront utilisées pour prendre note des changements.

Carte de rendement de la Nelson House Medicine Lodge

Énoncé de mission : améliorer et habiliter le comportement personnel et social des anciens résidents des pensionnats et de leurs famille et contribuer de ce fait à la santé et au bien-être généraux de la communauté.			
COMMENT?	QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources activités / résultats	Groupes cibles	Résultats	résultats à long terme
Normaliser, universaliser et « dépathologiser » les effets des séquelles en utilisant la gestion de cas, les séances en groupes (petits et gros) les cérémonies traditionnelles, les excursions, le conditionnement physique, les visites à domicile, le recrutement et l'accueil, le post-traitement et le traitement continu; présenter et mettre en pratique de nouveaux modes de vie, la thérapie individuelle, en groupe et en famille, les efforts personnels, l'embellissement de la communauté.	Les Survivants, les familles et les membres de la communauté qui ont subi les effets intergénérationnels au Manitoba.	Surmonter ou réduire suffisamment le déni pour appliquer le programme selon sa capacité; accroître la transformation des traumatismes de l'enfance en guérison et en habilitation; réduire la participation à des comportements malsains; améliorer la manière d'agir de la famille; augmenter les comportements sociaux habitants; commencer la guérison; réduire les réactions malsaines; étendre le réseau auto-amendé de guérison des Survivants.	Les participants et leurs familles font partie d'un réseau de soutien de Survivants actifs élargi, auto-amendé et habilité dans leur propre cheminement vers la guérison et le bien-être qui ont appris comment vivre de façon autonome et qui ont découvert leur esprit.
Formation du personnel et services professionnels.	Le personnel et les dirigeants de la communauté.	Accroître la capacité de traiter les séquelles des abus physiques et sexuels, augmenter la connaissance et la compréhension de ces séquelles, augmenter l'accès et la participation au réseau en expansion de soutien qui est familier et capable de répondre à ceux qui souffrent de ces séquelles.	
Comment saurons-nous que nous avons créé une différence ? Quels changements verrons-nous ? Quelle est l'ampleur des changements apportés ?			
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme	Mesures à long terme
464 526 \$ pour un an seulement	# de participants au sein de la communauté, 3 inscriptions par année.	Taux de participation; changements observés dans la manière d'agir des familles; nombre de personnes ou pourcentage de la population engagée dans un soutien mutuel; réaction des participants, des thérapeutes, des dirigeants, des Aimés, des agences d'aiguillage; changements observés ou signalés indirectement par l'intéressé concernant ses capacités de réaction	Taux de suicides et de tentatives de suicide; taux de dépendance au bien-être social; taux des sans-abri, taux de toxicomanies mesurés selon le nombre d'infractions criminelles liées à l'alcool ou à la drogue, participation au traitement.
Budget de formation?	# de personnes en formation.	Changements observés ou signalés par l'intéressé concernant la compréhension et la capacité de traiter les séquelles des abus physiques et sexuels; réaction des agences d'aiguillage concernant les changements à l'accès aux services spécialisés qui conviennent aux Survivants et qui peuvent les aider.	

Incidence sur les personnes

Il y a eu désaccord sur l'étendue et sur l'ampleur du changement en ce qui concerne les habitudes de vie. On a noté des preuves de changement chez certains participants, qui semblaient avoir une plus grande facilité à demeurer sobre, à chercher un emploi, à dévoiler leurs traumatismes passés, à s'extérioriser, à chercher une satisfaction spirituelle et à recruter d'autres personnes pour s'inscrire au programme. Des participants ont déclaré qu'ils se sont sentis de plus en plus à l'aise au fil du programme. Des conseillers qui ne portaient pas de jugements et qui étaient sincères, dignes de confiance, chaleureux, respectueux, engagés et ouverts aux différences culturelles ont grandement facilité la guérison. Une combinaison de cours en groupe, de counselling individuel et d'environnement *sécuritaire* ont également été importants.

Tous les répondants ont déclaré que les changements au niveau de la compréhension des séquelles des abus sexuels et physiques chez les participants avaient été modestes. Cependant, il y a eu désaccord complet sur le nombre de participants qui ont vécu ce changement. L'un d'eux a affirmé qu'il était peut-être trop tôt pour voir un important changement sur le plan de la compréhension, alors que d'autres ont remarqué une plus grande ouverture lors des discussions au sujet des séquelles des abus sexuels et physiques. Les changements ont été facilités grâce au soutien des dirigeants, à la participation d'un Survivant et au fait que l'on ait donné beaucoup de place à la diffusion d'information sur les séquelles. L'équipe a reconnu que les participants avaient quitté le programme avec une plus grande estime d'eux-mêmes, bien que ses membres ne soient pas tous d'accord sur l'ampleur du changement ou sur le pourcentage de participants qui ont atteint ces résultats. Les preuves qui ont été citées au sujet de ces comportements incluaient le changement des expressions faciales, passant de la tristesse à la paix, l'obtention d'un emploi lucratif et une démonstration plus spontanée des gestes affectueux. L'équipe a donc noté l'influence positive sur les comportements de l'information sur les séquelles des abus physiques et sexuels, de l'encadrement thérapeutique dans le contexte de la culture crie, de la responsabilisation, du *choix* et le fait que l'entraide a été mise de l'avant. L'équipe croyait également que la formation a encouragé les participants à traiter plus efficacement les séquelles des abus sexuels et physiques et à aider les Survivants.

Alors qu'on s'est plus ou moins entendu sur l'augmentation de la fierté culturelle ou sur l'ampleur du changement chez les participants au niveau individuel, certains changements ont fait l'unanimité chez l'équipe. La majorité des participants a été enchantée des enseignements culturels qui leur ont été offerts et avait hâte d'en apprendre davantage, alors que d'autres ont résisté. Le CCP a senti que son programme, associé au renforcement reçu à la Medicine Lodge, était responsable de ce changement. Il a également senti que la dynamique de groupe a renforcé ces impacts. Lorsqu'elle a été interrogée sur les risques auxquels les participants étaient exposés en matière d'abus physiques et sexuels, de mise en tutelle par la province et de suicide, l'équipe était d'accord que les risques d'abus physiques et de suicide pouvaient avoir diminué, mais qu'elle ne pouvait en être sûre à propos des abus sexuels et de la mise en tutelle par la province étant donné le niveau de déni de la communauté. Bien qu'il n'y ait pas eu de suicide dans la communauté depuis la mise en application du programme, l'équipe croyait qu'il était encore trop tôt pour établir s'il le programme avait fait une différence sur les taux d'abus sexuels et des enfants placés en foyers d'accueil.

La majorité des participants (11 sur 19) ont qualifié les services d'excellents, alors que les autres (8) ont déclaré qu'ils étaient bons. La plupart d'entre eux (18) étaient d'avis que, de façon générale ou sans aucun doute, ils avaient reçu les services qu'ils désiraient; un seul participant n'était pas de cet avis. Presque tous également (18) croyaient que le programme répondait à la plupart de leurs besoins alors qu'un seul était

plutôt d'avis que ce programme ne répondait qu'à quelques-uns de ses besoins. La majorité des participants (15) était très satisfaits et le reste du groupe était satisfait du service. Les suggestions ont été peu nombreuses, en voici cependant quelques-unes :

- faire les réunions dans une plus grande salle;
- augmenter les présences en obligeant les participants à venir;
- inclure un plus grand nombre de groupes de femmes et d'enseignements culturels;
- outre le centre axé sur la thérapie, offrir des visites à domicile et des services de post-traitement;
- offrir de plus petits ateliers sur les toxicomanies;
- augmenter la durée des séances de counselling, en les faisant passer de quatre à cinq heures.

La plupart des participants ne tarissaient pas d'éloges à l'endroit du contenu et de l'équipe du projet. Voici quelques commentaires :

[TRADUCTION] Je suis très satisfait et très heureux des services que j'ai reçus. Je continuerai de chercher de l'aide auprès des services de counselling.

[TRADUCTION] J'ai recommandé ce programme à mes amis et à ma famille.

[TRADUCTION] Tous ceux qui croient obtenir de l'aide de ce centre se feront à eux-mêmes une grande faveur et franchiront une importante étape vers la guérison parce que c'est ce qu'ils obtiendront. Excellents services!

[TRADUCTION] Je me demande pourquoi j'ai gardé cette douleur si longtemps. Le conseiller a pu m'aider en me faisant vaincre cette douleur... En constatant que l'ancien pensionnat me revenait avec de mauvais souvenirs, j'ai pu en quelque sorte faire disparaître cette mauvaise expérience. Il m'a donné de la confiance et a accru mon estime de soi.

[TRADUCTION] J'ai tellement reçu de ce centre. J'ai découvert le fond de mes problèmes ... J'ai particulièrement apprécié la visite de mon ancien pensionnat. Elle m'a permis de faire disparaître des souvenirs malheureux et tristes ... Je continuerai de chercher à obtenir de l'aide après ce programme.

[TRADUCTION] Mon seul souhait serait que mes deux soeurs viennent ici. Je demande à ma mère de les encourager à venir; c'est un programme fantastique!

Incidence sur la communauté

Soixante-sept participants sur un total possible de 75 étaient impliqués dans le programme et 19 l'ont terminé, ce qui représente un taux de participation de 89 pour cent et de participation complète de 28 pour cent. À chaque nouvelle session, le nombre d'inscriptions augmentait de plus en plus, à tel point qu'à la quatrième, le nombre de participants était supérieur à la capacité du programme (une session compte habituellement 15 participants et, à cette occasion, il y en a eu 20). Finalement, *les participants se sont inscrits sans avoir été recommandés*. Le seul obstacle semble avoir été d'intéresser les membres de la famille impliqués dans la phase 2 du programme de thérapie; toutefois, pendant la durée du projet, un nombre

croissant de couples a commencé à venir au CCP. Ces couples ont reconnu que les changements positifs étaient dus aux partenariats et aux réseaux locaux, au cadre confidentiel offert par le programme, à la vive curiosité de la communauté, aux aptitudes de l'équipe, à la visibilité du projet et à l'exemple donné par ceux qui venaient de terminer le programme et par les participants récents. La communauté croit qu'il y a, au total, 242 Survivants (sans compter ceux qui subissent des effets intergénérationnels), et elle reconnaît qu'il y a encore beaucoup de travail à faire.

Pour créer son réseau de soutien, le CCP a formé des groupes d'entraide, intéressé des Aînés à se mettre à la disposition du programme et conclu des ententes avec des thérapeutes. Des aiguillages obligatoires ont été faits au CCP, mais environ 80 % des personnes en cause n'ont pas terminé le programme. De plus, le groupe consultatif sur les pensionnats, le comité des Survivants et le conseil d'administration de la Nelson House Medicine Lodge ont accordé leur soutien à l'équipe du CCP. L'équipe et les informateurs de la communauté diffèrent d'opinion sur l'ampleur du changement vis-à-vis de la compréhension des séquelles des abus sexuels et physiques démontré par la communauté. On reconnaissait que le déni n'avait encore complètement disparu; cependant, lorsqu'il y avait un changement évident, il se remarquait par un plus grand nombre de gens qui attendaient le bulletin mensuel, des discussions ouvertes et qui savaient mieux le fait que le CCP est une initiative de *guérison* (et non de compensation). Le taux de divulgation a également contribué à accélérer le niveau de connaissances au sujet des séquelles.

[TRADUCTION] On a révélé dernièrement qu'une école avait été nommée en l'honneur d'un directeur qui avait abusé des enfants pendant trente ans. Le conseil d'administration a pris connaissance de la chose et a changé le nom de cette institution. Ce geste constitue une invitation aux Survivants à parler.

La compréhension accrue des séquelles des abus physiques et sexuels a été attribuée :

- à la bonne volonté de la communauté;
- aux actions du comité spécial sur les pensionnats;
- à l'augmentation des ressources pour traiter la guérison;
- aux initiatives du CCP (p. ex., conférences, visites des pensionnats, campagnes de relations publiques);
- aux membres de l'équipe du CCP qui sont des Survivants compétents, capables d'inspirer la guérison et de permettre aux autres de se sentir en sécurité;
- à l'engagement des Aînés.

L'une des retombées positives a été l'animation réussie d'une conférence de cinq jours à Troy Lake, organisée par les Survivants des pensionnats de la communauté et d'autres organisations des environs de Thompson. Une autre conférence a réuni en mars 2002 des dispensateurs de services et des intervenants qui travaillent avec les Survivants. De plus, une conférence a été également planifiée pour l'été 2002.

Le CCP a obtenu une très bonne note pour sa responsabilité envers la communauté. Une forte majorité a déclaré que le programme n'avait besoin d'aucune ou d'une légère amélioration à cet égard. Cette responsabilité est exercée par le biais de la radio locale, de présentation à la communauté, de bulletins mensuels et de réunions du comité consultatif sur les pensionnats, ainsi que de l'affichage du calendrier des activités du programme. Environ la moitié des répondants ont déclaré que le programme pourrait mieux traiter des séquelles des abus physiques et sexuels et un petit nombre a fait remarquer que le CCP faisait des efforts à cet égard.

Partenariats et viabilité

Des relations de travail ont été établies avec les médias autochtones locaux, les programmes régionaux de Survivants, les dirigeants, la communauté métisse, un collège local et divers services sociaux. Toutefois, le CCP ne reçoit aucune autre subvention. Les sources possibles de financement proviennent des intérêts réalisés d'un fonds de 4,5 millions de dollars obtenus des services hydro-électriques, d'une cueillette de fonds, d'actions sociales envers d'autres communautés, de l'application de frais de services, de l'intégration à un autre programme, de l'aide gouvernementale ou de la création de partenariats avec d'autres programmes. On s'interroge sur la viabilité du programme.

Réussites et pratiques exemplaires

La réussite du programme a été attribuée à une équipe qui était respectée, qui ne portait pas de jugements et qui était respectueuse, engagée et ouverte aux différences culturelles et aux membres de la communauté, qui étaient également des *Survivants* et qui possédaient des capacités. Des dirigeants qui accordaient leur appui, des partenaires communautaires et des participants souhaitant vraiment une transformation personnelle préparaient un champ fertile à la croissance. En insistant sur la responsabilité personnelle, sur le pouvoir de choisir ou sur le libre-arbitre, le processus de colonisation et de décolonisation ainsi que la confiance en soi et la gestion de la colère a bien fonctionné. D'autres ont reconnu qu'une combinaison de conférences, de counselling individuel et de groupes et d'un environnement *sécuritaire* ont créé des conditions favorables aux changements. Il est prévu de continuer certaines activités parce qu'elles ont remporté un éclatant succès dans les sphères suivantes :

- les cercles de guérison et de partage (pour des groupes spécifiques);
- l'utilisation de la langue crie comme aide à la guérison;
- la présentation d'animateurs venus de l'extérieur;
- le réseautage avec d'autres programmes et d'autres organisations et le partage de l'information;
- le travail avec les Aînés;
- des visites de pensionnats ont permis de mettre un terme à l'anxiété des Survivants;
- un perfectionnement professionnel continu;
- la promotion des services à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté;
- la recherche de rétroactions auprès des participants;
- une information sur les séquelles des abus physiques et sexuels;
- des activités légères et amusantes;
- un calendrier des séances de jour et en soirée.

Défis

La maison mobile est finalement devenue trop petite et les murs minces comme du carton ont causé des ennuis au cours des séances individuelles. Le Centre de counselling de Pisimweyapiy a également besoin d'une identité distincte de la Medicine Lodge afin de faire disparaître la répugnance à s'inscrire en raison de la crainte d'être stigmatisé comme toxicomane. Malgré les espoirs de l'équipe, il n'a pas toujours été possible de passer du temps à encourager les gens à s'engager plus activement dans des initiatives d'action sociale, car l'équipe devait aussi soutenir un groupe de participants naissant et consacrer beaucoup d'énergie à inclure les familles dans le processus thérapeutique. Ceux qui ont été obligés de participer sont venus une ou deux

fois et la plupart (80 %) a abandonné. Enfin, un horaire de jour a causé des difficultés aux participants-travailleurs qui pouvaient assister seulement aux séances de soirée. Les services de post-traitement et de suivi communautaires ont été jugés essentiels pour prévenir une rechute, mais ils n'ont pas été aussi bien élaborés que prévu. Certains informateurs ont cru qu'une information sur les séquelles des abus physiques et sexuels plus complète et un profil du CCP plus élaboré auraient aidé à cet égard.

Répondre aux besoins

Le CCP a été si efficace à répondre aux besoins que la Division des services de santé étudie l'adoption de son approche et de ses protocoles. Les répondants étaient divisés de manière égale entre ceux qui croyaient qu'une légère ou qu'aucune amélioration n'était nécessaire (50 %), et ceux qui prétendaient (50 %) qu'une amélioration serait bénéfique. Une thérapie pour toute la famille et des initiatives de contact auprès des familles dysfonctionnelles ont été recommandées. De façon plus générale, le fait que la FADG ait exigé des propositions écrites a mis dans le plus grand besoin des communautés qui ne disposaient pas de ressources humaines et financières pour participer à ce processus de sélection. On a suggéré que la FADG s'efforce d'être plus proactive et de s'engager davantage envers ces communautés qui souffrent le plus et de leur accorder plus de soutien.

Leçons apprises

Une plus grande participation de la communauté dans l'élaboration du programme par le biais de « soirées-café » serait bénéfique. La culture crie s'est révélée un meilleur moyen de guérison que prévu au départ. De plus, un meilleur réseautage, en particulier parmi les directeurs des services de santé, viendrait compléter le programme.

Conclusions

Dix-neuf participants sur soixante (28 %) ont terminé le programme du CCP et ont manifesté un enthousiasme évident à l'égard de leur expérience de guérison. Les facteurs qui ont contribué à cette réussite sont les suivants :

- un processus thérapeutique ouvert aux différentes cultures, qui combine conférences en groupes et counselling individuel;
- un calendrier des services mis à la disposition des gens;
- des informations sur les séquelles des abus physiques et sexuels;
- une équipe composée de Survivants de la communauté qui sont d'habiles conseillers, qui ont réussi leur propre cheminement vers la guérison, qui sont chaleureux, engagés, professionnels et qui ne veulent rien imposer;
- des dirigeants qui accordent leur soutien, des partenariats solides et complémentaires, ainsi qu'une communauté engagée et le désir de guérir;
- l'engagement des Survivants dans l'élaboration du programme.

Le programme a pu fonctionner presque à pleine capacité (89 %). La plus part de ceux qui ont été forcés à s'inscrire ont abandonné et tous avaient subi des abus physiques. Quatre-vingt-dix pour cent de ces participants s'adonnaient à des toxicomanies, et la majorité d'entre eux (>60%) avaient vécu de la violence

familiale, étaient entrés en conflit avec la loi et ne possédaient aucune compétence de base en dynamique de vie. Selon des informateurs, la pauvreté, les toxicomanies et le dysfonctionnement familial sont très répandus dans le milieu communautaire. La phase deux du programme de thérapie (lorsqu'une famille s'engage) n'a pas fonctionné aussi bien que prévu étant donné qu'elle était davantage axée sur des problèmes sociaux bien enracinés que sur l'engagement ou les capacités de l'équipe. D'autres événements, qui pouvaient influencer la capacité du programme à réaliser tous les changements désirés, incluent :

- les conflits entre la spiritualité crie et le christianisme;
- les perturbations socio-économiques causées par les inondations;
- une faible estime de soi;
- la dépendance généralisée envers l'aide sociale.

Des discussions plus ouvertes et des attitudes différentes à l'endroit des séquelles des abus physiques et sexuels, ainsi que le fait que des personnes bien connues ont été dévoilées publiquement comme étant des agresseurs laissent entendre que le climat a changé. Parmi les améliorations recommandées, citons : des locaux plus grands avec une identité distincte (séparée de celle de la NHML); le recrutement de partenaires pour donner de l'information sur les séquelles des abus physiques et sexuels; le traitement des participants dans leur milieu familial et surtout *assurer un traitement continu*. Les forces extérieures qui peuvent faciliter la mise en oeuvre de ces recommandations incluent : les systèmes de justice réparatrice crés, les condamnations conditionnelles et la réapparition de la culture au niveau régional.

Recommandations

Équipes :

- Choisir des équipes qui ont de l'expérience, les former pour qu'elles puissent traiter les besoins particuliers des Survivants;
- lorsque la chose est possible, recruter des Survivants reconnus qui ont réussi leur cheminement de guérison;
- les conseillers devraient être des personnes qui ne portent pas de jugements, qui sont ouvertes aux différences culturelles et respectueuses, et qui mettent les participants à l'aise.

Réalisation du projet :

- S'assurer que la grandeur, la structure et le lieu des locaux sont adéquats et appropriés et que leur identité est distincte de celles des autres services;
- assurer le post-traitement dans le cadre de visites à domicile et au moyen d'un centre de thérapie ambulatoire;
- augmenter le temps disponible pour le counselling;
- évaluer les besoins particuliers, élaborer des plans de traitement uniques ou faire des aiguillages appropriés;
- apprendre les différences entre « obligé » et « auto-motivé »;
- établir des stratégies sur la façon d'appuyer et d'engager les participants obligés à terminer leur programme;
- promouvoir l'information sur les séquelles des abus physiques et sexuels et les initiatives en matière d'action sociale en recrutant des partenaires axés sur l'action communautaire (écoles, radio et télévision);
- inclure un plus grand nombre de groupes de femmes et d'enseignements culturels;

- encourager la participation familiale en organisant des « soirées familiales » ou des loisirs en famille;
- entretenir l'engagement des Aînés;
- conserver les séances de jour et en soirée.

Évaluation :

On pourrait adapter l'aiguillage, l'admission et l'information pour inclure :

- **renseignements personnels** : âge, sexe, comment il a été proposé, source de revenu, degré de motivation, objectifs de guérison personnelle (le suivi permettrait de découvrir dans quelle mesure les participants ont pu réaliser leurs objectifs personnels);
- **situation sociale et familiale** : situation de famille, stabilité de la situation sociale, nombre de membres dans la famille et leur rôle respectif; ententes relatives à la garde des enfants, évaluation du soutien familial et autre soutien social, historique, fréquence et intensité des problèmes familiaux; le suivi devrait porter sur les changements de l'un de ces aspects;
- **statut juridique** : accusations, actuelles ou en suspens, audiences, caution, mise en liberté surveillée, libération conditionnelle, mise en liberté sous condition ou provisoire;
- **consommation de drogues** : consommation actuelle, capacité de s'abstenir au moment de fréquenter le CCP;
- **historique des pensionnats** : Survivants ou personnes subissant les effets intergénérationnels, intensité perçue des effets des séquelles sur le langage, la culture, l'art d'être parent, l'identité, la famille, les capacités de communiquer, la santé mentale, les toxicomanies (d'autres initiatives de collecte de données de suivi permettraient d'évaluer les effets du programme dans ces cas);
- **historique du traitement** : d'autres programmes de traitement auxquels le participant a assisté ou qu'il a terminés, et donner la date; (le suivi devrait inclure d'autres programmes auxquels le participant a assisté depuis sa participation au CCP).

**Projet *I da wa da di* parrainé par le Centre for Indigenous Sovereignty
[Centre for Indigenous Sovereignty: I da wa da di]
(Projet de la FADG n° : RB-268-ON)**

Description du projet

Le projet *I da wa da di* (qui signifie en mohawk *Nous devrions tous prendre la parole*) offre une gamme de services traditionnels aux femmes autochtones qui ont subi des abus sexuels et physiques dans les pensionnats ou leurs répercussions intergénérationnelles. Les activités du projet comprennent des cercles de guérison, des retraites de jeûne et des retraites de guérison, des ateliers de formation pour les femmes oeuvrant auprès des Survivantes et un rassemblement annuel regroupant cent Survivantes, conseillères et guérisseuses. Les retraites et cercles ont lieu au merveilleux *Earth Healing Herb Gardens & Retreat Centre* sur la réserve des Six Nations à proximité de Brantford, en Ontario. Le centre, qui n'est ni une corporation, ni exploité comme une entreprise, est l'aboutissement de 20 années d'engagement et de dévouement de la part de la coordonnatrice du projet à la cause de la guérison. Il est ouvert à toutes les femmes qui veulent poursuivre une démarche de guérison. Le projet est parrainé par le *Centre for Indigenous Sovereignty* (CFIS) puisqu'il [TRADUCTION] « ne semble pas répondre aux critères d'admissibilité établis par la FADG relativement aux demandes de financement. »²⁶⁸

L'équipe du projet a pris soin de recueillir les commentaires des participantes en procédant à des évaluations suite aux activités. Les résultats sont d'ailleurs présentés dans les rapports du projet soumis à la FADG. L'équipe a également fait appel à d'autres sources de renseignements, dont des entrevues auprès d'informateurs-clés et la réponse du projet à l'Enquête d'évaluation nationale.

Groupe cible : Le projet visait les femmes autochtones adultes de l'Ontario.

Financement : Le projet a reçu une contribution de 191 532 \$ à titre de projet pilote (du 1^{er} décembre 1999 au 30 novembre 2000). Une aide temporaire de 47 883 \$ a été allouée pour permettre de prolonger le projet jusqu'au 31 mars 2001 et, dans une deuxième phase, celui-ci été financé jusqu'au 31 décembre 2001.

L'équipe du projet

La coordonnatrice et guérisseuse est une femme mohawk traditionnelle qui jouit d'une excellente réputation. C'est une herboriste et Aînée, qui a travaillé comme guérisseuse traditionnelle aux centres de santé de Hamilton, de Brantford et de Toronto. Elle a enseigné à l'Université de Toronto, à l'Université McMaster et au Mohawk College (Brantford). Aidée d'une personne à temps partiel (travail de bureau), elle est la seule à travailler au projet à plein temps. Quinze personnes environ ont contribué à l'organisation et l'animation du rassemblement annuel. Les bénévoles ont travaillé près de quinze heures par mois à l'administration, à la préparation des aliments, à l'entretien, au transport et aux activités culturelles et traditionnelles.

Caractéristiques des participants

Deux cent vingt-trois personnes provenant de 62 communautés des Premières Nations et communautés urbaines et rurales de l'Ontario ont pris part au projet. Huit personnes étaient originaires d'une autre province ou résidaient à l'extérieur du Canada. Les participants étaient principalement des femmes (97 %); le quart étaient des Aînées et 6,7 pour cent, des jeunes.

Près des trois quarts des participantes (74,4 %) étaient des victimes des répercussions intergénérationnelles, tandis que 14,3 pour cent étaient identifiées comme Survivantes. Onze pour cent (11,2 %) n'étaient pas des victimes des répercussions intergénérationnelles ou ne savaient pas. Pour ce qui est des participantes ayant le statut d'autochtone, 46,2 pour cent vivaient sur une réserve des Premières Nations, 47,1 pour cent vivaient à l'extérieur d'une réserve des Premières Nations, 3,6 pour cent étaient des Métis, 0,4 pour cent, des Inuites, 2,2 pour cent étaient non inscrites, vivant hors réserve, et 0,4 pour cent répertoriées comme « autres. »

Contexte

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord a fait état de 146 113 Indiens inscrits, 127 Premières Nations et 207 réserves en Ontario, en date de décembre 1998. À l'échelle nationale, les femmes autochtones représentaient 51 pour cent de toute la population autochtone en 2000. La grande majorité d'entre elles étaient âgées entre 5 et 29 ans. Le site Web de l'*Ontario Native Women's Association* (Association des femmes autochtones de l'Ontario) fait état des chiffres suivants, tirés de la rubrique *Facts About Aboriginal Women* : 40 959 femmes autochtones en Ontario sont en âge de travailler; dans le cadre de l'étude qu'elle a menée en 1989, *Breaking Free*, l'Association a constaté que huit femmes autochtones sur dix étaient victimes de violence; les femmes et les enfants autochtones se situaient au niveau le plus bas de l'échelle socio-économique, tandis que les femmes autochtones âgées étaient les plus pauvres au Canada.²⁶⁹

Le centre de guérison est situé sur le territoire des Six Nations, dix milles au sud-est de Brantford dans la partie sud-ouest de l'Ontario. La communauté regorge de ressources grâce à ses nombreux programmes et services, et compte plus de 300 petites entreprises appartenant à des membres de la communauté et administrées par ceux-ci, cinq écoles primaires, un service de police, un service d'incendie, un service d'urgence médicale, un journal et une station de radio.

Résultats et indicateurs

À court terme, le projet visait à provoquer des changements chez les participantes (p. ex., augmentation de leurs capacités d'adaptation et leur bien-être), ainsi que dans leur environnement (p. ex., augmentation des interactions entre guérisseuses). Pour mesurer ces changements, on a évalué notamment le nombre de femmes ayant recours à des services de guérison et les changements qui sont survenus au niveau de leur estime de soi, de leur capacité d'adaptation et de leur connaissance des enseignements traditionnels (voir carte de rendement).

Carte de rendement du projet *I da wa da di* parrainé par le *Centre for Indigenous Sovereignty*

MISSION : Les femmes autochtones, responsables du don et de l'enseignement de la vie dans notre société, vivront dans un environnement où s'établiront des relations saines fondées sur l'intolérance de la violence, la fierté culturelle et la sobriété.			
COMMENT?	QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources activités / résultats Amorcer le processus de guérison suite aux abus physiques et sexuels subis dans les pensionnats, y compris leurs répercussions intergénérationnelles, en organisant des cercles de guérison, des retraites de jeûne et des retraites de guérison. Organiser un rassemblement traditionnel annuel à l'échelle provinciale pour les Survivantes, conseillères, guérisseuses, etc. Offrir des ateliers de formation à caractère culturel pour les femmes autochtones oeuvrant auprès des Survivantes.	Groupes cibles Femmes autochtones et guérisseuses / intervenantes auprès des femmes autochtones	Résultats résultats à court terme Augmentation des capacités d'adaptation, amélioration de l'estime de soi et du bien-être physique, mental, spirituel et affectif. Un milieu traditionnel propice à la guérison des femmes suite aux abus subis dans les pensionnats. Aider les femmes en situation de crise à atteindre un équilibre affectif. Isolement réduit et interaction accrue entre les femmes prenant part à un projet de guérison. Capacités de guérison accrues sur le plan traditionnel et culturel des femmes autochtones oeuvrant auprès des Survivantes d'abus.	résultats à long terme Des femmes autochtones vivant un mode de vie sain, exempt de violence physique et sexuelle. Les femmes auront un sentiment de d'identité et d'appartenance à la communauté. Un plus grand nombre de femmes joueront un rôle traditionnel dans tous les secteurs, dont la vie communautaire, la conduite des affaires, etc.
Comment savoir si nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Dans quelle mesure avons-nous changé quelque chose?			
Ressources 191 532 \$	Groupes cibles 223 femmes autochtones	Mesures à court terme Changements observés par les participantes et les informateurs-clés concernant l'estime de soi, l'image de soi, les capacités d'adaptation, le bien-être physique, mental, spirituel et affectif (réponses des participantes aux questions du formulaire et opinions exprimées par les informateurs-clés); # de femmes autochtones intéressées à prendre part à des activités traditionnelles de guérison; # d'aiguillages; # de guérisseuses / d'intervenantes dans les activités traditionnelles; # d'activités traditionnelles (cercles de guérison, retraites, jeûnes, rassemblements, etc.); # de femmes dans les refuges. Commentaires des membres de la communauté au sujet des connaissances acquises sur les enseignements traditionnels, les cérémonies, etc.	Mesures à long terme Diminution des taux de violence physique et sexuelle. Diminution du nombre de femmes incarcérées. Diminution du nombre d'enfants pris en charge. Diminution des cas de dépression chez les femmes et diminution du taux de suicide. Augmentation du nombre de femmes menant une vie saine et participant davantage à la direction des affaires de la communauté et à la prise de décisions. Stimulation manifeste de la culture autochtone.

Répercussions sur les personnes et les communautés

Toutes les activités proposées se sont bien déroulées. L'équipe du projet a donc pu atteindre ses objectifs de prestation de services.

Répercussions sur les personnes

Les évaluations effectuées au terme des activités et les entrevues menées auprès d'informateurs-clés indiquent que le projet a eu des répercussions sur les personnes à plusieurs égards : 1) connaissance et compréhension des effets des pensionnats sur les participantes; 2) connaissance des activités traditionnelles de guérison; 3) capacités de guérison des participantes; 4) signe manifeste de guérison. En outre, la réponse du projet à l'Enquête d'évaluation nationale souligne que le projet a eu une [TRADUCTION] « certaine influence » sur la capacité des femmes à se prendre en charge. Comme preuve, certaines femmes ont mis fin à des relations où elles étaient victimes de violence, que certaines ont animé des ateliers lors du rassemblement annuel, que d'autres ont commencé à jouer du tambour et à chanter et que [TRADUCTION] « la plupart des femmes ont dit avoir un sentiment positif d'elles-mêmes au terme d'une activité. »

Connaissance et compréhension accrues des effets des pensionnats : Le troisième rapport trimestriel du projet soumis à la FADG révèle que 31 des 34 participantes (91,2 %) qui ont rempli les formulaires d'évaluation après leur atelier de formation croient que les renseignements qui y ont été donnés leur a permis de mieux comprendre les effets des pensionnats sur les Autochtones, leurs familles et leurs communautés. De plus, 30 des 34 personnes interrogées ont dit que l'atelier les aiderait à oeuvrer auprès des survivantes des pensionnats et des générations subséquentes. Les commentaires des participantes laissent entendre qu'elles pourront transmettre les connaissances acquises à leurs clients et membres de leur famille, ainsi qu'à faire preuve de plus d'empathie et de compassion à l'égard de leurs clients, de leur offrir un soutien et d'avoir une attitude non critique.

Sur les 70 personnes qui ont rempli les formulaires d'évaluation lors du rassemblement annuel,²⁷⁰ 53 (75,7 %) étaient d'avis que le projet les aidait à cicatriser les blessures laissées par les pensionnats et leurs répercussions intergénérationnelles. Bon nombre ont affirmé que le rassemblement leur avait fait prendre conscience de leurs pouvoirs, ce qui les a aidées à chercher de l'aide pour régler leurs problèmes. D'autres prévoient modifier leur comportement, en étant notamment plus à l'écoute de leur famille, en transmettant les enseignements culturels, en consacrant plus de temps aux Aînés et en amorçant ou poursuivant un processus de guérison. L'une des participantes explique en ces termes comment les connaissances acquises sur les effets des pensionnats et les enseignements traditionnels l'ont influencée :

[TRADUCTION] L'atelier m'a permis de mieux comprendre les effets [des pensionnats] et d'y être plus sensibilisée. Cette information m'a permis de renforcer mes convictions personnelles à l'égard de ce qui pourra aider notre peuple à se reprendre en main pour reconquérir sa véritable identité par ses enseignements traditionnels. J'ai pu réfléchir plus attentivement à ce qui était arrivé à ma grand-mère et ainsi mieux comprendre les raisons expliquant la façon dont j'ai été élevée. L'atelier m'a aidée à devenir plus forte et plus déterminée afin de transmettre à mes enfants et à mes petits-enfants les connaissances, les pratiques, les enseignements inhérents à leur culture pour qu'ils vivent sainement.

Connaissance accrue des méthodes de guérison traditionnelles : Lorsqu'on leur a demandé comment il se faisait qu'ils connaissent des personnes mieux informées au sujet des méthodes de guérison traditionnelles qu'il y a 12 mois, sept des huit informateurs-clés ont expliqué que c'est parce qu'il y avait plus d'échanges sur la guérison traditionnelle, que plus de gens participaient aux cérémonies et avaient recours au counselling individuel et à la médecine naturelle.

Renforcement des capacités de guérison : Les participantes ont aussi fait mention des outils ou habiletés pratiques qu'elles ont acquis suite à leur participation au rassemblement annuel. En fait, 90 pour cent d'entre elles, soit 63 sur 70, ont déclaré que le rassemblement leur avait fourni des outils leur permettant de poursuivre leur guérison. Leurs réponses faisaient référence à l'utilisation de plantes médicinales et de la roue de médecine, de la capacité d'écoute active, de l'importance du partage, des outils d'auto-évaluation et de la retraite de jeûne. Dans le compte rendu d'évaluation de l'un des ateliers de formation, dix participantes sur onze ont dit avoir atteint leurs objectifs et attentes en matière d'apprentissage.

Signes de guérison : Parmi les changements observés dans le comportement des participantes, notons la participation accrue aux cérémonies dans la maison longue et une augmentation du nombre de femmes recourant au counselling individuel pour poursuivre leur démarche de guérison. L'une des participantes a raconté qu'elle avait mis fin à un mariage où, pendant près de 20 ans, elle avait été victime de violence psychologique. Grâce à sa participation au projet, elle avait acquis suffisamment de confiance en soi et d'amour de soi pour en arriver à vouloir vivre plus sainement.

Outre les changements effectués dans leur vie personnelle, les informateurs-clés ont observé des changements dans l'attitude et le comportement des participantes au projet. C'est sur le plan de la confiance en soi et de la valorisation de soi qu'ils ont constaté les changements les plus marquants. De plus, ils ont remarqué un renforcement du sentiment d'identité et de fierté, et une grande détermination à atteindre le bien-être de soi. Grâce à leur participation au rassemblement, les participantes ont renforcé leur identité personnelle, elles se sentaient moins isolées et certaines même ont trouvé la force de pardonner à un parent ou à agresseur. Certaines ont décidé de retourner à l'école pour perfectionner leurs connaissances, tandis que d'autres ont apporté des changements dans leur vie professionnelle, ont commencé à jouer du tambour et à chanter des chants traditionnels, fabriquent elles-mêmes leurs costumes traditionnels et se sont jointes au mouvement de guérison en animant des ateliers dans la communauté et en partageant avec d'autres leur expérience personnelle en matière de guérison.

