Hameau de Cape Dorset

Numéro de projet : CT-411-NT/32-NT

Rapport d'étude de cas

Guérison et harmonie dans nos familles

Rédigé par :

Kevin Barlow

Avec le concours de :

Lena Ellsworth

Sous la direction de :

Linda Archibald et Kishk Anaquot Health Research

Rédigé pour le compte du :

Conseil d'administration Fondation autochtone de guérison

2002

Table des matières

Remerciements iii

1. Introduction **1**

2. Méthodologie **1**
2.1 Limitations et considérations 4

3. Description du projet **6**
3.1 Caractéristiques des participants 9
3.2 L'équipe du projet—le personnel, la formation et les bénévoles 11
3.3 Le contexte 12
3.4 Estampes et sculptures 14

4. Indicateurs sociaux **14**
4.1 Abus sexuel 15
4.2 Abus physique 15
4.3 Suicide 16
4.4 Incarcération 16
4.5 Nombre d'enfants en placement familial 17

5. Compte rendu des résultats **18**
5.1 Incidence sur la personne 20
5.2 Incidence sur la collectivité 24
5.3 Partenariats et durabilité 29
5.4 Réponse aux besoins 30
5.5 Réussites et meilleures pratiques 31
5.6 Défis relevés 34
5.7 Leçons retenues 36

6. Conclusion **37**

7. Recommandations **40**

Notes 41

Appendice 1) Modèle logique—guérison et harmonie dans nos familles et Diagramme de performance—guérison et harmonie dans nos familles 43
Appendice 2) Questions de Cape Dorset : [équipe de guérison communautaire (EGC)] 45

Tableaux

Tableau 1) Activités du projet par catégorie 8
Tableau 2) Formation offerte au personnel du projet 11
Tableau 3) Valeur estimée des dons en biens et services 12
Tableau 4) Problématiques et incidence sur la collectivité 13

Tableau 5) Comparaison entre les données concernant les enfants en placement : Cape Dorset et Nunavut 17
Tableau 6) Changements observés chez les participants aux activités de guérison 22

Figures

Figure 1) Participation aux activités de guérison et de formation..... 10
Figure 2) Perceptions des changements quant à la fréquence/taux depuis le début du projet 26
Figure 3) Sommaire des défis ou obstacles identifiés 36

Remerciements

J'aimerais exprimer toute ma reconnaissance envers la population de Cape Dorset, particulièrement aux membres de l'équipe de guérison communautaire et à d'autres intervenants de la collectivité. Ils m'ont ouvert la voie en acceptant de me parler du projet et des problèmes auxquels la communauté est confrontée. Je voudrais aussi remercier ma collègue pour toute l'aide apportée pendant cette étude de cas, confirmant les données recueillies, prenant des notes, faisant à plusieurs reprises les arrangements pour les entrevues et, tout particulièrement, les gants, le foulard, les mitaines me permettant d'affronter une température de –50 degrés celcius.

L'ensemble des personnes que j'ai interviewées, vous tous et toutes qui avez apporté un témoignage bien particulier, et très souvent des exemples tirés de votre expérience personnelle, je vous remercie de ce partage sans réserve et de votre accueil au sein de votre communauté.

1. Introduction

Dans le cadre de l'évaluation de l'incidence des projets appuyés par la Fondation autochtone de guérison (FADG), une série d'études de cas a été effectuée. Cette méthode fondée sur l'étude de cas permet de présenter une synthèse holistique et approfondie du projet et de ses résultats. La collecte, l'analyse et la synthèse des données ont été effectuées par les coordonnateurs du soutien communautaire sous la direction de *Kishk Anaquot Health Research*. Le projet qui constitue le fondement de cette étude de cas s'intitule *Healing and Harmony in Our Families* [TRADUCTION Guérison et harmonie dans nos familles] (Projet financé par la FADG # CT-411-NT/32-NT). Dans le cadre de la demande de financement, le but de ce projet est défini comme suit :

> [TRADUCTION]
> [F]aciliter la guérison et la formation des personnes déterminées à s'engager dans 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 de guérison comprenant des ateliers de formation destinés aux guérisseurs et aux prestataires de services, des ateliers de sensibilisation aux membres de la collectivité, des cercles de guérison ou des rencontres pour les femmes, les jeunes, les Aînés et les hommes; mettre sur pied, organiser, des campements de guérison en milieu sauvage une fois par année à l'intention de groupes ciblés, notamment les jeunes gens, les femmes, les hommes, les Aînés et les familles.[1]

Ce rapport présente une description du projet de Cape Dorset, notamment les activités, les caractéristiques des participants ainsi que les facteurs environnementaux qui l'ont influencé. Cet aperçu général englobe également une description de la collectivité et l'éventail des indicateurs de changement potentiels, y compris les indicateurs sélectionnés par le conseil d'administration de la FADG à être appliqués à l'ensemble des projets (la fréquence d'abus sexuel, d'abus physique, le taux d'incarcération, le taux de suicide et de placement d'enfants en foyer nourricier). Les réussites, les difficultés/défis relevés dans le cadre du projet ainsi que les leçons de l'expérience ont été présentés. On a aussi fait état des incidences du projet sur les personnes et la collectivité. La section portant sur la méthodologie a fourni des détails sur la démarche de collecte des données et sur les limitations des méthodes utilisées. Pour les besoins de cette étude, les sources d'information suivantes ont été consultées : les dossiers sur le projet (demande de financement et rapports trimestriels); la réponse du projet au Sondage national sur le processus d'évaluation (SNPE) de la FADG en février 2001; des entrevues menées auprès d'informateurs clés de l'équipe de guérison communautaire (EGC) et des prestataires de services communautaires sélectionnés; des documents et des données recueillis par le coordonnateur du soutien communautaire dans le cadre du processus d'étude de cas. En plus, le projet a fourni le sommaire des réponses des participants ayant rempli les formulaires d'évaluation de quatre des ateliers offerts.

2. Méthodologie

Il existe un lien logique entre les activités d'un projet, ce que ses responsables espèrent réaliser à court terme et les résultats qu'ils comptent obtenir à long terme. Essentiellement, un projet atteint ses objectifs de prestation s'il réussit à effectuer les activités planifiées. Cependant, il faut d'autres informations pour être en mesure d'évaluer l'incidence réelle des activités. On doit donc établir un lien entre les résultats recherchés — c.-à-d. ce que le projet compte réaliser à court et à long terme — et les indicateurs de changements, notamment des changements sur le plan des connaissances, des compétences, de l'attitude, du comportement

des participants et en bout de ligne, des changements relatifs aux conditions environnementales ou sociales. Ce qui suit fera le sommaire des objectifs du projet (désignés comme des résultats à court et à long terme) de même que des indicateurs permettant de mesurer les changements :

Résultats à court terme :

- Les dispensateurs de soins/prestataires de services ont des compétences et des capacités accrues leur permettant d'apporter du soutien aux membres de leur famille et de leur collectivité;
- Une capacité accrue leur permettant de gérer efficacement les situations de crise sur le plan personnel et les crises familiales;
- Plus de capacité d'action et d'efficacité dans les efforts effectués pour communiquer avec les gens, entrer en contact avec eux, particulièrement avec les hommes;
- Facilitation de la guérison communautaire dans des dimensions problématiques comme la violence latérale, la violence en général, l'abus sexuel et le suicide;
- Vaincre le désespoir et le sentiment d'impuissance;
- Sentiment de fierté accru à l'égard de la culture et augmentation de la spiritualité, des dimensions ayant trait à la guérison; et
- Une équipe de guérison communautaire solide et efficace.

Mesures à court terme (indicateurs de changements) :

- Nombre de participants aux cercles de guérison, aux ateliers, au counselling, aux campements en milieu sauvage (# de participants pendant la période déterminée pour chaque groupe cible);
- Perceptions de changements selon les déclarations des intéressés et des informateurs clés se rapportant à l'estime de soi, aux mécanismes d'adaptation, aux réactions en présence de pensées suicidaires et de dépression et à la connaissance et compréhension des affects de l'abus sexuel;
- Perceptions de changements déclarées par les intéressés et les informateurs clés concernant le comportement des participants (pas de tentatives de suicide, demande d'aide pour faire face à la violence et à l'abus, participation à un traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, donner/obtenir du soutien des Aînés);
- Compétence accrue des prestataires de services et des travailleurs et par conséquent, l'importance de leur influence sur les personnes et l'étendue de cette influence (# de prestataires de services qualifiés, perceptions déclarées par les intéressés et les informateurs clés concernant la formation et les compétences acquises, nombre de personnes touchées); et
- Stratégie de guérison axée sur les groupes difficiles d'accès; possibilités d'avoir accès aux gens comme le groupe des hommes.

Résultats à long terme :

- Rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie dans les familles et la collectivité.

Mesures à long terme (Indicateurs de changements) :

- Diminution de la fréquence d'abus physique et d'abus sexuel, de suicide, d'incarcération et du nombre d'enfants en placement (foyer nourricier); et
- Indication d'une vie communautaire active et saine (# d'Aînés, de jeunes, de femmes et d'hommes engagés dans les affaires publiques/vie communautaire; # de personnes participant aux événements organisés dans la localité.)

Cette étude de cas a pour objet d'évaluer l'incidence des activités de guérison et de formation du projet — en particulier, les cercles de guérison hebdomadaires pour les femmes et les jeunes filles, les ateliers de guérison et de formation, le counselling individuel et les campements en milieu sauvage. D'une façon moins importante, l'étude de cas traite des activités de planification et d'évaluation, spécialement parce que les rencontres de planification étaient régulières et qu'elles contribuaient à l'amélioration de toutes les autres activités. Les groupes particulièrement visés par ces interventions étaient ceux des femmes, des jeunes gens, des Aînés, des hommes et des prestataires de services. De plus, la collectivité dans son

ensemble a été ciblée à l'occasion d'une session de sensibilisation ou de prise de conscience de tous les membres de la communauté et les ateliers et les cercles de guérison ont été annoncés par le biais de la station de radio locale. Dans le cadre des activités de planification, on a élaboré des stratégies destinées à envisager des possibilités d'approcher les groupes plus difficiles d'accès, notamment celui des hommes; en mars, deux groupes en soirée ont été offerts aux hommes. L'étude de cas s'appuie principalement sur les perceptions des informateurs clés concernant les changements observés chez les participants sur le plan des connaissances, des compétences, de leur attitude et de leur comportement.