Répercussions sur la communauté

Selon les rapports d'évaluation des informateurs-clés et des participantes, les femmes se sentent moins isolées et participent davantage à la vie communautaire. Les informateurs-clés ont observé que les femmes prenaient peu à peu leur place au sein de la communauté en y jouant des rôles de premier plan et en y constituant des réseaux plus solides. Une personne a fait remarquer que l'organisme des services sociaux de la communauté a relevé une diminution du nombre de cas à traiter. On a interprété ce changement comme une indication que plus de gens avaient recours à des guérisseurs traditionnels.

Les informateurs-clés dans la communauté des Six Nations ont constaté qu'un nombre plus élevé de jeunes que dans les années précédentes participaient à un programme de mentorat avec des guérisseurs. En outre, les gens plus âgés craignaient auparavant de prendre les devants. À présent, ils sont plus nombreux à

participer activement à la communauté, les gens sont plus disposés à prendre part aux activités de la longue maison. Les membres de la communauté ont également acquis la capacité de contester ce qu'ils estiment ne pas être juste, ne pas comprendre.

Une autre personne a mentionné que les femmes étaient plus actives dans la communauté et que certains services externes (p. ex., services de traiteur, petites entreprises) étaient gérés par des femmes. Le nombre de femmes bénévoles s'est également accru, notamment dans les programmes pour enfants et les activités de théâtre après l'école. Par contre, il convient de noter que, dans la réponse du projet à l'Enquête d'évaluation nationale de la FADG, il y avait une incertitude quant à la capacité du projet d'amener les femmes à prendre conscience de leurs pouvoirs en tant que groupe et d'améliorer leur statut et leur pouvoir décisionnel dans la communauté.

D'autres personnes soutiennent que les femmes sont en marche vers la guérison, alors que les hommes s'y investissent beaucoup moins. Les progrès accomplis par les femmes sont une source de préoccupation étant donné que leurs tâches semblent prendre de plus en plus d'expansion, notamment à la maison (où elles s'occupent notamment de chercher une gardienne pour leurs enfants si elles travaillent à l'extérieur), au travail et dans la vie communautaire. Par contre, les rôles confiés aux hommes autochtones restent inchangés ou perdent du terrain, particulièrement dans les régions marquées par un taux de chômage élevé et la disparition des activités économiques traditionnelles. En outre, les hommes semblent participer aux projets de guérison moins que les femmes.

Établissement de partenariats et viabilité

Le centre fonctionnait sans appui financier avant le financement accordé par la FADG, et il est donc en mesure de fonctionner de manière autonome grâce à des partenariats solides et à l'excellente réputation que la coordonnatrice du projet lui a permis d'acquérir. Chacun des volets offerts par le projet *I da wa da di* a été mis sur pied en collaboration avec un organisme autochtone ou grâce à des bénévoles de la communauté. La valeur de l'apport des bénévoles a été évaluée à 2 160 \$.

Les ateliers de formation du projet *I da wa da di* ont été organisés en collaboration avec les organismes suivants : le *Keekeewaniikaan Southwest Regional Healing Lodge* à Muncey-Delaware—l'atelier a eu lieu au pavillon de ressourcement, ce qui permet de faire de la promotion et des activités de diffusion externe; la Première Nation de West Bay (*M'Chigeeng*)—qui a réservé les locaux de l'atelier, a organisé les activités de diffusion externe et de promotion, s'est occupée des inscriptions, des repas et des rafraîchissements pendant les pauses; le *De dwa dehs nye Aboriginal Health Centre* à Hamilton, ce qui a contribué aux activités de diffusion externe et de promotion, ainsi qu'à la préparation des repas et des collations. Fait également partie de ces ententes de collaboration l'apport des guérisseurs traditionnels et des Aînés qui sont venus de différentes régions pour participer aux ateliers de formation et au rassemblement afin de transmettre leur sagesse et leurs enseignements sur la guérison.

On a demandé aux informateurs-clés si le projet pourrait fonctionner au terme du financement accordé par la FADG. La citation suivante traduit leur réponse en général : [TRADUCTION] « Nous pensons que oui, mais pas au niveau actuel; les gens n'arrêteront pas de poursuivre leur démarche de guérison, ils viennent juste de commencer à prendre goût à ce qu'est « bien vivre! » » D'autres disent également que le projet se poursuivra, mais dans une plus faible mesure. Quand on leur a demandé ce qui améliorerait le projet, les

informateurs-clés ont répondu qu'il fallait augmenter le personnel, les activités de formation et les installations, et demander aux personnes-ressources qui contribuent à la prestation du programme de procéder à des évaluations.

Favoriser la participation significative des Survivants (y compris les victimes des répercussions intergénérationnelles)

Le projet ne compte pas de conseil d'administration ni de comité consultatif et ne comporte aucun mécanisme officiel de recrutement des Survivants (à des activités autres que le présent projet). Des renseignements tirés de l'Enquête d'évaluation nationale indiquaient que 32 des 223 participantes étaient des Survivantes des pensionnats et que 166 étaient victimes des répercussions intergénérationnelles. Suite aux discussions engagées sur les répercussions du projet sur les personnes, il est évident que le projet contribue à atténuer les effets des abus subis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. Les Survivants et leurs descendants participent à tous les volets de ce programme de guérison traditionnelle.

Gérer l'amélioration des programmes

Au terme de chaque activité, les participantes ont répondu à des questionnaires d'évaluation très détaillés. Soixante-dix questionnaires ont donc été recueillis, ce qui représentait plus de la moitié des participantes à cette activité, tandis que le taux de participation aux activités de moindre envergure était plus élevé. En général, ce questionnaire a été très utile à l'équipe du projet et l'a aidée à élaborer ses programmes. Il lui a permis de déterminer les caractéristiques des participantes, dont leur âge, leur nation, si elles étaient des Survivantes ou non, et si elles ont ou non participé à des activités reliées à des projets antérieurs. Il comprenait des questions sur leurs objectifs, leurs attentes et leurs résultats en matière de formation et de guérison, l'environnement, les animateurs et le contenu des séances et des activités. Les évaluations sont incluses dans les rapports périodiques remis à la FADG, ainsi que dans les rapports remis à la communauté et aux participantes. L'une des mesures pouvant améliorer la stratégie d'évaluation du projet serait d'y inclure un questionnaire de suivi permettant d'obtenir des renseignements sur les changements à long terme dans la vie des participantes.

Pratiques exemplaires

Il est évident que l'une des pratiques exemplaires du projet est la création d'un environnement sécuritaire. Plus de 95 pour cent des personnes qui ont répondu au questionnaire d'évaluation de la rencontre ayant pour thème *L'éveil de l'esprit* ont dit se sentir en sécurité lors du rassemblement.

Parmi les autres pratiques exemplaires, on compte les suivantes :

- le partage d'expériences a permis aux participantes de prendre conscience qu'elles n'étaient pas seules et qu'elles étaient liées l'une à l'autre par différentes choses de différentes façons. La majorité des répondantes (87,1 %) trouvaient que le partage d'expériences en groupe les avait aidées;
- le projet a bien abordé les abus subis. La compréhension des faits historiques et contemporains reliés aux abus subis dans les pensionnats semblait constituer un cadre constructif pour les activités de guérison et de formation;

- les outils de collecte de données et d'évaluation du projet étaient impressionnants. Les participantes ont répondu à des questionnaires d'évaluation détaillés à la fin de chaque activité.

L'équipe du projet a fait état des pratiques exemplaires suivantes dans l'Enquête d'évaluation nationale : amour, compassion, respect et réconfort offerts par la principale dispensatrice de services aux participantes; connaissance / utilisation des valeurs, coutumes et médecines traditionnelles; environnement sûr (sur le plan émotionnel et spirituel); intimité, attention individuelle.

Défis

L'un des défis que l'équipe du projet a dû relever était de répondre à la demande ou au besoin de services de guérison, conséquences de [TRADUCTION] « ne pas prévoir l'ampleur de la réponse positive de la communauté. » Le centre de retraite est aménagé de manière à répondre aux besoins d'un nombre restreint de personnes. Par conséquent, l'équipe du projet a dû se fixer des limites, comme établir un nombre maximal de participantes, particulièrement dans le cas des cercles de guérison et des retraites de jeûne et de guérison. L'équipe a établi la liste d'attente à huit participantes par activité de guérison et de formation.

Les informateurs-clés ont également qualifié de défi la nécessité de travailler en équipe en constituant un réseau mieux structuré pour répondre aux besoins des participantes. En fait, il était évident qu'il fallait faire des efforts pour aider les participantes à poursuivre leur démarche de guérison. On a demandé aux informateurs-clés de quel autre soutien, en plus de l'appui apporté par le projet, les personnes avaient besoin pendant leur séjour de guérison. Ils ont accordé la plus grande importance au soutien de la famille élargie, de la famille proche et des amis. Selon les commentaires des participantes, cette aide devrait provenir d'un endroit réservé aux soins de santé et à la guérison, sinon l'environnement ne serait pas favorable à une guérison permanente. Les participantes ont également affirmé que les agresseurs devaient admettre qu'ils ont causé de grandes souffrances. Cette démarche s'inscrit dans un cadre où l'agresseur est tenu responsable de ses actes devant les personnes à qui il a infligé des souffrances. La guérison holistique ne peut être possible que si toutes les parties concernées y participent. Le projet *Ida wa da di* ne constitue qu'un élément de ce cheminement holistique, ce qui fait partie de la réalité des communautés autochtones.

La capacité du projet d'assurer son fonctionnement au niveau actuel par ses propres moyens au terme du financement de la FADG représentait une autre difficulté potentielle à surmonter. À la question traitant de cet aspect, les informateurs-clés ont répondu [TRADUCTION] « je le pense » ou [TRADUCTION] « oui, certaines activités se poursuivront. » L'une des personnes interrogées a soulevé la possibilité de percevoir des frais de participation, mais elle a cependant ajouté [TRADUCTION] « que seuls certains volets du processus pourraient survivre. » Serait-il encore possible de rejoindre les personnes ayant les besoins les plus urgents? Une autre personne a tout simplement dit que l'argent sera toujours un problème. Bien qu'il soit difficile d'assurer la viabilité du projet à long terme, il n'en demeure pas moins que le centre de guérison existait bien avant que la FADG ne commence à appuyer ses activités. Il y a donc de bonnes chances pour qu'il continue de fonctionner même après que cette source de financement ne soit plus disponible.

L'une des personnes interrogées a fait remarquer que le sexisme représentait un problème, puisque, selon les enseignements, nous devons faire bon usage des personnes, peu importe leur sexe. Il n'y a pas assez de femmes chefs, bien que de nombreuses femmes travaillent dans l'ombre les coulisses.

L'expérience et les compétences de la coordonnatrice / guérisseuse constituaient l'un des atouts du projet. Toutefois, une seule personne ne pouvait animer un si grand nombre d'ateliers et de séances de formation et de guérison. Il faudrait alors restreindre le nombre de participantes et le projet ne dépendrait que de cette seule personne. Si la coordonnatrice venait à quitter ses fonctions, serait-il possible qu'une autre personne, qu'un autre groupe ou centre puisse assumer la poursuite des objectifs établis? Il convient de rappeler que l'un des objectifs du projet consistait à accroître les capacités de guérison traditionnelle et culturelle des femmes autochtones. C'est dans le cadre des séances de formation que ces connaissances ont été transmises aux participantes. La constitution d'un réseau visant à accroître le nombre de guérisseuses comptait également parmi les objectifs.

Responsabilité envers la communauté

Au terme de chaque activité, les participantes ont répondu à des questionnaires d'évaluation très détaillés. Les évaluations ont été incluses dans les rapports périodiques remis à la FADG, ainsi que dans les rapports remis à la communauté et aux participantes.

Rejoindre les personnes ayant les besoins les plus urgents

Les programmes de guérison étaient accessibles à toutes les femmes autochtones de la région cible, qui est la province au complet. Par contre, on ne savait pas si la participation avait été entravée par le coût des déplacements ou des services de gardiennage d'enfants. D'un autre côté, les participantes à la rencontre *L'éveil de l'esprit* venaient de 44 communautés de l'Ontario, ce qui signifiait que l'information diffusée au sujet du projet avait rejoint les communautés autochtones et que bon nombre de ces femmes avaient eu les moyens de se rendre à la réserve Six-Nations. Le rassemblement avait pour but d'attirer une centaine de participantes, et 120 femmes s'y sont présentées.

Il s'agit d'un projet de petite envergure dirigé par une femme également responsable des activités de formation et de guérison. Il y a suffisamment d'indications pour en arriver à la conclusion que ce projet a exercé une influence positive sur les participantes, mais il faudrait mener des études plus approfondies pour déterminer si, en fait, il a rejoint les personnes ayant les besoins les plus urgents.

Leçons apprises

La coordonnatrice de projet résume comme suit les leçons importantes qui ont été retenues dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre du projet :

- le recrutement de personnel qualifié répondant à la mission et aux principes directeurs du projet;
- les besoins essentiels de formation et de guérison des intervenantes autochtones;
- l'importance d'inciter les participantes à contribuer à l'évaluation exhaustive du projet et de ses activités.

Conclusions

Il est évident que le projet *I da wa da di* a une incidence sur les femmes autochtones qui ont participé aux activités de formation et de guérison. Parmi les éléments ayant contribué à cette réussite, on compte l'environnement sûr, propice à la guérison et créé par l'équipe du projet, ainsi que l'entraide, le partage et la constitution de réseaux au sein de ces groupes de femmes. En outre, la compréhension des faits historiques et contemporains reliés aux abus subis dans les pensionnats semblait constituer un cadre constructif pour les activités de guérison et de formation.

Ce projet a utilisé des outils issus des systèmes traditionnels autochtones et en a fait la promotion. Le traditionnalisme fait partie des besoins des Autochtones pour se forger une identité forte. Depuis des centaines d'années, les systèmes, dont l'école, l'Église et la justice, tentent d'enrayer chez les Autochtones une vision du monde qui leur est propre. Pendant longtemps, les détenteurs de la connaissance des enseignements traditionnels ont dû réprimer cette connaissance ou la transmettre clandestinement. Pendant longtemps, les enseignements traditionnels autochtones ont été perçus avec méfiance et mépris par les détenteurs officiels de la connaissance et les personnes à la recherche de ces enseignements se retrouvaient mystifiés. Ce projet permet de redresser ces situations.

Recommandations

Les mécanismes mis en place par l'équipe du projet pour recueillir les commentaires des participantes constituent un fondement solide pour l'évaluation des répercussions du projet sur celles-ci. ***Pour en mesurer les effets à plus long terme, il est recommandé d'élaborer un questionnaire de suivi s'échelonnant sur une période de 12 mois afin d'améliorer les mécanismes actuellement en place pour recueillir et présenter les commentaires des participantes.***

Centre d'amitié autochtone d'Odawa : Lorsque la justice guérit
[Odawa Native Friendship Centre: When Justice Heals]
(Projet de la FADG n° : 1291-ON)

Description du projet

Le Aboriginal Peoples' Justice Committee (APJC) a été créé pour fournir d'autres possibilités que le système judiciaire conventionnel aux Autochtones dans la région d'Ottawa. L'APJC espérait, par le biais des cercles de guérison et des conseils de détermination de la peine, aider les individus autochtones aux prises avec le système judiciaire à réintégrer la communauté. Les activités du projet consistaient à rencontrer les responsables du système judiciaire, à créer des groupes de soutien externes au système judiciaire et des cercles de guérison à l'intention des contrevenants et des victimes, et à référer les clients aux services et aux établissements de traitement requis. Dans l'ensemble, le projet visait à briser le cercle de l'incarcération et des démêlés avec la justice et à développer des relations familiales et des modes de vie positifs.

Groupes cibles : Le principal groupe cible était les Autochtones de la région d'Ottawa en conflit avec la loi.

Financement : Du 1^{er} octobre 2000 au 30 septembre 2001, une subvention de 71 165 \$ a servi de financement au projet. Avant et après le financement accordé par la FADG (à partir de 1997), le projet fonctionnait sans aide financière.

Équipe de projet

L'équipe de projet identifiée dans la demande de financement se composait de 10 bénévoles, 5 hommes et 5 femmes. Six d'entre eux étaient Autochtones et quatre ne l'étaient pas. Les bénévoles non autochtones représentaient tous le système judiciaire, tandis que les bénévoles autochtones représentaient les organismes de soutien autochtones et le secteur de l'éducation. Les bénévoles changeaient avec le temps. À un moment, les membres non autochtones étaient plus nombreux que les membres autochtones. Le National Process Evaluation Survey (NPES) évaluait le temps des bénévoles à plus de 100 heures par mois.

L'équipe de l'APJC se composait de deux coprésidents (un homme et une femme), d'un responsable du cercle et des bénévoles du cercle. Un coordonnateur était employé avec les fonds reçus de la FADG, un laps de temps d'environ sept mois s'est écoulé avant que le poste de coordonnateur soit comblé.

Des ateliers de formation à l'intention des membres de l'APJC devaient être offerts dans le cadre du projet. Le projet reconnaissait la nécessité d'une formation, en particulier pour le responsable du cercle et la médiation des conflits. Étant donné que cette formation n'était pas fournie, les Aboriginal Legal Services of Toronto ont organisé un atelier de formation général. La NPES a révélé qu'une formation de base et avancée était nécessaire dans les domaines suivants : intervention d'urgence, sensibilisation aux traumatismes, techniques de counselling, culture et langues autochtones, histoire et répercussions des pensionnats, apprentissage de la *Charte canadienne des droits et libertés*, manière de faire face à la violence familiale, formation poussée du responsable du cercle et conseil de détermination de la peine. Le rapport trimestriel mentionnait que [TRADUCTION] « bien que les bénévoles aient une grande expérience dans leurs domaines respectifs, nous reconnaissons que nous ne sommes pas des experts en ce qui concerne notre travail avec l'APJC et que certaines connaissances viennent toujours à nous manquer. »

Caractéristiques des participants

Des participants potentiels ont été recrutés en grande partie dans le système judiciaire conventionnel. Pour être admissibles, les contrevenants devaient être reconnus coupables, plaider coupable ou accepter la responsabilité de leurs actes. Au moins deux membres de la communauté devaient accepter de les aider tout au long du processus. Le projet examinait les demandes des contrevenants adultes et mineurs. Toutes les parties devaient s'entendre, y compris le juge qui prononce les sentences, le procureur de la couronne dans les cas de déjudiciarisation après mise en accusation ou la police dans les cas de déjudiciarisation avant mise en accusation. Tous les candidats étaient informés que s'ils ne respectaient pas les conditions de l'APJC, ou s'ils n'observaient pas les conditions de leur mise en liberté, leur cas serait remis entre les mains du système judiciaire conventionnel.²⁷¹

Le processus de guérison durait environ neuf mois et, dans certains cas, jusqu'à un an. Les taux de participation variaient de deux à cinq, et la NPES a révélé qu'une femme et deux hommes ont participé aux activités de guérison du projet financé par la FADG et que deux d'entre eux ont terminé le processus. Un participant était un Survivant d'un pensionnat, tandis que les deux autres participants étaient victimes de leur bagage transgénérationnel.

Contexte

Selon Statistique Canada, la population d'Ottawa était de 774 072 habitants et celle de la région d'Ottawa-Hull d'environ 875 100 habitants en 2001.²⁷² Les statistiques en ce qui concerne la population autochtone dans la région de la capitale nationale (RCN) varie d'une organisation autochtone à une autre et les estimations vont de 11 090 à 40 800, 35 000 étant un chiffre souvent mentionné.²⁷³

Les Autochtones viennent dans les centres urbains pour diverses raisons, entre autres pour chercher des conditions de vie meilleures pour eux et leurs enfants et poursuivre des études postsecondaires ou trouver un emploi. Certains d'entre eux sont venus en ville après leur libération de prison, la fin de leur placement en famille d'accueil ou leur sortie de l'hôpital, et beaucoup ne pouvaient ou ne voulaient pas retourner dans leurs communautés d'origine. Une fois en ville, ils ont été confrontés à d'innombrables difficultés, notamment l'itinérance, la pauvreté, le chômage, la discrimination, l'abus de substances toxiques, la prostitution, les services inappropriés et inadéquats, l'insalubrité de l'habitat et les conflits avec la loi.²⁷⁴ Le manque de logements et les loyers élevés à Ottawa sont à l'origine de sérieux problèmes pour les individus et les familles à faible revenu, et les Autochtones sont surreprésentés chez les pauvres. En 1996, le taux de pauvreté des Autochtones vivant à Ottawa était de 51,2 pour cent.²⁷⁵

La NPES rapportait les problèmes graves ci-dessous auxquels était confrontée la communauté : tentatives de suicide, abus en tant que victime, abus en tant qu'abuseur, alcoolisme et toxicomanie.

Résultats et indicateurs

La carte de rendement ci-dessous décrit les résultats souhaités à court terme et à long terme pour le projet ainsi que les indicateurs utilisés pour mesurer le changement. Les résultats souhaités à court terme visent à offrir un autre choix que le système judiciaire conventionnel, en permettant au système conventionnel de s'adapter davantage aux réalités culturelles et de travailler plus efficacement à la fois avec les victimes et les Autochtones ayant des démêlés avec la justice. Les résultats à long terme souhaités sont l'impact sur le cycle d'incarcération et l'adoption de modes de vie positifs.

Centre d'amitié autochtone d'Odawa : « Lorsque la justice guérit » [Odawa Native Friendship Centre: "When Justice Heals"] carte de rendement

MISSION : Offrir une alternative spécifiquement autochtone à l'incarcération dans le système judiciaire conventionnel dans la région d'Ottawa-Carleton.		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
COMMENT?		RÉSULTATS		
Ressources	Groupes cibles	RÉSULTATS		
<p>activités / résultats</p> <p>Organiser des cercles de soutien réguliers à l'intention des contrevenants, des familles et des victimes, et des cercles de détermination de la peine; animer des cérémonies, des soirées et des fêtes; informer les fournisseurs dans le système de justice conventionnel des habitudes autochtones; mettre les contrevenants en rapport avec les Aimés; animer les réunions mensuelles de l'APJC; mettre au point des outils d'évaluation; aider les contrevenants à réintégrer la communauté; donner une formation au personnel et aux bénévoles de l'APJC; recommander des services de traitement; aider au processus de réconciliation victime/agresseur.</p>	<p>Groupes cibles</p> <p>Membres de l'APJC; employés du système judiciaire conventionnel; Autochtones en détention; Autochtones en conflit avec la loi; victimes et familles; fournisseurs de services autochtones.</p>	<p>résultats à court terme</p> <p>Offrir une alternative au système judiciaire conventionnel et travailler plus efficacement avec les Autochtones en conflit avec la loi; faire que le système judiciaire réponde davantage aux besoins culturels; aider la réconciliation avec les victimes; aider les contrevenants à affronter leur comportement; rétablir les relations quand c'est possible; aider les contrevenants à retrouver une image positive d'eux-mêmes et de leur culture et à réintégrer la communauté; améliorer les compétences, les capacités et l'efficacité de l'APJC et d'autres bénévoles intéressés.</p>		<p>résultats à long terme</p> <p>Briser le cycle de l'incarcération et mettre un terme aux conflits avec le système judiciaire; créer des modes de vie et des relations avec les familles positives.</p>
<p>Comment allons-nous savoir que nous avons changé quelque chose? Quels changements verrons-nous? Quels changements se sont produits?</p>				
<p>Ressources</p> <p>77 165 \$</p>	<p>Groupes cibles</p> <p># de contrevenants autochtones, victimes et familles participant au programme; # de membres de l'APJC; # de fournisseurs de services autochtones et le personnel de la justice conventionnel engagés dans le projet.</p>	<p>Mesures à court terme</p> <p>Preuve que le programme a gagné la confiance du système judiciaire et des fournisseurs de services autochtones et est crédible à leurs yeux (opinions de répondants importants, membres de l'APJC, personnel judiciaire, # candidats et recommandations par les tribunaux, et # Aimés et bénévoles impliqués dans l'APJC); taux réduits d'incarcération et de récidivistes chez les participants; changements chez les participants en ce qui concerne l'abus de substances, la violence familiale, l'abus sexuel, la violence psychologique et l'itinérance rapportés par les participants eux-mêmes ou des informateurs clés; taux de suicide réduit chez les participants; changements observés et rapportés par les membres de l'APJC dans leurs connaissances, capacités et compétences et dans la contribution du comité à la communauté.</p>	<p>Mesures à long terme</p> <p>Réduction des taux d'incarcération et du # d'Autochtones en conflit avec la loi; réduction des taux de toxicomanie, d'abus physique et sexuel, de violence familiale, de sévices auto-infligés, d'itinérance et de suicide.</p>	

Répercussions sur les individus

En raison du petit nombre de participants (trois à cinq au total; deux ont terminé le processus du cercle), les répercussions sur les individus doivent être abordées avec précaution. Cependant, comme l'a fait remarquer une personne, [TRADUCTION] « les chiffres ne sont peut-être pas élevés, mais le processus de guérison prend du temps et nécessite beaucoup de patience. Toutefois, nous voyons les résultats même s'il s'agit seulement d'une personne par an. »

La majorité des répondants pensaient que les participants *risquaient moins* d'être en conflit avec la loi grâce au projet. L'un d'eux a toutefois dit, [TRADUCTION] « pour ceux qui ont terminé le processus, la réponse est risquent moins, mais si le client n'est pas allé jusqu'au bout, la réponse est risquent plus. » Un autre répondant faisait la distinction entre les participants ayant un passé lourd de démêlés avec la justice et ceux pour lesquels ce n'était pas le cas. Plusieurs répondants ont attribué au processus du cercle une diminution des conflits avec la loi, y compris le [TRADUCTION] « *temps considérable* » passé avec l'accusé.

Quand on leur a demandé de décrire les changements qu'ils ont observés dans les attitudes, les connaissances, les compétences et le comportement des participants, trois répondants ont noté une meilleure prise de conscience et connaissance de la culture et des traditions. Il a également été fait référence à l'estime de soi, à la dignité et à la confiance recouvrée par les participants ainsi qu'à leur prise de conscience de la nature destructive de leurs dépendances. Un client a construit sa maison sur sa réserve, et un autre retourne à l'école. Les répondants clés ont remarqué d'autres changements, notamment le fait que les clients s'expriment mieux à la fin d'un cercle. Les clients traversent différentes émotions parmi lesquelles la gratitude, le soulagement, la compassion, la compréhension, le respect et le sentiment de sa propre valeur. De plus, le fait qu'ils doivent demander à des membres de leur famille de faire partie du cercle nécessite qu'ils aillent vers les autres. Un répondant a expliqué la raison de tels changements en disant, [TRADUCTION] « on leur donne une chance - la cour de justice n'est pas une chance. » Un autre répondant a déclaré qu'en travaillant avec le comité, les clients apprennent comment négocier par eux-mêmes et que le cercle n'est pas un moyen facile de s'en sortir. D'autres ont parlé de l'importance des enseignements et du rôle des Aînés.

Il a été demandé aux répondants s'ils avaient remarqué s'il était plus probable ou moins probable que les victimes et leurs familles participent à des projets de justice alternative durant le projet. Fait étonnant, il n'y avait pas de consensus et seulement deux personnes sur huit ont pensé que c'était plus probable. Il est apparu que les victimes n'étaient pas nécessairement autochtones et que les victimes non autochtones n'étaient pas particulièrement intéressées par des processus de justice alternative.

Malgré ces divergences d'opinion, les répondants étaient unanimes à penser que les chances que les victimes et leurs familles participent à des processus de réconciliation étaient meilleures. De plus, la plupart des répondants estimaient que le projet garantissait, dans une certaine limite, la sécurité des femmes victimes (p. ex., protection contre la revictimisation et des dommages supplémentaires par le contrevenant), bien que quelques-uns des répondants n'en étaient pas sûrs du tout, et un répondant a déclaré que le projet ne s'attaque pas du tout à ce problème. Ceux qui estimaient que le projet s'attaquait au problème ont parlé de la proportion élevée de femmes membres du cercle et du fait que ces femmes connaissaient les ressources et services de soutien destinés aux femmes.

Il a également été demandé aux répondants de dire dans quelles limites les services sociaux et les services connexes à la justice garantissaient la sécurité et le bien-être du contrevenant (p. ex., protection contre la vengeance de la communauté ou la mise à l'index). Les répondants étaient divisés presque en nombre égal entre ceux qui pensaient qu'un certain niveau de sécurité était en place et ceux qui pensaient que les organismes prestataires de services étaient confrontés au problème ou ne s'en occupaient pas (un répondant ne savait pas quoi répondre).

Impact sur la collectivité

Toutes les personnes interrogées ont reconnu les avantages dont bénéficie la région d'Ottawa grâce au projet, en particulier en ce qui concerne la population autochtone de plus en plus nombreuse. [TRADUCTION] « Les membres de la communauté en conflit avec la loi ont un endroit vers lequel se tourner, et même s'ils ne veulent pas participer au processus du cercle, nous avons d'autres références pour eux. » Quand on a demandé aux répondants comment le projet faisait pour rendre le système judiciaire traditionnel plus adapté et plus attentif à la culture autochtone, ils ont répondu que des séances de sensibilisation au palais de justice servaient à sensibiliser le personnel du système judiciaire conventionnel. Un procureur de la couronne a confié à un membre de l'APJC que son expérience avec [TRADUCTION] « le cercle de détermination de la peine a été ce qui lui avait apporté le plus de satisfaction à ce jour. » Un autre répondant a dit qu'il y avait un plus grand respect pour les produits médicinaux et que le port des peintures traditionnelles est désormais permis dans la salle d'audience. Le nombre de références en provenance du système de justice conventionnel a été cité comme un autre indicateur de changement, mais même avec l'augmentation des bénévoles, l'APJC [TRADUCTION] « a dû en refuser, car nous n'avions pas de coordonnateur - même pas un numéro de téléphone. » Il était difficile de déterminer exactement combien de références auraient pu venir devant le cercle s'il avait eu les moyens d'accepter des clients.

Malgré les réponses unanimes des personnes interviewées sur les *avantages* du projet, il y avait quelques divergences d'opinions sur l'influence qu'avait le projet tant sur la communauté autochtone que sur la communauté non autochtone. Pour la communauté autochtone, c'était essentiellement parce que la communauté, dans son ensemble, [TRADUCTION] « n'appuyait pas le projet. » Ils pensaient que l'APJC [TRADUCTION] « se composait essentiellement de membres non autochtones... et ils faisaient marche arrière. » Un répondant [TRADUCTION] « a essayé de comprendre pourquoi l'APJC était financé par la FADG... même nos lettres d'appui venaient de personnes qui n'étaient pas actives dans la communauté. » Inévitablement, la cohésion du conseil [TRADUCTION] « a disparu après quelque temps - c'était une tâche écrasante. »

Il y avait des opinions similaires, bien que moins discordantes, sur les partenaires appartenant à la communauté non autochtone. Une des personnes interviewées pensait que les responsables du système judiciaire voulaient apprendre ce qu'était le processus du cercle, mais qu'il n'y avait jamais assez de temps. Certains membres du personnel de justice semblaient impatients envers le processus du cercle, probablement parce que la guérison est plus lente tout au long de l'enchaînement des procédures. Une autre réponse moins élogieuse soutenait que [TRADUCTION] « pour les représentants de la justice conventionnelle, l'expérience du cercle n'était qu'un cran supplémentaire à leur ceinture. Le cercle était plus ou moins symbolique pour eux. »

Créer des partenariats et s'assurer de la durabilité du projet

La demande d'aide à la FADG citait trois sources de soutien communautaires : Tungasuvvingat Inuit, Wabano Centre for Aboriginal Health et le programme de déjudiciarisation après la mise en accusation du Service de police d'Ottawa. L'information concernant les partenariats recueillie dans la NPES citait deux organismes communautaires clés ayant des liens avec le projet. L'un était la Bimadiszi Inuujujut Lodge qui offrait des services de counselling accélérés aux clients de l'APJC et aux victimes et l'autre le Centre de support des femmes autochtones qui offrait du soutien aux victimes. Les partenariats identifiés dans les rapports trimestriels soumis à la FADG incluaient le Wabano Centre for Aboriginal Health, le Centre for Treatment of Sexual Abuse and Childhood Trauma, la Pinganodin Lodge, la House of Hope, le bureau du procureur de la couronne et les bureaux de liaison avec la police.

Les répondants ne s'entendaient pas sur le niveau de soutien apporté par les partenaires communautaires au projet, mais la plupart estimaient que c'était tout au moins satisfaisant. Ils considéraient que le soutien fourni par les partenaires autochtones et non autochtones suivait un modèle similaire. En ce qui concerne les partenaires autochtones, un répondant s'inquiétait que les Autochtones n'étaient pas assez nombreux, et un autre estimait qu'il n'y avait pas d'engagement de la part des partenaires autochtones.

Le problème de la durabilité a été abordé à part dans la NPES, où il a été fait état que la valeur du travail bénévole fourni par les organismes communautaires, y compris le bureau du procureur de la couronne, était d'environ 9 500 \$. De plus, le tribunal fournissait une salle de réunion pour les cercles de détermination de la peine. *When Justice Heals* a poursuivi ses activités après que la FADG ait refusé sa demande de financement pour sa deuxième année d'activité. Malgré le fait que de nombreux répondants faisaient état de problèmes importants avec le projet, notamment sa responsabilité envers la communauté et le manque de formation pour l'APJC, la plupart pensaient que le projet est viable et mérite un soutien continu.

Engager valablement les Survivants (y compris ceux victimes de répercussions intergénérationnelles)

Deux points de vue différents ont été exprimés en ce qui concerne l'engagement des Survivants. La plupart des répondants ont déclaré que des Survivants étaient engagés dans le projet, en particulier pendant l'étape de planification, et l'un d'eux a dit que l'engagement était [TRADUCTION] « important. » Cependant, un autre répondant a contesté ce point de vue : [TRADUCTION] « Je n'ai jamais rencontré de Survivant intergénérationnel ou direct engagé dans le projet, et cela m'a beaucoup contrarié. » Quand on a demandé dans quelle mesure le projet s'attaquait aux problèmes des séquelles des pensionnats, de l'abus physique et sexuel, notamment les répercussions intergénérationnelles, la moitié des répondants n'étaient pas certains de l'efficacité du projet. L'un d'eux a déclaré que le projet ne s'occupait pas du tout des séquelles des pensionnats et un autre a dit que, dans ce domaine, le projet n'était pas très efficace. Les deux autres répondants ont déclaré que le projet s'en tirait plus ou moins bien. L'un de ces répondants a remarqué que, même si ce problème n'est pas traité directement, [TRADUCTION] « il est traité quand nous parlons de l'expérience de la personne avec sa culture. »

Amélioration de la gestion du programme

Les réponses étaient divisées en ce qui concerne les résultats obtenus grâce aux méthodes, activités et processus du projet décrits dans l'accord de financement avec la FADG. Cinq personnes ne connaissaient pas l'accord de financement, et n'ont donc pas pu répondre. Parmi les trois personnes qui ont répondu, une a dit que les résultats étaient très bons, une autre qu'ils étaient mauvais et la dernière que le projet ne tenait pas compte des méthodes et activités mentionnées dans l'accord. Une telle divergence entre les personnes interviewées reflète probablement les conflits et différences entre les membres de l'APJC. La NPES révélait que le projet mesurait les changements chez les participants au moyen d'observations (écrites et enregistrées) formelles et de rétroactions sollicitées, mais les dossiers ne contiennent pas ces documents. L'administration du projet aurait souffert parce que tout le monde est très occupé. Un répondant a mentionné que le projet n'était pas tenu de rendre compte de ses activités à la FADG et [TRADUCTION] « dans nos activités, nous pourrions avoir déclaré n'importe quoi. » Enfin, une personne a parlé de rendre le processus d'évaluation plus formel :

[TRADUCTION] À la fin de chaque cercle de guérison, nous donnions la possibilité à tous les participants de dire ce qu'ils pensaient. À posteriori, il semble que nous aurions dû leur donner la possibilité de donner leur avis anonymement, peut-être en utilisant un formulaire d'évaluation. Les clients et nous-mêmes avons besoin de plus de surveillance et d'évaluation.

Meilleures pratiques

Quand on leur a demandé de parler des réussites du projet, les répondants ont parlé d'améliorations dans les vies des clients. Il y avait un grand changement dans la manière dont un client agissait avec son conjoint et ses enfants, ils portaient les peintures traditionnelles pour la première fois et participaient à un cours d'études autochtones. Un répondant pensait qu'il y avait une meilleure connaissance du processus judiciaire dans la communauté, et plusieurs exemples d'interactions réussies avec le système judiciaire conventionnel, notamment de solides partenariats avec la police et les tribunaux, ont été donnés.

Le troisième rapport trimestriel soumis à la FADG mentionnait que le procureur adjoint de la couronne, en qualité de membre de l'APJC, avait joué un rôle, [TRADUCTION] « déterminant pour que les Autochtones soient écartés du système judiciaire conventionnel. » Cela suppose que le système judiciaire reconnaissait de plus en plus les procédures de rechange. Deux répondants ont dit clairement que les progrès n'avaient pas besoin d'être spectaculaires pour juger qu'une intervention est réussie. [TRADUCTION] « Quand une personne passe notre porte, c'est un succès » et [TRADUCTION] « même si le client n'a pas continué dans le cercle, je continuerai de considérer que c'est un succès parce que le secret a été dévoilé dans la communauté. »

La NPES a identifié les meilleures pratiques suivantes : [TRADUCTION] « des méthodes traditionnelles et holistiques sont utilisées pour les cercles de guérison, et c'est souvent le réengagement de ces personnes envers leur culture. »

Défis

Les personnes interviewées ont fait preuve d'une ouverture d'esprit particulière en ce qui concerne les problèmes auxquels elles étaient confrontées dans leurs divers rôles au sein du projet. Ces défis sont résumés ci-dessous.

Philosophies conflictuelles : Au sein de l'APJC, il y avait des opinions divergentes au sujet de la justice alternative. Certains appuyaient le modèle de conseil communautaire utilisé par les Aboriginal Legal Services of Toronto (ALST) et estimaient que l'approche d'Ottawa avait un rapport trop étroit avec le système judiciaire conventionnel. D'autres étaient fortement opposés au modèle des ALST et étaient ennuyés par une séance de formation de deux jours fournie par cette organisation, car ils considéraient cette formation plutôt comme une activité destinée à faire la promotion des ALST plutôt que comme une formation.

Manque de participation et de soutien de la communauté : Les trois quarts, ou six des huit personnes interviewées, ont fait allusion d'une façon ou d'une autre à un manque d'engagement et de soutien de la part de la communauté.

Manque de ressources : L'équipe du projet se composait entièrement de bénévoles, excepté un coordonnateur rémunéré pendant 5 des 12 mois pour lesquels le projet a reçu un financement de la FADG. Par conséquent, la charge de travail des bénévoles était extrêmement élevée. Au moment des entrevues, il n'y avait pas de financement, pas de bureau et un bénévole occupait le poste de coordonnateur. Un manque de ressources dans la communauté entraînait des difficultés supplémentaires. Par exemple, le besoin d'un travailleur social auprès des tribunaux a été mentionné plusieurs fois pendant les entrevues.

Difficultés administratives : Plusieurs problèmes administratifs ont été mentionnés, certains en rapport avec le manque de ressources, tandis que d'autres semblaient avoir leur origine dans la relation ambiguë qui existait entre le projet et son commanditaire. L'APJC avait essayé de faire une demande d'incorporation, mais la démarche n'avait jamais été terminée. Odawa fournissait des locaux pour les bureaux, mais les autres liens avec le commanditaire étaient fragiles, et il y a eu une plainte que le Comité fonctionnait comme un conseil autonome et ce, même s'il n'était pas incorporé. Une personne a fait mention de problèmes pour obtenir de l'information au sujet des finances du projet : [TRADUCTION] « Odawa se chargeait de la comptabilité, et nous n'avons jamais eu de rapport financier à nos réunions. »

Le rapport trimestriel soumis à la FADG mentionnait qu'en tant que comité bénévole, il n'y avait pas de structure de gestion formelle. Un rapport préparé par l'APJC identifiait le besoin de davantage de clarté en ce qui concerne les rôles et la structure de l'APJC, ainsi que la nécessité de réviser le mandat, de revoir le processus du cercle et de clarifier le rôle d'Odawa en ce qui concerne l'APJC.²⁷⁶

Manque de formation : Il est apparu que la seule formation fournie était basée sur le modèle du conseil communautaire de l'ALST, et cela soulevait des controverses chez certains membres. Le besoin de formation pour les membres du cercle et les responsables du cercle a été réitéré dans les quatre rapports trimestriels préparés par le projet et soumis à la FADG. Les entrevues ont confirmé que la formation manquait. Seuls deux des huit répondants ont évalué la formation reçue comme étant très bonne ou bonne, même s'ils ont ajouté des commentaires qui remettaient leurs évaluations en question. L'un d'eux mentionnait un budget

de formation insuffisant pour répondre au besoin, et l'autre déclarait que la formation disponible n'était pas assez spécifique. Un répondant a évalué la formation comme satisfaisante, deux ont déclaré qu'il n'y avait pas de formation de fournie et trois n'étaient pas sûrs.

Défis systémiques : Une personne a mentionné que les avocats de la défense attendaient parfois jusqu'à six mois pour être payés par l'aide juridique si leur client choisissait de participer au cercle de détermination de la peine. Dans de tels cas, les avocats peuvent hésiter à appuyer le processus. De même, les organismes de service non autochtones se montraient hésitants à accepter des clients imposés par le tribunal. Une autre personne a dit que [TRADUCTION] « les avocats approuveraient une libération conditionnelle de bon coeur, car après quelqu'un d'autre serait responsable. » Cette approche pourrait avoir alourdi le fardeau des services autochtones dans la région d'Ottawa.

Pressions sur les membres du cercle : Les personnes interviewées ont mentionné les longues heures exigées des bénévoles, les niveaux élevés de stress et le risque élevé d'épuisement professionnel. De plus, les membres du cercle avaient accès à de l'information confidentielle qu'ils ne pouvaient pas partager avec la communauté et cela entraînait des difficultés [TRADUCTION] « Nous étions critiqués à cause de l'aspect confidentiel de notre travail. Le comité a subi des abus injustes. » Les membres autochtones du cercle ressentaient aussi de la pression en raison de l'information qu'ils détenaient sur leur communauté :

[TRADUCTION] Un autre obstacle est que, en tant qu'Autochtones, nous savons des choses que la Couronne ignore. Nous savons où sont les clients, et nous savons quand ils se soustraient au processus. C'était un grand dilemme, car vous ne pouvez pas aller à la couronne et leur dire tout ce que vous savez au sujet du client.

Cette personne a poursuivi en soulevant des inquiétudes au sujet de la sécurité des membres de l'APJC :

[TRADUCTION] Et ce travail était... dangereux! Je me suis souvent demandé si quelqu'un de ma communauté allait s'en prendre à moi. C'est aussi très difficile de rester neutre dans le cercle quand vous connaissez la famille de l'accusé. Comment pouvez-vous être totalement impartial? Le comité était toujours sous un microscope.

Imputabilité

Les répondants ont mentionné leurs inquiétudes au sujet du manque de participation et de soutien de la communauté. Seul un des huit répondants estimait que le projet était suffisamment responsable de ses activités (p. ex. engagé dans une communication réaliste et claire avec la communauté, tout en permettant à la communauté de faire des suggestions). Les autres ont déclaré que c'était difficile, que le projet ne le faisait pas du tout, ou n'étaient pas sûrs.

Entrer en contact avec ceux et celles qui en ont le plus besoin

Dans la NPES, le projet disait qu'il entrait en contact avec ceux et celles qui avaient le plus besoin du service, même si des progrès pouvaient encore être faits. Le projet stipulait que pour être admissible, le contrevenant devait faire une demande au APJC. Au moment de l'enquête, le projet avait deux clients et a dit qu'il pourrait s'occuper de deux contrevenants supplémentaires sans devoir recruter de nouveaux bénévoles. La moitié des répondants n'étaient pas sûrs de la capacité du projet de faire face et répondre aux besoins identifiés. Les autres réponses variaient considérablement : un répondant a dit mal, un autre de façon satisfaisante et un autre très bien. Un répondant a déclaré que le projet était assez satisfaisant pour les clients qui faisaient une demande, même s'il luttait pour répondre aux besoins de ceux qui ne connaissaient pas le projet.

Leçons apprises

La majorité des répondants reconnaissaient la nécessité que la communauté participe entièrement au projet, tant les Autochtones que les non autochtones, au moyen d'une communication régulière et en partageant l'information. Un répondant a également identifié la formation, [TRADUCTION] « Nous avons besoin d'une formation plus spécifique pour pouvoir adapter nos processus. » Parmi les autres suggestions faites par les répondants ou notées dans les rapports trimestriels du projet soumis à la FADG, citons :

- mettre au point une trousse d'information pour de nouveaux bénévoles;
- réévaluer et restructurer le mandat de l'APJC;
- poursuivre les démarches pour l'incorporation;
- jouer un rôle consultatif seulement pour les membres de l'APJC non autochtones;
- clarifier le rôle de la police pour assurer la sécurité des participants et des victimes;
- faire un suivi auprès des victimes et des familles;
- faire un suivi auprès des clients;
- déterminer si les clients se qualifient pour le projet et renvoyer ceux qui ne se qualifient pas devant les tribunaux;
- demander à un Aîné de résoudre les conflits entre les membres de l'APJC;
- mettre en place un mécanisme en cas d'épuisement professionnel des bénévoles;
- faire un rapport bimensuel au comité;
- avoir un comité rémunéré;
- des réunions régulières du cercle sont vitales;
- élaborer un formulaire d'évaluation pour les participants;
- chercher d'autres sources de financement;
- examiner la formation du responsable du cercle;
- entrer en contact avec les réserves de la région;
- visiter les détenus de l'établissement fédéral de Kingston.

Malgré les défis, un répondant a résumé les leçons apprises comme suit : [TRADUCTION] « Qu'est-ce que j'ai appris? Que nous n'allons pas toujours gagner, mais que tout au moins, quand vous participez vous lui donnez une impulsion... et c'est savoir que le succès du projet n'est pas toujours visible dans les résultats du projet. »

Conclusions

Si le changement est mesuré par les répercussions du projet sur ses clients, dans ce cas il y a eu un changement. En fait, en raison du temps, des soins et de l'intérêt apparemment démesurés donnés par le cercle à ses clients, ils [TRADUCTION] « les ont convaincus ... les clients ont été comblés » et des transformations profondes ont eu lieu. Et si nous mesurons le progrès par la prise de conscience engendrée dans le système judiciaire conventionnel, le progrès était aussi évident. L'APJC a abattu des obstacles en travaillant avec les juges, les avocats et les autres employés du système judiciaire.

Néanmoins, cette étude de cas a identifié plusieurs défis importants. Notamment, les conflits internes au sujet du modèle du cercle de détermination de la peine, le manque de soutien et de participation de la communauté, le manque de formation et de ressources, les problèmes administratifs et les obstacles systémiques dans le système conventionnel. Il y avait lieu de s'inquiéter que l'APJC avait pris de l'avance sur la communauté en optant et mettant en oeuvre un modèle particulier de justice alternative sans y avoir fait participer l'ensemble de la communauté.

Recommandations

- L'APJC devrait commencer à faire participer la communauté à des discussions sur le travail qu'elle a réalisé jusqu'à maintenant, et présenter des exemples de modèles de justice alternative utilisés actuellement. Le soutien et la participation de la communauté ont été identifiés comme des éléments clés des projets de justices alternatives réussis et, à cette fin, les méthodes pourraient notamment consister à organiser une série de forums communautaires et à profiter de toutes les possibilités qui s'offrent pour faire des présentations aux organismes et organisations communautaires autochtones;
- la communauté devrait participer à un processus de planification stratégique qui comporterait des discussions pour déterminer si l'APJC devrait s'incorporer ou s'il devrait entrer dans une organisation qui existe déjà;
- on devrait donner un cadre formel à la structure administrative, à la structure de gestion, aux politiques et procédures, et on devrait accorder une attention particulière à la sécurité, à l'imputabilité et à la prévention de l'épuisement professionnel chez les membres de l'APJC. De plus, on devrait rédiger les descriptions de poste pour les bénévoles et le personnel rémunéré, fixer les rôles d'un conseil d'administration et d'un comité directeur ou consultatif, ainsi que d'un Aîné;
- les membres de l'APJC devraient recevoir une formation dans différents domaines, notamment : les cercles de détermination de la peine et la formation de responsable du cercle, la médiation, les méthodes de rechange pour la résolution de conflits et les autres formations nécessaires identifiées par le comité. Les formations devraient être continues pour que les nouveaux membres et bénévoles puissent en bénéficier;
- l'APJC devrait procéder à une enquête auprès des fournisseurs de services autochtones et non autochtones afin d'évaluer les différents services de soutien disponibles et d'identifier les obstacles et les pénuries;
- identifier les difficultés liées à la mise en oeuvre des recommandations ci-dessus quand l'APJC fonctionne sur une base bénévole et sans fonds de fonctionnement, l'APJC devrait chercher des fonds pour poursuivre son travail.

Évaluation :

- Des procédures et outils d'évaluation devraient être mis au point pour recueillir et enregistrer les commentaires confidentiels des clients et des victimes, ainsi que des membres de la communauté et de l'APJC;
- un processus devrait être mis en place pour assurer le suivi des clients et des victimes et suivre les progrès une fois les soins terminés.

Conseil de la Nation Atikamekw: Koskikiwetan (Projet de la FADG n° : 1311-QC)

Description du projet

Le projet sur lequel porte cette étude de cas s'intitule « Retour à nos sources » ou Koskikiwetan (1311-QC), une suite du projet pilote Miromatisiwinik. Les activités du projet étaient :

- la formation des travailleurs de première ligne et des conseillers en techniques d'intervention en rapport avec l'abus sexuel, les séquelles des pensionnats, l'intervention d'urgence et l'animation de groupes; les stagiaires étaient également invités à suivre eux-mêmes une démarche thérapeutique afin de pouvoir donner la formation à d'autres;
- le processus thérapeutique de groupe comportant 6 séances sur le terrain (15 jours d'expédition en canot, 2 par mois, une pour les Survivants adultes et une pour les jeunes) dans le territoire d'Atikamekw; la station d'hiver au Lac Flamand dispose de 8 maisonnettes et le site d'été sur Roy Island, accessible seulement en canot, accueille les visiteurs dans des tentes de toile; une réunion des groupes d'adultes et de jeunes était planifiée tous les mois;
- l'intervention psychosociale individuelle offerte par des intervenants et des conseillers de première ligne, accessibles tout au long du processus et qui offraient des séances de préparation à la thérapie afin de préparer les participants, et des séances postthérapeutiques aux personnes désireuses d'y assister.

Plusieurs autres activités ont été organisées dans chaque communauté, comme les cercles de partage et l'enseignement plus général sur les séquelles des pensionnats afin de faire participer le plus de personnes possibles au processus de guérison.

Groupes cibles : Le groupe cible incluait des membres (en particulier des familles) de trois communautés Atikamekw : Opitciwan, Manawan et Wemotaci. On comptait parmi les participants des Indiens non inscrits vivant dans des réserves et à l'extérieur des réserves, des Métis et des Inuit. Le projet offrait ses services à des participants ayant des besoins particuliers et appartenant aux groupes sociaux suivants : les Survivants des pensionnats, leurs descendants affectés par les séquelles des pensionnats, les homosexuels, les individus handicapés, les non Autochtones et les Aînés.

Financement : Cette étude portait sur la période d'activité qui a commencé le 1^{er} juillet 1999 et terminé le 31 octobre 2001, avec un budget de 1 056 682 \$.

Équipe de projet

L'équipe du Koskikiwetan se compose d'une gestionnaire de projet, d'un coordinateur régional, de trois coordonnateurs locaux, d'un superviseur clinique, de travailleurs de première ligne locaux et de thérapeutes. Il y avait aussi du personnel de soutien (cuisinier, préposé à l'entretien) qui travaillait en collaboration avec le conseil de la Nation Atikamekw (Atikamekw Sipi) (p. ex. éducation, services sociaux, services administratifs et de consultation). Avant de demander le soutien de la FADG, une équipe de 14 membres, incluant un psychologue et un avocat, a été réunie pour soumettre une proposition adaptée aux besoins des Survivants. Plus de la moitié de cette équipe initiale étaient des Survivants des pensionnats. Le projet bénéficiait aussi d'Aînés bénévoles des trois communautés qui servaient de guides spirituels et siégeaient

sur divers comités. Le projet était réalisé en collaboration avec le conseil régional pour l'éducation et les langues, les services d'enseignement Atikamekw, le Atikamekw Language Institute (Wasikahikan) et le service de documentation de la Nation Atikamekw.

Caractéristiques des participants

La population de la Nation Atikamekw est jeune : 60 pour cent de la population a moins de 25 ans. Dans la communauté d'Opitciwan, les enfants de 10 à 14 ans ne participaient pas aux activités de guérison. Mais dans les deux autres communautés, Wemotaci et Manawan, ils y participaient. Il est intéressant de noter que, dans les trois communautés, les femmes étaient plus nombreuses à participer au processus de guérison que les hommes. Pendant la première année, la majorité des participants étaient des Indiens inscrits qui vivaient dans des réserves. À Manawan, le nombre total de participants non autochtones était plus élevé que dans les deux autres communautés. La deuxième année, le nombre de participants âgés de 50 ans et plus a augmenté. La deuxième année, le nombre de participants non autochtones a affiché une baisse notable. La participation globale a baissé de 3 pour cent. Cependant, la participation des Survivants des pensionnats a augmenté de 1 pour cent. La participation des Aînés est restée la même pour les deux années. Dès le début du projet, faire participer la population s'est révélé un processus ardu et long (et tel est toujours le cas). Beaucoup sont encore réticents.

Contexte

Les trois communautés de la Nation Atikamekw, où se déroulait le projet Koskikiwetan sont situées dans les régions de la Haute-Mauricie et de Lanaudière. La plupart des membres de la Nation Atikamekw vivent dans une des trois communautés. La Nation Atikamekw a été colonisée par les Français et les Catholiques, et certaines communautés ne sont accessibles que par des chemins de terre. La Nation Atikamekw administre un système scolaire pour promouvoir l'éducation, la langue et la culture Atikamekw, et pour introduire un système d'enseignement bilingue (atikamekw et français) dans chaque communauté. Cent dix-neuf enfants de la communauté d'Opitciwan, 212 de Wemotaci et 125 de Manawan ont été en pensionnat (presque *un tiers* des membres de la Nation Atikamekw), et sont allés aux pensionnats d'Amos ou de Pointe-Bleue.

Le processus de guérison a commencé *dans* les communautés d'Atikamekw *avant* la création de la FADG. Il s'agit d'une quête engagée *par la communauté*, une réponse à l'énorme fardeau porté par les Atikamekw. Le Projet Mikon consistait en une étude sur la mortalité dans les communautés Atikamekw réalisée en 1999. Dans les trois communautés sur lesquelles a porté l'étude, le nombre de suicides était de 3,5 à 5 fois supérieur à celui du Québec ou du Canada. Les taux de suicide étaient nettement supérieurs à Wemotaci (103,09 pour 100 000)²⁷⁷ ***Presque les trois quarts (67,7 %) de la population de Wemotaci a fait une tentative de suicide au cours de sa vie.*** Le Projet Mikon a révélé que les adolescents étaient ceux qui risquaient le plus de se suicider. De 1977 à 1998, l'âge des personnes qui se sont suicidées à Wemotaci allait de 16 à 42 ans : 75 pour cent étaient des hommes et 25 pour cent des femmes. À Manawan, la tranche d'âge était la même, mais il y avait un nombre plus élevés de suicides chez les femmes (33 %). À Opitciwan, la tranche d'âge était plus étendue que dans les deux autres communautés (de 10 à 65 ans), et la proportion hommes femmes était la même que celle relevée à Wemotaci (75 % d'hommes et 25 % de femmes). À Opitciwan, la tranche d'âge 35-49 ans affichait le taux de tentatives de suicide le plus élevé (75 %) suivi de la tranche des 25-34 ans (50 %). La fréquence des tentatives de suicide était la même chez les hommes et

chez les femmes, mais les risques étaient plus élevés chez les couples et les personnes ayant un revenu et un niveau d'éducation plus élevés. En résumé, la violence et le suicide représentaient un pourcentage important de la mortalité dans les communautés atikamekw : 32,6 pour cent des décès étaient dus à la violence et 7,8 pour cent au suicide. Les décès causés par des actes de violence étaient particulièrement élevés chez les hommes dans les trois communautés : 69 pour cent à Opitciwan, 83 pour cent à Wemotaci et 64 pour cent à Manawan. Les victimes de mort violente étaient âgées de 2 mois à 57 ans, et ***32 pour cent des victimes étaient des enfants âgés de 2 mois à 11 ans.***

De manière générale, les femmes victimes d'agression physique étaient deux fois plus nombreuses que les hommes. Les jeunes adultes de 25 à 34 ans étaient davantage susceptibles de subir des agressions physiques. Ceux ayant des revenus et des niveaux d'éducation plus élevés étaient les plus à risque de subir de telles agressions.²⁷⁸ Dans la communauté de Wemotaci, les femmes subissaient deux fois plus d'abus sexuels que les hommes, tandis que dans la communauté de Manawan, elles subissaient trois fois plus d'abus sexuels que les hommes. Dans les autres groupes d'âge, la tranche d'âges 35 à 39 ans était la plus victime d'abus dans les deux communautés. Les taux d'abus physiques et sexuels étaient inquiétants : à Wemotaci, 46,3 pour cent de la population avait été victime d'abus sexuels et 32,2 pour cent d'abus physiques. À Opitciwan, les taux d'abus sexuels et d'abus physiques étaient plus faibles.²⁷⁹ À Wemotaci, près d'un quart des personnes victimes d'abus sexuels avait un revenu annuel inférieur à 12 000 \$ et 40 pour cent un revenu annuel supérieur à 30 000 \$.²⁸⁰

Résultats et indicateurs

La carte de rendement ci-dessous illustre comment les activités visaient à obtenir les résultats souhaités et inclut trois domaines d'activités, qui correspondent à trois phases du projet Koskikiwetan.

Carte de rendement du projet Koskikiwetan

MISSION : Le projet de la Nation Atikamekw cherche à restaurer l'harmonie individuelle et collective de ses membres, afin de leur redonner la fierté et la dignité qu'ils ont entièrement perdues dans les pensionnats.			
COMMENT?	QUI?	QUOI?	POURQUOI?
Ressources	Groupes cibles	Résultats	
activités / résultats	Groupes cibles	Résultats	Résultats à long terme
Éducation sur les séquelles des pensionnats; formation des travailleurs de première ligne sur la prévention du suicide, le travail du deuil, le counselling de soutien, la gestion de crises, l'animation de groupes, l'abus sexuel; la thérapie sur « l'enfant intérieur » pour les futurs travailleurs de première ligne; la thérapie individuelle et collective et les interventions psychosociales et culturelles.	Les travailleurs de première ligne dans les trois communautés, les Survivants et leurs descendants.	Capacité accrue de répondre adéquatement aux besoins psychologiques, psychosociaux et culturels des Survivants et nombre plus élevé des participants au processus de guérison.	Réseaux de soutien mis en place; accès à des services appropriés culturellement; restitution de l'identité perdue et rétablissement de l'harmonie familiale et communautaire.
Comment allons-nous savoir que nous avons changé quelque chose? Quels changements verrons-nous? Quels changements se sont produits?			
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme	Mesures à long terme
672 290 \$	Adultes et jeunes dans les trois communautés.	Augmentations des services psychologiques et psychosociaux; augmentation des activités culturelles; rétablissement des relations familiales, intergénérationnelles et communautaires.	Taux réduits de suicide, de consommation d'alcool et de drogues, de violence familiale, d'abus sexuels et physiques, d'enfants en familles d'accueil et de chômage; relations familiales, intergénérationnelles et communautaires améliorées.

Influence sur les individus et les communautés

La plupart des répondants pensaient qu'il y avait une plus grande prise de conscience et une moins grande tolérance pour les abus physiques, en particulier chez les personnes qui avaient participé aux thérapies intensives en milieu forestier :

De manière générale, c'est moins caché, les femmes ont davantage tendance à en parler.²⁸¹

Il y a une prise de conscience, les personnes sont capables de faire le lien avec les pensionnats.

C'est difficile à déterminer, mais il y a beaucoup moins de tolérance à l'égard des comportements violents.

Il y a moins d'abus physique, mais d'un autre côté il y a plus d'abus psychologiques et verbaux.

Très peu de répondants pensaient que les abus sexuels avaient diminué, mais ils notaient une augmentation des cas d'abus sexuel *signalés* :

Le silence est brisé, les gens en parlent de plus en plus.

Il y a plus de cas d'abus sexuels de signalés, mais cela ne veut pas dire qu'il y ait plus d'abus sexuels.

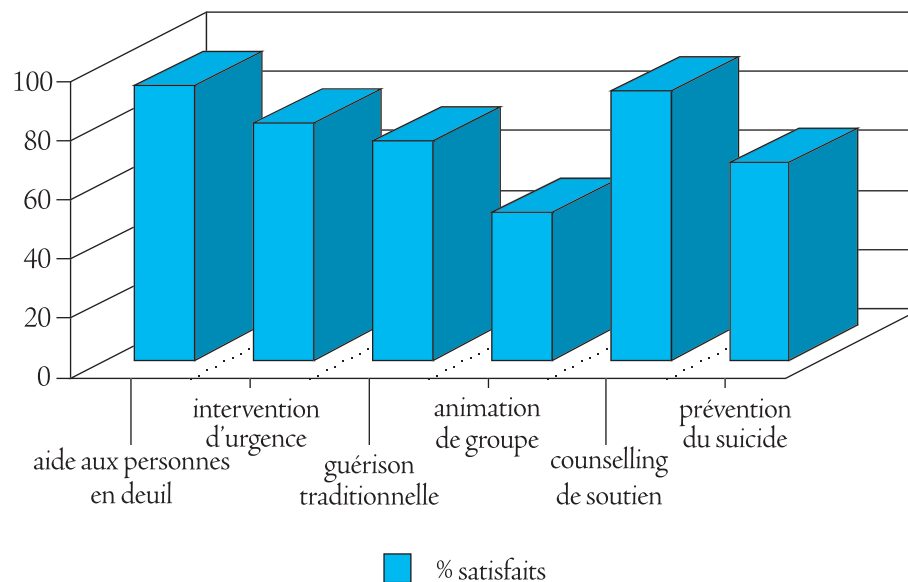
Il n'y avait pas de consensus sur le taux d'enfants en famille d'accueil. Toutefois, la plupart des répondants notaient une augmentation de la prise de conscience chez les parents de leurs rôles et responsabilités envers leurs enfants, ainsi qu'une nette tendance à une responsabilité de la collectivité envers les enfants. La plupart des répondants n'étaient pas sûrs si les taux d'incarcération affichaient des changements, et certains pensaient qu'il était trop tôt pour le dire. D'autres étaient en désaccord en ce qui concerne des changements dans les taux d'incarcération et de suicide. Plusieurs ont souligné, qu'au mois de janvier 2002, il y avait eu 3 suicides, ***le plus jeune avait 11 ans.***

Ceux qui avaient participé à une formation pensaient qu'ils étaient davantage capables de :

- identifier et comprendre les répercussions des séquelles des pensionnats, les signes précurseurs du suicide, ainsi que les caractéristiques de l'agression;
- faire face au sentiment d'impuissance;
- faire preuve d'ouverture et partager les expériences;
- donner et recevoir des compliments;
- tenir des enfants dans les bras;
- faire des interventions, écouter et offrir de l'aide;
- animer un groupe;
- utiliser des outils de travail adaptés;
- discipliner leur esprit;
- vivre plutôt que survivre.

Cependant, le Koskikiwetan a évoqué diverses réactions. Pendant la première année, il y a eu beaucoup d'incertitude et de méfiance. Le financement accordé d'une année à l'autre était à l'origine d'un roulement du personnel important, des membres de l'équipe sont restés fidèles au projet malgré l'insécurité d'emploi. Ces personnes *comprenaient* les répercussions des séquelles des pensionnats et semblaient avoir amélioré leurs relations dans la communauté. Les membres de l'équipe avaient aussi la possibilité d'examiner en détail les méthodes de guérison traditionnelles et de s'en servir. Dans l'ensemble, la majorité des membres étaient satisfaits de la formation qu'ils avaient reçue, en particulier en counselling et en intervention d'urgence. La figure qui suit révèle le pourcentage de stagiaires qui se sont déclarés satisfaits de diverses composantes de formation.

Pourcentage des individus satisfaits de la formation du Koskikiwetan



La majorité des membres de l'équipe était des Survivants qui dirigeaient le projet et offraient une thérapie. Les répondants pensaient qu'en plaçant des Survivants aux postes clés, cela créait un climat d'empathie authentique pour les participants et facilitait l'impact du projet par le biais de l'imitation de rôles. Toutefois, les Survivants thérapeutes sont humains et, dans le Koskikiwetan, certains étaient incapables de conserver leur sang-froid ou de rester suffisamment forts pour animer une séance de guérison, et laissaient les autres participants sans personne pour les guider. Plusieurs répondants pensaient que les Survivants-thérapeutes ne recevaient pas suffisamment de soutien clinique pour affronter efficacement leurs problèmes. Formés dans les étapes de la guérison individuelle, les Survivants-thérapeutes n'avaient pas encore entièrement retrouvé des vies fonctionnelles, saines et stables avant de s'efforcer de soigner les autres. Le processus de guérison consistait, en partie, à prendre conscience des problèmes personnels et collectifs refoulés. Étant donné que les communautés Atikamekw ne faisaient que gagner du terrain sur la route de leur guérison, on *manquait* encore de Survivants qui étaient entièrement guéris et pouvaient assumer les fonctions de responsables sans rechuter. Il fallait s'attendre à des explosions émotives dans le processus de guérison, qui pouvaient être à l'origine de bouleversements dans la solidarité des familles et de la collectivité, voire interrompre le processus de guérison.

On a procédé à une évaluation régulière des participants un mois après la thérapie, et les comités locaux ont fait des recommandations une fois par mois. Les taux de participation, ainsi que le soulagement de la souffrance déclaré par l'intéressé et la meilleure qualité des relations intergénérationnelles parlaient en faveur du projet. Mais, les membres de l'équipe du Koskikiwetan ont admis qu'ils ne faisaient que toucher la pointe de l'iceberg. « Briser le silence, guérir et se reconstruire nécessitent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources de toutes sortes, car toute la Nation est affectée dans son âme. »

Le personnel du projet a été également confronté à des difficultés pendant les premières expéditions thérapeutiques. Il y a eu plusieurs erreurs et lacunes lors de la première expédition thérapeutique : les jeunes pensaient à tort qu'il s'agissait d'un camp de vacances et on manquait d'accompagnateurs. On a remédié à ces deux lacunes pour la deuxième expédition thérapeutique. Les travailleurs de première ligne étaient confrontés à la résistance de certains participants qui avaient de la difficulté à s'identifier comme un Survivant, mais tous les participants ont affirmé être très satisfaits de la thérapie, et qu'ils la recommanderaient aux autres. Les participants ont été unanimes à reconnaître les compétences des thérapeutes.

Une prise de conscience des répercussions des séquelles des pensionnats, tout à fait nouvelle, était évidente chez les enfants, et cela a permis aux générations de communiquer davantage entre elles. Dans les familles et dans les communautés, les gens étaient plus enclins à parler ouvertement des abus sexuels et physiques, ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'interventions et de suivis. Afin de répondre à ce besoin, le personnel du projet a formé 30 travailleurs de première ligne pour aider les victimes d'abus sexuel pendant les 2 premières années du projet. Toutefois, il n'y avait pas de véritable consensus en ce qui concerne la capacité du projet à diminuer le déni, et plusieurs répondants ont suggéré que surmonter le déni est ce qu'il y a de plus difficile avec les membres plus âgés de la communauté, dont la plupart sont des Survivants directs. Les répondants pensaient que la compréhension des séquelles des pensionnats et de la solidarité avait fait des progrès modérés, mais ils craignaient que l'on ne donne pas suffisamment de temps aux blessures ouvertes pour guérir. Ils ont remarqué une plus grande participation de la communauté aux activités du projet et un nombre plus élevé de membres des familles qui offraient du soutien aux participants pendant les cérémonies de clôture. Mais cela prendra plus de temps que la durée du projet pour recréer des familles solides. Cependant, on a noté les premiers signes d'une tendance dans ce sens. Notamment, une plus grande participation des parents aux activités scolaires de leurs enfants, un meilleur rapport parent-enfant et une insistance de la part de l'enfant et des parents pour que les enfants appréhendés restent maintenant dans la communauté avec leur famille élargie.

Meilleures pratiques

L'amélioration de l'estime de soi et de sa culture ainsi que l'engagement personnel à participer à un processus de guérison à plus long terme ont été attribués à l'utilisation de thérapies appropriées culturellement en milieu forestier. Les répondants ont jugé que les productions audio et vidéo étaient des outils d'enseignement efficaces sur les séquelles des pensionnats, qui permettaient de déconstruire le déni et augmentaient le nombre de révélations d'abus sexuel et physique. Le Koskikiwetan veillait particulièrement à demander des rétroactions aux participants et aux membres de l'équipe, et procédait ensuite aux ajustements nécessaires en se basant sur les suggestions de ces derniers. En grande partie, des Survivants dirigeaient le projet et fournissaient les services, ce qui était considéré comme la meilleure pratique parce que le projet :

- profitait de l'influence des modèles de rôles;
- reposait sur une expertise « de la communauté » et non de professionnels importés;
- garantissait que l'on trouverait des solutions *Atikamekw* pour traiter les séquelles des pensionnats;
- garantissait l'indépendance morale et la durabilité des efforts de guérison.

Défis

D'un autre côté, en travaillant avec des Survivants qui n'étaient pas suffisamment guéris, il est arrivé une fois au moins, que les personnes en thérapie se retrouvent vulnérables et perdues, parce qu'un Survivant-thérapeute s'était écroulé émotionnellement pendant une séance de guérison. Malheureusement, il n'y avait pas suffisamment de personnes qui avaient terminé leur processus de guérison dans la communauté pour avoir un grand choix de guérisseurs, thérapeutes ou conseillers. À l'instar des autres projets, le Koskikiwetan était confronté au problème de devoir en même temps développer la capacité locale et fournir des thérapies des plus nécessaires. Bien que les raisons pour choisir des membres de la communauté pour diriger le processus de guérison étaient claires, se retrouver jeté dans le rôle de Survivant-guérisseur pouvait entraîner des conséquences inattendues et potentiellement dangereuses. L'expérience du Koskikiwetan dans ce domaine a soulevé une question importante pour les autres personnes qui font face au problème des séquelles des pensionnats. En bref, quels risques sont tolérables quand on allie formation et guérison? Après tout, les Survivants sont humains, et il n'y a pas de garantie qu'en aidant les autres, ils ne seront pas amenés à vivre leur propre traumatisme. Le besoin de guérisseurs *appartenant à la communauté* signifie-t-il que l'on devra fixer des paramètres pour des scénarios quand la formation et la guérison se déroulent simultanément? Comment assurera-t-on la sécurité des Survivants dans de tels scénarios?

Parmi les autres défis auxquels était confrontée l'équipe du Koskikiwetan figuraient :

- le manque d'expertise pour intervenir auprès des adolescents;
- la difficulté de créer une solidarité au sein de la communauté et de la Nation *Atikamekw*;
- le temps insuffisant pour soutenir les individus et les communautés pendant *toutes* les phases de guérison;
- la crainte qu'un arrêt brutal du soutien n'aggrave le traumatisme des Survivants.

Partenariats et durabilité

Dans chaque communauté, il y avait un groupe de soutien composé de personnes travaillant dans l'éducation, la police et les services sociaux. Les directeurs permettaient à leurs équipes de participer à une activité thérapeutique et, bien que de nouveaux partenariats de financement n'aient pas encore été créés officiellement, la recherche de futurs partenariats avec divers services et organismes était un objectif essentiel pour que l'activité se poursuive. Les répondants des communautés pensaient que l'impulsion donnée par le Koskikiwetan survivrait à la FADG.

Répondre au besoin

Des activités préalables à la thérapie visaient à préparer et sélectionner les personnes qui en avaient le plus besoin. Malheureusement, les détails concernant l'évaluation préalable à la thérapie n'avaient pas été obtenus.

Imputabilité

Les partenaires du projet étaient soit directement engagés dans le projet, soit informés régulièrement sur les progrès du projet. Bien que des procédures de présélection étaient en place pour sélectionner les membres de l'équipe, ils ont admis être confus et incapables de répondre aux questions concernant les exigences de la FADG en ce qui a trait à l'autorisation de sécurité du CIPC (Centre d'information de la police canadienne) pour les employés. Les communications à l'échelle de la communauté incluaient des présentations dans le cadre d'une conférence d'Aînés organisée à Opitciwan, de réunions locales organisées par les services sociaux, de santé, d'éducation et de police, ainsi que lors de réunions régionales de la Nation Atikamekw. À un moment, l'équipe a compris que les travailleurs de première ligne ne suffisaient pas à informer la communauté dans son ensemble, et il a été remédié à la situation en utilisant la télévision et la radio communautaire, et en publiant des articles dans les journaux locaux, La production vidéo Miromatisiwiniik (Vent du nord), avec les cercles d'échange, se sont révélés des moyens très efficaces d'éducation sur les séquelles des pensionnats et de sensibilisation au projet.

Évaluation

Le projet a entrepris un examen auquel ont participé l'équipe thérapeutique, les travailleurs de première ligne locaux, le coordonnateur régional et d'autres personnes-ressources qui évaluaient constamment la formation et la thérapie, mettaient en oeuvre les changements nécessaires à court terme et examinaient l'approche thérapeutique. Plusieurs ajustements ont été faits, notamment une meilleure intégration de la culture autochtone, de la guérison traditionnelle, de la spiritualité et de la thérapie sur « l'enfant intérieur. » Ils ont aussi adapté la formation afin de mieux répondre aux besoins *individuels* et tenir compte des besoins des stagiaires en leur donnant plus de temps pour confronter leurs problèmes. Cela a entraîné une participation plus active et une plus grande satisfaction chez les participants.