Avant de mener les entrevues, les dossiers sur le projet ont été complètement passés en revue, de la demande de financement approuvée aux rapports trimestriels et rapport final. Suite à cet examen initial de toute la documentation, nous avons élaboré un modèle logique et un diagramme de performance (se reporter à l'Appendice 1) afin de donner un aperçu général du projet. Ces étapes préliminaires ont orienté la préparation et la réalisation des questions d'entrevue (Appendice 2) de même que d'une liste des personnes qui seraient interviewées. La liste a été dressée à partir des documents sur le projet qui ont contribué à nous informer sur les membres de l'équipe de guérison communautaire et le personnel du projet. Des contacts préliminaires ont été organisés par une collègue (parlant Inuktitut couramment) avec les informateurs clés afin de faire les présentations d'usage et de planifier le lieu et le moment des entrevues. Le questionnaire a été révisé à maintes reprises et il a été traduit en Inuktitut. Nous l'avons par la suite transmis à un interprète engagé pour faciliter les entrevues. Nous avons essayé à deux reprises de nous rendre en avion dans la localité : la première fois, la température douce et le brouillard ont empêché l'avion d'atterrir et nous avons passé la durée prévue du voyage à Iqaluit à obtenir des données des différentes administrations du gouvernement du Nunavut.

Pendant cinq jours (les 26–30 novembre 2001) nous avons mené des entrevues en face-à-face auprès de 10 personnes qui avaient été averties par notre collègue au moment de notre arrivée et qui ont obtenu à ce moment-là la planification des rendez-vous pour les entrevues. Une de ces personnes a opté pour remplir le questionnaire chez-elle et nous le remettre le lendemain. Deux autres personnes prévues pour être interviewées n'ont pas pu se présenter en raison d'obligations à l'extérieur de la localité au moment où les entrevues ont eu lieu. Par ailleurs, d'autres informateurs n'ont pu être joints qu'au moment de notre séjour dans la localité. Au moment de l'étude de cas, le projet se trouvait au terme de l'appui financier de la FADG et il venait juste de faire une nouvelle demande de financement. Le spécialiste de la justice a aussi expliqué que le projet n'avait pas encore pu satisfaire à une demande d'information complémentaire de la FADG en raison d'un manque de temps et de personnel. En conséquence, pour les raisons qui seront fournies ultérieurement dans le présent document, le poste de coordonnateur de projet était vacant au moment des entrevues. Les membres de l'équipe de guérison communautaire, y compris un des membres agissant à titre de coordonnateur pendant l'année de l'étude de cas, ont été rencontrés en entrevue. Les facilitateurs du cercle de guérison ont également fait partie du groupe des personnes interviewées. Le même questionnaire a été administré à l'ensemble des informateurs dans le but d'obtenir leurs observations, leurs impressions et leurs opinions, de même que de tirer profit de leur connaissance des problématiques auxquelles la clientèle cible du projet est confrontée et auxquelles le but du projet est intimement lié.

Il n'y avait qu'un seul homme, un Aîné, qui faisait partie du groupe des personnes interviewées. L'autre homme, membre de l'équipe de guérison communautaire, n'était pas disponible. Le reste du groupe était composé de femmes, dont l'une non Inuk. Six personnes ont demandé les services d'un interprète et quatre ont obtenu les questions en anglais, y compris la personne ayant rempli seule le questionnaire. À

l'occasion de la rencontre de suivi avec le spécialiste de la justice, nous avons appris que trois des personnes interviewées étaient reconnues comme des Aînés dans la collectivité.

La durée moyenne des entrevues a été de 45 minutes à une heure; quant au groupe de facilitation des entrevues, il était composé de quatre personnes : le meneur/responsable de l'étude de cas, sa collègue (une employée de la FADG originaire d'Iqaluit), un interprète et le participant-informateur. La collectivité avait recommandé l'interprète. On a également demandé à huit de ces personnes ayant participé à la planification du projet de répondre aux questions obligatoires établies par l'équipe de recherche relevant de la responsabilité du conseil d'administration de la FADG. Ces huit entrevues ont eu lieu à l'immeuble de la Justice. Une des personnes a été interviewée aux bureaux des services de probation et une autre a été rencontrée à l'école où nous lui avons remis le questionnaire qu'elle a rempli par la suite chez-elle.

La collecte des données a été effectuée auprès du Bureau des statistiques du gouvernement du Nunavut (GN) et auprès du ministère de la Santé et des services sociaux du GN à Iqaluit. Pendant notre séjour à Cape Dorset, nous avons rendu visite au détachement de la GRC, au bureau des services sociaux, à l'école, au poste des soins infirmiers et à une entreprise commerciale dans le but d'obtenir des informations complémentaires. Il faut aussi ajouter d'autres sources d'information qui se sont avérées utiles pour l'étude de cas, notamment des rencontres informelles/des échanges à bâtons rompus avec des propriétaires d'entreprise et des gens de la collectivité ayant occupé des postes officiels (entre autres un ancien conseiller et un propriétaire d'entreprise). Toutefois, ces personnes ne sont pas intervenues à titre officiel, en fonction de leur rôle prépondérant, mais plutôt comme membres de la collectivité. En dernier lieu, le hameau a fourni un profil de la communauté, un plan de développement économique de la collectivité élaboré par RT & Associates, les deux datant de 1995. On a aussi mis à notre disposition les sommaires des évaluations provenant des participants de quatre des ateliers offerts.

2.1 Limitations et considérations

Pour les besoins de cette étude de cas, bon nombre des données ont été fournies de vive voix et seulement quelques documents formels ont été mis à notre disposition. Le personnel du projet nous a aussi communiqué des informations plus détaillées comme le nombre d'enfants pris en charge ou en placement. Par ailleurs, on ne sait pas vraiment si l'information dispensée a été au préalable «tirée sur le volet » ou si d'autres précisions auraient pu être apportées pour étayer davantage et obtenir une évaluation plus juste de l'environnement et du contexte dans lequel le projet a été réalisé. Des données plus anciennes fournies par le hameau nous laissent supposer que des données démographiques à jour étaient impossibles à obtenir.

L'interprète a elle aussi été interviewée étant donné qu'elle occupait cette année-là le poste de coordonnatrice du projet. Cependant, nous avons eu l'impression qu'elle n'a fourni rien d'autre que la traduction précise des réponses des informateurs. L'employée de la FADG, notre collègue parlant couramment l'Inuktitut, a assisté à toutes les entrevues et elle a pris des notes pendant les interventions des informateurs que l'auteur de l'étude de cas a comparées par la suite aux informations recueillies. Son apport a permis d'assurer l'intégralité des données collectées pendant les entrevues et encore plus de fiabilité à ces données. En fait, l'interprète a démontré une compétence qu'on peut qualifier de «très élevée»; de toute évidence, l'étude de cas a profité avantageusement des services d'une personne aussi qualifiée et engagée, originaire de la communauté. Avant le début des entrevues, l'interprète avait pris connaissance de la traduction du questionnaire, lui permettant ainsi de se familiariser avec le contenu. Nous avons posé les questions en

anglais et l'interprète les a transmises en langue et terminologie inuktitut. Les réponses en inuktitut des informateurs ont été enregistrées en anglais suivant la traduction que l'interprète en avait faite. L'analyse des réponses a elle aussi été faite en anglais.

Même si, d'après l'expérience acquise d'autres études de cas, il est recommandé de mener au moins 12 à 14 entrevues pour avoir une perspective équilibrée, dans le cadre de la présente étude de cas, seulement 10 personnes ont été interviewées. Par ailleurs, étant donné que huit des dix informateurs ont exercé un rôle déterminant à l'étape de la planification, nous leur avons demandé de répondre aux questions obligatoires établies par l'équipe de recherche. Par conséquent, des données d'information suffisantes ont été recueillies pour étayer l'analyse. Considérant la période de temps très limitée accordée à la collecte de données dans la localité, nous l'avons consacrée à interviewer les membres de l'équipe de guérison communautaire et à rencontrer le personnel des organismes pour recueillir auprès d'eux les données concernant les indicateurs sociaux. Il n'y a pas eu de disponibilité suffisante pour obtenir auprès des membres de la collectivité en général leur opinion sur le projet, ni entrer en communication avec certains segments de la population qui auraient pu ne pas appuyer ce projet. Bien que les répondants ont semblé faire preuve de transparence et d'honnêteté tant à rapporter les difficultés et les faiblesses (lacunes) du projet que ses réussites, il faut reconnaître que ces observations ont été inspirées par la perspective de «personnes en place» faisant partie de l'organisation en cause. Il pourrait y avoir des points de vue concurrents ou divergents qui ne seraient pas représentés. Il est néanmoins vrai que le projet a fourni les sommaires des évaluations remplies par des participants à quatre ateliers; par contre, cette information s'est avérée d'une utilité restreinte étant donné qu'elle traitait surtout de l'adéquation ou de l'adaptation des ateliers dispensés et de leur contenu et ne donnait que peu de détails sur le projet.

En effectuant les études de cas, l'intention n'est pas de traiter directement avec les participants du projet en raison de préoccupations d'ordre éthique, notamment la possibilité d'entraîner ou de déclencher d'autres traumatismes; cependant, dans le cas de la présente étude de cas, les membres de l'équipe de guérison communautaire ont pris une part active à la planification et à la prestation des programmes en plus d'y participer. Dès le début, cette préoccupation a été abordée avec le spécialiste de la justice afin de s'assurer que les informateurs auraient accès à des services de soutien s'ils en éprouvaient le besoin. L'autre employée de la FADG présente aux entrevues avait été avertie de faire preuve de vigilance, d'être attentive au moindre signe de détresse chez les personnes interviewées. De plus, nous avions informé les membres de l'équipe de guérison communautaire qu'ils étaient interviewés à ce titre, en raison de leur rôle professionnel exercé au sein de la collectivité, et non en tant que participants au projet. Le contenu du questionnaire a également renforcé cette mise en garde.