Leçons apprises

L'équipe de projet a identifié des lacunes dans sa capacité à intervenir auprès d'adolescents, à s'engager dans des activités post-thérapeutiques et à faire un suivi auprès des personnes à l'*extérieur* de la communauté. Elle a appris que les stagiaires devaient être présélectionnés afin de s'assurer qu'ils étaient « prêts » pour la formation et a reconnu l'effort intense nécessaire pour soutenir l'impulsion donnée à la guérison en réduisant le nombre de séances thérapeutiques en milieu forestier. Elle savait qu'une équipe *fiable et compétente* qui *peut fixer des limites* afin de s'assurer de l'efficacité et de la continuité du processus était nécessaire. Elle pensait qu'une telle équipe incluait un responsable de la formation clinique, des thérapeutes, des travailleurs de première ligne, des bénévoles et du personnel de soutien. L'équipe était convaincue que les Survivants ont besoin de conseils et de soutien *pendant plusieurs années* (au moins trois). En outre, « ce serait bien de pouvoir garder le même personnel et de l'évaluer périodiquement. Il faudrait également, au début du processus, préparer un calendrier annuel des activités avec l'équipe et l'évaluer périodiquement. »

Les activités post-thérapeutiques ont été faites en groupe ou individuellement, selon la préférence du participant. Les dynamiques parents-enfant présentaient certaines difficultés au début des activités post-thérapeutiques. Les travailleurs de première ligne ont remarqué que ces liens parentaux étaient moins un obstacle quand les activités avaient lieu en groupe.

Conclusions

La Nation Atikamekw a démontré son engagement envers le processus de guérison en brisant le cycle des conditions de vie marquées par l'abus et la violence, un processus qui a commencé *avant* que la FADG n'ait été créée. Le projet Koskikiwetan, financé par la FADG, a permis à la Nation d'avancer sur le chemin de la guérison en améliorant sa compétence, en permettant à la communauté de mieux comprendre le problème des séquelles des pensionnats et en augmentant le nombre d'individus qui ont participé au processus thérapeutique. La demande pour une thérapie continue et la révélation des taux d'abus physiques et sexuels ont augmenté régulièrement. Le Koskikiwetan a permis d'offrir à la Nation Atikamekw les méthodes traditionnelles et les thérapies en milieu forestier, et de les intégrer à d'autres services. Il a été reconnu que le projet renforçait la fierté culturelle, la pratique et la motivation pour en apprendre plus sur la vie traditionnelle Atikamekw. Mais un changement important et durable nécessite plusieurs années d'investissement personnel et collectif constant. Les Atikamekw envisagent un jour où l'acculturation ne sera plus qu'un mauvais souvenir. Avec une connaissance accrue des séquelles des pensionnats, les jeunes ont acquis une meilleure compréhension de leurs relations avec leurs parents et leurs grands-parents. Cependant, la résistance est forte, et un taux élevé de roulement du personnel freine les progrès. La diversité et l'originalité des stratégies d'enseignement étaient particulièrement réussies, notamment la production vidéo Miromatisiwiniq, les émissions-débat à la radio, les téléconférences, le travail théâtral, et les rencontres avec les élèves et les enseignants des écoles primaires et secondaires. Enfin, bien qu'une auto-évaluation continue et régulière ait amené le projet à adopter rapidement des actions correctives, l'équipe était très consciente que des améliorations étaient encore nécessaires. « Des séances de formation permanentes nous apparaissent nécessaires. » « Nous pensons aussi que du soutien [p.ex. du soutien clinique pour le Survivant-thérapeute] doit être fourni aux travailleurs locaux et aux travailleurs des autres secteurs pour qu'ils puissent mieux fournir de l'aide à leurs clients. Les activités visant à faire prendre conscience des répercussions des expériences des pensionnats doivent aussi continuer. »

Recommandations

Sécurité et bien-être individuel :

- Veiller à ce qu'un conseiller-thérapeute bien formé et expérimenté supervise cliniquement le travail de tous les membres de l'équipe;
- veiller à ce que les vérifications des dossiers judiciaires soient faites pour tous les travailleurs de première ligne;
- aider les travailleurs de première ligne pour les vacances et les congés culturels, ainsi que pour les séances d'information et les comptes-rendus avant et après chaque séance de thérapie.

Développement organisationnel :

- Veiller à présenter les équipes de projet aux habitants de la région;
- améliorer la communication entre les bureaux locaux et régionaux, en particulier pendant les séances de thérapie en milieu forestier;
- veiller à ce que le bureau régional donne une orientation claire au programme;
- mettre au point un organigramme;
- assurer le concours d'un cuisinier et d'un aide de camp pour les thérapies en milieu forestier;
- sélectionner des équipes formées pour intervenir avec les adolescents.

Activité thérapeutique :

- présélectionner les individus pour les thérapies;
- inscrire les clients au moins une semaine à l'avance;
- organiser des séances d'information préalables à la thérapie avec des conférenciers invités sur la culture et la spiritualité atikamekw comme prérequis;
- modifier le formulaire de demande afin de réunir suffisamment d'information pour améliorer le suivi thérapeutique;
- encourager une activité physique régulière pour faciliter la guérison;
- intégrer la culture aux activités post-thérapeutiques et aux activités de groupe.

Coopération et réseautage :

- Agir dans la communauté dans des domaines concernant l'éducation, la santé, la police, etc.;
- prendre des décisions par le biais d'interactions locales et régionales;
- développer un esprit d'équipe;
- augmenter les opportunités de rencontrer toutes les équipes (locales et régionales);
- établir un protocole pour favoriser l'interaction.

Évaluation :

- Mettre au point un questionnaire sur la participation des participants; adapter le modèle fourni dans Le guide d'évaluation communautaire des initiatives financées par la Fondation autochtone de guérison;
- s'engager à procéder à des évaluations formelles planifiées et à un suivi à long terme;
- faire la distinction entre les activités et les résultats;
- identifier les différences entre ceux pour qui le programme a fonctionné et ceux pour qui le programme n'a pas fonctionné.

Première Nation Big Cove : « Notre jeunesse, la voix du futur »
[Big Cove First Nation: “Our Youth, the Voice of the Future”]
(Projet de la FADG n° : RB-175-N.-B.)

Description du projet

L'Initiative des jeunes de Big Cove fournit aux jeunes un soutien et une occasion de cheminer vers un état de mieux-être personnel, social, mental et physique. Ces nouvelles capacités leur permettra de combattre les effets des traumatismes non résolus liés en grande partie aux séquelles des pensionnats. Les activités prévues incluent la création et mise en oeuvre d'un conseil de jeunes et d'un conseil consultatif de jeunes, l'organisation d'activités régulières réservées aux jeunes (ceux-ci auront l'opportunité de participer à la planification), l'organisation d'une soirée pour les groupes de soutien, l'élaboration d'un programme de sensibilisation axé sur la prévention des toxicomanies, l'organisation d'ateliers sur la consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues, la mise sur pied d'un programme de sensibilisation et de transformation à l'intention des consommateurs excessifs d'alcool et de drogues. Ce programme offrira des activités culturelles et spirituelles, le choix d'autres activités, l'enseignement des valeurs traditionnelles et l'aiguillage des jeunes vers des services de traitement. Le projet a également mis sur pied des services de suivi à l'intention des jeunes qui font une consommation excessive de l'alcool et des drogues.

Groupe cible : Le projet vise les jeunes de Big Cove âgés entre dix et vingt-neuf ans.

Financement : Le projet-pilote a d'abord reçu une aide financière de 189 300 \$ pour la période du 3 janvier au 31 décembre 2000. Un financement temporaire a ensuite permis de prolonger le projet jusqu'au 31 mars 2001. La deuxième phase a été financée jusqu'au 31 décembre 2001 (project # 1822 de la FADG).

L'équipe du projet

L'équipe du projet est composée des jeunes recrutés par le projet, et des personnes clés oeuvrant au sein d'organismes communautaires. Toutes ces personnes forment le Conseil consultatif des jeunes, qui, par l'entremise des représentants des organismes, travaille en collaboration avec le Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove. Sont représentés au sein du conseil consultatif les directeurs des principaux services de santé et organismes de services sociaux de la collectivité, des services à l'enfance et à la famille, du Centre de traitement Lone Eagle et des services de prévention des toxicomanies. Le coordonnateur du développement psychologique et communautaire fait également partie de ce comité. Il agit à titre de coordonnateur du projet. Parmi ces personnes, quatre sont originaires de Big Cove et parlent couramment la langue des membres de cette collectivité. Certaines dirigent les programmes communautaires depuis plus de dix ans.

Le coordonnateur du projet est un psychologue agréé, qui oeuvre au sein de la collectivité de Big Cove depuis le début des années 1990. Six personnes travaillent au projet à plein temps : une agente de développement, trois intervenantes communautaires, et deux agentes de terrain. Sur ces six travailleuses, trois parlent couramment le micmac. Les deux travailleuses sur le terrain ne doivent pas avoir consommé d'alcool et/ou de drogues psychodysléptiques ou psychotropes depuis au moins deux ans, et détenir un certificat ou tout autre document attestant qu'elles ont terminé un programme de traitement.

Les personnes composant le personnel à plein temps sont donc toutes des femmes, cinq d'entre elles étant originaires des Premières Nations. L'équipe du projet comprend également six personnes à temps partiel : une personne responsable de la sécurité, une animatrice pour les arts et l'artisanat, une animatrice pour le cercle spirituel des jeunes, une animatrice enseignant la danse traditionnelle et deux personnes qui aident aux levées de fonds. Toutes ces personnes sont originaires des Premières Nations - deux d'entre elles sont des Aînées et des Survivantes - et possèdent une expérience dans le domaine allant de cinq à vingt-cinq ans.

Les membres de l'équipe du projet ont reçu une formation dans les secteurs suivants : prévention du suicide, secourisme / RCR, formation de dirigeants, élaboration de plans de travail, justice réparatrice, enrichissement personnel, enseignements du cercle d'influences, gestion du stress et programme de lutte contre le harcèlement et le taxage dans les cours d'école. Certains membres ont également pris part à des ateliers, dont Action jeunesse (une personne, Toronto, Ontario) et le Réseau de l'environnement (deux personnes, Truro, N.-É.). Les bénévoles ont travaillé environ 30 heures par mois aux activités du projet. Ils ont contribué notamment à la préparation des aliments, aux levées de fonds, aux cercles de guérison, au transport et aux activités traditionnelles.

Caractéristiques des participants

Le taux de participation selon le sexe était plus ou moins le même dans la plupart des activités, à l'exception du fait que les activités sportives avaient tendance à attirer plus d'hommes que de femmes. De plus, certaines activités s'adressaient à un groupe plutôt qu'à un autre (comme le programme des « filles des années 90 »). D'autres, comme le défilé du Père Noël, a attiré de nombreux participants au sein de la collectivité. Vingt-quatre activités et programmes différents ont été mis sur pied, y compris des activités sportives hebdomadaires, des activités artistiques, des leçons de danse et des groupes de soutien. Il y avait au programme des cérémonies de sudation mensuelles, des activités estivales et d'autres pendant la semaine de relâche scolaire en mars, ainsi que des événements spéciaux, dont un rallye des jeunes. Le nombre de participants à ces activités variait entre 9 et 530 (défilé du Père Noël).

Selon l'Enquête d'évaluation nationale, environ 150 personnes, dont 69 jeunes, ont pris part aux activités de formation et de guérison. Cependant, [TRADUCTION] « les rapports du dernier trimestre de l'an 2000 estiment à environ 150 le nombre de jeunes et d'enfants ayant participé au projet chaque semaine. »²⁸² Les événements spéciaux, comme les conférences ou les rassemblements, ont attiré jusqu'à 300 personnes.

Contexte

Big Cove est la plus grande des Premières Nations du Nouveau-Brunswick. L'affiliation tribale la plus importante est celle des Micmacs. En avril 2001, la collectivité comptait, selon le ministère des Affaires indiennes et du Nord, 2 458 personnes et affichait un taux de croissance approximatif de 3,1 à 3,5 pour cent. Au 31 mars 2000, plus de la moitié (57,4 %) de la population était âgée de moins de 30 ans et plus du quart (27 %) avaient entre 15 et 29 ans. Ajouté aux problèmes causés par la croissance démographique, le besoin de logement continue d'être un obstacle, car il limite la capacité de répondre aux besoins fondamentaux des habitants et aux demandes d'abris adéquats. Selon de récentes statistiques, la collectivité a besoin de 515 maisons.

La collectivité de Big Cove est située dans le comté de Kent au Nouveau Brunswick, région ayant un taux de chômage élevé, qui fluctue avec les emplois saisonniers. En périphérie, la population est principalement francophone (70 %), ce qui entrave encore plus la communauté qui parle majoritairement micmac, l'anglais étant la langue seconde. Une évaluation des besoins révèle un taux de chômage de 80 à 85 pour cent. Selon le recensement de 1996,²⁸³ le taux de chômage au Nouveau-Brunswick était de 15,5 pour cent et dans la collectivité de Big Cove (réserve indienne n° 15 de la rivière Richibucto), ce taux était trois fois plus élevé (46,2 %).

La question du suicide dans cette communauté a suscité beaucoup d'intérêt de la part des médias et ajouté aux charges de travail des fournisseurs de services communautaires. C'était particulièrement le cas en 1992, où le nombre de suicides a été le plus élevé. Le coordinateur du projet a affirmé que, durant cette période, tous les organismes de services communautaires s'occupaient essentiellement de gestion de crise. Cette situation a entraîné un épuisement professionnel et une incapacité de gérer efficacement les plans de traitement à long terme de nombreuses personnes dans le besoin. Au fil des années, grâce à des ressources additionnelles et une coordination accrue au sein de la communauté, la gestion de crise a pu faire place à une approche plus proactive.

Entre 1975 et 2000, 34 personnes se sont donné la mort. Depuis 1992, Big Cove affiche un taux de suicide annuel de 116 par 100 000 habitants, soit un total de 21 décès par suicide. Les actes de suicide sont commis par des personnes d'âge varié, allant du début à la fin de la vingtaine, début de la trentaine, les personnes ayant en général entre 16 et 34 ans. Le centre de crise de Big Cove, qui offre un service d'écoute téléphonique et un programme de sensibilisation, enregistre en moyenne trois à cinq tentatives de suicide par semaine, soit de 150 à 200 tentatives par année.

Les statistiques de la GRC révèlent un nombre considérable d'enquêtes sur des cas d'agression et d'agression sexuelle en 1998 et 1999. Toutefois, on en sait peu sur les taux réels d'agression physique et d'agression sexuelle étant donné que les taux déclarés ont tendance à sous-représenter les problèmes. Au terme de cette étude de cas, une copie du rapport a été envoyée à l'équipe du projet. Celle-ci a, par la suite, communiqué avec l'auteur afin de lui fournir des données additionnelles sur les cas d'agression sexuelle, dont une étude sur la violence familiale menée en 1992, selon laquelle [TRADUCTION] « la violence sexuelle touche directement ou indirectement entre 60 et 90 % de la population de Big Cove. » En outre, la direction des services psychologiques s'est dite prête à déclarer publiquement que la violence sexuelle à l'égard des enfants est l'une des dysfonctions fondamentales afférentes aux problèmes que sont le suicide, les tentatives de suicide, la violence familiale, le placement d'enfants et la toxicomanie. Il s'agit là d'un fait important, puisque le rapport sur l'étude de cas a permis de prendre une décision en faveur de la publication de renseignements additionnels sur la gravité de la violence sexuelle dans cette communauté.

On ne dispose pas de chiffres sur les taux d'incarcération dans cette communauté. Le vandalisme et les cambriolages sont les crimes commis fréquemment par les jeunes. Lors d'une étude menée auprès de jeunes²⁸⁴ au début du projet, 91 pour cent des personnes interrogées étaient d'avis que la consommation d'alcool et de drogues était le principal problème auquel faisaient face les jeunes aujourd'hui, suivi de la pression exercée par les pairs (45 %) et la grossesse non désirée (35 %). Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les principaux besoins des jeunes, la majorité des personnes interrogées ont répondu des activités sans alcool ni drogues (57 %), des activités agréables et sans dangers (54 %), des loisirs et des sports (50 %). Une étude portant sur les besoins particuliers en éducation²⁸⁵ révèle qu'un cinquième des 157 étudiants de

l'École de Big Cove ont été exposés à de l'alcool et des drogues et en ont subi les effets durant la période prénatale. Les parents et les enseignants interrogés ont fait à peu près les mêmes commentaires quant aux conséquences de la consommation et de la consommation excessive d'alcool et de drogues. Les parents estimaient que 71 pour cent des étudiants qui consommaient de l'alcool avaient des problèmes sur le plan éducatif et un pourcentage équivalent des personnes interrogées ont remarqué une hausse de la consommation d'alcool et de drogues dans la communauté au cours des 25 dernières années, particulièrement durant la grossesse.²⁸⁶

Un deuxième projet financé par la FADG a été mis sur pied dans la communauté. Il s'agit du *Outreach Program for the Suicidal at Risk Clients of Big Cove* (programme de sensibilisation pour les clients suicidaires de Big Cove). Un projet appelé *Nurturing our Youth* (Prendre soins de nos jeunes) y a également été mis en oeuvre, de même qu'un projet de justice réparatrice, qui a vu le jour au début de 2000. Ces deux derniers projets **ne sont pas** financés par la FADG, mais ont des objectifs connexes ou semblables, ainsi que des liens avec le projet financé par la FADG, sur lequel porte la présente étude.

Activités et résultats

La carte de rendement (voir page suivante) a été utilisée comme référence afin de recueillir des renseignements. La carte relie les résultats souhaités à long terme (soutien et occasions fournis aux jeunes pour qu'ils améliorent leur bien-être personnel, social, mental et physique) aux indicateurs de changement à long terme, tels que la réduction des taux de suicide et de tentatives de suicide, de la consommation d'alcool et de drogues, de la criminalité juvénile, l'augmentation du niveau d'instruction et de compétence et l'augmentation du bien-être de la communauté en général (réduction des taux de violence physique, de violence sexuelle, d'incarcération et de placement d'enfants en foyers d'accueil). Les résultats et indicateurs à court terme y sont mentionnés de la même façon. Cette carte de rendement sert ainsi à déterminer d'importants indicateurs du changement.

Carte de rendement de Big Cove

MISSION : Permettre aux personnes, aux familles et à la communauté d'atteindre un niveau optimal de bien-être mental, spirituel, physique et émotionnel, en fournissant soutien et conseils aux programmes mis en place dans la communauté de Big Cove.		QUI?	QUOI?	POURQUOI?
COMMENT?	Groupes cibles	Résultats		
Ressources	Groupes cibles	résultats à court terme	résultats à long terme	
<p>Offrir des programmes et un soutien aux jeunes, y compris des activités sportives, activités artistiques, des cours de gardiennage d'enfants, des soirées d'activités, un cours sur « les filles des années 90 et 2000. » un groupe de soutien des jeunes, des activités traditionnelles. Mettre sur pied des programmes de sensibilisation à l'alcool et aux drogues, des services de suivi, des activités sans alcool ni drogues et un réseau interorganismes. Offrir une formation à l'équipe du projet et constituer un conseil consultatif de jeunes et un comité de jeunes.</p>	<p>Jeunes; équipe du projet et communauté</p>	<p>Augmentation du niveau de compétence, des connaissances, de l'estime de soi, amélioration de la santé des jeunes; augmentation du niveau de leadership, soutien des pairs, habitudes de vie saines et dialogue avec les parents et la communauté; développer la capacité et les compétences des jeunes à cesser de consommer de l'alcool et des drogues; participation accrue aux traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie; participation accrue des parents et de la communauté aux programmes; conseil de jeunes et conseil consultatif de jeunes; progrès vers la création d'un centre pour les jeunes.</p>	<p>Les jeunes de la communauté ont le soutien et l'occasion de cheminer vers un état de mieux-être personnel, social, mental et physique occasions nécessaires pour améliorer leur bien-être personnel, social, mental et physique. Des jeunes sains une communauté saine.</p>	
<p>Comment savoir si nous avons fait une différence? Quels changements verrons-nous? Dans quelle mesure avons-nous changé quelque chose?</p>				
Ressources	Groupes cibles	Mesures à court terme		
<p>189 000 \$ par année</p>	<p># de jeunes qui ont participé au programme et qui ont été influencés par celui-ci.</p>	<p>Satisfaction des jeunes quant aux activités (formulaire des commentaires des participants); # de jeunes ayant recours à des traitements contre l'alcoolisme et la toxicomanie, y compris des traitements et des services de suivi; niveau de participation aux activités sans alcool ni drogues; taux de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes; changements observés par les informateurs-clés et les participants concernant l'estime de soi, les compétences en matière de leadership et les attitudes chez les jeunes; manifestation d'un soutien de la part des pairs; démarches entreprises en vue de la création d'un centre pour les jeunes (\$ amassés); participation des familles et de la communauté aux activités des jeunes (# de bénévoles et durée de leurs services); conseil consultatif des jeunes mis en place; taux de participation et nombre d'activités culturelles et traditionnelles, relations entre les jeunes et les Aînés; faits indiquant une amélioration de l'esprit de la communauté.</p>		
		Mesures à long terme		
		<p>Nombre accru de jeunes en santé comme en témoignent la réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide, du taux de consommation d'alcool et de drogues, de la criminalité juvénile et l'augmentation du niveau d'instruction et de compétence; amélioration du bien-être de la communauté en général (réduction du taux de violence physique, de violence sexuelle, d'incarcération et de placement d'enfants); des jeunes plus sains ayant un sentiment d'appartenance, changement manifeste de l'attitude de la communauté à l'égard des jeunes et de la participation des jeunes aux affaires familiales et communautaires, aux événements culturels et aux activités traditionnelles.</p>		

Incidences sur les personnes et les communautés

L'équipe du projet a atteint la plupart des objectifs de prestation de services qu'elle s'était fixés en offrant aux jeunes une vaste gamme d'activités et de programmes, de même qu'une formation aux membres de l'équipe du projet, et en constituant un conseil consultatif des jeunes. Outre les connaissances et les compétences acquises lors de sa formation, l'équipe du projet a affirmé avoir beaucoup appris de sa participation au conseil consultatif en compagnie des dirigeants de la communauté.

Incidences sur les personnes

En général, certains faits indiquent que des changements se sont bel et bien produits durant le projet. En effet, l'équipe a noté une amélioration du niveau d'instruction et de compétence (leadership, sensibilisation culturelle, établissement d'objectifs, aptitudes sociales), des attitudes (estime de soi) et des comportements (participation des parents, dialogue entre mère et fille, relations familiales et soutien des pairs). C'est sur le plan de la sensibilisation culturelle que l'on a remarqué les principaux changements. C'est ce que révèlent les dossiers du projet, qui montrent que les jeunes participent en grand nombre aux cérémonies de sudation et autres activités culturelles.

Changements observés au cours des douze mois précédents

	1	2	3	4	5	N° de réponses
	Peu ou pas de changements		Changements importants			
Estime de soi chez les jeunes			3,7			14
Participation des parents		2,8				14
Dialogue entre mère et fille			3,7			14
Relations familiales			3,0			14
Leadership chez les jeunes			3,6			14
Soutien des pairs			3,5			14
Sensibilisation culturelle				4		13
Établissement d'objectifs			3,4			13
Aptitudes sociales			3,3			13

Un exemple a été donné sur la façon dont les jeunes démontrent leurs qualités de leaders en étant suffisamment sûrs d'eux-mêmes pour changer les traditions. Chez les Micmacs, les veillées mortuaires ont presque toujours lieu au domicile de la famille. Les jeunes faisant partie de l'équipe du projet ont entrepris des démarches pour qu'une personne décédée par suicide soit exposée au centre d'accueil qu'ils ont aidé à le personnel 24 heures sur 24 pendant près d'une semaine.

Les informateurs-clés ont fait remarqué que les jeunes ne se battaient pas et ne lançaient pas d'objets aussi souvent qu'avant. Une personne a affirmé que l'équipe du projet semblait avoir plus d'autorité sur les jeunes, même plus que les enseignants. D'autres ont souligné que les jeunes bénéficiaient d'une meilleure écoute et d'un soutien plus grand. Une autre a constaté que les jeunes arrivaient à l'heure à leurs activités; cela démontre qu'ils sont responsables et s'intéressent aux activités qu'on leur propose.

Certains membres de l'équipe ont dit que les jeunes leur faisaient confiance, que des liens s'établissaient et que des enfants les abordaient dans la rue pour les saluer. Étant donné qu'il s'agit de comportements relativement nouveaux, ils en ont conclu que les jeunes et les enfants commençaient à sortir de leur coquille et à s'exprimer davantage. Une enseignante s'est dite surprise que des jeunes se portent même bénévoles, ce qui, pour elle, signifie un gros changement. L'équipe du projet a même remarqué que les plus âgés aidaient maintenant à surveiller les plus jeunes.

Le groupe de soutien des jeunes a démontré une participation assidue et presque les deux tiers des personnes interrogées (64,3 %) ont affirmé qu'on offrait maintenant aux jeunes plus d'occasions qu'avant de régler leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Toutefois, plus d'un tiers seulement (35,7 %) ont constaté que les jeunes étaient plus nombreux à recourir à des traitements.

Incidences sur la communauté

L'Initiative des jeunes semble contribuer grandement à combler la pénurie de services. Selon un informateur: [TRADUCTION] « il n'y a jamais eu de programme de formation en prévention du suicide pour les jeunes avant ce projet; cette formation était seulement réservée aux adultes et au personnel. » Un autre a fait référence aux méthodes de gestion de crises employées avant le projet. La moitié des personnes interrogées parlaient d'une plus grande sensibilisation au suicide, d'une volonté nouvelle d'en parler et du fait que, maintenant, les jeunes peuvent compter sur un soutien plus grand, y compris la capacité d'intervenir immédiatement en cas de crise. Des personnes ont fait directement référence à l'Initiative des jeunes et à l'existence d'une meilleure collaboration entre organismes, adoptant une approche plus proactive. Il ne fait aucun doute que l'Initiative des jeunes a contribué à donner un répit à d'autres organismes chargés de gérer la situation de crise qu'a occasionnée la vague de suicides dans la communauté de Big Cove.

Selon les informateurs-clés, le projet présente certains avantages, dont les suivants :

- il donne de l'espoir pour l'avenir;
- il incite les jeunes à se tenir loin de l'alcool, des drogues et des problèmes;
- il fournit un soutien aux jeunes de la communauté et leur donne quelque chose à faire;
- il permet une participation directe des jeunes;
- les membres de l'équipe du projet travaillent bien ensemble;
- il favorise la coopération entre les fournisseurs de services communautaires;
- il permet d'améliorer l'estime de soi et d'acquérir de nouvelles compétences;
- il permet aux enfants de vivre dans un environnement sûr.

Établissement de partenariats et viabilité

Le Conseil consultatif des jeunes regroupe les membres de l'équipe du projet (qui sont eux-mêmes des jeunes) et les représentants de cinq organismes communautaires. Ces organismes, ainsi que des représentants des secteurs du développement économique et de l'éducation, de la police et de la communauté, font partie du groupe de travail du Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove. Ce comité est un bel exemple de la collaboration interorganismes qui profite à l'Initiative des jeunes. Le chef et les membres du conseil ont donné leur appui à cette initiative suite à une résolution du conseil de bande, soutien que les informateurs-clés jugent important. Le projet est également lié à d'autres projets pour les jeunes grâce à la participation des membres de l'équipe du projet au comité de la communauté sur la justice.

L'équipe du projet s'est, de maintes façons, associée aux écoles (à l'intérieur comme à l'extérieur de la réserve), afin de coordonner et de mettre en oeuvre des programmes de sensibilisation à l'alcool et aux drogues, mais également afin d'utiliser l'École de Big Cove pour mettre sur pied des activités. Cependant, il faudra peut-être travailler davantage afin d'améliorer les relations avec l'école. Les entrevues menées ont révélé que la communication entre l'équipe du projet et l'école pourrait être meilleure.

Favoriser la participation significative des Survivants (y compris les victimes des répercussions intergénérationnelles)

Il reste encore à savoir si le projet répond bien aux abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. Le pensionnat de Shubenacadie, en Nouvelle-Écosse, où ont été envoyés des enfants des Premières Nations de la région de l'Atlantique, est fermé depuis près de quarante ans, mais de nombreux jeunes de la communauté sont des Survivants des répercussions intergénérationnelles. Les personnes interrogées ont affirmé que les Survivants prenaient part à l'élaboration de propositions et que certains étaient des Aînés, enseignaient les arts et l'artisanat aux jeunes ou participaient à des levées de fonds. Deux personnes participant à l'organisation d'activités traditionnelles en tant que bénévoles / membres à temps partiel de l'équipe du projet sont à la fois des Aînés et des Survivants. Les informateurs clés ont en effet déclaré que nombreux Survivants ne sont pas prêts à s'exprimer ouvertement comme l'équipe du projet le souhaite, notamment en siégeant à des conseils consultatifs ou en devenant membres de l'équipe. Toutefois, étant donné la structure actuelle du projet, les Aînés (dont un est un Survivant) siègent au Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove et au Conseil consultatif des jeunes.

Gérer l'amélioration des programmes

L'équipe du projet a consulté la communauté au moyen du sondage de l'Initiative des jeunes. Cette dernière a fourni des réponses claires en proposant des activités que les résultats du sondage qualifient de prioritaires (p. ex. activités sans alcool ni drogues).

Pratiques exemplaires

Le projet semble obtenir de bons résultats pour quatre raisons en particulier :

- il est axé sur les jeunes; même les membres de l'équipe sont des jeunes;
- il fait partie intégrante du Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove, ce qui permet à l'équipe de bénéficier des conseils et du soutien de personnes possédant une vaste expérience et de nombreuses connaissances;
- c'est la communauté qui est responsable de la coordination des activités (Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove) et non des organismes particuliers;
- l'équipe du projet a consulté la communauté au moyen du sondage de l'Initiative des jeunes. Cette dernière a fourni des réponses claires en proposant des activités que les résultats du sondage qualifient de prioritaires (p. ex. activités sans alcool ni drogues).

Défis

L'absence de compétences parentales, la pauvreté, l'analphabétisme et la non-participation des Survivants au projet sont d'importants défis soulevés par les personnes interrogées. En ce qui concerne les activités du projet, les informateurs-clés ont fait mention des défis suivants :

- le besoin d'avoir un lieu de rencontre bien à soi;
- la nécessité d'organiser des activités plus nombreuses, plus diversifiées et d'obtenir un financement permanent compte tenu des nombreux besoins et du nombre élevé de jeunes au sein de la communauté;
- la non-participation ou résistance des parents;
- les efforts que nécessite la satisfaction de ces nombreux besoins et les défis que présente le maintien de ces efforts;
- l'épuisement;
- les problèmes reliés à la consommation d'alcool et de drogues, y compris leur disponibilité;
- le manque de bénévoles;
- le suicide;
- la difficulté à rejoindre les « personnes difficiles à rejoindre; »
- la difficulté à travailler en soirée et les fins de semaine pour le personnel ayant des enfants.

Responsabilité envers la communauté

De nombreuses activités ont été mises sur pied pour et par des jeunes, et l'équipe du projet a augmenté sa capacité d'accomplir son travail en prenant part à divers programmes de formation. Le sondage effectué par l'équipe du projet auprès de la communauté à l'été 2000 a servi à la fois d'évaluation des besoins et d'outil d'évaluation. Un conseil consultatif des jeunes a été créé.

Rejoindre les personnes ayant les besoins les plus urgents

Bien que le nombre exact de jeunes prenant part au projet demeure incertain, l'équipe du projet a estimé à 150 le nombre de jeunes et d'enfants par semaine. Le projet rejoindrait donc 16,7 % du groupe cible de 900

jeunes prévu initialement. En fait, l'enquête d'évaluation nationale effectuée par l'équipe du projet révèle que si le projet disposait de ressources suffisantes, il pourrait rejoindre 500 jeunes.

Certains informateurs ont fait particulièrement mention de la difficulté à rejoindre les jeunes et l'un d'eux a dit qu'il s'agirait du défi le plus grand du projet. L'équipe du projet devra peut-être engager d'autres discussions avec la communauté afin d'élaborer des stratégies efficaces permettant de répondre aux besoins des jeunes difficiles à rejoindre. Il faudra dialoguer clairement et ouvertement, car il s'agit d'une question complexe où l'on doit tenter de rejoindre un groupe cible *difficile à aborder*.

Le projet ne visait pas à s'attaquer directement aux abus sexuels et physiques, puisqu'il constitue une [TRADUCTION] « initiative intégrée de prévention, d'intervention précoce et de suivi. » Cependant, ces questions seront fort probablement abordées de manière indirecte, puisque les enfants et les jeunes ont, semble-t-il, des relations de confiance avec les membres de l'équipe, s'expriment ouvertement, plus souvent et ont apparemment acquis un niveau de confiance et d'estime de soi plus élevé.

Bien que l'équipe du projet ait une attitude d'écoute, ses priorités en matière de recrutement s'établissent comme suit : les jeunes âgés entre 12 et 18 ans, les plus nécessiteux et les premiers arrivés, premiers servis. Les activités sont annoncées à la radio locale, dans une station de câblodistribution, dans un bulletin et de bouche à oreille.

Leçons apprises

L'équipe semble avoir retenu une leçon importante : elle avait sous-estimé les efforts véritablement nécessaires pour organiser les jeunes.

Conclusions

Investir dans l'équipe du projet, comme en témoignent les nombreuses possibilités de formation offertes, était un point de départ logique et, en bout de ligne, efficace. Maintenant que le projet commence lentement à rehausser le niveau d'estime de soi, de confiance et de compétence chez les jeunes, de nouveaux leaders se démarqueront peut-être de ce groupe. Le projet a des incidences positives à d'autres égards également. Nous savons, par exemple, qu'il a permis à d'autres services communautaires de passer de la gestion de crises à une planification de bien-être et à un développement communautaire à long terme plus efficaces. Les activités structurées, les liens entre l'équipe du projet et les participants, et les conseils des adultes oeuvrant au sein d'organismes communautaires devraient favoriser la poursuite de changements à court terme et établir une base solide pour des résultats à long terme. L'approche proactive et coordonnée adoptée par l'équipe du projet pour traiter des questions communautaires fait aussi partie de l'amélioration des capacités chez les jeunes. La participation de l'équipe au Comité de bien-être des Premières Nations de Big Cove et sa collaboration à d'autres projets peuvent être perçues comme des changements à court terme pouvant élargir les horizons de l'équipe et l'aider à combler les lacunes au sein des services.

Malgré tout ce progrès, de nombreuses personnes ont souligné à juste titre que les véritables conséquences ne se feront pas sentir avant longtemps. Par exemple, il n'est pas raisonnable de croire qu'en si peu de temps, les jeunes deviendront moins suicidaires ou auront moins de démêlés avec la justice. Rejoindre les jeunes difficiles à rejoindre restera un défi de tous les jours. Les questions liées à la présence de l'alcool et des

drogues, au mauvais fonctionnement de la famille, à la violence et à la négligence ne font qu'ajouter au problème. Les jeunes nécessitent une attention particulière, car, sans les activités d'intervention et de prévention mises sur pied grâce à ce projet, ces questions continueront d'entraver la capacité de surmonter ces défis.

Recommandations

- Les six jeunes faisant partie de l'équipe du projet sont des femmes. Les efforts visant à garantir la collaboration d'un travailleur et de jeunes bénévoles de sexe masculin peuvent favoriser la croissance personnelle dans deux secteurs en particulier : l'adoption de modèles de comportement et les efforts visant à traiter des questions affectives qui sont difficiles à aborder, comme le suicide et la violence sexuelle;
- il faut établir un dialogue pour examiner les méthodes visant à gagner la confiance et encourager la participation des jeunes difficiles à rejoindre, ainsi qu'à favoriser l'élaboration d'un plan stratégique. La police a émis un commentaire selon lequel bon nombre des crimes commis dans la communauté sont l'oeuvre des mêmes personnes. Peut-être que la participation des jeunes au Comité sur la justice pourrait servir à rejoindre les jeunes délinquants et, le cas échéant, à les inciter à prendre part aux activités du projet;
- il faudrait faire davantage d'efforts pour travailler plus étroitement avec l'École de Big Cove, car certains enseignants n'ont été mis au courant des activités de l'Initiative des jeunes seulement lorsque celles-ci avaient été mises en place. Cette collaboration pourrait aussi permettre de garantir l'utilisation des installations de l'école et d'accroître le nombre possible de bénévoles;
- l'augmentation du nombre de bénévoles pourrait également faire l'objet d'une planification stratégique, car, sans cet appui, l'équipe du projet aurait du mal à maintenir le rythme avec lequel elle a progressé jusqu'à maintenant. On pourrait également discuter avec les parents pour voir comment on pourrait accroître leur participation;
- d'autres études communautaires portant sur les problèmes auxquels les jeunes font particulièrement face pourraient permettre d'obtenir des commentaires utiles, surtout si tous les jeunes de la communauté étaient visés. Elles permettraient également de mesurer les progrès réalisés en ce qui concerne l'adoption d'habitudes saines dans la vie quotidienne si le sondage comprenait des questions portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis des questions telles la consommation d'alcool et de drogues. De plus, si l'on recueillait des renseignements sur l'âge et le sexe des personnes interrogées, la planification pourrait viser des groupes spécifiques parmi les jeunes.

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 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | b) | Mon frère/soeur/tante/oncle ont fréquenté le pensionnat | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | c) | Mes parents (mère, père ou les deux) ont fréquenté le pensionnat | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | d) | Mes grands-parents ont fréquenté le pensionnat | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

2. Nation à laquelle j'appartiens : _____
(Métis, Inuit, Anishnabe, Kaniekha: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 c' 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 conselling individuel	juin 1997	juillet 1997
Thérapie familiale	mai 1993	décembre 1993
Programme de guérison	Je l'ai commencé le : (mois et année)	Je l'ai terminé le : (mois et année)

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 cocher 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 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						Extrêmement motivé(e)
1	2	3	4	5	6	7

14. Avez-vous été appuyée 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 motivé(e) 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**, quels sont les sujets sur lesquels vous avez travaillé? Êtes-vous satisfait(e) de vos progrès **personnels** par rapport à 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 dus aux pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressions 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"/>
Rejet	<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

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
	Psychiâtre
	Praticien en santé alternative (e.g. masseur-thérapeute ou naturopathe)
	Intevenant 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*.