Finalement, il est évident que, si nous avions pu séjourner plus longtemps dans la localité, nous aurions été en mesure de mieux connaître et comprendre la dynamique de la collectivité. Néanmoins, ce qui ressort nettement des entrevues, c'est que ce ne sont pas tous les membres de la collectivité qui se sont ralliés à la démarche de «guérison» et on peut dire que des influences religieuses avaient des opinions divergentes à cet égard. L'information obtenue a aussi permis d'observer que les hommes n'étaient pas aussi engagés et actifs que le projet l'escomptait. À un moment donné, l'auteur de l'étude de cas s'est demandé si le fait que toutes les activités du projet se tenaient à l'immeuble de la Justice avait pu être un facteur explicatif de leur non-participation. Un des informateurs a répondu négativement à cette supposition. On s'est aussi posé la question parce qu'il semblait que les services de probation situés avec les bureaux des services sociaux réussissaient à amener les hommes à participer à leurs activités, notamment des cours sur la maîtrise de

la colère. En fait, ces hommes, admis au bénéfice de la libération conditionnelle, avaient été ordonnés par un tribunal de participer à cet atelier; nous avons été informés, par contre, que d'autres s'étaient inscrits volontairement. Cette question aurait pu être davantage examinée si nous avions eu plus de temps à y consacrer.

3. Description du projet

Le projet de Cape Dorset a été financé du 1e mai 1999 au 30 avril 2000 en vertu d'une entente de contribution convenue au montant de 121 080 $ et il a été parrainé par le hameau de Cape Dorset.[2] Cette étude de cas porte sur la même période. Au moment de la rédaction de cette étude de cas, le projet en était rendu à sa deuxième année de fonctionnement. Dans le cadre de la demande de financement, on a mis l'accent sur la nécessité d'élaborer une stratégie de guérison fondée sur l'approche de «Guérir d'abord le guérisseur». Une situation critique y était décrite comme « un état de très grand découragement», «une fréquence élevée d'abus, d'actes criminels et de violence, particulièrement à l'endroit des femmes et des enfants». Plus spécifiquement, le projet visait à «faciliter la guérison et former un groupe central — prioritairement composé de femmes». On y faisait état des conséquences graves des abus physiques et sexuels dont ont souffert les femmes de la communauté ayant fréquenté les établissements du sud; de plus, on rapportait les incidences des actes commis au cours des années 1980 par un enseignant ayant agressé sexuellement de jeunes garçons. Un lien a été établi entre ces abus et le fait que certains de ces jeunes ont finalement abouti dans des établissements correctionnels ou se sont suicidés. On abordait aussi le problème de l'intoxication causée par la honte transmise à travers les générations, laissant de nombreuses victimes paralysées par un sentiment d'impuissance et de vide. Accablées sous le fardeau des souffrances cachées, d'un état de détresse muette, ces victimes ont été vouées chez les Inuits à une véritable destruction spirituelle.

La demande de financement rapportait que, depuis les cinq dernières années, un noyau central de personnes, principalement des femmes, avait organisé des cercles de guérison hebdomadaires auxquels des jeunes filles, victimes d'abus sexuel, s'étaient récemment jointes. Elles anticipaient que le projet soumis donnerait l'impulsion nécessaire à leur cause, la renforcerait en favorisant le développement de cette initiative :

> [traduction]
> Nous voulons attirer un plus grand nombre d'hommes à faire partie de l'équipe de guérison et les faire participer à la mise sur pied du programme de guérison destiné aux hommes de la collectivité, obtenir leur appui. Nous voulons dispenser des activités de guérison spécifiquement pour les Aînés et les jeunes; notre objectif est d'oeuvrer au sein de la collectivité au cours des cinq prochaines années afin de rétablir l'équilibre de la communauté par la guérison. Nous voudrions qu'un plus grand nombre de personnes dans notre collectivité apprennent à se connaître, qu'elles puissent se prendre en charge et qu'elles soient les instigatrices de relations interpersonnelles saines dans leur famille et la société. Nous voulons renforcer la capacité de l'équipe de guérison au moyen de la formation et de la guérison intensifiées, afin de pouvoir à long terme prêter efficacement assistance aux familles en crise et aux contrevenants à leur libération des établissements correctionnels afin de les soutenir dans la résolution de leurs problèmes.[3]

Voici les objectifs présentés dans le plan de travail :

- Guérison et formation dans le but d'accroître les connaissances, les compétences et les capacités des membres de l'équipe de guérison communautaire et d'autres intervenants afin d'appuyer la démarche de guérison thérapeutique adressée à la population en général;
- Cercles de guérison ou de rencontres hebdomadaires pour les femmes, les jeunes et les hommes;
- Cinq campements de guérison tenus en milieu sauvage pour des groupes spécifiques : des hommes, des femmes, des Aînés, des jeunes gens et des familles;
- Counselling individuel; et
- Planification et évaluation continues.

Les rapports trimestriels font mention de la tenue des ateliers planifiés, mais il n'y a que peu de données sur le nombre de participants. On y présente des sommaires des évaluations de participants se rapportant à quatre ateliers distincts; le rapport final fournit une autre liste établissant des données sur le nombre de participants (se reporter au tableau 1). Selon nos constatations, il semble que les ateliers ont été planifiés au premier trimestre et qu'ils ont été en réalité offerts pendant le reste de la période. Dans certains cas, aucune donnée sur la participation n'a été obtenue : nous avons supposé que ce projet ne disposait pas à ce moment-là du modèle de rapport élaboré par la FADG qui permet de collecter des données statistiques par activité. Par conséquent, les trois premiers rapports sont des exposés de faits, une évaluation narrative, alors que le dernier rapport est le seul à fournir des données chiffrées.

Tableau 1) Activités du projet par catégorie

Activité par catégorie	Période de référence	Détails
Cercles de guérison hebdomadaires :		
cercle de guérison pour les femmes	Hebdomadaire	10–12 participantes (en moyenne)
groupe de jeunes filles	Hebdomadaire	moyenne de 10 participantes
cercles de guérison hebdomadaires (femmes, jeunes et 2 groupes d'hommes)		hommes (13) – femmes (23)
cercles spéciaux : clôture des groupes de femmes et de jeunes pour la période de Noël.	avant Noël.	aucune donnée
Programme en milieu sauvage :		
Campement des jeunes (en milieu sauvage)	Août	17 jeunes
Campement des Aînés (en milieu sauvage)	Septembre	aucune donnée
Programme en milieu sauvage pour les femmes	aucune donnée	hommes (0) – femmes (7)
Planification et évaluation :	Rencontres mensuelles	19 membres de l'équipe de guérison communautaire; (en moyenne 8-9 personnes pour la planification), élaboration de l'énoncé de mission, du code d'éthique, des règlements, etc.
Counselling individuel«	Continu	hommes (15) – femmes (22)
Guérison et formation : (ateliers)		
Constitution d'équipe/développement de l'esprit de corps	27 sept. – 1 oct.	aucune donnée
Hommes victimes d'abus sexuel	1–4 nov.	aucune donnée
3 jours : Guérison des hommes et relations interpersonnelles saines; 2 jours : Sensibilisation à la guérison communautaire	15–19 nov.	60 personnes (atelier adressé à toute la population) incluant 15 hommes (la plupart d'entre eux ont assisté aux deux soirées)
atelier Counselling des personnes affligées	aucune donnée	hommes (1) – femmes (10)
Processus de groupe de femmes««	7–11 fév.	hommes (3) – femmes (14)
Guérison pour les couples	aucune donnée	hommes (3) – femmes (11)
Processus de groupe de jeunes	6–10 déc.	9 participants ont remis une évaluation

*Cette activité a été indiquée comme une activité de counselling sur une base volontaire et elle n'a pas été documentée. Deux hommes ont commencé à participer à la formation liée à la guérison au deuxième trimestre.
**Cet atelier a été désigné sous le titre de Processus de groupe de femmes dans le rapport trimestriel, mais les participantes y ont fait référence dans le sommaire des évaluations comme Formation en processus de groupe et en traitement offert aux victimes d'abus sexuel.

Une fois les objectifs du projet établis, nous décrirons les caractéristiques des participants, y compris les membres de l'équipe du projet qui sont sensiblement les mêmes que ceux de l'équipe de guérison communautaire. L'équipe de projet ne compte qu'un seul employé. L'équipe de guérison a considéré la formation comme partie intégrante de la démarche de guérison ou inversement. Les membres de cette

équipe se sont également considérés à la fois comme participants à la démarche de guérison et facilitateurs en développement de compétence et de capacité pour être en mesure de donner du soutien aux autres. En effet, alors qu'ils participaient aux activités de guérison et de formation, les membres de l'équipe de guérison communautaire ont facilité des groupes et des cercles de guérison et ils ont dispensé du counselling. En raison de son rôle bivalent ou multiple, l'équipe de guérison communautaire sera présentée plus en profondeur dans la section suivante portant sur les caractéristiques des participants.

3.1 Caractéristiques des participants

En dispensant de la formation aux membres de l'équipe de guérison communautaire et en facilitant leur démarche de guérison, le projet escomptait que ces derniers mettraient, à leur tour, leurs connaissances et leurs compétences accrues, ainsi que leur conscientisation, au service de leurs semblables et apporteraient du soutien au sein de leur famille et de leur collectivité. Ainsi, l'équipe de guérison communautaire a constitué le noyau central qui a bénéficié des activités axées sur la guérison et sur la formation. Dix-neuf personnes ont été inscrites sur la liste des membres, de même que les organismes dont elles étaient les représentantes, notamment :

- Conseil de justice Uquajjigiaqtiit (six membres, y compris le président et le spécialiste de la justice);
- Services sociaux (Dorset);
- personnel de la maison de refuge pour les femmes Tukkuvik;
- conseillers en éducation de la communauté;
- auxiliaire (dispensatrice de soins laïque) B Les femmes anglicanes; et
- deux guides des parcours/séjours en milieu sauvage et deux personnes listées mais sans affiliation.