Issues	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 dus aux pensionnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressions 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"/>
Estime de soi	<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"/>

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 activité du projet de la FADG auquel vous avez participé, avez vous utilisé? (*Vérifiez tous les services qui sont notés sur la liste et que vous avez utilisés*). Quels services ou activité ont été **le plus efficace** pour votre cas? Quels services ou activité 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	Le plus efficace	Modérément efficace
Guérison/Cercles de parole/Sessions de counselling en groupe	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Activité de guérison en milieu naturel/sauvage	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Thérapies alternatives (e.g. Reiki, massage, naturopathie)	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Cérémonies	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Medicine traditionnelle (herbale)	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Counselling familial	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Counselling individuel	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Education : compétences parentales	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Histoire des pensionnats	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Programme de traitement résidentiel pour les Survivants des pensionnats	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Education sur les compétences de vie	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Visites d'un(e) Aîné(e)	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Ateliers	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Conférences	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Thérapies occidentales (e.g. psychoanalyse et psychiatrie)	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺
Autre (<i>Spécifiez</i>) _____	<input type="checkbox"/>	☹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☺

Veillez envoyer ce formulaire complété à l'adresse suivante:

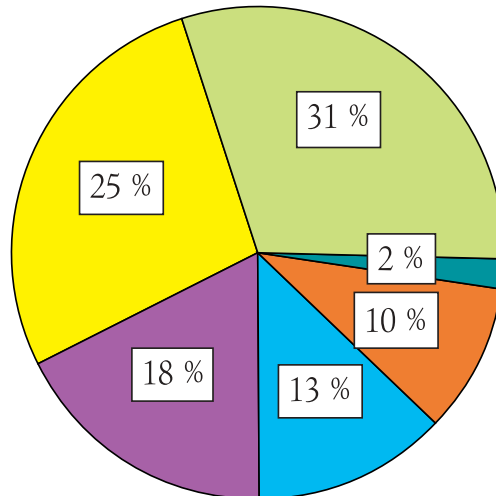
**Fondation autochtone de guérison
75 rue Albert, pièce 801
Ottawa (Ontario)
K1P 5E7**

Attention: Recherche

Sources, types d'information et méthodes de cueillette

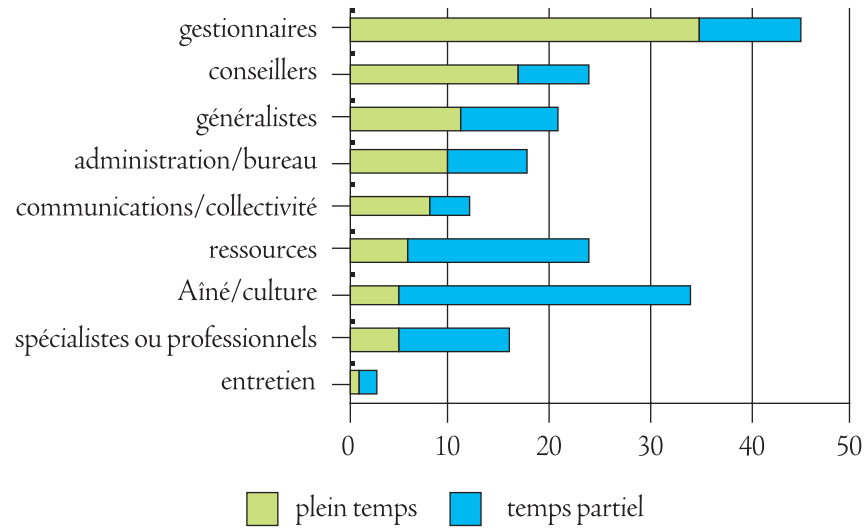
Sources	Sortes d'information recueillie	Méthodes de collection
gestion des systèmes d'information de la Fondation autochtone de guérison	distribution des ressources financières par type de projet. Identification autochtone et nombre de projets par année	révision des documents
groupes communautaires (représentants des équipes, Survivants, références par des agents)	taux de participation et profils des groupes cibles pour la guérison et la formation, contexte communautaire, besoins spéciaux et urgents, défis des participants, caractéristiques de l'équipe, engagement des Survivants approches thérapeutiques et partenariats	enquête nationale, observations effectuées lors des études de cas
rapports sur le contrôle des projets et évaluation des projets; demandes de financement; notes de services, correspondance, évaluations des besoins; critères d'admissibilité et directives et rencontre ou compte rendu de réunion (incluant le rassemblement national)	description de l'activité, nombre et forces des partenariats; observations concernant l'atteinte des objectifs visés; analyses des indicateurs sociaux; méthodes de responsabilisation; description du cadre du programme (c.-à-d. infrastructure, capacité de l'équipe, besoins d'un contexte communautaire et d'un accès aux services); impressions (p. ex., effets éventuels et mérite méthodologique) liées aux critères obligatoires (p. ex., responsabilité interne, traitement des séquelles des abus physiques et sexuels, etc.).	révision des documents.
participants au programme (lorsqu'ils sont recueillis par l'équipe du projet).	satisfaction envers le programme, information démographique, recommandations, utilisation des services et préférence, expérience des pensionnats, raison pour implication, historique de participation dans programmes de guérison, types d'objectifs personnels, atteinte des objectifs personnels et de projet, motivation et accès à de l'aide, évaluation des sessions de thérapie de groupe et individuelle, acquisition d'habiletés	questionnaire dirigé ou auto-administré, QIP
choisir des collectivités et des organisations, des membres de l'équipe du projet et leurs agents orienteurs.	information contextuelle détaillée; points saillants des stratégies uniques, des collectivités ou des circonstances; pratiques exemplaires et plus grands défis; évolution du programme, impressions concernant les effets sur les personnes et sur la collectivité; capacité de traiter les besoins, traitement des séquelles des abus physiques et sexuels; être responsable.	études de cas, rassemblement national et groupes d'intérêt, entrevue individuelle.
littérature publiée et non publiée	information liée à la guérison de traumatismes, phases communautaires de guérison, indicateurs sociaux, y compris les taux de suicide, de prise en charge d'enfants, d'abus physiques et sexuels, d'incarcération, contexte communautaire.	recherche
agents de santé locaux et services sociaux, détachements de la Gendarmerie Royale du Canada, forces policières des Premières Nations	indicateurs sociaux y compris taux de suicide, prise en charge des enfants, abus physiques et sexuels, incarcération, contexte communautaire	entrevues avec des informateurs clés
dépositaires des enjeux nationaux	distribution des ressources, besoins urgents, défis, leçons apprises, recommandations	entrevue téléphonique individuelle

Critères de sélection des participants

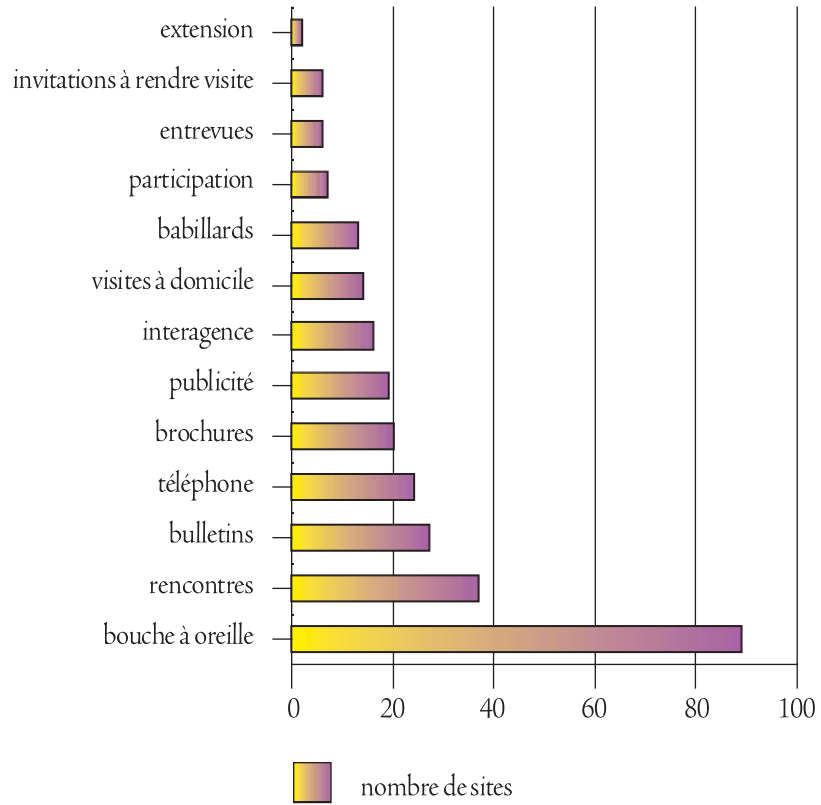


- Survivants et descendants
- plus grands risques
- groupe-cible spécifique
- auto-déterminés
- aiguillages
- aucun système

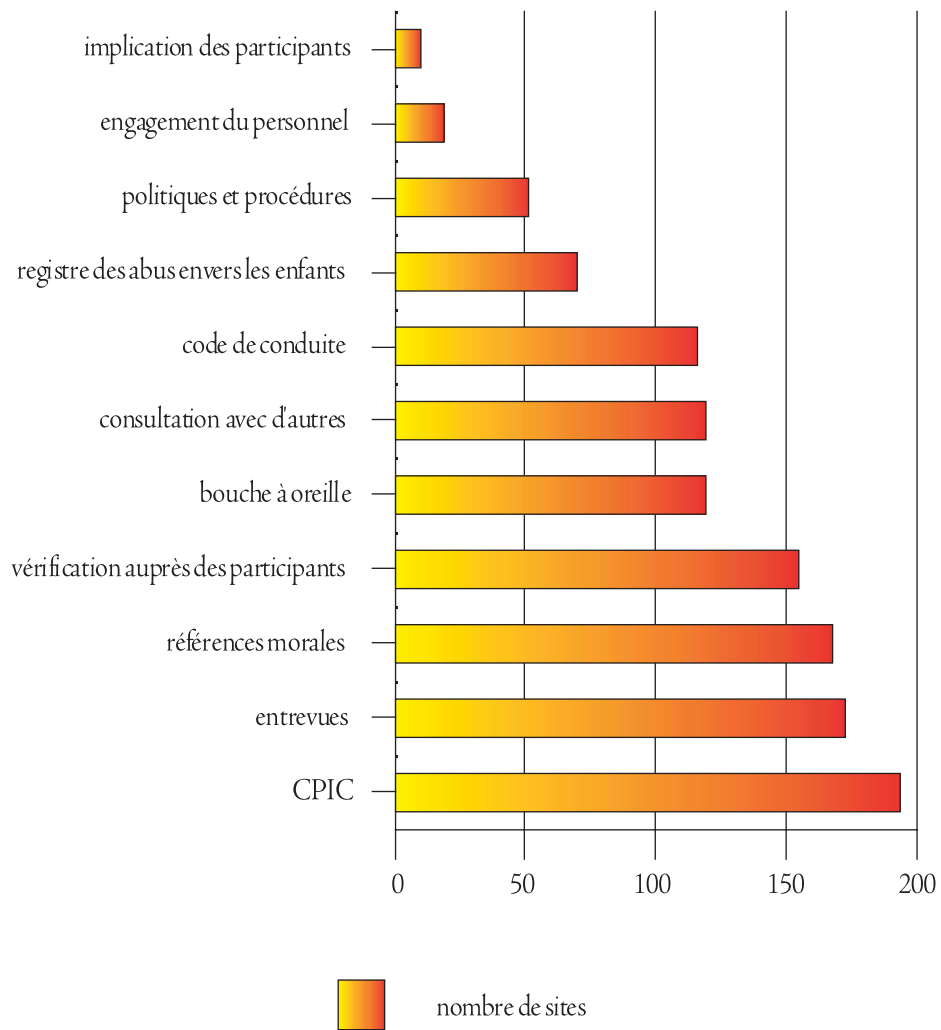
Répartition des membres des équipes travaillant à plein temps ou à temps partiel par poste



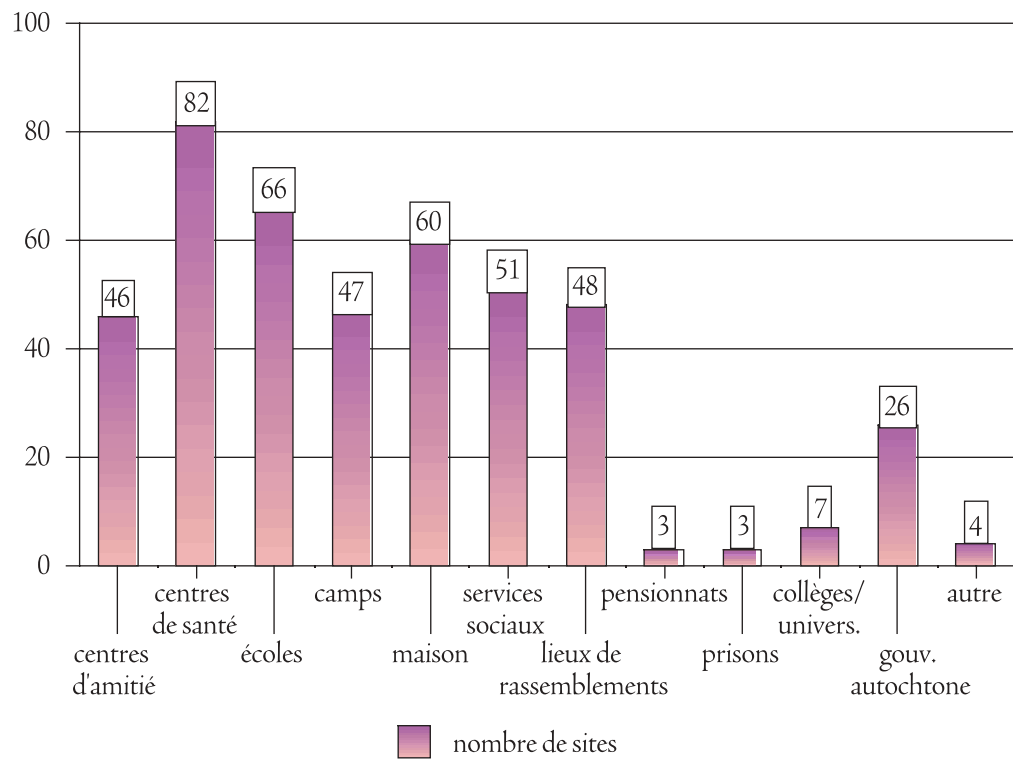
Stratégies les plus couramment utilisées pour encourager l'engagement des Survivants



Méthodes utilisées pour assurer la sécurité des participants



Lieux où se déroulent les projets



Enjeux et retombées pour la collectivité

Figure N-1) Réceptivité de la collectivité à l'égard de l'activité financée par la FADG

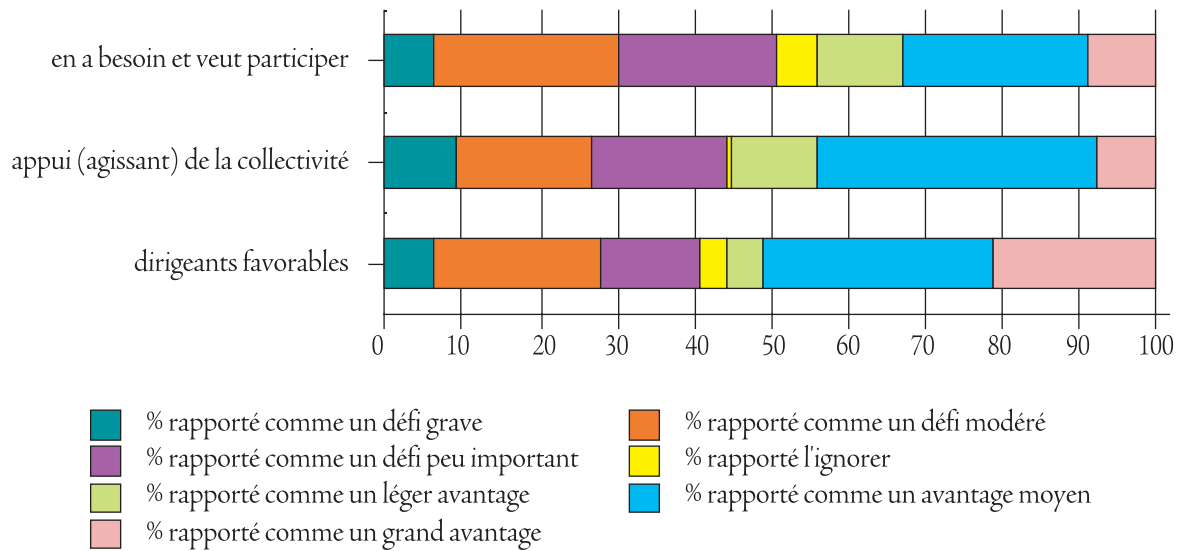
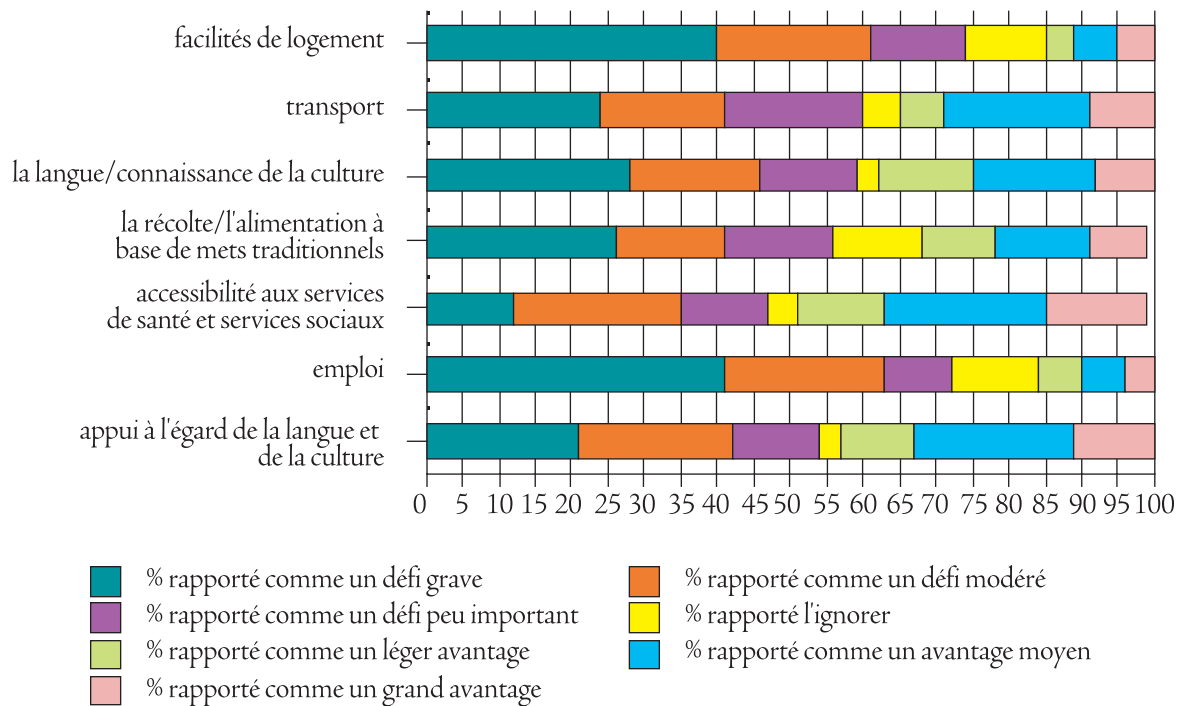


Figure N-2) Enjeux et retombées pour la collectivité



Fréquence des leçons apprises, meilleures pratiques et défis découlant des treize études de cas

Tableau O-1) Leçons tirées												
Caractéristiques de l'équipe												
Guérison et harmonie au sein de nos familles	Programme Tivo-Spirited Youth	Every Warriors Youth	Programme Qil Aun	Maison de guérison Tawow	Bâtir une nation	Projet de guérison de Willow Bunch	Programme de formation au rôle de parent de Kikriahk	Centre de consultation de Pistimweyapiy	I da wa da di	Lorsque la justice guérit	Koskikiweteran	Notre jeunesse, la voix de notre avenir
questions liées au sexe (plus d'équipes hommes- femmes, hommes qui travaillent ensemble)	+										+	+
très bons guérisseurs et soignants Autochtones formés	+						+		+		+	
vérifie les antécédents des individus avant de les engager		+					+				+	
soin de groupe			+				+				+	
défis liés à la guérison et à la formation simultanées							+				+	
La culture en tant que remède efficace												
pratiques culturelles et enseignements (camps, Aînés dans les écoles)	+		+	+	+	+	+		+		+	+
l'environnement reflète la culture			+						+		+	
Approche thérapeutique												
importance de la thérapie familiale				+								
discussions sur la famille d'origine			+									
sélectionner les participants			+	+							+	
besoin en limites comportementales			+									
identification et élimination des éléments déclencheurs			+									
amalgame des approches traditionnelles et occidentales	+		+	+			+		+			
Prestation de services												
communications et réseaux améliorés			+				+				+	+
ne pas créer une dépendance aux services							+					
concentration portée sur les groupes cibles (jeunes, communauté précise)					+	+	+					
service et capacité de l'équipe accrus	+			+			+				+	
importance de l'évaluation des participants									+			
temps et efforts importants requis	+				+	+	+				+	+
besoin en suivi des clients												
besoin de faire participer la communauté												+

Table O-2) Pratiques exemplaires

	Guérison et harmonie au sein de nos familles	Programme Two-Spirited Youth	Every Warrior's Song	Programme Qul Aun	Maison de guérison Tawow	Bâtir une nation	Projet de guérison de Willow Bunch	Programme de formation au rôle de parent de Kikinabk	Centre de consultation de Pismwiyapit	I da wa da di	Lorsque la justice guérit	Koskikiwetan	Notre jeunesse, la voix de notre avenir
Éducation de l'héritage de la violence													
Caractéristiques de l'équipe													
▶ membres de l'équipe auxquels les participants peuvent s'identifier (modèles de rôle)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ sociable, visible et capable de s'engager dans des services d'approche		*	*										
▶ équipe compétente, attentionnée et respectueuse		*	*										
▶ formation de l'équipe soins, offerte par l'équipe		*	*										
Environnement de guérison													
▶ contexte choisi avec soin (semblable à la maison, établi, fondé sur la terre, unique aux Survivants)				*	*			*	*	*	*	*	*
Approche thérapeutique													
▶ stratégies qui renforcent le sentiment de sécurité	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ services uniques pour répondre à des besoins uniques	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ approches traditionnelles et occidentales	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ option de compétences parentales non mandatée				*	*			*					
▶ traitement pour l'ensemble de la famille				*	*			*				*	
▶ participation des Aînés	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ liens et partage avec les autres (conférences, travaux en groupe)				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ participation à l'étape du souvenir			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ accent mis sur les responsabilités, les choix et la confiance personnels				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ activités amusantes et gaies	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
▶ continuité des services						*	*	*	*	*	*	*	*
Administration du projet													
▶ planification et préparation adéquates		*							*				
▶ présélection des participants				*									
▶ participation des Survivants (groupe cible qui prend les décisions)			*	*								*	*
▶ sollicitation et réponse à la rétroaction des participants				*					*	*	*	*	*
▶ accès aux services assurés	*					*			*	*	*	*	*
Réseaux et partenariats													
▶ collaboration avec les écoles							*					*	
▶ accès aux services complémentaires				*	*	*			*				
▶ participation des leaders									*				
▶ utilisation appropriée du savoir-faire extérieur	*			*	*	*	*		*	*	*	*	*

Table O-3) Défis													
	Guérison et harmonie au sein de nos familles	Programme Two-Spirited Youth	Every Warriors Song	Programme Qul Aun	Maison de guérison Lawow	Bâtir une nation	Projet de guérison de Willow Bunch	Programme de formation au rôle de parent de Kikinhak	Centre de consultation de Pismweyapayiy	I da wa da di	Lorsque la justice guérit	Koskikiwetan	Notre jeunesse, la voix de notre avenir
Résistance et négation de la part des personnes	*				*		*	*	*			*	
Résistance et négation de la part de la communauté	*				*		*	*	*			*	
Faire face à l'homophobie		*											
Incertitude à l'égard du financement, du manque de fonds, de ressources et d'installations	*		*	*	*			*	*	*	*	*	*
Défis de la communauté (dépendances, économie, manque de services)	*							*	*	*	*	*	*
Politiques et contexte culturels hostiles	*					*					*		
Questions liées à l'horaire													
Participation faible, manque de temps, importance des services, etc.		*		*				*			*		
Problèmes personnels (manque de personnel, trouver les bonnes personnes, rotation)	*	*	*	*				*			*	*	
Besoins en services, la demande est supérieure à l'offre					*	*		*		*			
Rejoindre les hommes (faible taux de participation chez les hommes)	*							*	*			*	
Malentendus entre et au sein des organismes et des partenaires					*		*				*		
Incapacité de faire face aux besoins spéciaux, groupes qui ont de lourds besoins		*			*			*					*
Évaluation des problèmes (manque de savoir-faire, de temps ou de personnel)	*	*		*	*			*			*	*	
Manque de participation de la part des Survivants, des parents et des bénévoles					*			*	*		*	*	*
Besoin en services d'approche et en soins post-intervention				*					*	*	*	*	
Nombre insuffisant de guérisseur au sein de la communauté											*	*	
Opinions divergentes au sein de l'équipe											*	*	
Difficultés de l'ordre de l'administration											*	*	
Manque de formation											*	*	

Plan de réalisation d'une vision

Lorsque l'on souhaite élaborer des stratégies aptes à répondre aux besoins uniques d'une personne, il faut que l'équipe thérapeutique ait une connaissance approfondie des besoins, des espoirs et des rêves de cette personne. Posséder une vision et poursuivre un rêve sont des moyens qui permettent de respecter son âme et d'être clairement guidé vers le mieux-être. Afin de solliciter cette information et de faciliter la prise de conscience, un projet a développé un outil de planification de vision. Cet outil est structuré comme un jeu de cartes.²⁸⁷ Chacune des cartes de ce jeu contient la phrase « ma vie serait plus complète si j'avais eu » et se termine par une autre phrase qui exprime ce qui apporterait, selon la personne, un changement positif dans sa vie. Une personne-soutien (mentor) offre alors son appui à la personne et encourage sa croissance personnelle, afin qu'elle puisse progresser vers la réalisation de la vision qu'elle a exprimée.

Règles du jeu

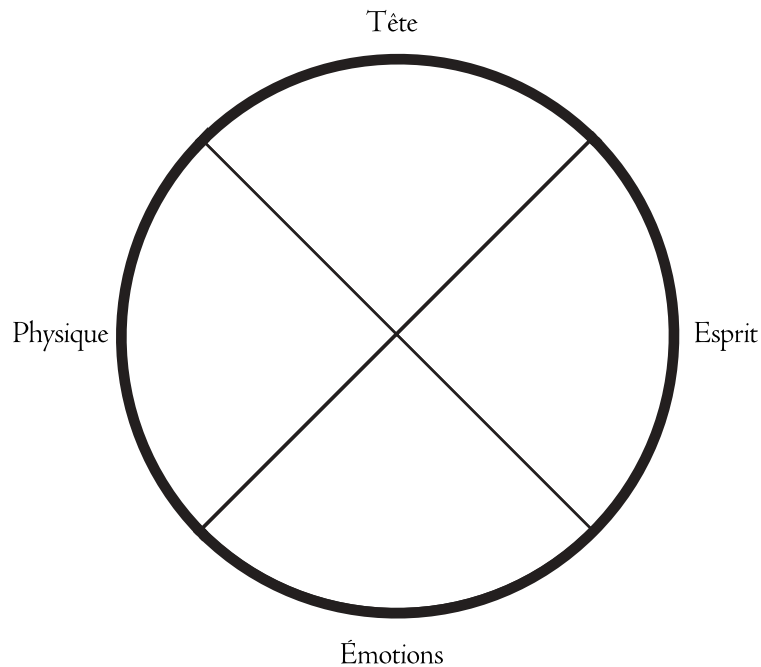
Diviser les cartes en deux piles. Une pile contient les « visions que je veux réaliser, » l'autre pile contient les « autres visions » qui ne sont pas importantes pour la personne à ce point donné de sa vie. Demandez à la personne de choisir cinq (5) visions dans la pile « visions que je veux réaliser » (quatre visions consolident les quatre dimensions de la vie et l'une est destinée à être placée au centre du cercle). Accordez assez de temps à la personne pour qu'elle puisse examiner les cartes, et pour lui permettre de choisir les cinq visions qui, selon elle, pourraient apporter un changement positif dans sa vie. Gardez de côté la pile contenant les autres « visions que je veux réaliser. »

Assurez-vous que les visions que la personne sélectionne sont bien les siennes et non pas celles que quelqu'un d'autre veut qu'elle choisisse. Lorsque la personne a choisi ses cartes, elle peut alors élaborer - avec son mentor - des plans qui mèneront à la réalisation de ces visions. Le fait d'organiser ces visions (objectifs) par ordre de priorité est moins important que de reconnaître concrètement la volonté de la personne à travailler à leur réalisation. Lorsque l'on cherche à déterminer quelle vision (objectif) est la plus réalisable pour le moment, il faut tenir compte de l'influence et des impacts environnementaux, de manière à réduire le niveau de stress lors du processus de réalisation des choix de vision.

Faites la revue des autres visions qui sont restées dans la pile « visions que je veux réaliser. » Le mentor aidera la personne à déterminer quel est l'impact de ces autres visions sur les différentes dimensions de la vie de celle-ci (esprit, émotions, corps et tête) qui sont intégrées à la roue de médecine.

- 1^{er} Lorsque vous procédez au triage des cartes du jeu, inscrivez « Oui » ou « Non » à côté des espaces qui ont été laissés ci-dessous.
- 2^{ième} Choisissez cinq (5) cartes dans la pile « Oui » pour les besoins les plus importants, (quatre cartes pour les quatre directions et une carte pour le centre de la roue de médecine). Faites une marque pour les cinq cartes dans la colonne "Affirmation" (besoins les plus grands). Réfléchissez - seul ou avec l'assistance de votre mentor - sur les dimensions de votre vie (esprit, émotions, corps et tête) qui sont affectées par ces affirmations.

- 3^{ème} Prenez toutes les autres cartes de la pile « Oui » pile, examinez-les, puis identifiez les dimensions de votre vie qui font partie de la roue de médecine (esprit, émotions, corps et tête) et qui sont affectées par ces besoins.
- 4^{ème} Fixez des objectifs (avec l'aide de votre mentor) et inscrivez-les sur les cinq (5) cartes que vous avez choisies.



La roue de médecine est une représentation symbolique de nous-mêmes et des quatre aspects dont nous essayons de prendre soin pour assurer un bon état de santé et de mieux-être. Cette roue est reliée à tout ce qui existe, l'équilibre se réalise à l'intérieur de nous et du monde au sein duquel nous vivons.

CENTRE AUTOCHTONE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

No. ID de la famille _____ Date: _____ Mentor/CWW: _____

NO.	OUI	NON	AFFIRMATION	MA VIE AVRAIT ÉTÉ PLUS COMPLÈTE SI J'AVAIS EU	M'AFPECTE: (Es) (Em) (P) (T) *Voir ci-dessous
1				quelqu'un pour m'aider à prendre soin de mon enfant	
2				du transport fiable	
3				plus d'éducation	
4				de l'aide juridique	
5				un logement	
6				de l'argent pour acheter les choses dont j'avais besoin	
7				de la nourriture	
8				des soins médicaux	
9				assez de temps pour dormir	
10				quelqu'un qui accepte mon enfant quel que soit son comportement	
11				Un autre endroit pour habiter	
12				du temps pour m'amuser	
13				du temps pour être moi-même	
14				assez de vêtements	
15				un ami véritable	
16				quelqu'un pour défendre mon cas auprès des agences quand je ne pouvais pas le faire	
17				un plus grand contrôle sur ma vie	
18				un traitement pour mes toxicomanies	
19				une relation fiable	
20				un téléphone ou l'accès à un téléphone	
21				des services de garde d'enfants à coût abordable	
22				un bon emploi	
23				une sécurité au niveau personnel	
24				quelqu'un qui pouvait me prêter de l'argent	
25				de la protection contre les abus	
26				une personne auprès de laquelle je pouvais me confier quand j'avais des inquiétudes	
27				un service de garde d'enfants sécuritaire	
28				un homme compréhensif/une femme compréhensive	
29				de quoi contrôler les naissances	
30				une plus grande confiance en moi	
31				une relation d'amour	
32				davantage de respect envers moi-même en tant que personne autochtone	
33				une meilleure compréhension de ma culture - Premières Nations, Métis, Inuit	
34				l'opportunité de participer à des cérémonies traditionnelles/spirituelles	
35				un(e) Aîné(e) avec qui j'aurais pu parler	
36				Cette carte vide peut être ce que vous voulez choisir, qui n'est pas mentionné sur les autres cartes	

* (Es) Esprit. (Em) Émotions. (P) Physique. (T) Tête. Veuillez insérer dans cette colonne quelles dimensions de votre vie que ces affirmations pourraient affecter: Esprit, Émotions, Physique et Tête.

Lignes directrices pour l'analyse inductive des objectifs personnels des Survivants

Afin de procéder à une évaluation objective et subjective des progrès accomplis par les Survivants, nous avons examiné leurs objectifs personnels de manière plus approfondie et avons entrepris une analyse inductive. Les énoncés objectifs sont ceux qui parlent de *faire* les choses différemment, d'*être* différent ou de créer des changements au sein de l'environnement externe. Les énoncés subjectifs ont été classés comme tels lorsqu'ils traitent de *sentiments* et d'autres changements de nature cognitive ou émotionnelle.

Nous avons jugé bon d'examiner la distinction entre ceux qui désiraient se débarrasser de certains aspects négatifs de leur vie et ceux qui cherchaient à ajouter certains éléments positifs à leur vie. Autrement dit, nous avons fait une différence entre les énoncés qui indiquaient que le Survivant désirait diminuer/éliminer/cesser un comportement ou un sentiment particulier et les énoncés qui indiquaient que le Survivant désirait augmenter/acquérir/améliorer une certaine situation, comportement ou sentiment. L'influence directionnelle désirée (réduire les influences négatives ou augmenter les influences positives) est donc reflétée dans chacune des catégories - objective et subjective.

OBJECTIF : Se débarrasser des *comportements* destructifs et de leurs conséquences négatives

Les réponses qui ont été placées dans cette catégorie expriment le désir de cesser les comportements violents ou de s'en débarrasser, ainsi que de leurs conséquences. Lorsqu'ils ont dit « Je veux que l'Aide à l'enfance cesse de frapper à ma porte » cet énoncé a été placé dans cette catégorie. Dans le même ordre d'idée, ceux qui ont exprimé vouloir cesser leur *comportement* violent envers leur famille ont été placés dans cette catégorie. Lorsqu'un Survivant a dit qu'il voulait ne plus ressentir de colère (sentiment), sa réponse a été placée dans la catégorie des énoncés subjectifs. Voici quelques exemples de réponses qui ont été classées dans la catégorie des énoncés objectifs :

- Vivre libre de toute toxicomanie/dépendance;
- M'aider à me débarrasser de ma dépendance à l'alcool;
- Comment ne plus risquer des sommes importantes au jeu.

OBJECTIF : Personnel

Cette section inclut simplement ceux qui ont exprimé un objectif facilement mesurable de manière positive. Autrement dit, ils ont exprimé leur désir d'augmenter certains comportements ou d'atteindre un but.

Objectif spécifique et concret: Dans cette partie, l'objectif a été énoncé en termes spécifiques et concrets. Par exemple acquérir une maison, une voiture, un emploi ou compléter le programme; d'autres ont été énoncés en termes plus généraux, par exemple « atteindre mes objectifs financiers. » Voici quelques exemples d'objectifs placés dans cette catégorie :

- Retourner au travail;
- Trouver une location de logement à prix modeste;
- compléter le programme.

Compétences professionnelles ou éducation : Les réponses ont été placées dans cette catégorie si elle se référaient aux points suivants : terminer mes études secondaires ou un programme de certification; répondre aux exigences en matière d'entrée à l'université; prendre des cours de mise à jour professionnelle ou de la formation spécifique pour devenir un guérisseur, thérapeute ou travailleur social accepté. Voici quelques exemples d'objectifs placés dans cette catégorie :

- Je veux terminer mon éducation(améliorer);
- obtenir de l'aide éducative;
- Finir mon diplôme en sciences.

Renseignements spécifiques : La plupart ont simplement dit qu'ils voulaient des renseignements sur les séquelles des pensionnats, tandis que d'autres voulaient apprendre un artisanat. Voici quelques exemples :

- Apprendre au sujet des séquelles des pensionnats;
- Pouvoir comprendre la relation entre les personnes des Premières Nations et des personnes métis qui sont mariées ensemble;
- Apprendre comment le projet aide les gens.

Réseau de soutien : Les réponses placées dans cette catégorie traduisent toutes le désir de construire un réseau de soutien. Par exemple :

- Quelqu'un en qui je peux me confier lorsque j'en ai besoin;
- Savoir que les autres vivent les mêmes problèmes;
- Entrer en contact avec d'autres Survivants.