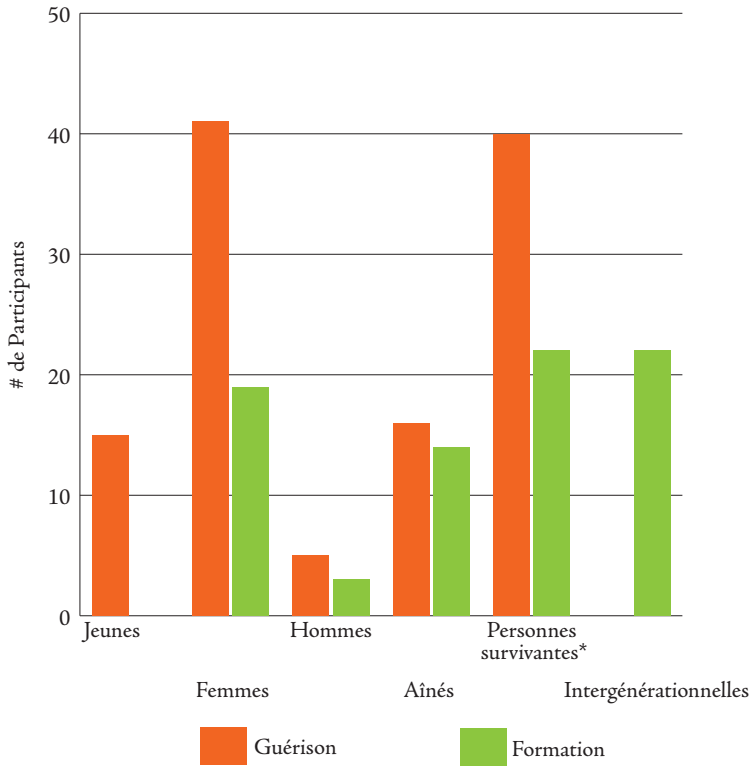
D'autres activités, notamment des rassemblements et des campements en milieu sauvage avec un nombre plus élevé de participants, étaient adressées à la collectivité dans son ensemble ou à n'importe quel des groupes suivants : aux hommes, aux femmes, aux jeunes gens/aux adolescents, aux Aînés ou aux familles. La collectivité au complet a été appelée à s'engager comme partie prenante de la guérison communautaire, tout comme elle a été invitée à participer à toutes les activités présentées au Tableau I (les campements en milieu sauvage, les cercles de guérison, les ateliers et le counselling individuel). D'une façon générale, pour recruter les gens, on a appliqué une politique de «porte ouverte» et on a fait connaître les activités du projet par l'entremise de la station de radio locale qui s'est assurée d'en faire une vaste promotion. Une personne pouvait participer à un événement et ne pas nécessairement faire partie de l'équipe de guérison communautaire.

Le taux de participation réparti selon le genre (ou sexe) ou le groupe varie. Il est clair que, même si les hommes étaient considérés comme le principal groupe ciblé, décrit comme un groupe «d'accès difficile», il a été le seul à ne pas s'être établi solidement. Comme le tableau I le démontre, les hommes n'ont pas participé aux séances de groupe aussi souvent que les femmes. Quoique ce ne soit pas énoncé clairement, les données semblent indiquer que la seule véritable participation des hommes a eu lieu à la séance de sensibilisation adressée à toute la population et à l'atelier axé sur la guérison des hommes (novembre 1999). Par ailleurs, le rapport final du projet fait état d'un nombre plus élevé quant à la participation des hommes. Cette divergence des données d'information, confirmée par les entrevues avec les informateurs ayant précisé que les hommes ne se sont pas engagés en grand nombre dans la démarche de guérison, peut s'expliquer du fait que le rapport final aurait comptabilisé une seule participation importante des hommes à un procès à Iqaluit où ils ont sollicité du soutien. (Au moins deux membres de l'équipe de guérison communautaire

sont allés à Iqaluit pour apporter du soutien aux victimes d'abus sexuel pendant le procès d'un agresseur — un enseignant ayant commis des sévices sexuels envers de jeunes garçons.) On ne sait pas très bien si ce service offert par l'équipe a été rapporté et inscrit comme nombre dans le rapport de données statistiques indiquant que quinze hommes ont bénéficié de séances de counselling.

Si on se reporte au Sondage national sur le processus d'évaluation (SNPE), le projet a offert des activités de formation et de guérison qui ont permis de joindre approximativement cent sept (107) personnes ayant participé à des séances individuelles et de groupe de guérison. En plus, soixante-sept (67) personnes ont participé aux activités de formation. Voici une ventilation des activités par groupes ciblés (Figure I) couvrant les catégories d'activités de guérison et de formation.

Figure 1) Participation à des activités de guérison et de formation



* Dans le cadre de ce projet, le terme «survivants» fait référence principalement aux survivants d'abus sexuel plutôt qu'aux Survivants des abus commis dans les pensionnats.

La réponse du projet au SNPE fait état de trois personnes n'ayant pas terminé le volet lié à la démarche de guérison, deux de ces personnes étant parties s'installer ailleurs et une autre étant décédée. Quant au volet formation, le SNPE n'indique pas que des personnes ont abandonné avant la fin. Par ailleurs, le projet n'a fait part d'aucune difficulté grave; il n'a présenté dans la section des caractéristiques des participants que des problèmes considérés comme modérément difficiles à résoudre : (touchant 40-80 pour cent des participants) : des antécédents en tant que victime d'abus; toxicomanie et alcoolisme dans le milieu familial; et pauvreté. Quant aux difficultés (1-40 %) plus facilement surmontables, selon le SNPE, on indique notamment :absence de participation des survivants au projet; dénégation, crainte, sentiment de

deuil; absence de compétences parentales; antécédents de tentatives de suicide; antécédents en matière d'infractions sexuelles en tant qu'agresseur; histoire d'adoption/placement dans un foyer adoptif; et manque d'aptitudes à communiquer. Par contre, les problématiques suivantes ont été identifiées comme ne posant pas de difficultés, notamment des antécédents d'incarcération, des antécédents de prise en charge par la protection de l'enfance ou de placement en foyer d'accueil et un manque de capacités de lecture et d'écriture (analphabétisme).

Pourtant, la demande de financement établissait un lien entre de nombreuses victimes d'abus sexuel et l'incarcération; en outre, six membres au moins de l'équipe de guérison communautaire font partie du Conseil de justice, bien évidemment parce qu'ils ont un rôle à exercer face à cette problématique. Il y a donc divergence dans le cadre de ce projet quant à la perception de l'incarcération comme problème à considérer; pourtant la demande de financement l'établissait comme aspect problématique ou sujet de préoccupation dans la collectivité. L'explication plausible de cet écart est que le(s) répondant(s) au SNPE ont décrit le noyau central faisant partie de l'équipe de guérison communautaire et non l'ensemble des membres de la collectivité appelés à participer au projet, une population au sein de laquelle certains membres ont ou ont eu des démêlés avec la justice, principalement des hommes identifiés comme groupe cible problématique.

3.2 L'équipe du projet—le personnel, la formation et les bénévoles

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'équipe de projet était constituée principalement du coordonnateur de projet et de l'équipe de guérison communautaire dont les membres ont exercé un rôle bivalent en participant aux activités de guérison et de formation, de même qu'aux activités de planification et de prestation. Plusieurs membres de l'équipe de guérison communautaire ont facilité des cercles de guérison ou se tenaient en disponibilité en cas de remplacement du principal facilitateur.

Le poste de coordonnateur du projet a dû être comblé à plusieurs reprises; on ne sait pas très bien si ces remplacements sont survenus pendant l'année/la période couverte par cette étude de cas. Les répondants au SNPE ont indiqué qu'il n'y a pas eu d'employés à plein temps, mais seulement huit employés à temps partiel. Pendant la période couverte par l'étude de cas, le personnel du projet a suivi certains types de formation et de perfectionnement professionnel. Comme la liste précédemment présentée en faisait état, ainsi que le SNPE le rapportait, voici au tableau 2 la série d'ateliers de formation suivis par le personnel du projet, en plus des ateliers offerts dans le cadre du projet.

Tableau 2) Formation offerte au personnel du projet

Activité de formation	Avancé	Adéquat	Inadéquat
Prise de conscience des traumatismes	✓	✓	
Techniques de counselling/soutien psychologique	✓		✓
Comment traiter les cas de violence familiale	✓	✓	
Programmes liés au fonctionnement familial (p.ex. développement de l'enfant, compétences parentales)	✓	✓	
Autre : abus sexuel/agression sexuelle	✓	✓	

Dans le cadre du SNPE, à la question posée sur les besoins complémentaires de formation, le projet a rapporté le besoin de formation de niveau avancé en matière de *Techniques de counselling* et *Comment traiter les cas de violence familiale*. Pour ce qui est du travail bénévole, le SNPE rapporte qu'au cours d'un mois normal, les bénévoles offraient un total de cinq cent trente-quatre (534) heures. Ils ont donné du temps et fourni des efforts dans les domaines suivants : administration (planification et gestion) et prestation d'ateliers. Les dirigeants du hameau de Cape Dorset, le Conseil de justice et un membre de la collectivité ont été nommés dans le cadre du SNPE comme des donateurs qui ont contribué au projet en fournissant une quantité importante de biens et de services. Une très grande partie des activités du projet se sont tenues dans l'immeuble de la Justice, l'allocation d'espace étant considérée comme un appui financier important. Le tableau 3, en prenant en compte les données du SNPE, montre l'estimation de la valeur approximative du travail bénévole et des biens et services fournis à titre gracieux.

Tableau 3) Valeur estimée des dons en biens et services

Dons biens et services	Valeur
Nourriture	2000 $
Espace pour le projet	24 000 $

3.3 Le contexte

Cape Dorset a une population approximative de1200 personnes dont la plus forte proportion (presque 50 %) est âgée de moins de vingt ans.[4] La croissance démographique prévue est de 46 pour cent sur une période de 15 ans, ce qui porterait la population à 1632 personnes en 2011.[5] Un profil de la collectivité effectué en 1995 par ou pour le hameau a ventilé la population par genre, c.-à-d. 53 pour cent sont des hommes et 47 pour cent des femmes. Selon la répartition par âges, on constate notamment que : dans le groupe 0–4 ans la population est de 16 pour cent ; les 5–14 ans de 25 pour cent ; les 15–64 ans représentent 57 pour cent ; les 65 ans » sont de 2 pour cent. La collectivité était composée de 93 pour cent d'Inuits, de 6 pour cent non Autochtones et de 1 pour cent de Dénés. On parlait principalement l'inuktitut, suivi en deuxième place de l'anglais.

Cape Dorset (connu aussi sous le nom de *Kingnait* qui signifie «hautes montagnes» en Inuktitut) est situé sur une île blottie à quelque distance de la côte sud-ouest de l'île de Baffin au Nunavut. C'est à cet endroit que des vestiges d'une ancienne culture ayant été florissante dans les années 1000 avant J.-C. et 1100 après J.-C. ont été découverts. Cette culture a reçu le nom de culture Dorset d'après le nom de l'endroit, Cape Dorset. Un certain capitaine Luke Fox avait désigné cet endroit Cape Dorset en 1631 en l'honneur d'Edward Sackville, comte de Dorset, à l'occasion d'une expédition à la recherche du passage du Nord-Ouest. Les Inuits de la terre de Baffin, résidants de Cape Dorset, sont des descendants de l'ancienne culture Thulé, connue sous le nom de *Tuniit* dans les légendes.

Le hameau de Cape Dorset assure le fonctionnement d'une vaste gamme de programmes et de services à l'aide d'un budget approximatif de 9,3 millions de dollars comme le rapportait en 1995 le plan de développement économique communautaire de RT & Associates. Le rapport indiquait également des recettes estimatives de quelques millions provenant de la vente de sculptures, mais ce montant n'était pas davantage précisé.

Le hameau de Cape Dorset est une localité ayant conclu une entente de transfert, information confirmée lors d'une rencontre avec le ministère de la Santé et des services sociaux du gouvernement du Nunavut. Cette entente signifie que Cape Dorset administre ses propres ressources et que les fonds sont transférés directement du gouvernement du Nunavut à Cape Dorset. Ce rapport de 1995 énumère en détail les établissements qui desservent la collectivité et les services dispensés :

- École *Sam Pudlat* (la maternelle à la septième année) et l'école secondaire *Peter Pitseolak* (7–12e année)
- Centre de santé (approximativement 7 personnes à l'emploi)
- Détachement de la G.R.C.
- Centre d'éducation pour adultes, le Collège de l'Arctique du Nunavut
- Églises anglicane et pentecôtiste
- Centre d'accueil ou d'information
- Bureau de poste
- Administration du hameau, comprenant les services sociaux, de probation, des travaux publics, etc.
- Aréna
- Centre communautaire
- Station de radio locale
- Aéroport et service aérien quotidien (aéronef Hawker Sidley et Beach 99)
- Deux grands magasins d'alimentation
- Trois dépanneurs
- Un café-restaurant/boulangerie-pâtisserie
- Deux hôtels possédant chacun leur restaurant/café-restaurant
- Service d'incendie
- Traitement de l'eau et service d'hygiène publique

Les problématiques et les priorités sur le plan communautaire sont décrites dans le tableau suivant.[6]

Tableau 4) Problématiques et leur incidence sur la collectivité

Problématique	Incidence très grave	Incidence modérément grave	Incidence faible	Aucun problème
Analphabétisme des adultes			✓	
Manque d'acceptation de la langue et de la culture autochtones par les institutions locales				✓
Apathie ou manque d'appui de la collectivité autochtone				✓
Opposition de la population sur le plan local		✓		
Piètres conditions économiques locales		✓		
Abus des substances	✓			
Violence familiale	✓			
Abus sexuel	✓	✓		
Manque de facilité de transport				✓
Manque de ressources, d'installations ou de locaux, de services communautaires, etc.	✓			
Suicide ou tentatives de suicide	✓			
Syndrome de l'alcoolisme foetal (FAS)/effets de l'alcoolisme foetal (FAE)		✓		

3.4 Estampes et sculptures

Cape Dorset est reconnu pour la confection d'estampes/de gravures et de sculptures. En fait, des études ont été menées pour tenter de comprendre et d'identifier la raison pour laquelle tant de personnes d'une même communauté possèdent un tel talent artistique. Une personne de la collectivité en affaires, ayant siégé auparavant au conseil du hameau, a pris à la légère cette recherche et en riant il a conclu que [TRADUCTION] «les chercheurs n'ont pas pu expliquer ce phénomène». Près de la moitié des membres de la localité font de la sculpture ou confectionnent des estampes/des gravures. C'est de cet endroit que vient Kenojuak Ashevak dont l'estampe intitulée *The Enchanted Owl* est célèbre dans le monde entier. Effectivement, pendant notre séjour pour la présente étude de cas, la nouvelle est arrivée confirmant que l'une de ses premières oeuvres avait été vendue environ 60 000 $ à une vente aux enchères d'oeuvres artistiques à New York. Cette même information de presse rapportait également qu'un sculpteur de Cape Dorset avait vendu une oeuvre à peu près dans la même fourchette de prix.

Un employé de la *West Baffin Eskimo Cooperative* [Société coopérative des Esquimaux de l'île de Baffin ouest], lors d'une rencontre avec les chercheurs invités, a eu l'impression que la plupart des artistes étaient au moins au début de la quarantaine et que les plus jeunes résidants ne semblaient pas intéressés à acquérir du prestige ou une réputation grâce aux arts. Ils semblaient plutôt être intéressés à faire rapidement et facilement de l'argent en faisant des estampes ou des sculptures.

Le plan de développement économique communautaire élaboré par RT & Associates, comme nous l'avons mentionné précédemment, a fait état d'un revenu estimé à quelques millions de dollars provenant du secteur des arts, particulièrement des sculptures. Pourtant, un profil de la collectivité de 1995 présenté par le hameau de Cape Dorset établissait à «25 pour cent le taux de chômage, soit deux fois plus élevé que la moyenne nationale et légèrement plus élevé que le taux régional de 22 pour cent ». Une enquête sur la population active du Nunavut effectuée en 1999 indiquait plusieurs méthodes adoptées pour déterminer le nombre de chômeurs. Conformément aux «critères nationaux», on rapportait un taux de chômage de 22,8 pour cent .[7] L'enquête a aussi appliqué un critère appelé «personnes prêtes à travailler» et en 1999, le pourcentage des personnes sans emploi, à la recherche d'un emploi était de 42,6 pour cent.[8] Enfin, en appliquant une autre série de critères désignée sous «aucun emploi disponible», le nombre de sans emploi était de 33,3 pour cent[9] en 1999. Il est certain que, peu importe la méthodologie utilisée, le chômage reste pour cette localité un grand défi à relever. En général, le taux de chômage s'avère plus bas dans le cas des femmes inuites du groupe d'âge 15–34 ans que dans celui des hommes. Dans le groupe d'âge 35–44 ans, le taux de chômage est presque le même chez les femmes et les hommes inuits. On constate par contre que, dans le cas des hommes inuits âgés entre 45 et 64 ans, le taux de chômage est plus bas que celui des femmes du même groupe d'âge. Et en dernier lieu, les hommes inuits de plus de 65 ans ont un taux de chômage plus élevé que les femmes du même groupe d'âge.[10]

4. Indicateurs sociaux

Le conseil d'administration de la FADG a identifié cinq problématiques spécifiques à l'égard desquelles il espère pouvoir constater une incidence à long terme des efforts de guérison : abus sexuel, abus physique, incarcération, placement d'enfants en foyer nourricier et suicide. Dans le cadre de l'évaluation des activités financées par la FADG, ces cinq indicateurs sociaux sont étroitement liés aux répercussions des abus sexuels et physiques commis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. En général,

les progrès en pourcentage mesurés à l'aide de ces indicateurs peuvent être considérés comme l'indication d'un rétablissement durable qui rompt le cycle de l'abus et de la violence. Chaque indicateur sélectionné peut être relié aux objectifs du projet de guérison de Cape Dorset; en effet, le projet veut idéalement jouer un rôle déterminant en s'attaquant à ces problématiques. Des données obtenues auprès de sources locales et du gouvernement du Nunavut sont présentées dans les sections suivantes.[11] Essentiellement, ces données présentent une image instantanée au moment précis de la collecte et elles peuvent être utilisées comme données de référence pour d'autres évaluations des conditions sociales changeantes sur le plan local.

4.1 Abus sexuel

Des incidents d'abus sexuel, un des principaux sujets de préoccupation du projet, ont été rapportés à six (6) reprises, des abus commis envers des mineurs, pendant la période de vingt-trois mois que la GRC a dénombré à partir de sa base de données informatisées.[12] De ces six incidents, cinq abus ont été commis à l'endroit des femmes et un envers un homme. Afin de donner une indication de ce qui peut se passer après une enquête, les services de probation ont évalué que seulement une personne par année est accusée sous un chef d'agression sexuelle. Il est important de noter que de nombreux cas ne sont pas signalés à la police et, du nombre de cas signalés, les personnes en cause n'entament pas toutes des poursuites et n'intentent pas toutes un procès. À titre d'exemple, l'enfant peut être déclaré inapte ou incapable de résister à une attaque devant les tribunaux; des victimes peuvent rétracter leur déclaration; il peut ne pas y avoir suffisamment de preuves pour intenter une poursuite. Il convient aussi de faire remarquer que les statistiques policières représentent le nombre de cas présumés/signalés, ce qui peut être influencé par un certain nombre de facteurs, notamment le consentement de la victime à signaler; par conséquent, le nombre de cas signalés peut différer considérablement du nombre réel de cas d'agression ou d'abus. Des informateurs ont indiqué que bon nombre de cercles de guérison avaient été mis sur pied principalement pour s'attaquer à la problématique de l'abus sexuel.