Assurance : Toutes les réponses placées dans cette catégorie se réfèrent au besoin de faire preuve de plus d'assurance dans la vie. Par exemple :

- M'aider moi-même à prendre de l'assurance;
- Apprendre à dire « non. »

Identité culturelle : Cette catégorie contient toutes les références à des *comportements* et *compétences* associées à la culture (cabane de suerie, apprendre la langue maternelle). En outre, nous avons inclus ici les réponses qui mentionnaient la réappropriation d'un sens identitaire et de la culture. Par exemple :

- Apprendre les traditions et la langue de ma culture;
- En apprendre davantage au sujet de ma culture;
- Je voulais en savoir davantage et mieux comprendre ce que sont les cercles.

Autre/général : Les réponses placées dans cette catégorie se réfèrent aux changements exprimés de manière vague ou générale, par exemple « nouveaux comportements » ou « m'améliorer » (53 sur 60 réponses), « meilleure santé » (2 sur 60 réponses) ou « continuer la thérapie. » Voici des exemples :

- M'améliorer;
- Changer ce qui a besoin d'être changé;
- Être une meilleure personne.

OBJECTIF : Relations

Les réponses placées dans la catégorie objectif/relation se réfèrent toutes à un désir d'améliorer les relations ou d'acquérir des compétences relationnelles (« je veux être un meilleur parent »); nous n'avons pas inclus le désir de cesser d'être violent avec un partenaire, car cette réponse a été placée sous : Ne plus avoir de comportements destructeurs.

Parent/grand-parent : Ces réponses incluaient des commentaires précis liés au désir d'améliorer les compétences parentales ou d'être de meilleurs parents (seulement deux réponses sur les 51 ont mentionné être un meilleur grand-parent). Exemples :

- M'aider moi-même à devenir un bon parent et grand-parent;
- Des classes de parentalité pour mon enfant;
- Apprendre à être un meilleur parent.

Personne modèle/pair : Ces réponses ont été exprimées par des personnes qui voulaient véritablement améliorer leurs relations avec leurs pairs ou qui désiraient devenir de meilleures personnes modèles. Par exemple :

- Être capable d'être accepté comme personne modèle;
- Être une personne modèle ou un leader communautaire;
- Être une meilleure personne modèle pour les plus jeunes générations.

Partenaires/époux : Ces réponses incluent les énoncés qui traduisent le désir d'apprendre à être un meilleur mari/meilleure femme ou de mieux s'entendre dans une « relation » lorsque le terme « relation » a été perçue comme étant de nature romantique :

- Être un bon mari et un bon père;
- Fournir un environnement sécuritaire/relation saine.

Relations familiales : Un commentaire, qui est souvent revenu, déclarait que les gens voulaient « une meilleure vie pour leurs enfants ». Autres commentaires : « je veux construire un bon foyer » ou « améliorer la famille. »

- Comment mieux communiquer avec ma famille.

OBJECTIF : Communauté/Famille

Les réponses dans cette catégorie parlent clairement d'un passage à l'*action* (ou d'un désir de passer à l'action) au sein de la communauté ou (moins souvent) au sein de la famille.

Augmenter la participation : Ce niveau d'action se réfère pour la plupart à la socialisation. Les gens voulaient :

- Assister à des rencontres sociales avec les Aînés;
- Rendre visite à des amis, socialiser.
- Danses/parties;
- Récits d'histoires;
- Chercher les Aînés;
- Jouir d'une bonne hospitalité.

Partager (Connaissances/expertise) : Ce niveau d'action indique qu'une personne est prête à partager ses connaissances, ses compétences, son expertise avec les autres gens de sa communauté. Par exemple :

- Je veux enseigner aux autres;
- Je veux aider à élaborer les trousse;
- Échanger des renseignements sur la souffrance endurée par les vieilles générations.

Renouveau de la culture : Ces réponses se réfèrent directement aux gestes que les répondants étaient prêts à poser pour aider au renouveau de leur culture.

Créer un environnement sécuritaire/sain : Cette catégorie un peu « fourre tout » inclut les commentaires que les répondants ont exprimé au sujet de leur désir de *passer à l'action* afin de créer un environnement chaleureux et sain. Lorsque des commentaires vagues tels que « vouloir que la communauté soit guérie » ont été émis, ils n'ont pas été placés ici, à moins qu'ils n'indiquent un passage à l'action de guérison. Les énoncés qui décrivent des « je veux » ont été placés dans les catégories d'énoncés subjectifs mentionnées auparavant. D'un autre côté, si l'énoncé stipulait « je veux créer un environnement sécuritaire pour les jeunes de ma communauté, » il a été inclus ici car il contient le verbe d'action « créer. » Bien que cette distinction puisse sembler arbitraire, il y a une grande différence entre un énoncé qui traduit un désir et celui qui traduit une action. Voici quelques exemples d'énoncés qui entrent dans cette catégorie :

- *Aider ceux qui aident* à élaborer la trousse de guérison;
- *Aider ceux qui aident* d'autres Survivants;
- *Organiser* un groupe de soutien pour les femmes;
- *Souligner* le besoin d'agir;
- *Déterminer comment je peux aider les gens de ma communauté;*
- *Trouver* quelque chose pour aider les jeunes.

SUBJECTIF : Se débarrasser de la détresse cognitive ou émotionnelle ou apprendre à la gérer : Ces réponses ont toujours été liées au fait de vouloir faire cesser un sentiment de détresse (honte, culpabilité, haine/colère, douleur) ou de vouloir améliorer sa capacité de gérer les problèmes du passé et la détresse actuelle, en particulier le deuil et les pertes. Par exemple, le désir ne plus ressentir de « peur, » de claustrophobie, de ne plus avoir le sentiment de suffoquer, de ne plus faire de cauchemars ou de ne plus revivre les souvenirs sont inclus ici. Voici d'autres exemples :

- Je veux me débarrasser de ma jalousie et de mon insécurité;
- Je veux lâcher prise, ne plus rester dans le passé et confronter mes problèmes;
- Je veux que le sentiment de suffoquer/de claustrophobie parte.

SUBJECTIF : Une meilleure conscience et compréhension de soi

Toutes les réponses groupées dans cette catégorie expriment le désir de se sentir mieux avec soi ou d'avoir une meilleure conscience et compréhension *de soi*.

Identité : Ces réponses se réfèrent à une amélioration du sens d'identité (de soi):

- Me trouver;
- Trouver mon identité;
- Reprendre contact avec moi;
- Être moi-même.

Respect/estime de soi : Ces réponses parlent plus particulièrement de respect de soi, d'estime de soi, d'amour de soi ou d'un sens de sa propre valeur. Exemples :

- Retrouver l'estime de moi;
- Respect de moi;
- Un plus haut degré d'estime de moi;
- Reconstruire mon image/mon estime de moi;
- Être bien dans ma peau.

Confiance : Les réponses traduisaient un désir d'être plus honnête, d'être capable de partager et de faire confiance. Par exemple :

- Ouverture;
- Honnêteté et engagement;
- Être franc à propos de mes problèmes;
- Apprendre à faire de nouveau confiance aux autres.

Pardon : Toutes les réponses groupées dans cette catégorie se réfèrent à une meilleure capacité de pardonner. Exemples :

- Pardonner à mon père;
- Je veux pardonner à ceux qui m'ont abusé;
- Pardonner à la personne que je blâme.

Guérison : Toutes ces réponses ont mentionné les mots « se sentir guéri » ou ont indiqué le souhait que leur famille et leur communauté soit guéries. Exemples :

- Continuer à guérir;
- Je veux guérir mon enfant intérieur;
- Progresser vers/chercher une autre méthode de guérison;
- Guérison communautaire;
- Guérison de la famille;
- M'aider moi-même et de l'aide pour ma famille aussi.

Conscience/compréhension : Toutes ces réponses se réfèrent au désir d'être davantage conscient/sensibilisé ou de mieux comprendre. Exemples :

- Comprendre mes besoins et les éléments déclencheurs;
- Compréhension;
- Me comprendre moi-même et comprendre ma communauté;
- Prise de conscience.

Conscience de son propre pouvoir : Cette catégorie inclut une grande gamme de réponses traduisant le désir d'améliorer son niveau d'autonomie, de courage, de volonté, de satisfaction, de liberté, de fierté, de conscience et utilisation de son propre pouvoir. Exemples :

- Pouvoir (le mien);
- « Femme libre; »
- trouver ma force intérieure.

Espoir : Cette catégorie inclut les croyances, l'espoir et la force d'esprit. Exemples :

- Croyances/espoir/foi;
- Foi plus grande;
- J'espère que ceci est le dernier atelier.

Bonheur : Cette catégorie était presque entièrement reliée aux mots heureux et bonheur, mais incluait aussi le désir de paix et d'acceptation. Exemples:

- Acceptation;
- Calme et paix;
- Je veux la santé et le bonheur.

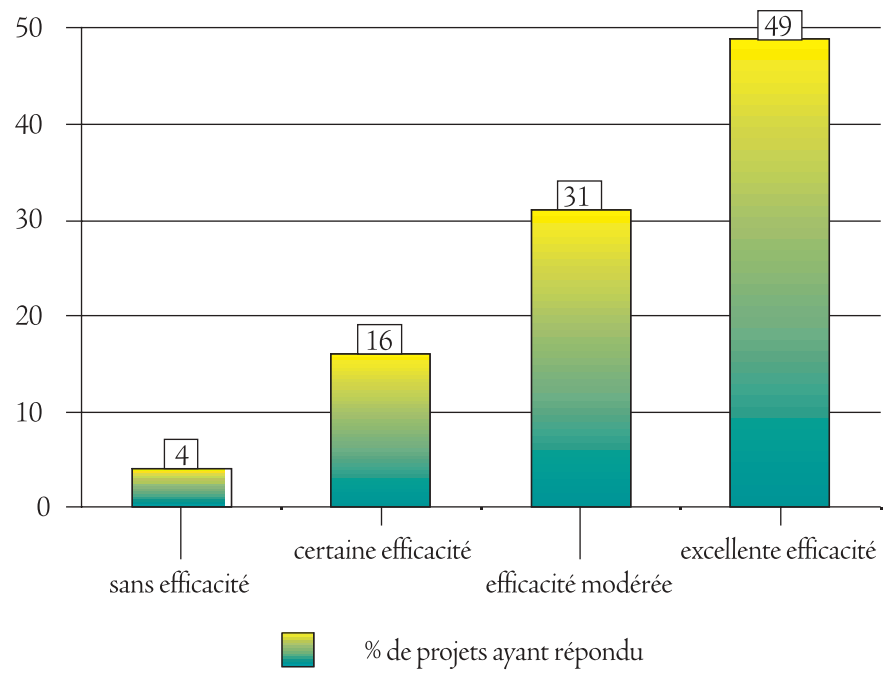
Connaissances : Cette catégorie se réfère à la connaissance de SOI. Lorsque les répondants ont spécifiquement mentionné leur désir d'obtenir davantage d'information ou de connaissances sur un certain sujet, leur réponse a été placée dans la catégorie des énoncés OBJECTIFS, sous la rubrique renseignements spécifiques. Exemples :

- Davantage de connaissances sur moi;
- Réponses;
- Auto-apprentissage.

Autre/général : Cette catégorie « fourre-tout » inclut les gens qui voulaient se sentir « mieux, stables ou équilibrés » ou qui voulaient être mieux capables de réagir plus posément aux événements de leur vie et se sentir plus détendus. Un répondant a indiqué qu'il souhaitait « prendre le temps qu'il fallait. » D'autres ont souhaité apprendre comment ressentir du plaisir. Voici quelques exemples :

- Changements;
- S'habituer à relaxer;
- Trouver l'équilibre.

Efficacité des partenaires de la FADG



Résultats spécifiques escomptés au niveau des apprentissages, par le biais des activités d'éducation sur les séquelles des pensionnats

<p>Apprentissage de l'histoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capacité démontrée de cerner ce qui constitue la mentalité coloniale et la manière dont elle agit (stéréotypes etc.). ▶ Connaître les écoles que les membres de la famille ou de la communauté ont fréquentées; savoir comment les élèves ont été obligés de fréquenter les pensionnats, ainsi que les conditions de vie et les normes scolaires qui les caractérisaient. ▶ Connaître le vécu des membres de la famille et de la communauté ▶ Être capable de déterminer les problèmes qui affectent les familles et la communauté et qui sont associés à l'expérience vécue dans les pensionnats.
<p>Comprendre les répercussions de l'expérience des pensionnats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être capable de poser un regard nouveau sur les parents et les grands-parents, afin de pouvoir cheminer vers le pardon. ▶ Bien cerner les comportements personnels qui ont été appris au sein de la famille ou par le biais des pairs. ▶ Être capable de faire émerger une image de soi; d'évaluer des stratégies de survie; d'utiliser les connaissances au sujet des séquelles pour se découvrir. ▶ Faire des choix éclairés qui contribuent au bien-être physique, mental, émotionnel, et spirituel. ▶ Se fixer des buts pertinents en matière de démarche personnelle de guérison, faire des plans <i>réalistes</i>, suivre et évaluer ses propres progrès.
<p>Appliquer ce que l'on a compris pour guérir les séquelles des pensionnats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir des suggestions innovatrices et une critique des démarches conçues pour mettre fin aux traumatismes subis dans les pensionnats. ▶ Entreprendre une activité apte à démontrer que l'on est conscient de ses responsabilités en tant que Survivant en voie de guérison (par exemple partager avec les autres, participer dans des programmes contre le racisme). ▶ Démontrer que l'on se soucie et que l'on veut aider les autres Survivants. ▶ Utiliser une variété de formats, d'outils et de langues pour communiquer ce que l'on sait et ce que l'on comprend au sujet des séquelles des pensionnats.

Consentement éclairé

Cher participant,

Nous procédons actuellement, dans la communauté de (insérez le nom de la communauté), à une cueillette de renseignements. Ceux-ci nous serviront à évaluer nos activités de guérison des séquelles des abus physiques et sexuels perpétrés dans les pensionnats et à mesurer les changements qui sont survenus au fil du temps. Nous croyons que (choisissez l'outil ou la méthode que vous préférez) nous fournirait les données que nous recherchons. Tous les renseignements que vous fournirez resteront confidentiels et les résultats seront regroupés afin de préserver l'anonymat des personnes participant à l'évaluation. En d'autres mots nous présenterons les résultats sous forme de pourcentages (par exemple: 80% des participants possèdent une plus grande estime de soi) et non pas sous forme de données personnelles (par exemple: Mary possède une plus grande estime de soi) Si vous consentez à ce que nous utilisions vos renseignements pour les intégrer à celle du groupe, veuillez signer sur la ligne ci-dessous et indiquer la date.

Date _____

Sondage californien - Enfants en santé
(California Healthy Kids Survey)
Section B

Pour chacun des énoncés ci-dessous, veuillez encercler la réponse qui, selon vous, correspond le plus à la vérité : pas vrai du tout, un petit peu vrai, assez vrai et tout à fait vrai.

	Pas vrai du tout	Un petit peu vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai	
<i>J'ai un ami de mon âge . . .</i>					
B1	Qui m'aime sincèrement	A	B	C	D
B2	Avec qui je peux parler de mes problèmes	A	B	C	D
B3	Qui ne me prend pas du tout au sérieux	A	B	C	D
B4	Qui m'aide quand j'ai des difficultés	A	B	C	D
<i>Il y a quelqu'un chez moi, un parent ou un autre adulte . . .</i>					
B5	Qui s'attend à ce que je respecte les règles	A	B	C	D
B6	Qui s'intéresse à mon travail scolaire	A	B	C	D
B7	Qui croit que je réussirai	A	B	C	D
B8	Qui est trop occupé pour me prêter attention	A	B	C	D
B9	Avec qui je peux parler de mes problèmes	A	B	C	D
B10	Qui veut toujours que je fasse de mon mieux	A	B	C	D
B11	Qui m'écoute quand j'ai quelque chose à dire	A	B	C	D
B12	Je me sens mal quand les sentiments de quelqu'un sont blessés	A	B	C	D
B13	Je fais des choses ou vais à des endroits qui me font plaisir avec mes parents ou d'autres adultes	A	B	C	D
B14	J'essaie de comprendre les difficultés qui affectent les autres	A	B	C	D
B15	Quand j'ai besoin d'aide je trouve quelqu'un à qui parler	A	B	C	D
B16	Je sais où aller quand j'ai des problèmes	A	B	C	D
B17	J'essaie de résoudre mes problèmes en parlant ou en écrivant	A	B	C	D
B18	Mes amis font des choses qui leur créent beaucoup de problèmes	A	B	C	D
B19	Je fais des activités intéressantes à l'école	A	B	C	D

	Pas vrai du tout	Un petit peu vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai
B20 Mes amis essayent de faire ce qui est éthique	A	B	C	D
B21 Je fais des choses à la maison qui font une différence	A	B	C	D
B22 Mes amis travaillent bien à l'école	A	B	C	D
B23 J'aide ma famille à prendre des décisions	A	B	C	D
B24 À l'école j'aide à décider des choses comme les activités ou les règlements scolaires	A	B	C	D
B25 Je fais des choses à l'école qui font une différence	A	B	C	D
<i>En dehors de chez moi et à l'école, il y a un adulte . . .</i>				
B26 Qui m'aime vraiment	A	B	C	D
B27 Qui me félicite lorsque j'ai fait un bon travail	A	B	C	D
B28 Qui remarque que je suis préoccupé par quelque chose	A	B	C	D
B29 Qui croit que je réussirai	A	B	C	D
B30 Qui veut toujours que je fasse de mon mieux	A	B	C	D
B31 En qui j'ai confiance	A	B	C	D
<i>À mon école, il y a un enseignant ou un autre adulte . . .</i>				
B32 Qui m'aime vraiment	A	B	C	D
B33 Qui me félicite lorsque j'ai fait un bon travail	A	B	C	D
B34 Qui remarque mes absences	A	B	C	D
B35 Qui est méchant avec moi	A	B	C	D
B36 Qui veut toujours que je fasse de mon mieux	A	B	C	D
B37 Qui m'écoute quand j'ai quelque chose à dire	A	B	C	D
B38 Qui croit que je réussirai	A	B	C	D
B39 Je suis capable de résoudre mes problèmes	A	B	C	D
B40 Je suis capable de faire ce que j'entreprends lorsque je décide de le faire	A	B	C	D
B41 Je peux collaborer avec quelqu'un qui a des opinions différentes des miennes	A	B	C	D
B42 Je suis capable de faire beaucoup de choses et de bien les faire	A	B	C	D

	Pas vrai du tout	Un petit peu vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai
B43 J'aime travailler avec d'autres élèves de mon âge	A	B	C	D
B44 Je me défends sans abaisser les autres	A	B	C	D
B45 J'essaie de comprendre comment les autres pensent et comment ils se sentent	A	B	C	D
B46 Je me sens comme si j'étais seul au monde	A	B	C	D
B47 Ma vie a un but	A	B	C	D
B48 Je comprends mes états d'esprit et mes émotions	A	B	C	D
B49 Je comprends ce que je fais et pourquoi je le fais	A	B	C	D
B50 Je fais des activités avec des clubs, des équipes sportives, une église/temple etc. Ou un autre groupe, en dehors de l'école	A	B	C	D
B51 En dehors de la maison et de l'école, je participe en musique, en art, dans les sports ou dans des passe temps	A	B	C	D
B52 j'aide les autres en dehors de chez moi et de l'école,	A	B	C	D
B53 Je ne sais pas vraiment ce que je veux faire dans la vie	A	B	C	D
B54 J'ai des objectifs et des plans pour mon avenir	A	B	C	D
B55 J'ai l'intention d'obtenir un diplôme d'études secondaires	A	B	C	D
B56 J'ai l'intention d'aller à l'université ou à une autre institution post-secondaire	A	B	C	D

PROGRAMME DE TRAITEMENT HOLISTIQUE WASEYA

Évaluation initiale

Nom du résidant : _____
 Date de l'entrevue : _____
 Travailleur chargé du cas : _____
 Aîné/Aidant : _____

Cet outil d'évaluation a été élaboré afin d'aider l'équipe de guérison de Waseskun à évaluer la présence, la nature, l'envergure et la gravité des comportements sexuels agressifs ou violents du résidant. Cet outil d'évaluation permet aussi à la personne qui mène l'entrevue de questionner le résidant sur des sujets tels que les abus de substances, l'emploi, les relations conjugales et familiales, les interactions avec les pairs, l'engagement communautaire, les attitudes au niveau personnel et émotionnel et, par la suite, d'émettre un pronostic quant aux besoins de guérison du résidant. Il est important de se rappeler que les opinions cliniques qui sont offertes lors de l'évaluation initiale par la personne qui a mené l'entrevue visent seulement à aider l'équipe de guérison à formuler un Plan de guérison. Ces opinions cliniques visent à offrir des objectifs de guérison à l'équipe et au résidant, ainsi qu'un moyen de mesurer les progrès de celui-ci pendant son séjour au Pavillon de guérison de Waseskun. Ces opinions ne doivent en aucun cas être considérées comme « coulées dans le ciment. » Veuillez consulter le Protocole guidant l'évaluation initiale avant de commencer l'entrevue.

Afin de codifier le pronostic de chaque résidant, la personne menant l'entrevue a trois (3) options en ce qui concerne les éléments suivants:

- Minimal – 0 :** Les besoins de guérison du résidant sont minimes et son potentiel de guérison est encourageant.
- Moyen – 3 :** Les besoins de guérison du résidant sont assez élevés et son potentiel de guérison est moyennement encourageant.
- Élevé – 6 :** Les besoins de guérison du résidant sont extrêmement importants et son potentiel de guérison est moins évident.

La première série de questions vous aidera à établir ce qui suit :

1. Le **niveau de coopération** du résidant au cours du processus initial d'évaluation :
 - Le résidant vous offre-t-il une réponse à toutes vos questions?
 - Y a-t-il un délai entre vos questions et ses réponses (comme s'il prenait le temps de mieux présenter ses réponses)?
 - Est-ce que le résidant cherche à intimider, contrôler ou menacer la personne qui mène l'entrevue? si cela est le cas, est-ce que le résidant respecte les limites indiquées ou est-ce que l'entrevue a dû être interrompue?
 - Est-ce que le résidant fait semblant de pleurer, est-ce qu'il change le sujet ou se concentre sur des détails qui ne sont pas nécessaires afin d'éviter de répondre directement aux questions?
 - Est-ce que le résidant était attentif durant les sessions d'entrevue?

Pronostic :

Minimal : Le résidant assiste aux sessions d'entrevue et arrive à l'heure. Il répond habituellement aux questions avec peu d'hésitation et maintient la plupart du temps un bon niveau d'attention au cours de l'entrevue.

Moyen : Le résidant arrive en retard à une session d'entrevue qui avait été arrangée, sans motif acceptable. Il se peut qu'il évite de répondre aux questions, qu'il réponde de manière vague à un grand nombre d'autres questions. Il est assez distrait au cours de l'entrevue.

Élevé : Le résidant ne vient pas du tout à la session d'entrevue qui a été arrangée pour lui; il ne contacte pas celui qui mène l'entrevue ou continue de ne pas fixer d'autres rendez-vous de sessions. Il interrompt sans cesse la personne qui mène l'entrevue, refuse absolument de répondre aux questions et fait des scènes pendant l'entrevue. Il se peut qu'il fasse exprès de ne pas porter attention à la personne qui mène l'entrevue, par exemple en regardant constamment par la fenêtre.

2. Le niveau d'honnêteté du résidant au cours du processus initial d'évaluation :

Pronostic :

Minimal : La description que le résidant présente de ses agressions correspond aux rapports contenus dans son dossier judiciaire ou vient y ajouter des détails. Un résidant honnête divulgue ses agressions ou l'historique des agressions qui n'ont jamais été documentées. Il se montre honnête par rapport à des problèmes tels que sa colère, sa consommation d'alcool ou de drogues. Il est honnête et déclare s'il a tiré quelque chose (que ce soit négatif ou positif) des agressions qu'il inflige à ses victimes et les motifs pour lesquels il consomme de la drogue ou de l'alcool et les utilise pour excuser ses agressions. Le résidant ne fait pas semblant d'éprouver des remords et il est capable d'exprimer sa colère face au fait d'avoir été pris en délit, d'avoir été incarcéré et d'avoir maintenant à suivre le programme de guérison Waseya.

Moyen : Le résidant minimise le nombre des agressions qu'il a commises et les présente sous un angle moins grave que celui qui est consigné dans ses dossiers. Ces oublis semblent reliés aux éléments les plus embarrassants de ses comportements agressifs. Les divulgations du résidant augmentent au cours de l'évaluation. Le résidant admet ses agressions mais nie tout antécédent d'abus ou d'abus de substances. Il admet ses antécédents d'agressions sexuelles et/ou de violence, mais nie qu'il puisse exister des facteurs contributifs et une progression dans ses comportements agressifs. Le résidant offre un historique confus, sans indice discernable de progression ou de tendances.

Élevé : Le résidant nie complètement et de manière constante qu'il ait commis des agressions; il nie tout antécédent d'agression sexuelle et/ou de violence, tout abus de substances ou tout autre problème. Il admet l'élément le moins sérieux de son agression mais nie complètement tout antécédent, y compris toute pensée déviante et/ou sexuelle avant l'agression.

La deuxième série de questions que vous poserez au résidant vous aidera à établir un pronostic sur les points suivants :

3. Degré d'agression et de violence dont le résidant a usé lors de l'agression/des agressions
4. Fréquence et durée des agressions
5. Longueur, nature et progression des antécédents d'agression
6. Caractéristiques des actes d'agression autres que les agressions sexuelles ou violentes
7. Nombre de victimes par rapport au nombre de victimes auxquelles il a eu accès en général
8. Caractéristiques liées à la sélection des victimes
9. responsabilité personnelle en regard à l'agression
10. Facteurs qui ont précipité les agressions
11. Comportements liés aux abus de substances
12. Abus de substance et potentiel en regard à la réintégration communautaire
13. Emploi
14. Relations conjugales et familiales
15. Interactions avec les pairs et la communauté
16. Engagement communautaire
17. Attitudes personnelles et émotionnelles
18. Motivation interne en regard du traitement
19. Réaction face aux confrontations.

3. Degré d'agression et de violence :

Pronostic :

Minimal : Aucune évidence ou divulgation de violence ouverte ou d'agression physique pendant les actes d'agression ou parmi les antécédents criminels du résidant. Le résidant utilise des moyens psychologiques tels que la manipulation, le chantage ou il déforme les faits pour faire participer ses victimes à ses actes abusifs.

Moyen : Le résidant utilise un degré minimal de restriction physique. Par exemple il tient les jambes de sa victime mais cesse dès que celle-ci résiste. Le résidant menace vaguement d'avoir recours à de la violence à moins que la victime obéisse. Le résidant démontre ouvertement sa colère au cours de l'agression.

Élevé : L'agresseur utilise une arme ou menace de l'utiliser. Démonstration de toute forme de brutalité, tel que frapper violemment sa victime à coups répétés.

4. Fréquence et durée des actes d'agression :

Pronostic :

Minimal : les actes d'agression sont commis de manière épisodique plutôt que régulière (lorsque l'agresseur a accès à une victime ou lorsqu'une occasion se présente) ou encore, si les actes sont commis de manière régulière, leur fréquence est relativement faible, par exemple tous les deux ou trois mois pour un résidant ayant un accès élevé à des victimes/des opportunités. Un pronostic de minimal convient aussi lorsque les actes d'agression semblent correspondre ou font suite à des facteurs externes tels qu'une crise familiale, une perte d'emploi ou une autre crise circonstancielle.

Moyen : Les actes d'agression sont commis de manière régulière (relativement à l'accès aux victimes ou aux opportunités d'agression) mais selon une fréquence modérée, par exemple toutes les deux ou quatre semaines lorsque le résidant a un accès élevé à des victimes ou des opprtunités. Il n'y a pas de facteurs contributifs concrets qui ont surgi avant l'acte d'agression mais des facteurs généraux peuvent être identifiés, par exemple le fait que le résidant se soit graduellement isolé de ses pairs pendant la période d'une année. Les actes d'agression durent plus longtemps et ne cessent pas toujours même si le répondant court la chance d'être détecté.

Élevé : Les actes d'agression sont commis de manière régulière (relativement à l'accès aux victimes ou aux opportunités d'agression) mais selon une fréquence élevée. Les actes d'agression sont commis presque chaque fois qu'il a accès à une victime ou qu'une opportunité se présente. Il n'existe aucun facteur contributif qui puisse être identifié avant les actes d'agression ou qui s'y rattache. Pour chaque étape de la progression vers l'agression/le comportement sexuel, la durée du comportement est longue et persistante. Les actes d'agression continuent malgré les interruptions, les risques de détection, ou l'inconfort de la victime.

5. Longueur, nature et progression des antécédents d'agression :

Pronostic :

Minimal : Le résidant a un bref historique (plusieurs mois) d'agression et semble être aux premières étapes de sa progression vers des comportements de plus en plus agressifs. Les actes d'agression ne sont pas très bien réfléchis et incluent habituellement des formes moins graves de comportements agressifs.

Moyen : Le résidant a un historique modérément long (un ou deux ans) d'agression et a progressé vers des comportements plus graves. Le comportement a déjà progressé vers un contact plus direct avec la victime. Les actes d'agression sont plus réfléchis, sont bien planifiés. Cette planification laisse transparaître des actes plus graves que ceux qui sont déjà commis.

Élevé : Le résidant a un historique d'actes d'agression commis sur une période de plus de deux ans et un cheminement très clair vers des agressions de plus en plus graves. Les actes d'agression sont très bien réfléchis et incluent presque toujours les formes les plus sérieuses d'agressions sexuelles et/ou de comportements violents.

6. Caractéristique des actes d'agression :

Ce facteur se réfère à un certain nombre de caractéristiques secondaires qui accompagnent les actes d'agression.

Pronostic :

Minimal : Il n'existe aucune indication que les comportements suivants sont présents et s'ajoutent au comportement directement agressif.

Moyen : Il existe quelques indications que les comportements suivants sont présents: faible degré d'humiliation de la victime; utilisation d'une arme, sans que la victime soit forcée; la séquence des comportements pendant l'agression est un peu ritualisée; dans une situation de gang, il demande aux autres de commettre des actes d'agression et les encourage.

Élevé : Présence très claire des comportements suivants pendant l'acte d'agression: enlèvement et confinement de la victime; la victime est liée, ses mains sont attachées, ses yeux sont couverts; l'agresseur use de violence; il force sa victime à consommer des drogues ou de l'alcool; il humilie profondément sa victime et utilise des injures pendant l'agression; il insiste sur la présence du/ de la partenaire et des enfants pendant l'agression; outre le comportement agressif, les gestes sont hautement ritualisés pendant l'agression, en particulier si ces gestes semblent bizarres.

7. Nombre de victimes par rapport aux opportunités d'accès aux victimes :

En général, moins les victimes sont nombreuses (relativement aux opportunités d'accès aux victimes), plus les risques sont faibles. Cette constatation doit aussi tenir compte de la longueur de l'historique du résidant et de son âge.

La personne qui mène l'entrevue devra se rappeler que lorsqu'un résidant commet des abus sexuels et des actes d'agression violents avec un moindre nombre de victimes, cela ne diminue pas l'impact de ces actes sur ces victimes et le résidant ne peut pas être comparé à celui qui a agressé un plus grand nombre de victimes. Ce facteur d'évaluation a pour but de déterminer le risque relié à l'impulsion (chercher et sélectionner des victimes).

8. Caractéristiques liées à la sélection des victimes :

Ce facteur se réfère aux caractéristiques liées au comportement, à l'aspect physique et à la personnalité de la victime, qui, du point de vue du résidant, influence la sélection de ses victimes.

Pronostic :

Minimal : La victime ne dégage pas de caractéristiques particulières que le résidant a utilisé pour la choisir, mis à part le fait qu'elle se trouvait sur le chemin de l'agresseur lorsqu'il désirait commettre un acte d'agression. Le résidant semble choisir ses victimes en se basant sur leur disponibilité ou leur proximité. La victime ne semble pas, de l'extérieur, être particulièrement vulnérable ou handicapée.

Moyen : La victime présente des caractéristiques générales au niveau du physique ou de la personnalité, que l'agresseur utilise pour la choisir. Le résidant choisit des victimes qui possèdent certaines caractéristiques liées à leur vulnérabilité, par exemple le fait qu'elles aient peu de rapports avec leurs pairs ou qu'elles soient fragiles du point de vue émotionnel.

Élevé : Le résidant agresse une personne vulnérable, soit très jeune, soit très vieille. Le résidant choisit toujours une victime qui se trouve dans un niveau spécifique d'âge, de traits physiques, de type de personnalité ou de niveau de fonctionnement. La victime démontre directement sa vulnérabilité, en particulier celles qui ont des problèmes psychiatriques, qui sont physiquement handicapées ou mentalement retardées. Le résidant choisit toujours ses victimes parmi des personnes qui lui sont complètement étrangères. Le résidant choisit toujours des victimes sur lesquelles il a pouvoir ou autorité.

9. Responsabilité personnelle par rapport à l'acte d'agression :

Ces facteurs se réfèrent au degré selon lequel le résidant accepte une responsabilité personnelle pour l'acte d'agression qu'il a commis et pour lequel il a été inculpé. Ce facteur doit être considéré moins comme un facteur indiquant le degré selon lequel le résidant minimise l'impact ou la gravité de ses comportements, et davantage comme un facteur démontrant qu'il accepte sa part de responsabilité pour son comportement. La personne qui mène l'entrevue doit chercher à savoir quel est le degré selon lequel le résidant accepte sa part de responsabilité pour ses comportements et ses actes d'agression et le degré selon lequel il projette le blâme sur les autres.

Pronostic :

Minimal : Le résidant accepte pleinement sa responsabilité pour les actes d'agression : il admet qu'il a commis ces actes intentionnellement et qu'il avait planifié de les commettre. Le résidant admet aussi sa responsabilité par rapport à ses antécédents de comportements problématiques. Il se peut que le résidant continue de peu comprendre le pourquoi et le comment de ces comportements ou pourquoi ces comportements ne sont pas acceptables. Le résidant fait peu d'efforts pour excuser ses comportements.

Moyen : Le résidant reconnaît seulement partiellement sa part de responsabilité pour ses agressions; il admet qu'il a commis ces actes, mais assigne encore le blâme à des événements externes, par exemple le comportement de la victime, le fait qu'il était sous l'influence de drogues ou de l'alcool, ou que d'autres personnes ont placé la victime sous sa responsabilité. Le résidant est capable d'accepter sa responsabilité par rapport à d'autres comportements problématiques dans sa vie qui ne sont pas aussi embarrassants pour lui que les actes pour lesquels il doit participer au programme du pavillon de guérison.

Élevé : Le résidant ne reconnaît qu'une toute petite part de responsabilité pour l'agression qu'il a commise: il admet qu'il a commis celle-ci, mais dirige le blâme complètement vers la victime ou vers d'autres personnes. Le résidant insiste qu'il ne se rappelle aucun aspect de l'acte ou l'intention de le commettre parce qu'il était sous l'influence de drogues ou de l'alcool. Le résidant nie complètement avoir commis l'acte. Il refuse aussi d'accepter la responsabilité pour ses autres comportements problématiques.

10. Facteurs qui ont précipité l'acte d'agression :

Ce facteur sert à mesurer la présence de facteurs identifiables, qui peuvent avoir poussé le résidant à commettre les actes d'agression ou qui peuvent avoir un lien avec le moment choisi pour commettre l'acte.

Pronostic :

Minimal : l'évaluateur peut identifier la présence de pressions qui ont précipité l'acte. Ces pressions peuvent surgir au niveau personnel, interpersonnel ou familial et ont peut-être influencé le comportement agressif du résidant.

Moyen : La personne qui mène l'entrevue peut identifier des facteurs contributifs plus indirects mais ne peut identifier la présence de pressions aux niveaux personnel, interpersonnel ou familial qui semblent liées au déclenchement des comportements agressifs du résidant.

Élevé : L'évaluateur ne peut identifier de facteurs contributifs, autres que certains facteurs de nature très générale et chronique. La présence de stress ne semble pas être liée au déclenchement des actes d'agression.

11. Comportements liés aux abus de substances :

La personne qui mène l'entrevue doit obtenir un historique détaillé de la consommation de drogues et d'alcool, y compris le volume, le type et la fréquence de consommation de chaque substance utilisée par le résidant. La personne qui mène l'entrevue devra obtenir autant de renseignements que possible à propos des périodes de rémission du résidant (durée et circonstances); les événements qui ont déclenché une récurrence; la dynamique familiale (y a-t-il des personnes dans la famille qui utilisent des drogues ou consomment de l'alcool); et ainsi de suite.

Pronostic :

- Minimal : Il se peut que le résidant boive ou prenne des drogues, mais cela ne semble pas avoir joué un rôle direct par rapport à l'acte d'agression. Le résidant ne montre aucun signe de problèmes secondaires de comportements chroniques ou liés à des dépendances, en dehors de l'acte d'agression.
- Moyen : La dépendance aux drogues et/ou à l'alcool est constante et le résidant est régulièrement intoxiqué. L'utilisation de substance est reliée à l'acte d'agression.
- Élevé : Le résidant est fréquemment intoxiqué et cette intoxication joue un rôle direct par rapport à l'acte d'agression.

12. Abus de substances et potentiel de réintégration au sein de la communauté :

La personne qui mène l'entrevue devra chercher à savoir si le résidant a consommé de l'alcool ou a pris des drogues de manière excessive durant ses moments de loisirs ou lorsqu'il participait à des événements sociaux. Est-ce qu'il prend des drogues et boit de l'alcool pour soulager son stress? Est-ce que sa consommation de drogues et d'alcool a un impact négatif sur sa relation avec sa femme et/ou sa famille? sa consommation de drogues et d'alcool influence-t-elle son engagement communautaire? Est-ce que les drogues et l'alcool affectent négativement sa santé?

Pronostic :

- Minimal : Il se peut que le résidant boive ou prenne des drogues, mais il ne semble pas que cela ait un rôle direct sur son engagement communautaire. Il est un membre actif de la communauté. Soit le résidant ne consomme pas, soit il consomme de manière responsable.
- Moyen : La consommation de drogues et d'alcool lui a fait vivre des difficultés mineures ou temporaires en tant que membre de la communauté.
- Élevé : Le résidant éprouve des difficultés dans un grand nombre de domaines mentionnés ci-haut, qui ont entraîné des problèmes majeurs d'adaptation au sein de la communauté.

13. Emploi :

La personne qui mène l'entrevue doit obtenir des renseignements au sujet des expériences d'emploi-antérieures et actuelles - du résidant.

Pronostic :

Minimal : Le résidant a eu des emplois stables et cela a eu une influence stabilisatrice sur la place et le rôle que le résidant détient au sein de la communauté. Le chômage chronique ou les périodes de chômage n'ont pas eu d'impact sur son fonctionnement communautaire et/ou ses activités quotidiennes.

Moyen : L'emploi instable du résidant ou son chômage a entraîné des difficultés mineures et/ou temporaires dans ses rapports avec la communauté.

Élevé : Les difficultés que le résidant éprouve par rapport à son emploi et/ou son chômage chronique ont eu un impact majeur sur la place qu'il détient dans la communauté et sur son intégration au sein de la communauté.

14. Relations conjugales et familiales :

La personne qui mène l'entrevue doit avoir des renseignements sur la qualité de la relation entre le résidant et son épouse, entre le résidant et sa famille, et établir le degré de soutien que ceux-ci accordent au résidant.

Pronostic :

Minimal : Le résidant a des relations saines et affectueuses avec son épouse et avec sa famille. Ceux-ci le soutiennent et ne sont pas un obstacle à la réintégration du résidant au sein de sa communauté.

Moyen : Les relations avec l'épouse et la famille sont marquées par l'indifférence ou le manque d'affection; la colère est présente; la relation est marquée par des conflits et des altercations entre le résidant et son épouse et/ou sa famille.

Élevé : Les relations du résidant avec son épouse et sa famille (tel que décrit ci-haut) fait régulièrement obstacle à la participation du résidant au sein de sa communauté.

15. Interactions avec les pairs et la communauté :

Est-ce que les relations du résidant avec ses pairs et avec le reste de la communauté sont de nature positive?

Pronostic :

Minimal : Le résidant s'est, pour la plupart, associé avec des pairs qui n'ont pas de dossier criminel; ses relations avec le reste de la société sont de nature positive.

Moyen : Il y a un manque d'interactions sociales positives dans la vie du résidant et un grand nombre de ses pairs ont un dossier criminel.

Élevé : Le manque d'interactions sociales positives dans la vie du résidant et le fait qu'un grand nombre de ses pairs ont un dossier criminel ont un impact sur le fonctionnement du résidant au sein de la communauté.

16. Engagement communautaire :

Est-ce que le résidant a réussi à trouver un logement adéquat pour lui-même, comment gère-t-il ses finances; comment communique-t-il avec les autres; comment prend-il des loisirs et comment trouve-t-il du soutien?

Pronostic :

Minimal : Le résidant possède les compétences nécessaires pour prendre une part active et positive à la vie communautaire.

Moyen : La participation du résidant à la vie communautaire a été affectée par l'un des éléments suivants : trouver un logement adéquat, gérer ses finances, communiquer avec les autres, trouver des activités de loisir et du soutien.

Élevé : Les facteurs cités ci-dessus ont entraîné pour le résidant de graves problèmes d'adaptation au sein de la communauté.

17. Attitudes aux niveaux personnel et émotionnel :

La personne qui mène l'entrevue forme une opinion sur les aptitudes cognitives du résidant, sur le concept qu'il a de lui-même, de son aptitude mentale et de sa santé mentale en général, ainsi que de son fonctionnement au jour le jour au sein de la communauté.

Pronostic :

Minimal : Les aptitudes cognitives du résidant, le concept qu'il a de lui-même, son aptitude mentale et sa santé mentale en général, ne font pas obstacle à son fonctionnement au jour le jour au sein de la communauté.

Moyen : Le résidant éprouve des difficultés mineures au niveau de ses aptitudes cognitives, du concept qu'il a de lui-même, de son aptitude mentale et de sa santé mentale.

Élevé : L'un des facteurs cités ci-dessus ont un impact sévère sur la capacité du résidant de fonctionner dans la société.

18. Motivation interne vis-à-vis du traitement :

Pronostic :

Minimal : Le résidant démontre des émotions appropriées face à son problème. Il se peut qu'il ressente de la honte suite aux actes qu'il a commis, parce qu'il comprend qu'il a mal agit. Il reconnaît que ses gestes ont eu un impact sur la victime.

Moyen : La motivation du résidant par rapport à sa participation au programme de traitement holistique Waseya se limite au fait qu'il y est obligé par les modalités de mise en liberté provisoire. Il ressent quelques émotions qui l'affectent légèrement de manière négative, mais ces émotions sont surtout liées au stigmatisme social rattaché au comportement.

Élevé : Le résidant comprend très peu ou pas du tout que ses actes d'agression sont problématiques. Il semble irrité ou ennuyé par le processus d'évaluation.

19. Réaction face aux confrontations :

Ce facteur se réfère aux réactions psychologiques, verbales et physiques du résidant face aux confrontations avec la personne qui mène l'entrevue. La personne qui mène l'entrevue doit garder ce facteur en mémoire pendant toute la durée du processus d'évaluation, car l'observation des réactions du résidant lorsqu'il est confronté est la méthode prioritaire pour documenter ce facteur.

Prognostic :

Minimal : Le résidant est capable de verbaliser, vers la fin du processus d'évaluation, qu'il n'aime pas être confronté, mais qu'il accepte la confrontation et comprend pourquoi elle est utile. La personne qui mène l'entrevue observe un soulagement sous-jacent de la part du résidant, suite au fait qu'une personne détenant une autorité a pris le contrôle au sujet des agressions.

Moyen : La réaction du résidant, lorsqu'il est confronté, est de devenir de plus en plus en colère, de se défendre, de rationaliser, d'obéir de manière superficielle. Plus tard il ne pourra absorber que les points les plus élémentaires qui ont été soulevés au cours de la confrontation. Pendant le processus d'évaluation, la confrontation sert seulement à aider le résidant à éviter d'être entièrement malhonnête avec la personne qui mène l'entrevue. Il se peut que le résidant se retire de l'entrevue et reconnaisse superficiellement qu'il a été confronté, sans que cela semble avoir eu un impact sur lui.

Élevé : Lorsqu'il est confronté, la réaction du résidant est de devenir franchement agressif; il refuse de coopérer, met au défi la personne qui mène l'entrevue et/ou l'attaque verbalement. La réaction du résidant face à une confrontation est d'être tout de suite et superficiellement d'accord avec elle, puis d'essayer de changer son attitude en disant ce qu'il croit que la personne qui mène l'entrevue veut qu'il dise. Ou encore, le résidant se retire complètement de l'entrevue.

Pour donner une note à l'évaluation initiale :

Donnez les notes suivantes aux divers facteurs.

Minimal = 0

Moyen = 3

Élevé = 6

1. Le niveau général de défi qui devra être confronté au cours du traitement : additionnez les facteurs de 1 à 19 et divisez par 19. Cette échelle permet à la personne qui mène l'entrevue de déclarer si le défi auquel le résidant sera confronté au cours du traitement sera **minimal, moyen** ou **élevé**.
2. Le degré de résistance en ce qui concerne la reconnaissance, de la part du résidant, de la gravité de ses actes : additionnez les facteurs de 3 à 8 et divisez par 6. Cette échelle permet à la personne qui mène l'entrevue de noter si la reconnaissance, de la part du résidant, de la gravité de ses actes est **minimale, moyenne** ou **élevée**.
3. La résistance générale vis-à-vis du traitement: additionnez les facteurs 1, 2, 9, 10, 11, 18 et 19 et divisez par 7. Cette échelle permet à la personne qui mène l'entrevue de commenter la **résistance** générale vis-à-vis du traitement, sans tenir compte du défi présenté par le fait d'avoir à coopérer avec le résidant.
4. Réaction à long terme vis-à-vis du traitement : additionnez les facteurs 2, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 et 17 et divisez par 9. Cette échelle permet à la personne qui mène l'entrevue de déclarer si le traitement est susceptible d'être bénéfique pour le résidant et si la probabilité de récidive à long terme est **minimale, moyenne** ou **élevée**.

*Michel Gagnon, consultant clinique
Programme de traitement holistique de Waseskun
[Waseskun Holistic Treatment Program]
Révisé en novembre 2004*

Questionnaire - pré et post Programme parental

Nous vous remercions à l'avance de bien vouloir prendre le temps de compléter ce questionnaire. Vos réponses nous seront très utiles, car elles nous permettront de mieux connaître votre vie et vos expériences. Nous nous en servons pour améliorer ce programme et mieux apprendre ce dont les parents et les familles de notre communauté ont besoin.

1. Quelles sont les choses les plus importantes pour vous, pour lesquelles vous souhaitez obtenir de l'aide au cours de ce programme?

2. Veuillez encercler les mots qui décrivent le mieux comment votre famille a géré les situations suivantes jusqu'à maintenant :

- Nous nous parlons et nous écoutons avec respect même lorsque nous ne sommes pas d'accord.
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Nous sommes toujours prêts à nous aider mutuellement lorsque nous en avons besoin
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Lorsque l'un de nous a besoin d'espace, nous respectons son besoin
Très bien Assez bien Très mal
- Nous prenons nos repas en famille et nous aimons cela
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons d'autres façons de passer du temps ensemble en tant que famille
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments mutuels d'amour et de fierté
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments de contrariété ou de colère de manière saine
Très bien Assez bien Très mal
- Nous gérons le stress
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons recours à des mesures disciplinaires justes et appropriées
Très bien Assez bien Très mal
- Nous réservons du temps, dans notre vie familiale, pour poursuivre des activités culturelles autochtones
Très bien Assez bien Très mal

3. Veuillez encercler les mots qui décrivent le mieux **vos propres parents ou la famille qui vous a élevé.**

- Nous nous parlons et nous écoutons avec respect même lorsque nous ne sommes pas d'accord.
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Nous sommes toujours prêts à nous aider mutuellement lorsque nous en avons besoin
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Lorsque l'un de nous a besoin d'espace, nous respectons son besoin
Très bien Assez bien Très mal
- Nous prenons nos repas en famille et nous aimons cela
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons d'autres façons de passer du temps ensemble en tant que famille
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments mutuels d'amour et de fierté
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments de contrariété ou de colère de manière saine
Très bien Assez bien Très mal
- Nous gérons le stress
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons recours à des mesures disciplinaires justes et appropriées
Très bien Assez bien Très mal
- Nous réservons du temps, dans notre vie familiale, pour poursuivre des activités culturelles autochtones
Très bien Assez bien Très mal

4. Si vous pouviez ***choisir trois éléments seulement parmi ceux qui sont énumérés dans la liste ci-dessous, encerclez ceux (3)*** qui selon vous, auraient aidé vos parents à être de meilleurs parents.

- Avoir plus d'argent
 - Passer plus de temps en famille
 - Mieux gérer la colère
 - Avoir des programmes comme celui-ci
 - Passer plus de temps avec les Aînés
 - Participer davantage à la vie communautaire et culturelle
 - Autre (vos propres idées à propos de ce dont ils auraient eu besoin)
-

5. Veuillez encercler les mots qui décrivent le mieux *comment votre famille gère les situations suivantes maintenant que vous avez complété ce programme parental*:

- Nous nous parlons et nous écoutons avec respect même lorsque nous ne sommes pas d'accord.
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Nous sommes toujours prêts à nous aider mutuellement lorsque nous en avons besoin
Très bien Assez bien Pas bien du tout
- Lorsque l'un de nous a besoin d'espace, nous respectons son besoin
Très bien Assez bien Très mal
- Nous prenons nos repas en famille et nous aimons cela
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons d'autres façons de passer du temps ensemble en tant que famille
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments mutuels d'amour et de fierté
Très bien Assez bien Très mal
- Nous exprimons nos sentiments de contrariété ou de colère de manière saine
Très bien Assez bien Très mal
- Nous gérons le stress
Très bien Assez bien Très mal
- Nous avons recours à des mesures disciplinaires justes et appropriées
Très bien Assez bien Très mal
- Nous réservons du temps, dans notre vie familiale, pour poursuivre des activités culturelles autochtones
Très bien Assez bien Très mal

6. Si vous pouviez *choisir trois éléments seulement parmi ceux énumérés dans la liste ci-dessous, encerclez ceux (3)* qui vous aideraient à être un meilleur parent :

- Avoir plus d'argent
- Passer plus de temps en famille
- Mieux gérer la colère
- Avoir des programmes comme celui-ci
- Passer plus de temps avec les Aînés
- Participer davantage à la vie communautaire et culturelle
- Autre (Vos propres idées à propos de ce dont vous auriez besoin)

7. Quels sont les changements les plus importants que vous avez réussi à faire grâce à ce programme?

Échelle de cohérence

1.	Lorsque vous parlez avec des gens, avez-vous l'impression qu'ils ne vous comprennent pas?	1 Jamais	2	3	4	5	6	7 Oui, toujours
2.	Dans le passé, lorsque vous deviez faire quelque chose avec la collaboration des autres, aviez-vous l'impression que le travail :	1 Ne serait sûrement pas fait	2	3	4	5	6	7 Serait sûrement fait
3.	Pensez aux gens avec qui vous avez des contacts quotidiens, mis à part ceux qui appartiennent à votre cercle intime. Avez-vous l'impression de bien tous les connaître?	1 Ils sont des étrangers pour vous	2	3	4	5	6	7 Vous les connaissez bien
4.	Avez-vous l'impression que vous n'êtes pas vraiment concerné par ce qui se passe autour de vous?	1 Cela ne m'arrive que rarement ou Jamais	2	3	4	5	6	7 Cela m'arrive très souvent
5.	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'être surpris par le comportement de personnes que vous pensiez bien connaître?	1 Cela ne m'est jamais arrivé	2	3	4	5	6	7 Cela m'arrive toujours
6.	Est-ce que vous avez été déçu par des gens sur qui vous comptiez?	1 Cela ne m'est jamais arrivé	2	3	4	5	6	7 Cela m'arrive toujours
7.	La vie est :	1 Pleine d'intérêt	2	3	4	5	6	7 C'est une routine
8.	Jusqu'à maintenant, ma vie :	1 N'a pas de motivation ou de but précis	2	3	4	5	6	7 A une motivation et un but précis
9.	Avez-vous l'impression que l'on vous traite injustement?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 Rarement ou jamais
10.	Au cours des dix dernières années, votre vie a été :	1 Pleine de changements qui sont survenus sans que je sache ce qui allait m'arriver d'un jour à l'autre	2	3	4	5	6	7 Cohérente et claire

11. La plupart des choses que vous entreprendrez dans l'avenir seront probablement :	1 Tout à fait fascinantes	2	3	4	5	6	7 Ennuyeuses à mourir
12. Avez-vous l'impression de vous trouver dans une situation déstabilisante et que vous ne savez pas quoi faire?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 très rarement ou jamais
13. Quelle est la réponse qui décrit le mieux comment vous voyez la vie :	1 On peut toujours trouver des solutions aux problèmes douloureux de la vie	2	3	4	5	6	7 Il n'y a aucune solution aux problèmes douloureux de la vie
14. Lorsque vous pensez à votre vie, très souvent vous :	1 Sentez à quel point la vie est belle	2	3	4	5	6	7 Vous demandez pourquoi vous existez
15. Lorsque vous êtes confronté à un problème difficile, vous choisissez une solution qui :	1 Entraîne toujours de la confusion et qui est difficile à trouver	2	3	4	5	6	7 Est toujours tout à fait claire
16. Faire les choses chaque jour est :	1 Une source de profond plaisir et satisfaction	2	3	4	5	6	7 Une source de souffrance et d'ennui
17. Dans l'avenir, votre vie sera probablement :	1 Pleine de changements qui sont survenus sans que je sache ce qui allait m'arriver d'un jour à l'autre	2	3	4	5	6	7 Cohérente et claire
18. Dans le passé lorsque quelque chose vous arrivait, vous aviez tendance à :	1 « être obsédé »	2	3	4	5	6	7 Dire « bon, je dois vivre avec ça, ce qui est fait est fait » et la vie continue

19. Vos sentiments et vos pensées sont-elles très confuses?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 Très rarement ou jamais
20. Lorsque vous faites quelque chose qui vous procure un sentiment de bien-être, vous :	1 Êtes certain que vous continuerez à vous sentir bien	2	3	4	5	6	7 Êtes certain que quelque chose va venir détruire ce sentiment
21. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous préféreriez ne pas avoir ?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 très rarement ou jamais
22. Vous anticipez que dans l'avenir, votre vie sera :	1 Totalemt sans but	2	3	4	5	6	7 Pleine de sens et de buts à accomplir
23. Pensez-vous que vous aurez toujours des gens sur qui vous pourrez compter dans l'avenir?	1 Vous en êtes certain	2	3	4	5	6	7 Vous en doutez
24. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas savoir ce qui vous attend?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 très rarement ou jamais
25. De nombreuses personnes - même celles qui ont un solide caractère - se sentent quelquefois, dans certaines situations, des personnes sans valeur. Dans le passé, vous êtes-vous souvent senti comme elles?	1 Jamais	2	3	4	5	6	7 Très souvent
26. Lorsque quelque chose vous arrive, est-ce que vous concluez que :	1 Vous avez surestimé ou sous-estimé son importance	2	3	4	5	6	7 Vous avez vu les choses comme elles étaient
27. Lorsque vous pensez aux difficultés que vous devrez affronter dans des aspects importants de votre vie, avez-vous l'impression que :	1 Vous réussirez toujours à surmonter les difficultés	2	3	4	5	6	7 Vous ne réussirez pas à surmonter les difficultés
28. Avez-vous souvent l'impression que ce que vous faites chaque jour a peu de sens ?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 très rarement ou jamais
29. Avez-vous souvent l'impression de ne pas être sûr de pouvoir garder les choses sous contrôle?	1 Très souvent	2	3	4	5	6	7 très rarement ou jamais

l'Échelle de Sentiment de cohésion, selon Antonovsky, est , [TRADUCTION] « une orientation globale qui exprime le point jusqu'auquel un sentiment de confiance nous habite, à la fois complet, durable et dynamique » (2). Chaque sous-échelle est décrite ci-dessous.

Sous-échelle de compréhensibilité (C) : [TRADUCTION] « les stimuli qui surgissent dans les environnements internes et externes au cours de notre vie sont structurés, prévisibles et explicables » (2). Exemple de question : Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'être surpris par le comportement de personnes? Échelle : 1=Jamais et 7=toujours.

(2) Sous-échelle de réaction (MA) : [TRADUCTION] « Il existe des ressources qui nous permettent de répondre aux exigences de ces stimuli » (2). Exemple de question : « Avez-vous l'impression que l'on vous traite injustement? » Échelle : 1=Jamais et 7=toujours.

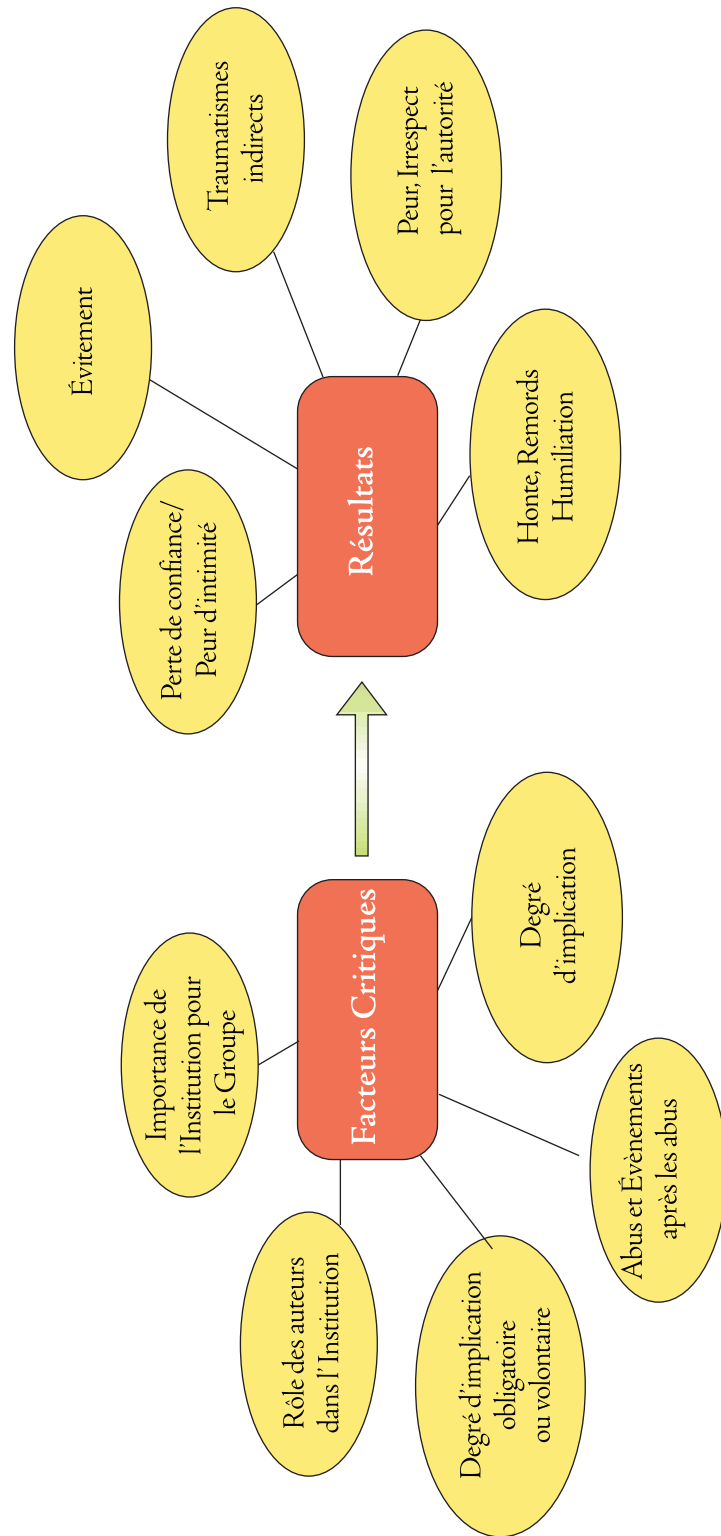
(3) Sous-échelle de signification (ME) : [TRADUCTION] « ces exigences sont des défis pour lesquels il vaut la peine de s'investir et s'engager » (2). Exemple de question : « Jusqu'à maintenant, ma vie : » Échelle : 1= N'a pas de motivation ou de but précis et 7=A une motivation et un but précis.

Il est important de se rappeler que l'échelle de sens de cohésion n'est pas un test sur la personnalité et que les résultats obtenus (notation) changent durant la vie d'une personne, par exemple au cours de périodes de stress, d'anxiété ou de dépression.

Exemple d'une fiche de rendement sur le bien-être communautaire ²⁸⁸

Ce que nous voulions savoir	Rapport précédent	Rapport actuel	Commentaires
1. % de foyers aux prises avec une consommation excessive d'alcool et de drogues	79 %	62 %	Des projets d'été ont permis à certains adultes de concentrer leur énergie
2. % de jeunes à risque sans soutien suffisant	84 %	51 %	De nombreux jeunes ont participé à des activités culturelles et en milieu naturel
3. % de familles qui habitent dans des logements insalubres et trop peuplés	45 %	45 %	Pas de changement
4. % d'adultes en âge de travailler, qui sont sans emploi et qui bénéficient du bien-être social	88 %	82 %	Plusieurs programmes d'emploi d'été ont employé des gens, le problème de base n'est pas abordé
5. Nombre de divulgations d'abus sexuels et de rapports d'agressions sexuelles	0	0	Les abus sexuels ne sont pas encore reconnus comme faisant partie de la réalité communautaire, malgré le fait qu'il soit un élément fréquent des cas de counselling.
6. Nombre (connu) de tentatives de suicide	4	0	Des ateliers sur la prévention du suicide, ainsi qu'un système de compagnonage ont aidé les choses
7. Nombre de cas de violence conjugale qui ont été rapportés	6	2	Moins d'abus d'alcool et d'avantage de travail ont permis aux familles d'être moins stressées.
8. Nombre de participants à des cercles de guérison	21	56	Notre campagne de recrutement de juin nous a permis d'augmenter le nombre des participants aux cercles. Ceux-ci ont maintenant de 3 à 40 personnes
9. % de membres de la communauté qui ont amorcé ou qui se sont engagés dans un cheminement de guérison	15 %	26 %	De nouvelles personnes se sont jointes aux ateliers de guérison tenus au printemps, les nouveaux cercles ont aussi attiré plusieurs autres personnes.
10. Nombre de bénévoles qui sont prêts à aider	81	126	Les rassemblements de printemps sont toujours des événements populaires auprès des bénévoles, mais ils sont chaque année le même nombre

Facteurs critiques qui influencent de façon significative les résultats découlant des abus d'enfants en institutions



NOTES

1. Montgomery, Malcolm (1965). The six nations Indians and the Macdonald franchise. Ontario Historical Society. Ontario History 57(1):13.
2. Milloy, John S. (1999). A National Crime: The Canadian Government and the Residential School System, 1879-1986. Winnipeg, MB: The University of Manitoba Press.
3. Aboriginal Healing Foundation (2002). The Healing Has Begun : An Operational Update from the Aboriginal Healing Foundation. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
4. Indian Residential Schools Resolution Canada. Indian Residential Schools in Canada - Historical Chronology. Extrait le 19 janvier 2005 du site Web : http://www.irsr-rqpi.gc.ca/English/historical_events.html
5. Aboriginal Healing Foundation (1999). Program Handbook, 2nd edition. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation, 6.
6. Il est important de faire la distinction entre l'évaluation de *programme* et l'évaluation *organisationnelle*. L'évaluation de *programme* traite en particulier d'activités de projets et elle s'applique au rôle de facilitateur de la FADG qui fait la promotion de la guérison au sein des collectivités autochtones. Une évaluation organisationnelle de la FADG révisé « l'entité » et sa capacité de fonctionner comme organisation.
7. Extrait de Stecher, B.M. et W.A. Davis (1987). How to Focus an Evaluation. Newbury Park, CA: Sage Publications.
8. La question portant sur les incidences ajoutée à la deuxième enquête nationale n'avait pas fait l'objet d'un essai pilote et elle n'a pas été comprise par une grande majorité de répondants. Les données obtenues ont été par conséquent inutilisables.
9. Alors que le terme « pratique prometteuse » a été définie libéralement pour inclure des pratiques comme des interventions thérapeutiques efficaces, des pratiques comptables transparentes et réfléchies, innovatrices et des approches tenant compte des réalités culturelles.
10. Patton, Michael Quinn (1987). How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, CA: Sage Publications.
11. Dans le cas où un instrument de mesure ou une méthode d'évaluation normalisé, valide, fiable et adapté culturellement est appliqué, il sert généralement à deux moments précis : avant le programme et après celui-ci. C'est une façon commune d'évaluer le rendement d'un programme dans le cadre d'une évaluation et ce procédé est connu comme la formule de « mesures répétées intragroupes » ou évaluation « avant-après. »
12. Patton (1987).

13. Mayne, John (1999). *Addressing Attribution Through Contribution Analysis: Using Performance Measures Sensibly*. Ottawa, ON: Office of the Auditor General of Canada.
14. Hendricks, Michael (1996). *Performance Monitoring: How to Measure Effectively the Results of Our Efforts*, présenté à la conférence de l'American Evaluation Association Annual Conference, Atlanta, Georgia, 6 novembre 1996.
15. Fawcett, S.B., A. Paine-Andrews, V.T. Francisco, J. Schultz, K.P. Richter, J. Berkley Patton, J.L. Fisher, R.K. Lewis, C.M. Lopez, S. Russos, E.L. Williams, K.J. Harris et P. Evensen (2001). *Evaluating community initiatives for health and development*. WHO (World Health Organization) Regional Publications. European series. Copenhagen, DK: World Health Organization (92)241:70.
16. Dans le cas où une organisation participe à plus d'une enquête, ce sont les données de l'enquête la plus récente qui sont prises en compte pour réduire le risque de répétition ou de double compte, particulièrement ce qui se rapporte aux taux de participation.
17. Le total N varie en fonction des variables qui sont examinées. Par exemple, dans le cas de taux de participation par groupe-cible, les données additionnelles obtenues à partir d'un questionnaire d'une page ayant *seulement* des données sur la participation font monter le total N à 483. Le N correspondant ici à 467 fait référence au nombre pondéré des différentes organisations qui provient de la *combinaison* des ensembles de données *complètes* des trois enquêtes nationales (avec toutes les variables contenues dans la dernière enquête, c.-à-d. la 3e enquête nationale). Les prochaines analyses seront désignées sous le fichier intitulé *SRV-2 Variable Cross Survey Reference* dans la bibliothèque numérique de l'analyse statistique.
18. Ces extrapolations doivent être considérées avec circonspection étant donné qu'il peut bien sûr y avoir des différences entre les organisations qui ont répondu aux enquêtes nationales et celles qui ne l'ont pas fait.
19. Connaître le nombre de réponses est très important pour être en mesure d'interpréter dans le cas où on a un très petit nombre de projets ayant répondu à un item en particulier. *Des généralisations concernant l'information présentée dans ce rapport ne peuvent être faites que s'il y a un nombre suffisant de réponses.*
20. La « tendance centrale » fait référence au « milieu » ou elle essaie de décrire ce qui est une réponse typique ou habituelle.
21. Pour trouver le médian et la moyenne des chiffres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 1 000, additionnez chacun de ces nombres et divisez ensuite le total (9) pour obtenir 115. Le médian serait le nombre du milieu dans ce cas « 5. » Quel est à votre avis la meilleure mesure qui exprime le milieu ou la réponse habituelle (c.-à-d. la tendance centrale)?
22. Les résultats de l'enquête 2000 font état d'une moyenne de 183 heures en ce qui a trait aux activités de programme de guérison (n = 162, médian 60, des activités d'une durée de 2 heures allant jusqu'à 2 821 heures).
23. Même si la catégorie « autres » n'est pas définie, on présume qu'elle comprend des partenaires non autochtones ou des membres non autochtones de la famille.

24. Un pourcentage moyen a été calculé à partir des résultats des trois enquêtes nationales.
25. Statistics Canada (2003). 2001 Census: analysis series. Aboriginal peoples of Canada: A demographic profile. Ottawa, ON: Minister of Industry.
26. Ces pourcentages représentent des moyennes calculées à partir des résultats des enquêtes nationales.
27. Ces proportions représentent le pourcentage moyen à partir des résultats des trois enquêtes nationales. Le nombre de participants d'un groupe cible (p.ex. personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles) a été divisé par le *nombre total* de participants à une activité de guérison.
28. Note au lecteur : Ce n'est pas tous les répondants ayant répondu à la question concernant une participation antérieure qui ont répondu également à la question au sujet d'une participation totale en guérison. Puisque la question au sujet d'une participation antérieure incluait à la fois guérison et formation, certaines suppositions ont été faites que le nombre de participants qui ont indiqué une participation antérieure sont ceux qui sont engagés dans la guérison de façon historique. Alors que l'énoncé dans la troisième enquête offre un meilleur support pour cette supposition, l'énoncé pour la première et seconde enquête est plus inclusif et considère à la fois participation dans la guérison et la formation.
29. Ce total $n = 429$ repose sur le fait que seulement 59 pour cent des répondants (dont le nombre provient des enquêtes combinées) ont indiqué avoir eu des participants en formation; par conséquent, en présumant que seulement 59 pour cent du nombre total des organisations financées (c.-à-d. 725) peuvent aussi avoir eu de la formation, le total des organisations présumées avoir eu de la formation est de 429.
30. Ces pourcentages représentent des moyennes calculées d'après les résultats des trois enquêtes nationales.
31. Les résultats de 2000 indiquent que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (47 %), les femmes (62 %), les hommes (24 %), les personnes survivantes (34 %), les jeunes (13 %), les Aînés (16 %), les personnes incarcérées (1,4 %), les homosexuels et lesbiennes (2,3 %) et les sans-abri (1,4 %) ont participé à la formation. Les résultats de 2003 indiquent que les personnes touchées par les répercussions intergénérationnelles (57 %), les femmes (55 %), les hommes (26 %), les personnes survivantes (28 %), les jeunes (24 %), les Aînés (11 %), les personnes incarcérées (3 %), les homosexuels et lesbiennes (1 %) et les sans-abri (1 %) ont participé à la formation.
32. Il existe une corrélation linéaire positive entre « les toxicomanies familiales, des antécédents en tant que victime d'abus, des antécédents d'incarcération » et le pourcentage des participants aux projets ayant des besoins spéciaux (covariance de 0,437, $p < ,05$, $n = 152$, E1). Autrement dit, les projets rapportent qu'ils ont le plus grand nombre de participants dans les catégories listées (p.ex. antécédents d'incarcération) et rapportent également un grand nombre correspondant de participants ayant des besoins spéciaux dans ces mêmes catégories.
33. Les résultats de l'enquête en 2000 indiquent que la majorité pouvait répondre à la demande (55 %, $n = 234$).
34. 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.

35. Font partie des spécialistes, les facilitateurs, les moniteurs, les étudiants, les conférenciers invités, les organisateurs d'ateliers et les personnes survivantes.

36. Ce qu'on entend par les membres de la formation générale de l'équipe, ce sont les personnes identifiées comme les aidants, les travailleurs/intervenants, les stagiaires, les membres de l'équipe, les intervenants en prévention du crime, le vidéographe, l'intervenant 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.

37. 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.

38. Ceci peut inclure les sujets suivants : résolution de conflits, compétences en leadership, des informations juridiques, de la formation pour les conseils d'administration, la formation d'équipes, l'aptitude à communiquer, la planification et l'évaluation de projet, comment composer avec des gens difficiles, ainsi que la formation pour animer et organiser des groupes de bénévoles.

39. Encore une fois, le nombre total de projets ayant identifié des contributions de la part de bénévoles est présumé être proportionnellement le même que ce qui a été rapporté. Autrement dit, comme seulement 56 pour cent ou 263 organisations des 467 organisations possibles ont indiqué avoir reçu des services de bénévoles, on suppose donc que seulement 56 pour cent ou 408 organisations des 725 organisations auraient indiqué avoir obtenu une contribution de cette nature. Il s'agit d'une estimation prudente des contributions faites par les bénévoles.

40. Par « autochtones » on inclut toutes les personnes de Premières Nations (inscrites, non inscrites, sur réserve et hors des réserves), les Inuits et les Métis.

42. Tel que déclarés volontairement ou reconnus comme tel au moment de la demande.

42. Un total de 282 (sur une possibilité de 357 répondants à E1 ou E2) ont estimé leur besoins financiers. Si on suppose que la même proportion (soit 79 % du total) d'organisations auraient des besoins similaires de ressources financières, alors 573 des 725 organisations financées par la FADG au 1^{er} septembre 2004 nécessiterait un montant additionnel de 140 855 595 dollars.

43. Nous faisons remarquer au lecteur que ces coûts représentent des coûts médians; autrement dit, des coûts se trouvant à mi-chemin de tous les coûts mentionnés dans les réponses, ce qui est, dans ce cas précis, une meilleure mesure démontrant la tendance générale. Pour une discussion plus détaillée du concept de médian, se reporter à l'introduction de cette section.

44. Communauté éloignée – est une communauté qui n'est accessible ni par la route ni par un service de traversier. Communauté isolée – est une communauté accessible par la route ou par un service de traversier et située à plus de 350 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants communauté rurale – est une communauté accessible par la route ou par un service de traversier et est située à plus de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 1 000 habitants. Communauté urbaine – est une communauté accessible par la route ou un service de traversier et est située à moins de 50 kilomètres d'une ville comptant plus de 25 000 habitants.

45. Lane, Phil Jr., Michael Bopp, Judie Bopp, et Julian Norris (2002). *Mapping the Healing Journey: The Final Report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities*. Ottawa, ON: Solicitor General Canada.
46. Archibald, Linda et Phillip Bird (2001). *Innovations in First Nations and Inuit Health Systems: Models, Structures and Approaches*. Ottawa, ON: Health Canada First Nations and Inuit Health Branch, non publié.
47. Voir figures 18 et 19 pour une quantification de la dynamique communautaire qui aident ou qui obstruent: Kishk Anaquot Health Research (2003). *Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation, 34–35.
48. FADG enquête 2002, répondant #42.
49. Lorsque les toxicomanies, la violence familiale et l'abus sexuel sont considérés comme de graves défis (50 % des répondants au E1, n=243).
50. L'opposition franche aux activités financées par la FADG a été déterminée comme étant sévère ou modéré pour plus de 60 pour cent des projets financés en 2001 (E1, n=243).
51. Le déni est défini comme une personne ayant un besoin mais qui refuse de participer. Plus de 50 pour cent des équipes qui ont répondu au sewcons sondage ont indiqué que le déni est un défi. Voir le *Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity*, figure 18, 34.
52. Six pour cent (n=156, E2) ont rapporté que les dirigeamts présentent un défi sévère et 22 pour cent ont rapporté que les dirigeamts présentent un défi modéré. Le lecteur se référera à la figure 18 du *Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity*, 34.
53. FADG rassemblement régional participant, 26 octobre 2000, Vancouver, Colombie-Britannique.
54. Herman, Judith (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence— from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
55. Méthode sensorielle et cognitive means utilisée pour que la personne reste concentrée sur la réalité du moment et non sur les traumatismes du passé qui ont été déclenché.
56. Herman (1997), 188.
57. Mathews, Frederick (1996). *The Invisible Boy: Revisioning the Victimization of Male Children and Teens*. Ottawa, ON: National Clearinghouse on Family Violence. Extrait du site Web : <http://www.phc-aspc.gc.ca/nfv-cnivf/familyviolence/html/nfntsxinvisible-e.html>
58. Wiltschko, Johannes (1994). *Focusing Therapy: Some fragments in which the whole can become visible*. Conférence présentée à la 3rd International Conference on Client-Centered and Experimental Psychotherapy, Gmunden, AT, septembre 1994, 12.