La GRC a rapporté que douze (12) incidents d'abus sexuel commis à l'égard d'un adulte avaient été signalés. Par ailleurs, les services de probation ont évalué le nombre d'agressions sexuelles à deux ou trois (2–3) par année. Encore une fois, il y a divergence entre les deux sources d'information, les services de probation ayant fait état d'un nombre d'agressions beaucoup plus bas.

4.2 Abus physique

Des nombres ont aussi été obtenus concernant des cas de violence physique de niveau I (voies de fait simples) et de niveau II (voies de fait punissables ayant causé des lésions corporelles). Selon les données de la GRC, sur une période de vingt-trois mois, il y a eu cent quatre-vingt quinze (195) incidents (voies de fait simples) de niveau I et vingt-quatre (24) incidents (voies de fait causant des lésions corporelles) de niveau II. Un agent de la GRC, détachement de Cape Dorset, était d'avis que ces nombres étaient restés inchangés au cours des dernières années. Un appel téléphonique de suivi auprès d'un autre agent a permis de clarifier la situation : des 195 incidents de voies de fait simples, au moins la moitié semblait être des cas de violence familiale, même si des données précises n'étaient pas disponibles. De plus, on a estimé que, dans les cas de violence familiale, les deux tiers des auteurs de mauvais traitements étaient des hommes et un tiers, des femmes. Aucune information n'a pu être obtenue sur le nombre d'incidents où des enfants étaient les victimes.

Tout comme dans le cas d'abus sexuel, il est entendu que les incidents signalés de violence physique ne représentent qu'une partie des cas réels de mauvais traitements. Les services sociaux ont indiqué qu'entre 1999 et 2001, le nombre moyen mensuel d'agressions/voies de fait à l'endroit des femmes s'établissait à cinq-huit cas (comprenant les cas signalés et non signalés). Ces données signifieraient que les voies de fait envers les femmes représentent entre soixante et quatre-vingt seize cas au cours d'une année.

Ces données, au même titre que les problèmes identifiés dans le cadre de la proposition de projet, révèlent que, dans cette localité, tant les abus sexuels que les abus physiques constituent des problèmes majeurs. Pour ce qui est de l'abus sexuel, le projet a déterminé la nécessité de répondre aux besoins des hommes comme à ceux des femmes victimes de ces agressions sexuelles. Par contre, la problématique de l'abus physique a été principalement abordée sous l'optique de la violence des hommes à l'égard des femmes. Cependant, la GRC a estimé que, dans un tiers des cas de violence familiale, les femmes étaient les auteurs des voies de fait, proposant que d'autres recherches soient effectuées pour déterminer dans quelle mesure les hommes sont victimes de violence familiale/ conjugale et quels seraient leurs besoins à cet égard.

4.3 Suicide

Une autre problématique importante, soulevée par ce projet dans le cadre de la demande de financement, est celle du suicide. Du côté du conseil de justice et de celui de la GRC, on a rapporté que deux suicides avaient été commis au cours de l'année 2000. Les services sociaux ont confirmé cette information, disant que, chaque année, une ou deux personnes se suicidaient. Des informateurs clés ont corroboré cette situation en ajoutant qu'au cours des dernières années, ce nombre de suicides a été constant. Malheureusement, ces suicides ne constituent qu'une infime partie de la réalité. La GRC a également indiqué qu'il y avait eu vingt (20) tentatives de suicide signalées, mais que le nombre de menaces de suicide était beaucoup plus élevé. Les services sociaux ont fait écho à la gendarmerie en affirmant qu'à chaque semaine, il y avait deux ou trois tentatives de suicide, le nombre s'établissant à 10 en moyenne par mois et totalisant, par conséquent, cent vingt (120) tentatives de suicide annuellement dans le cas où les moyennes restent constantes.

Le quatrième rapport trimestriel du projet fait mention de l'état critique de la situation, notamment [TRADUCTION] «le taux de suicide le plus élevé de l'Arctique de l'Est».[13] Cette déclaration a été corroborée par des nombres publiés dans un document synthèse faisant état de données statistiques jusqu'en 1996. Au Canada, le taux annuel de suicide était en 1992 de 13 suicides par 100 000 personnes. D'après une analyse de données recueillies de 1985 à 1996, Nunavut avait un taux alarmant de suicides, soit 77,4 suicides par 100 000 personnes. Dans la région de Baffin (Nunavut) où est situé Cape Dorset, le taux de suicide chez les hommes est le plus élevé, soit 133,9 suicides par 100 000 hommes, presque trois fois le taux de suicide chez les femmes s'établissant à 47,1 suicides par 100 000 femmes. Il reste néanmoins qu'à Baffin, le taux de suicide chez les femmes, comparativement aux autres régions, est le plus élevé. Pour l'ensemble du Nunavut, le taux de suicide chez les hommes (118,6 suicides par 100 000 hommes) représente trois fois et demie le taux chez les femmes (33,8 suicides par 100 000 femmes).[14]

4.4 Incarcération

La demande de financement était accompagnée d'une lettre d'appui du détachement de la GRC qui offrait la réflexion suivante : [TRADUCTION] «Par le passé, la localité de Cape Dorset a été notoirement reconnue comme l'endroit où sévit un des taux les plus élevés de criminalité par personne dans les Territoires du

Nord-Ouest.» Bien qu'aucune donnée n'ait été collectée concernant la fréquence d'incarcération dans cette localité, le taux de criminalité au Nunavut représente trois fois la moyenne nationale et la fréquence des crimes avec violence est sept fois plus élevée que dans le reste du Canada.[16] Il y a une légère divergence entre les sources d'information sur l'infraction d'ordre criminel la plus fréquente dans la collectivité : en effet, le Conseil de justice avait l'impression que le vandalisme détenait le premier rang alors que les services de probation l'attribuaient à la violence conjugale. Par contre, la Justice était d'accord que la violence entre conjoints est réellement très élevée. Le nombre d'incidents de vandalisme fourni par la GRC était de cinq (5) infractions ayant causé des dommages supérieurs à 5 000 $ et de cent onze (111) infractions ayant causé des dommages inférieurs à 5 000 $.

4.5 Nombre d'enfants en placement familial

Au sein du gouvernement du Nunavut, le ministère de la Santé et des services sociaux fournit les données pour l'ensemble du Nunavut, mais ces données ne comprennent pas nécessairement les données des collectivités ayant conclu une entente de transfert.[16] Pour l'année 2000, on a compté soixante-deux (62) enfants en tutelle permanente et cent trente huit (138) en tutelle provisoire. Il y a eu aussi cinq (5) adoptions par année effectuées par le ministère, vingt (20) adoptions privées et deux cent cinquante (250) adoptions selon les coutumes inuites. L'administration ministérielle décrit également une nouvelle catégorie désignée comme «enfant médicalement frêle», cas où le ministère intervient si l'enfant a besoin de soins médicaux importants, généralement dans le sud, et n'a pas besoin d'un travailleur social. La catégorie «enfant médicalement frêle» est distincte de celle de l'enfant en tutelle permanente ou provisoire. Le rôle du ministère consiste dans ces cas-là à assurer au moment opportun l'échange d'informations et à exercer un pouvoir décisionnel jusqu'à ce que le besoin d'intervenir ne soit plus requis.

Les services sociaux ont indiqué qu'il y avait un enfant en placement permanent et huit à dix enfants en placement provisoire et un autre enfant en placement pour des raisons de déficience. Selon les données obtenues pour une période de 4 mois entre janvier et juin 2001, le nombre d'enfants en placement familial a varié à chaque mois de quatre à dix enfants. En moyenne, les services sociaux ont mené trois à quatre enquêtes par mois. Les données fournies par les services sociaux ont été corroborées lors de la conversation téléphonique de suivi et par d'autres sources, y compris les dossiers sur la clientèle, les consultations/visites relatives aux clients et les renvois de la GRC et du poste des soins infirmiers.

Le tableau 5 fait la comparaison du nombre d'enfants en placement de Cape Dorset et du Nunavut. Il semble que le nombre d'enfants en placement familial de Cape Dorset représente la moitié seulement du nombre que le Nunavut prévoyait.[17]

Tableau 5) Comparaison entre les données concernant les enfants en placement : Cape Dorset et Nunavut

	Nunavut	%	Cape Dorset	%
Enfants en placement (2000-2001)	200/mois	100	10–12/ mois	2,0
Population (extrapolation jusqu'en octobre 2001)	28 554	100	1 270	4,4

Les indicateurs sociaux font ressortir la lutte que doit livrer la collectivité pour venir à bout des problématiques importantes de l'abus physique et sexuel, du suicide et de l'incarcération. Le nombre

d'enfants en placement, quoique inférieur à la moyenne territoriale, est tout de même notable. Par ailleurs, la collectivité possède aussi de grandes forces, beaucoup de potentiel, notamment une économie basée sur la sculpture et la confection d'estampes de renommée mondiale, une langue et une culture vivantes, une administration municipale et un Conseil de hameau capable de gérer une grande diversité de programmes et de services territoriaux; en plus, des groupes comme l'équipe de guérison communautaire et le conseil de justice communautaire s'appliquent activement et résolument à remédier aux problèmes sociaux.

5. Compte rendu des résultats

Le projet a analysé la situation avec clairvoyance en identifiant et en offrant des activités qui pouvaient s'adresser à divers groupes, mais il a reconnu qu'au moins un de ces groupes ayant des besoins importants, les hommes, n'avait pas été touché. Viser un objectif comme celui de faciliter la démarche de guérison et de dispenser de la formation à un noyau central de personnes semblait un point de départ logique; qui plus est, deux hommes faisaient partie de l'équipe de guérison communautaire. Le projet est allé plus loin en voulant une stratégie de guérison qui essayerait de répondre aux besoins spéciaux des groupes cibles identifiés.

Dans le cadre de la demande de financement, les principales problématiques auxquelles le projet voulait s'attaquer étaient celles de l'abus sexuel et de la violence physique. Le projet soutenait aussi que le taux de suicide et d'incarcération découlait des effets des traumatismes non traités chez les victimes. Enfin, on y décrivait les répercussions de nombreux deuils, pertes subies, et leur incidence sur la spiritualité des Inuits au fil du temps. La perte de l'autonomie culturelle que les Inuits possédaient avant le contact est une de ces incidences, sans oublier certaines de ces conséquences désastreuses subies par les Inuits dont la relocalisation forcée et la mise à mort d'attelages de chiens au complet que le projet a décrites.

Les membres de l'équipe de guérison communautaire ont été interrogés quant aux besoins à combler ciblés par le projet. On a obtenu des réponses articulées autour de thèmes exprimés comme suit : «des familles en meilleure santé», «un mode de vie équilibré ou des habitudes de vie plus saines», «venir en aide à la collectivité», «commencer par faciliter la guérison des guérisseurs». Considérées dans l'ensemble, ces observations donnent l'impression qu'il s'agissait d'un projet axé essentiellement sur la facilitation de la guérison des personnes et des familles et sur le rétablissement de la collectivité. À la question suivante portant sur l'évaluation de la capacité du projet à combler les besoins identifiés, la cote moyenne a été de 4,5 sur une échelle de 1 à 5 (1 étant la cote la plus basse et 5 la plus élevée).

Avant que d'autres constatations ne soient présentées, le lecteur doit se rappeler que les membres de l'équipe de guérison communautaire ont exercé un rôle bivalent. Tout d'abord, l'approche adoptée a été celle de «Guérir d'abord les guérisseurs». Ils ont abordé ainsi la question : «[TRADUCTION] Nous avons renforcé notre capacité à faciliter la guérison des autres et nous en avons assuré la continuité en commençant par nous attaquer à nos propres problèmes avec l'aide de personnes-ressources facilitatrices engagées pour faire la prestation hebdomadaire d'ateliers de guérison et de formation dans notre collectivité et offrir du counselling individuel.»[18] Non seulement les membres de l'équipe de guérison communautaire ont-ils participé à la planification des activités de guérison et y ont-ils pris une part active, mais ils ont également considéré bon nombre de ces activités comme formatrices puisqu'elles ont permis de développer leur capacité d'apporter du soutien aux autres.

De toute évidence, il y a un lien entre les efforts consacrés à la facilitation de la démarche de guérison individuelle et ceux orientés vers le rétablissement des familles et de la collectivité. À titre d'exemple, une informatrice a fait observer que, dans le cadre de sa propre démarche de guérison, elle avait amené son mari à changer (c.-à-d. sur le plan émotif et dans sa façon de se comporter à son égard). De plus, comme bon nombre d'Aînés affectés à la cour de justice ont pris part activement aux activités de guérison du projet, comme ils ont eu la possibilité de se développer et de se perfectionner, cette expérience acquise a eu une incidence positive sur les décisions qu'ils ont été appelés à prendre dans l'intérêt des personnes aux prises avec la justice. Citons un de ces Aînés qui a tenu les propos suivants [TRADUCTION] « j'ai été craintif en accomplissant ces fonctions jusqu'à ce que je m'engage dans un processus de guérison ». D'autres ont fait part de leur expérience axée sur la vie personnelle et familiale :

[TRADUCTION]

- « L'expérience de la démarche de guérison a été une belle expérience que j'ai aimée; plusieurs fois, j'ai pris conscience que je vivais en paix chez-moi auprès de ma famille. »
- « Être plus ouvert comme parent, se faire davantage confiance — savoir différencier quelle personne est sûre (en qui on peut avoir confiance) et quelle autre ne l'est pas. On apprend à le faire grâce à la démarche de guérison ... les gens se parlent beaucoup plus maintenant, comme j'ai appris à communiquer avec mes enfants. »
- « Nous n'avons pas seulement appris à faire face à notre propre dépression; une fois la situation en mains, nous avons appris à la maîtriser, . . . nous apprenons à reconnaître/affronter le problème au lieu de tout simplement accuser en disant vous autres les enfants stupides. »

Le projet relie de façon constante les activités de guérison et de formation et il ne fait aucune distinction entre les objectifs de chacune d'entre elles. Au troisième niveau de l'intégration des activités du projet, le projet désigne sous la fonction «personne prestataire de services» le même terme qui semble englober tout autant les conseillers rémunérés que les bénévoles. Dans sa brochure sur les techniques de counselling / de consultation, *Pauktuutit Inuit Women's Association* définit le terme «personne dispensatrice de soins/ prestataire de services » comme suit :

> [TRADUCTION]
> Nous utilisons les termes «personne dispensatrice de soins» et «personne conseillère» dans toute la brochure en évoquant les personnes qui conseillent. Une personne dispensatrice de soins peut être n'importe qui B un ami, un membre de la famille, un voisin, un enseignant, un aîné B une personne qui se soucie des autres, se sent suffisamment concernée pour écouter attentivement et offrir du soutien à l'autre. Par conséquent, tout le monde peut être conseiller, certains reçoivent un salaire, des conseillers rémunérés, alors que d'autres le font à titre bénévole.[19]

Ce qui importe de retenir, c'est que certains membres de l'équipe de guérison communautaire exerçaient un rôle officiel dans la collectivité, notamment celui de travailleuse à la maison de refuge pour les femmes ou celui d'Aîné affecté à la cour. La plupart de ces personnes ont rapporté des expériences pratiques, très personnelles, en milieu communautaire. Quels qu'aient été leurs domaines, elles ont raconté que les gens les abordaient n'importe quand, dans leur temps libre, et n'importe où, même dans la rue, pour demander de l'aide.

5.1 Influence sur la personne

En début d'entrevue, les intervieweurs ont demandé à la personne de décrire le rôle qu'elle a exercé dans le cadre du projet ou sa relation avec le projet. Nous avons posé cette question pour deux raisons. D'abord, la démarche d'étude de cas n'a pas pour objet de faire passer une entrevue à un «client» ou aux participants d'une manière directe, principalement comme mesure de précaution et également en raison de l'impossibilité d'offrir du counselling dans le cas où il y aurait déclic ou le déclenchement de problèmes. En deuxième lieu, l'entrevue est fondée sur les observations faites dans le cadre des fonctions officielles que les personnes exercent. Étant donné que les membres de l'équipe de guérison communautaire se considéraient aussi des participants, il fallait donc établir une distinction entre leurs intérêts personnels et les fonctions plus structurées qu'elles assumaient. Comme informateurs principaux, on comptait les Aînés affectés à la cour, les facilitateurs et les remplaçants des facilitateurs, les membres de l'équipe de guérison communautaire et de l'équipe de planification, ainsi que les deux personnes qui ont agi à titre de coordonnatrices du projet. Une de ces personnes a mentionné qu'elle avait commencé en tant que participante, mais qu'elle était finalement devenue membre de l'équipe de guérison communautaire prenant part à la planification et exerçant des fonctions de facilitatrice remplaçante.

Neuf des dix répondants ont rapporté qu'ils avaient constaté des changements chez les participants au projet. Ils ont donné des exemples d'évolution dans les attitudes, notamment «un comportement Aadulte@ sur le plan émotif», «les gens sont plus heureux», «en meilleure santé» et «une attitude plus positive». Des changements de comportement ont aussi été observés, entre autres une plus grande participation des jeunes dans les groupes, nombre plus élevé de jeunes, et s'exprimant ouvertement; des gens plus équilibrés et avec qui on aime passer du temps (d'agréable compagnie); dans une situation de crise, les membres de l'équipe de guérison communautaire travaillent en collaboration et s'entraident. Au cours de l'entrevue, nous avons constaté qu'au moins à deux reprises, un des informateurs a hésité à répondre, apparemment dans le but de respecter la confidentialité. Voici quelques-uns des changements observés :

[traduction]

- « Je peux voir que les gens sont capables de faire face à leurs problèmes d'une façon qu'ils ne connaissaient pas auparavant. C'est évident, ils ne font pas juste pleurer sans arrêt. »
- « Bien des gens sont en bonne santé, plus heureux, davantage en mesure de prendre leur vie en main. Le projet a été source de lumière dans notre collectivité B il y a plus d'espoir. »
- « Les gens ont grandi, sont devenus adultes, non pas en fait d'âge, mais sur le plan émotif. Ils sont devenus équilibrés, solides et d'agréable compagnie (plaisant de passer du temps avec eux). »
- « J'ai constaté de grands changements, p.ex., en situation de crise, nous avons pu travailler en équipe, nous entraider et nous soutenir. »
- « Cette année il y a un plus grand nombre de jeunes qui ont participé, bien résolus à suivre les cercles de guérison, commencer à faire de l'artisanat; ils parlaient ensemble en confectionnant. Au moment du départ, ils ne voulaient pas s'en aller. En moyenne, il y avait 10 filles présentes. »

Ces exemples indiquent clairement que les informateurs clés ont constaté des modifications dans les attitudes et les comportements à mesure que le projet avançait. Le Tableau 6 présente ci-après leurs observations, des réponses classées d'après une liste de changements spécifiques escomptés par le projet. Les répondants dans l'ensemble ont eu l'impression qu'il y avait eu progrès en matière d'estime de soi, une meilleure compréhension à l'égard de l'abus sexuel, des mécanismes d'adaptation plus sains et des mesures pour vaincre la dépression. Un consensus presque unanime (9) indique que les informateurs ont constaté

un sentiment plus positif de soi chez les jeunes; des changement notables ont aussi été perçus du fait que les jeunes parlaient plus ouvertement de leurs problèmes plutôt que d'envisager des tentatives de suicide. C'est en regard de dimensions liées aux agresseurs/aux hommes ayant recours à des services d'aide pour mettre fin aux comportements de violence et aux hommes/femmes en traitement qu'il y a eu le moins de changements observés. Nous avons posé des questions spécifiques sur chacun des groupes suivants : les agresseurs, les hommes et les femmes. Certains informateurs étaient hésitants à répondre étant donné qu'ils n'étaient associés qu'à un groupe en particulier (p.ex. les jeunes, les femmes). Il est important de signaler la fermeture du centre de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie à Iqaluit qui a pu influencer certaines réponses.