59. Un processus centré sur le corps, qui élimine le traumatisme de la partie du corps où il se tenait en tant que souvenir corporel (pour d'autres renseignements, voir : www.focussing.org).
60. Tous ceux qui participent à une démarche/projet de guérison ont le droit de connaître les antécédents criminels des autres participants.
61. FADG enquête 2002, répondant #108.
62. FADG rassemblement régional participant, 26 octobre 2000, Vancouver, Colombie-Britannique.
63. FADG rassemblement régional participant, 26 octobre 2000, Vancouver, Colombie-Britannique.
64. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2001).
65. Comme moyen de maximiser le gain et de respecter les préférences des clients, les équipes de projet ont utilisé une variété de thérapies, incluant mais sans s'y limiter, la thérapie par l'art, le psychodrame, le massage, la relaxation, les thérapies cognitive et comportementale, les cercles de guérison et de partage, les cérémonies, les sueries, la purification, le récit narratif, des retraites dans des camps traditionnels, récolte et préparation de nourriture, célébration culturelle, particulièrement celle s qui offraient des chants, de la nourriture et de la danse.
66. FADG enquête 2002, répondant #45.
67. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2000).
68. FADG enquête 2002, répondant #136.
69. Herman (1997), 136 (voir n. 54).
70. Ce jeu de carte a été adapté à partir du Seattle FAS/E Prevention Program été a été utilisé par le Aboriginal Health and Wellness Centre, Winnipeg, Manitoba.
71. Voir figure 5 du Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity (2003), 15.
72. Cet énoncé est une paraphrase de la déclaration faite par un participant à l'assemblée régionale qui a eu lieu à Winnipeg, le 8 Mars 2004.
73. Nyman, Anders et B"rje Svensson (1997). Boys: sexual abuse and treatment. London, UK; Bristol, UK: Jessica Kingsley Publishers; [Stockholm, Sweden]: Rädda Barnen.
74. Mathews (1996) (voir n. 57).
75. Phaneuf, Gordon F. (1995). Adolescent Sexual Offenders. Ottawa, ON: National Clearinghouse on Family Violence, Health Canada.

76. Hylton, John (2002). *Aboriginal Sex Offending in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation, 77.
77. Ce pourcentage représente une moyenne des pourcentages obtenus à partir des réponses aux sondage 1 et 2.
78. Kishk Anaquot Health Research (2002). *Journey and Balance: Second Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation, 78-79.
79. Hartman, Ann (1995). Diagrammatic Assessment of Family Relationships: Families in Society: *The Journal of Contemporary Social Services* 76(1).
80. Seaburn, David, Judith Landau-Stanton et Susan Horwitz (1995). *Core Techniques in Family Therapy*. Dans Mikesell, Richard H., Don-David Lustermand et Susan H. McDaniel (éds.). *Integrating Family Therapy: Handbook of Family Psychology and Systems Theory*. Washington, DC: American Psychological Association.
81. Extraite du : http://www.aest.org.uk/innerchild/what_is_innerchild_therapy.html
82. Myers-Briggs Type Indicator. Extraite du : <http://skeptdic.com/myersb.html>
83. Yontef, Gary M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
84. Boeree, C. George (1998). *Personality Theories. Carl Rogers 1902–1987, Biography*. Extraite le 1 juin 2003 du : <http://www.ship.edu/~cgboeree/rogers.html>
85. Erikson, Erik H. (1963). *Childhood and Society*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
86. Kobak, Roger (1999). *The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships: Implications for Theory, Research and Clinical Intervention*. Dans Cassidy, Jude et Phillip R. Shaver (éds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press.
87. Thompson, Ross A. (1999). *Early Attachment and Later Development*. Dans Cassidy, Jude et Phillip R. Shaver (éds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, NY; London, UK: The Guilford Press.
88. FADG rassemblement régional participant, 26 janvier 2001, Yellowknife, NT.
89. Hylton (2002), 192 (voir n. 76).
90. Herman (1997), 184 (voir n. 54).
91. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2000).

92. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2000).
93. Fondation autochtone de guérison - Répondant au Questionnaire du participant (2004).
94. The New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary of the English Language, Canadian Edition (1988).
95. Kishk Anaquot Health Research (2001). Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
96. Kishk Anaquot Health Research (2002) (voir n. 78).
97. Herman (1997), 155.
98. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002) (voir n. 45).
99. Kishk Anaquot Health Research (2002), 125.
100. L'histoire des pensionnats n'est pas enseignée à l'école et les parents et grands-parents ont souvent de la réticence à en parler.
101. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2000).
102. Herman (1997), 158-159.
103. Lorsque n = le nombre de réponses.
104. Kishk Anaquot Health Research (2002), 31.
105. Le fait que le nombre de personnes ait augmenté peut être expliqué par une variété de facteurs, y compris les éléments relatifs à l'échantillon (Des répondants différents à diverses périodes de temps, avec des vécus différents par rapport à la guérison) et des niveaux de compréhension différents au sujet de la définition du terme participation dans le contexte de programmes de guérison 'similaires' (Est-ce que les répondants, ont compris, tous en même temps que le mot 'similaire' se référerait à des programmes de guérison visant exclusivement les Survivants des pensionnats ou ont-ils compris que le terme programme de guérison 'similaires' se référerait aux programmes de guérison ouvert aux personnes autochtones ou encore à tous les programmes ?) Ce changement peut aussi être expliqué par le fait que les programmes de guérison à l'intention des survivants fonctionnent à long termes dans certaines communautés, et que les personnes qui ont le plus récemment participé à ces programmes ont aussi participé antérieurement à d'autres projets financés par la FADG (ou à des programmes de guérison 'similaires' spécifiquement conçus pour les Survivants).
106. Ce total $n = 225$ a été obtenu en spéculant que la même proportion d'organisations (31 % ou 145/467) déterminerait quels étaient les participants ayant déjà participé à des activités de guérison. Cette approche est plus conservatrice que celle qui consiste à effectuer une extrapolation en tenant compte des 725

organisations financées par la FADG. Autrement dit, au lieu d'utiliser l'ensemble plus complet des 725 organisations pour l'extrapolation, seulement 31 pour cent d'entre elles (225) ont été utilisées.

107. 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.

108. Herman (1997), 172 (voir n. 54).

109. Dossier de projet de la Fondation autochtone de guérison (2000).

110. Lorsqu'il s'agit de la question du placement des enfants dans des foyers d'accueil, 44 pour cent ont indiqué qu'ils étaient satisfaits du processus de groupe, tandis que 75 pour cent étaient satisfaits avec l'approche individuelle. Lorsqu'il s'agit des question d'agressions sexuelles, 50 pour cent ont indiqué qu'ils étaient complètement ou extrêmement satisfaits du processus de groupe, mais 88 pour cent ont rapporté des taux similaires de satisfaction vis-à-vis des approches individuelle. Aboriginal Healing Foundation (2002).

111. Kishk Anaquot Health Research (2002), 189 (voir n. 78).

112. Par exemple, ils ont évalué l'atteinte de ces but favorablement ou en cochant les cases bien, très bien, extrêmement bien ou complètement.

113. Les classifications suivantes sont tirées des réponses moyennes à l'échelle de Likert (Likert scale) dont le « 0 » indique aucun changement, le « 1 » Très peu et le « 5 » des changement dramatiques. Estime de soi des jeunes : 3.7; Engagement des parents, 2.7; communication mère-fille, 3.7; relations familiales, 3; leadership des jeunes, 3.5; soutien des pairs, 3.5; sensibilisation culturelle, 4; capacité à établir des objectifs, 3.4; compétences sociales, 3.2. Aboriginal Healing Foundation (2002).

114. Herman (1997), 133.

115. Les activités de formation se réfèrent à tout enseignement fourni sur une base régulière ou routinière, par exemple des cours, des ateliers, des conférences, et de la formation formelle en salle de classe qui met de l'emphase sur l'acquisition *individuelle* de compétences.

116. Ce total (n=429) a été établi en se basant sur le fait que seulement 59 pour cent des répondants des sondages combinés ont indiqués qu'ils avaient des participants en formation; donc, en spéculant que seulement 59 pour cent du nombre total des organisations financées (soit 725) offrent aussi de la formation, le nombre total supposé d'organisations qui offrent des activités de formation est de 429.

117. Kishk Anaquot Health Research (2002), 37 (voir n. 78).

118. Kishk Anaquot Health Research (2002), 38.

119. Kishk Anaquot Health Research (2002), 38.

120. Kishk Anaquot Health Research (2002), 38.

121. Les indicateurs sociaux disponibles variaient d'un projet à un autre. En général, il était plus facile de rapporter les incidents d'abus physiques ou sexuels, de suicide, d'enfants placés en foyers d'accueil, pour les projets pour les projets communautaires (en se limitant surtout au nombre de cas rapporté), en contraste avec ceux qui ont un focus urbain, régional ou provincial. Les taux d'incarcération rates sont disponibles aux niveaux provincial et territorial.

122. Tel que mentionné plus tôt le schéma d'évaluation de mesures répétées dans des groupes était destiné à recueillir des données de suivi en 2003 et 2004. Ceci n'est plus le cas, les projets communautaires peuvent faire un suivi en recueillant des données comparables à des intervalles de trois à cinq ans. Les sites sélectionnés pour les études de cas qui ont procédé à la collecte de données de base communautaires sont les suivants : Première Nation de Big Cove; le hameau de Cape Dorset (maintenant une municipalité); la Nation crie de Nisichawayasihk Nelson House, Manitoba; La Ronge, Saskatchewan; Red Deer, Alberta; Saskatoon, Saskatchewan; et les communautés Atikamekw du Québec.

123. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002) (voir n. 45).

124. Les exemples fournis dans cette partie proviennent surtout des études de cas. Mais les preuves sont supplémentées par des renseignements obtenus lors de la revue documentaire et des sondages nationaux, qui ont fait partie du rapport d'évaluation intérimaire de 2001.

125. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002), 63.

126. Bird, Cynthia E. (2002). Men's Healing and Wellness Program Evaluation Report. Winnipeg, MB: Aboriginal Health and Wellness Centre; First Charger, Francis (2003). Soaring Heart Project: An Evaluation on Aboriginal Healing Foundation—the Project Activities. Francis First Charger and Consultant Group; Robillard, Vince (n.d.). Evaluation of the PAGC Aboriginal Healing Project: Urban FN Education, Healing and Empowerment Project for First, Second and Third Generation Survivors of Residential Schools; Tee-pah-kim-so-win May-yay-yo-win Project (Prince Albert Grand Council, Office of Urban Services, January 2002); Maidman, Frank (2000). Mooka'am Men's Healing Program: An Evaluation Case Study; Thira, Sharon (2002). Program Evaluation Healing Initiatives for Residential School Survivors. Sulsila Lelum Healing Centre; et Wabano Centre for Aboriginal Health (2002). Healing the Children, Restoring the Family, Pilot Evaluation Report for the Child and Family Art Therapy Project. Ottawa, ON: Wabano Centre for Aboriginal Health.

127. Les coordinateurs du soutien communautaire de la FADG ont travaillé pendant approximativement quatre ans, afin d'aider les communautés à élaborer leurs propositions de projets. Une coordonnatrice demeure disponible à cet effet pour les communautés nordiques.

128. Un demi pour cent (0,5 %) a remarqué une diminution, 6,5 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 7 pour cent ne savaient pas.

129. Quatre et demi pour cent (4,5 %) ont remarqué une diminution, 25,6 pour cent n'ont pas remarqué de changement, et 12,1 pour cent ne savaient pas.

130. Un et demi pour cent (1,5 %) ont remarqué une diminution, 5,5 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 3 pour cent ne savaient pas.

131. Un pour cent (1 %) ont remarqué une diminution, 14,5 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 11 pour cent ne savaient pas.

132. Un pour cent (1 %) ont remarqué une diminution, 20,1 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 11,1 pour cent ne savaient pas.

133. Kishk Anaquot Health Research (2002), 45 (voir n. 78).

134. Kishk Anaquot Health Research (2002), 45.

135. Lorsque l'on a procédé au premier sondage national, les équipes ne fonctionnaient que depuis moins de deux ans.

136. On souligne aux lecteurs que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. En d'autres mots, n'importe quel projet pourrait avoir mentionné les changements qu'il a observés vis-à-vis des connaissances, des attitudes et des comportements.

137. D'autres volets de l'évaluation des répercussions, y compris les études de cas effectuées en rapport avec 13 projets, permettront des évaluations en profondeur du succès des différents projets. De plus, certains projets comprennent des mécanismes d'évaluation détaillés à être mis en oeuvre par l'équipe de projet ou par des évaluateurs externes. L'examen des documents est limité en ce qui a trait à la possibilité d'aller au-delà de la description des réussites rapportées par les projets. Il faut reconnaître que les rapports sur les projets présentés à une organisation de financement peuvent être orientés en tendant à présenter les scénarios et les interprétations les meilleurs.

138. Le projet Qul-Aun de la société Tsow-Tun Le Lum (Columbie-Britannique) a une philosophie similaire [TRADUCTION] « La guérison commence avec la personne, s'étend à la famille et se répand dans toute la communauté. »

139. Kishk Anaquot Health Research (2002), 46.

140. Kishk Anaquot Health Research (2002), 46.

141. Un pour cent (1 %) ont remarqué une diminution, 17,3 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 9,1 pour cent ne savaient pas.

142. Un demi pour cent (0,5 %) a remarqué une diminution, 30,3 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 4 pour cent ne savaient pas.

143. Quatre et demi pour cent (4,5 %) ont remarqué une diminution, 18,5 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 20,5 pour cent ne savaient pas.

144. Deux et demi pour cent (2,5 %) ont remarqué une diminution, 9,1 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 21,3 pour cent ne savaient pas.

145. Un et demi pour cent (1,5 %) ont remarqué une diminution, 20,6 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 4 pour cent ne savaient pas.

146. Un pour cent (1 %) ont remarqué une diminution, 9,1 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 4,1 pour cent ne savaient pas.

147. Sept pour cent (7 %) ont remarqué une diminution, 3,5 pour cent ne savaient pas.

148. Un et demi pour cent (1,5 %) ont remarqué une diminution, 22,9 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 8 pour cent ne savaient pas (utilisation des outils servant aux enseignements sur les séquelles des pensionnats par la communauté); 1,5 pour cent ont remarqué une diminution, 16,1 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 14,1 pour cent ne savaient pas (sensibilisation et compréhension des répercussions des séquelles des pensionnats par les organismes hors de la communauté).

149. Kishk Anaquot Health Research (2002), 46 (voir n. 78).

150. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002), 67 (voir n. 45).

151. Canadian Institute for Health Information (CIHI) (1997). *Community Health Indicators: Definitions and Interpretations*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information, 146.

152. Le sondage auprès des jeunes a été effectué au cours du second trimestre (1 avril — 30 juin 2000). Un total de 141 membres de la communauté ont répondu au sondage.

153. Cox, Lori (1998). *Special Education Needs Assessment*. Big Cove First Nation, NB: Big Cove First Nation, 51. Cette étude inclut un sondage mené auprès de 16 enseignants et 56 parents.

154. Ce total (n=429) a été établi en se basant sur le fait que seulement 59 pour cent des répondants des sondages combinés ont indiqués qu'ils avaient des participants en formation; donc, en spéculant que seulement 59 pour cent du nombre total des organisations financées (soit 725) offrent aussi de la formation, le nombre total supposé d'organisations qui offrent des activités de formation est de 429.

155. Kishk Anaquot Health Research (2001), 20 (voir n. 95).

156. Deux et demi pour cent (2,5 %) ont remarqué une diminution, 27,1 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 9,5 pour cent ne savaient pas.

157. Un demi pour cent (0,5 %) a remarqué une diminution, 21,4 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 5,1 pour cent ne savaient pas.

158. Lane, Bopp, Bopp and Norris (2002), 74 (voir n. 45).

159. Un pour cent (1 %) ont remarqué une diminution, 17,3 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 11,7 pour cent ne savaient pas.

160. Deux et demi pour cent (2,5 %) ont remarqué une diminution, 20,8 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 15,7 pour cent ne savaient pas.

161. Deux pour cent (2 %) ont remarqué une diminution, 14,8 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 21,9 pour cent ne savaient pas.

162. Il est important pour le lecteur de noter que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives; un répondant peut très bien avoir indiqué plusieurs stratégies pour assurer la viabilité après que la FADG aura fermé ses portes.

163. Couture, J., T. Parker, R. Couture et P. Laboucane (2001). A Cost-benefit Analysis of Hollow Water's Community Holistic Circle Healing Process. Aboriginal Corrections Policy Unit. Ottawa, ON: Solicitor General Canada, 44.

164. Un demi (0,5 %) ont remarqué une diminution, 21,7 pour cent n'ont pas remarqué de changement, 38,4 pour cent ne savaient pas.

165. Trente-six (36.6 %) pour cent ne savaient pas combien il y avait d'enfant dans des situations à risque dans la communauté.

166. Kishk Anaquot Health Research (2002), 55 (voir n. 78).

167.

Variable	Pearson Chi-Square (test statistique)	df	N=	Coefficient de contingence
1b - les Survivants s'entraident et encouragent les autres à guérir	13,921	3	92	0,003
2a - des services de guérison locaux combler les besoins uniques des Survivants et de leur famille	14,603 (a)	3	93	0,002
3a - la communauté utilise des outils d'apprentissages (p.ex. archives, audiovisuel materials, une trousse d'enseignement, un centre d'information pour les visiteurs, un site, commémoratif site) afin d'enseigner au sujet des pensionnats	8,211 (a)	3	94	0,042
3c - Les Survivants et leur famille comprennent comment les séquelles des pensionnats les ont affecté, ont affecté leurs parents, grands-parents, etc.	7,064 (a)	3	94	0,029
5e - Nombre d'enfants dans la communauté qui vivent des situations à risque. (Il est important de souligner au lecteur qu'au fil du temps, les communautés sont susceptibles de ne pas observer d'augmentation dans le nombre d'enfants vivant des situations à risque)	12,313 (a)	3	92	0,006
6a - Planification communautaire pour la guérison à long terme	14,473 (a)	3	95	0,002

168. Kishk Anaquot Health Research (2001), 65 (voir n. 95).

169. FADG enquête 2002, répondant #40.

170. FADG enquête 2002, répondant #8.

171. FADG enquête 2002, répondant #139.

172. FADG enquête 2002, répondant #152.

173. FADG enquête 2002, répondant #144.

174. FADG enquête 2002, répondant #51.

175. Ce pourcentage est un pourcentage moyen calculé à partir du sondage de l'an 2000, alors que n=230 et à partir du sondage de 2002 alors que n=160.

176. Ceci représente la moyenne des pourcentages de deux sondages nationaux combinés (n=230, E1; n=160, E2).

177. Ce total n=406 a été calculé en supposant que 56 pour cent du nombre total des organisations financées par la FADG ne pourraient pas desservir tous ceux qui ont des besoins.

178. Il existe une relation linéaire directe entre *les drogues familiales ou la dépendance à l'alcool, l'histoire des abus en tant que victime, l'histoire de l'incarcération* et le pourcentage de participants au projet qui ont des besoins spéciaux (covariance 0,437, $p < .05$, n=152, E1). Essentiellement les projets rapportent avoir plus de participants dans toutes les catégories nommées (p.ex. l'histoire de l'incarcération) ils rapportent aussi avoir un plus haut pourcentage de participants ayant des besoins spéciaux.

179. Le besoin en approche holistique envers la santé et la guérison est bien décrit dans le *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, et dans les différents documents de l'Organisation mondiale de la santé. Également Santé Canada appuie un modèle de population en santé qui reconnaît les impacts des déterminants non médicaux sur la santé des personnes et des communautés, y compris le revenu, les réseaux de soutien social, l'éducation, le travail, les environnements social et physique, les aptitudes à se débrouiller, la culture, le développement sain des enfants, les services de soins de santé et le sexe. Ce guide de financement du Fonds pour la santé de la population de Santé Canada affirme que [TRADUCTION] « la collaboration entre les secteurs est essentielle afin d'aborder avec succès les déterminants de la santé. Les partenariats existants doivent être solidifiés et il faut en créer d'autres avec des organismes dont le mandat et les activités sont des effets directs et indirects sur la santé. » Health Canada (2000). *Rural and Remote Health Innovations Initiative: Population Health Fund: Guide for Applicants*. Ottawa, ON: Solicitor General Canada.

180. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002), 43 (voir n. 45).

181. Kishk Anaquot Health Research (2001), tableau 4 et figures 40-43 (voir n. 95).

182. Ceci inclut un projet qui élabore un programme d'enseignement au sujet de l'Histoire des pensionnats et de la guérison, en coopération avec des consultants et des enseignants de le Saskatoon Public School.

183. 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.

184. Kishk Anaquot Health Research (2002), 56 (voir n. 78).

185. Adapté de Grembowski, D. (2001). *The Practice of Health Program Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 51.

186. Health Canada (n.d.). *Still Making a Difference: Interim Report, The Impact of the Health Promotion Directorate's Social Marketing Campaigns 1992 -1993*. Extraite du : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/socialmarketing/pdf/mad1.pdf>

187. Fawcett, S.B., V.T. Francisco, A. Paine-Andrews, R.K. Lewis, K.P. Richter, K.J. Harris, E.L. Williams, J.Y. Berkley, J.A. Schultz, J.L. Fisher et C.M. Lopez (1993). *Work Group Evaluation Handbook: Evaluating and Supporting Community Initiatives for Health and Development*. Lawrence, KS: University of Kansas.
188. Pour obtenir des renseignements sur l'échelle de Likert scale, veuillez consulter le site web suivant : <http://www.cultsock.ndirect.co.uk/MUHome/cshtml/index.html>
189. Pour obtenir des renseignements sur le Beck depression inventory, veuillez consulter le site web suivant : <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/bdi.html>
190. Pour obtenir des renseignements sur la Beck anxiety scale, veuillez consulter le site web suivant : <http://mail.med.upenn.edu/~abeck/scales.html>
191. Pour obtenir des renseignements sur la dissociative experiences scale, veuillez consulter le site web suivant : <http://www.rossinst.com/des.htm>
192. Pour obtenir des renseignements sur la post traumatic stress diagnostic scale, veuillez consulter le site web suivant : <http://www.pearsonassessments.com/tests/pds.htm>
193. For more information see: http://www.ywcatoronto.org/develop_skill/lifeskills/pfr.htm
194. Chercheure scientifique au Nathan Kline Institute: 140 Old Orangeburg Rd., Orangeburg, NY 10962, téléphone : 845-398-6584, Fax : 845-398-6592.
195. Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
196. LaFromboise, Teresa D. (1996). *American Indian Life Skills Development Curriculum*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
197. Lane, Bopp, Bopp et Norris (2002) (voir n. 45).
198. Herman (1997) (voir n. 54).
199. En d'autres mots, mesurer le niveau de connaissances acquises et retenues, ainsi que la motivation et la capacité d'utiliser ces connaissances et, finalement, l'application de ces connaissances dans la vie quotidienne.
200. Herman (1997), 121.
201. Syme, S. L. (1994). *The Social Environment and Health*. In *Health and Wealth, Daedalus*. Cambridge, MA: American Academy of Arts and Sciences 123(4): 79–86.
202. Frank, J. W. et J. F. Mustard (1994). *The Determinants of Health from a Historical Perspective*. Dans *Health and Wealth, Daedalus*. Cambridge, MA: American Academy of Arts and Sciences 123(4): 1–19.

203. Wilkinson, R. G. (1994). The Epidemiological Transition: From Material Scarcity to Social Disadvantage. Dans *Health and Wealth, Daedalus*. Cambridge, MA: American Academy of Arts and Sciences 123(4): 61–77.
204. Renaud, M. (1995). The Future: Hygeia versus Panakeia? Dans Evans, R.G., M. L. Barer et T. R. Marmor (éds.). *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
205. Bandura, A. (1977). Self Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioural Change. *Psychological Review* 84(2): 191–215.
206. 6 7 589 (n=160, E1) participants ayant des besoins spéciaux ont été identifiés au cours du premier sondage; 23 603 (n=124) participants ayant des besoins spéciaux ont été identifiés au cours du deuxième sondage.
207. Herman (1997), 136 (voir n. 54).
208. Le terme « traitement » fait référence au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et les faibles pourcentages peuvent, en partie, être attribuables à la fermeture d'un centre de traitement à Iqaluit.
209. Quatrième et dernier rapport trimestriel, Section VII, 10.
210. Les chiffres tirés des dossiers du projet et de l'Enquête d'évaluation nationale quant au nombre de personnes ayant pris part aux activités de sensibilisation et d'information du public diffèrent. L'enquête parle de 200 personnes, tandis que les dossiers font état de 40 organismes pour le premier trimestre et de 177, 144 et 137 personnes pour les trois trimestres suivants.
211. Urban Native Youth Association, Annual Report 1999-2000, Two-Spirited Youth Program Year-End Report.
212. Vancouver Richmond Health Board (1999). *Healing Ways*. Aboriginal Health & Service Review, octobre, 32. Chez les Indiens inscrits, l'organisme révèle un taux de suicide de 3,7 sur 10 000 et de 1,4 sur 10 000 dans le reste de la population.
213. UNYA, Annual Report 1999-2000.
214. Vancouver Native Health Society, 2000 Annual Report, 33.
215. Youth Safe House Program Review, Vancouver Native Health Society, mai 2001, 15.
216. Rapport du quatrième trimestre soumis à la FADG, Section III, Identifier les réussites et les obstacles, Partie V.
217. Le lecteur du présent rapport remarquera que (n = un chiffre) apparaît dans de nombreuses statistiques. Le « n » signifie le nombre total de participant qui ont exprimé une opinion sur le sujet.

218. n= 46 : colère et violence, 74 % des participants croyaient que le traitement était complètement ou extrêmement satisfaisant, n=28 : conjoints victimes d'abus, 69 % des participants croyaient que le traitement était complètement ou extrêmement satisfaisant.

219. n=35 : colère et violence, n=21 : conjoints victimes d'abus, 57 % des participants croyaient que le traitement en groupe ou individuellement était complètement ou extrêmement satisfaisant.

220. Feuille de transfert d'information - Contrôle du projet de la FADG- 5e trimestre, 31 mai 2001, 8.

221. Ceci comprend la résolution des litiges, la sensibilisation transculturelle, la prévention de la violence familiale, la gestion de la colère pour les femmes; l'organisation prévoit installer un refuge sûr pour les personnes sorties de cures de désintoxication (alcool ou drogues) qui risquent de se retrouver à la rue et une unité mobile d'extension.

222. Extrait du site Internet de la ville de Red Deer, population des municipalités de l'Alberta, septembre 2001 : <http://www.city.red-deer.ab.ca>

223. Liste des pensionnats de la FADG, document en cours de rédaction.

224. Enquête complémentaire de la FADG, juillet 2001.

225. Les gestes suivants traduisent un certain degré de violence physique : pousser, bousculer, donner une tape, donner un coup de pied, donner un coup de point, frapper, cracher, pincer, tirer les cheveux, étouffer, lancer des objets, frapper les victimes avec un objet et utiliser ou menacer d'une arme. Source : www.gov.ab.ca/just/crimeprev/family_violence

226. Données compilées par le détachement de la GRC de Red Deer et regroupant Autochtones et non-Autochtones.

227. Enquête complémentaire de la FADG, juillet 2001.

228. La violence sexuelle consiste en un geste sexuel commis contre la volonté de la victime. Source : www.gov.ab.ca/just/crimeprev/family_violence

229. Données compilées par le détachement de la GRC de Red Deer englobant la population autochtone et non autochtone.

230. Selon le recensement de 1996, la Réserve Sunchild compte en tout 435 habitants dont 255 (58,6 %) de moins de 20 ans; la ville de Rocky Mountain House compte 5 805 habitants au total dont 255 (4,4 %) Autochtones et 1 945 moins de 20 ans; la ville de Olds (entre Red Deer et Calgary) compte un total de 5 700 habitants dont 95 (1,7 %) Autochtones et 1 675 moins de 20 ans.

231. Selon les données du recensement de 1996.

232. Sur la base des données du recensement de 1996, on a estimé que les enfants autochtones représentaient 35 pour cent de la population autochtone totale. Statistics Canada, Aboriginal Peoples in Canada - Profile Series, juin 2001.

233. Enquête complémentaire de la FADG, juillet 2001.
234. La Société d'amitié autochtone de Red Deer dessert uniquement les enfants de la ville de Red Deer. Données recueillies par le coordonnateur des soins communautaires de la RDNFS chargé du programme qui intervient lorsqu'un enfant autochtone de Red Deer est concerné.
235. Données recueillies par le coordonnateur des soins communautaires de la RDNFS chargé du programme qui intervient lorsqu'un enfant autochtone de Red Deer est concerné.
236. Enquête complémentaire de la FADG, juillet 2001. Il s'agit de taux annuels, mais on ne sait pas exactement s'ils couvrent l'année 2000 ou les douze mois entre juin 2000 et juillet 2001.
237. Demande de financement du projet du BAN à la FADG, deuxième année, Partie F, Project Monitoring and Evaluation.
238. Dans une demande de suivi auprès du BAN, les raisons pour lesquelles les hommes étaient plus nombreux à s'impliquer sont apparus clairement. Par exemple, dans certaines cérémonies traditionnelles, enseigner aux hommes à surveiller la porte et à recueillir des roches ou du bois pour le feu sacré et la suerie sont des travaux réservés aux hommes. De même, les hommes avaient tendance à être plus nombreux à assister aux plaidoiries en cour et à aider psychologiquement et émotivement les clients susceptibles de demander des compensations monétaires pour leur séjour en pensionnat. Enfin, le BAN avait plus de conseillers et de cercles d'hommes, et tous ces éléments ont contribué à un nombre de participants plus élevé aux activités du BAN. Dans certaines limites, la participation des sans-abris et des gens de la rue a été prise en compte, car les hommes sont plus nombreux à vivre dans ces conditions.
239. Réponse du BAN à la NPES terminée au mois de mars 2001, question A.10.
240. Statistics Canada. 1996 Census, Fact Sheet, Community Profiles.
241. Demande de financement du projet du BAN à la FADG, deuxième année, Partie C, Community Profile, question 13.
242. Statistics Canada. 1996 Census, Fact Sheet, Community Profiles.
243. Statistics Canada. 1996 Census, Fact Sheet, Community Profiles, 28.
244. Statistics Canada. Canadian Statistics - Crimes, by type of offence, Canada, the provinces and territories, CANSIM II, tableau 252-0001 et catalogue no 85-205-XIB.
245. Correctional Services of Canada (1996). Community profile, Saskatoon, SK, 5.
246. Une voie de fait grave est définie comme une infraction qui cause des lésions corporelles généralement plus graves. La voie de fait simple est moins radicale et peut inclure le fait de cracher, de malmener quelqu'un ou des crimes qui causent moins de dommages.
247. Correctional Services of Canada (1996). Community profile, Saskatoon, SK, 5.

248. Statistics Canada. Canadian Statistics - Crimes, by type of offence, Canada, the provinces and territories, CANSIM II, tableaux 255-0001 et 255-0002. Dernières modifications : 22 février 2002.
249. Statistics Canada. Canadian Statistics - Crimes, by type of offence, Canada, the provinces and territories. Dernières modifications, 22 février 2002, 45.
250. Correctional Services of Canada. Aboriginal Offender Statistics, Facts and Figures. Mis à jour : 25 février 2002.
251. Saskatchewan Social Services. Annual Report, 1998-1999, 35.
252. Saskatchewan Social Services. Annual Report, 1998-1999, 36.
253. Health Canada, First Nations & Inuit Health Branch. Statistics Fact Sheet: Death Rates Due to Injury & Poisoning by Cause.
254. Health Canada, First Nations & Inuit Health Branch. Statistics Fact Sheet: Death Rates Due to Injury & Poisoning by Cause. Les statistiques pour la période 1989-1993, indiquaient 479 décès dans la population des Premières nations en Saskatchewan.
255. The Times Observer (2001). Building A Nation: Aboriginal community leader appeals to educators to build cultural bridges, septembre, 3.
256. Demande de financement de projet du BAN à la FADG, 15-16.
257. Proposition d'un projet pour obtenir un financement, février 2000.
258. Projet de réponse à l'enquête supplémentaire de la FADG (juillet 2001).
259. Tiré du site internet du Bureau des statistiques de la Saskatchewan.
260. Statistique Canada, recensement de 1996.
261. Rapport final sur le projet de guérison de Willow Bunch à propos de sa première année de financement de la FADG, octobre 2001, 1.
262. Il faut souligner que cette entente a été présentée sous forme d'ébauche de lettre et qu'elle n'a jamais été officialisée.
263. Rapport sur le contrôle du projet de la FADG, 4e trimestre.
264. Projet de réponse au sondage national sur l'évaluation du processus de la FADG, 2001.
265. Project Monitoring, Second Quarterly Report, 2000, objectif n° 2.
266. Cette étude de cas s'étend aux catégories de projets suivants, les cercles de guérison, les activités traditionnelles et les cours de formation professionnelle et cible les Premières Nations, les centres ruraux et éloignés, l'Ouest.

267. Proposition d'un projet pour obtenir un financement, février 2000.
268. Peters, Gordon (CFIS) (le 30 mars 1999). Letre adressée à la Fondation autochtone de guérison.
269. Ontario Native Women's Association. Extraite de: http://www.onwa.org/index_body.htm
270. Parmi les 120 participantes, 20 étaient des Survivantes des pensionnats, 75 se définissaient elles-mêmes comme faisant partie des générations victimes des répercussions des pensionnats, 19 ont dit ne pas appartenir aux deux groupes précédents et 6 ne savaient pas si elles faisaient partie des générations victimes des répercussions des pensionnats. Projet *I da wa da di*, rassemblement ayant pour thème *L'éveil de l'esprit*, 28, 29 et 30 septembre 2000, Rapport des évaluations des participantes, 4.
271. Aboriginal Peoples' Justice Circle (2001). Application for Sentencing and Healing Circles, pas de date; Sentencing and Healing Circles Guidelines, APJC, janvier; Information Letter to Community, APJC, pas de date.
272. Statistics Canada. Chiffres tirés de : <http://www12.statcan.ca/english/Profil01/Details/details.cfm>
273. Environ 20 demandes de financement provenant de diverses organisations autochtones dans la région d'Ottawa ont été examinées pour établir des statistiques sur la population. Source : propositions internes confidentielles de la FADG.
274. Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP) (1993). Aboriginal peoples in urban centres. Ottawa: Ministry of Supply and Services, 2, 65-90.
275. Lee, Kevin K. (2000). Urban poverty in Canada: a statistical profile. Canadian Council on Social Development. Avril, 40. Extrait de : <http://www.ccsd.ca/pubs/2000/up/>
276. Ce rapport daté de février 2002, a été préparé par un membre de l'APJC pour la période allant du 7 mai 2001 au 4 février 2002. Le projet financé par la FADG a pris fin le 30 septembre 2001, ce document s'applique donc à une période après que le projet subventionné ait été terminé. Le document fournissait cependant des données utiles, et certaines des actions nécessaires ont été identifiées pendant la période où le projet fonctionnait avec les fonds de la FADG.
277. Coloma C. (1999). Projet Mikon. Mortalité dans les communautés Atikamekw.
278. Conseil de la Nation Atikamekw, La vie quotidienne et adaptation des Atikamekw de Wemotaci à la modernité, 1997.
279. CNA, Vie quotidienne et adaptation des Atikamekw de Wemotaci à la modernité, 1997, L'adaptation des Atikamekw d'Opitciwan à la modernité, 1997a.
280. Vie quotidienne et adaptation des Atikamekw de Wemotaci à la modernité (1997 : 102) et Problèmes sociaux, solidarité et entraide à Manawan (1996 : 115).
281. Toutes les citations ont été traduites de l'anglais au français.

282. Quatrième rapport trimestriel. (2000) Partie V, Question iii, 7.
283. Statistics Canada, 1996 Census, Profil statistique : statistiques sur le travail et les revenus des habitants de la réserve indienne no 15 de la rivière Richibucto, au Nouveau-Brunswick.
284. Le sondage de l'initiative des jeunes a été effectué durant le deuxième trimestre (du 1er avril au 30 juin 2000). En tout, 141 membres de la communauté y ont répondu.
285. Cox, Lori (1998), 51 (voir n. 153). Cette étude inclut un sondage mené auprès de 16 enseignants et 56 parents.
286. Cox, Lori (1998), 16.
287. Ce jeu de cartes a été adapté par le Aboriginal Health and Wellness Centre in Winnipeg, Manitoba à partir du Seattle FAS/E Prevention Program.
288. Lane, P., M. Bopp, J. Bopp et J. Norris, (2002) (voir n. 45).