En général, les informateurs clés semblaient convaincus que le projet avait eu pour effet d'apporter des améliorations concernant des aspects importants de la vie des participants. Le niveau le plus élevé des changements apportés s'inscrit dans le cadre de la résolution de problèmes grâce à l'application de mesures positives et d'interventions de soutien et grâce à la prestation d'information (éducation et formation) : mécanismes d'adaptation sains, estime de soi accru/renforcé, sensibilisation aux effets de l'abus sexuel, moyens de vaincre la dépression et les idées suicidaires, soutien communautaire pour les Aînés et une équipe de guérison communautaire solide. Dans chaque cas, neuf ou l'ensemble des répondants ont observé des changements positifs. L'aspect le plus bas en fait d'amélioration observée a été celui se rapportant «aux hommes en traitement», ce qui n'est pas surprenant étant donné que le centre de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à Iqaluit a été fermé. Le fait qu'un plus grand nombre de personnes ont noté des changements chez «les femmes en traitement» s'explique par la participation plus importante des femmes au projet de guérison et à un plus grand nombre parmi elles déterminées à s'attaquer à leurs problèmes. Seulement quatre répondants sur dix ont constaté des améliorations chez les agresseurs en traitement voulant mettre fin à leur comportement de violence physique. Cinq informateurs ont remarqué des changements chez ces hommes en thérapie axée sur la maîtrise du comportement violent. Ces observations sont attribuables à la faible participation des hommes au projet — soit parce que les hommes ne s'occupent pas de leurs problèmes ou que les informateurs clés *ne* sont *pas au courant* que les hommes ont eu recours à des services d'aide et qu'ils les ont obtenus ailleurs.

Tableau 6) Changements observés chez les participants aux activités de guérison

Activités de guérison	Nombre de réponses			
	Oui	Non	Incertain	Aucune réponse
Mécanismes d'adaptation sains	10			
Estime de soi accru	10			
Estime de soi accru chez les jeunes	9		1	
Sensibilisation aux effets de l'abus sexuel	10			
Moyens de vaincre la dépression	10			
Aborde le problème des idées suicidaires	9		1	
Pas de tentative de suicide	8		1	1
Victimes de violence/abus sont traitées	8	1	1	
Agresseurs sont traités pour remédier au problème de violence	4	2	4	
Hommes en traitement«	3	2	5	
Hommes en traitement pour leur comportement violent		3	2	
Soutien offert par les Aînés			2	
Aînés soutenus par la collectivité			1	
Femmes en traitement«		2	2	
Équipe de guérison communautaire plus solide				1

* Le terme « traitement » voulait dire pour les personnes interviewées « traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie».

Outre les changements présentés dans le Tableau 6, six répondants ont fait mention d'autres changements qu'ils avaient remarqués, notamment des améliorations apportées à la façon de travailler en collaboration de l'équipe de guérison communautaire et la façon dont les participants perçoivent leur valeur personnelle ainsi que les possibilités d'emploi dans la collectivité :

> [TRADUCTION]
> Les gens ont commencé à travailler alors qu'auparavant ils étaient généralement sans travail. L'ouverture de nouveaux débouchés. Par exemple, comme je ne parle qu'inuktitut, la seule perspective d'emploi offerte était de faire la cuisine ou de faire le ménage, de l'entretien. Maintenant les gens travaillent pour réaliser leurs rêves. Deux Aînés/des guides sont en train de préparer une proposition pour obtenir un projet «en milieu sauvage». Les femmes cherchent de l'emploi et elles sont convaincues qu'elles peuvent réussir.

On a demandé aux répondants si les ateliers de formation les avaient aidés et s'ils pouvaient donner un exemple montrant les compétences acquises dans le but de les habiliter à apporter du soutien aux autres. Leurs réponses ont démontré que toute une diversité de changements d'attitude et de comportement s'était opérée chez les participants :

> [TRADUCTION]
> Les ateliers m'ont aidé à affronter mes problèmes personnels, à les identifier. Ils m'ont aidé à faire des choix plus sains — à ne pas me suicider. J'ai le sentiment de ma valeur personnelle, de mon importance. Je suis meilleure comme parent. Je suis plus ouverte. Pour tout dire, je ne serais peut-être plus vivante aujourd'hui si je ne m'étais pas engagée de ce côté-là. . . . Si je n'avais pas mes amies du groupe, je ne sais pas où je serais rendue. Maintenant, j'ai une image positive et saine de moi-même, l'estime de moi-même; cette expérience m'a fait évoluer, grandir. En tant que victime d'abus sexuel, cela peut prendre des années avant de guérir. Il faut se considérer comme une survivante si on obtient de l'aide. J'en suis une.

Quelques répondants ont indiqué que d'autres personnes se rendent compte des changements réalisés dans leur vie et que, maintenant, elles s'adressent à elle pour obtenir du counselling. Voilà l'essence même de l'approche mise de l'avant par Cape Dorset : commencer par faciliter la guérison des guérisseurs et les effets d'entraînement seront ressentis dans les familles et la collectivité :

> [TRADUCTION]
> J'ai tiré bien des avantages de cette expérience car j'ai acquis la capacité d'aider les autres. Je n'en fais pas la promotion, mais les gens s'aperçoivent des changements que j'ai apportés à ma vie et ils viennent demander de l'aide à cause de cela.

> [TRADUCTION]
> Je peux écouter les gens quand ils parlent de leur expérience comme victime d'abus. Je suis capable de leur apporter du soutien à différentes étapes de leur démarche, de sorte qu'ils peuvent s'attaquer plus efficacement à leurs problèmes. Je suis aussi consciente que je ne dois pas assumer toute la responsabilité ou que mon rôle n'est pas de trouver et de donner les solutions.

> [TRADUCTION]
> Avant ce projet de guérison, les gens ne m'approchaient pas pour demander de l'aide. Maintenant on m'aborde dans la rue, les gens viennent me voir et me demandent de l'aide. Cela a beaucoup changé ma vie. On entend aussi parler à la radio des séances de groupe axées sur la guérison qui s'adressent aux hommes. À la cour, je leur conseille de se présenter, de comparaître.

D'autres informateurs ont déclaré avoir plus d'assurance du fait de la formation reçue; ils ont pris conscience du modèle de rôle qu'ils représentent pour les plus jeunes; ils ont aussi dit avoir acquis une meilleure connaissance de soi et être davantage conscientisés de l'incidence dans leur vie de leurs décisions et, par conséquent, pouvoir prendre de meilleures décisions. De plus, ils ont aussi fait valoir qu'ils étaient mieux outillés pour partager leurs connaissances avec leurs semblables. En fait de compétences pratiques, on a fait davantage mention de la capacité d'écoute, suivie de la capacité de reconnaître la souffrance chez les autres : [TRADUCTION] « Reconnaître ce dont une autre personne a besoin. C'est très difficile d'être à l'écoute des autres, mais je l'ai appris. Par contre, je n'ai pas encore appris à faire la vaisselle. » D'autres ont indiqué avoir appris à faire des exercices de respiration et des massages.

Ces sommaires des évaluations de participants ont été fournis pour quatre des ateliers de formation offerts. Ces quatre questionnaires d'évaluation ont été élaborés à partir d'une grille de 1 à 7 (faible à élevé). Ces quatre ateliers portaient sur : *Établissement d'une équipe/formation du travail d'équipe*, 27 septembre–1er octobre 1999, douze évaluations; *Guérison à l'intention des hommes et des femmes*, 15–19 novembre 1999, douze évaluations; Guérison à l'intention des jeunes, 6-10 décembre 1999, cinq participants sur neuf ont rempli le formulaire d'évaluation; et *Processus de groupe et abus sexuel*, 7–11 février 2000, quatorze évaluations ont été remises. Dans le cadre de chaque atelier, les facilitateurs ont demandé aux participants d'évaluer le

contenu, la prestation et la participation en utilisant la grille décrite précédemment. Leurs appréciations s'inscrivaient en moyenne entre 4,2 et 6,5 en ce qui a trait au contenu; les évaluations de trois des quatre ateliers se situaient pour la prestation à 6 ou plus élevée. Il est évident que, d'après leur évaluation sur une échelle de sept (7), les participants ont été très satisfaits. Par contre, l'évaluation n'a pas permis de traiter de questions liées aux besoins et aux attentes des participants; le sommaire des réponses qui faisait plutôt état des apprentissages aurait été plus informatif/profitable s'il avait donné plus de détails.

5.2 Influence sur la collectivité

Bien qu'il soit peut-être trop tôt pour déterminer si ce projet aura véritablement des incidences, il y a pourtant des indications que certaines retombées sont pressenties. Deux facteurs contribuent à justifier cette observation : 1) malgré que le projet n'ait été appuyé par la FADG que depuis les deux dernières années, des efforts remontant à 1995, antérieurs au financement et de moindre dimension, ont néanmoins allongé la période des interventions et permis d'influencer les gens de la collectivité depuis plus longtemps; 2) bon nombre des personnes exerçant des rôles importants dans la collectivité (p.ex., les Aînés affectés à la cour, les agents de probation, le conseiller en éducation) se sont engagées dans les activités de guérison et, par conséquent, leur développement personnel a sans doute influé sur l'exécution de leurs tâches professionnelles.

Dans le cadre des entrevues, on a demandé spécifiquement aux répondants de donner un exemple de la façon dont la collectivité a tiré profit du projet. Bon nombre d'entre eux ont décrit un niveau de compétence supérieur ou un accroissement et un renforcement des moyens d'actions pour gérer les situations de crise : [TRADUCTION] « Les prestataires de services ont des fonctions très importantes à accomplir. Ils doivent être prêts à travailler dans les cas de décès, de situations de crise. Ils ont maintenant les outils nécessaires pour traiter efficacement ces situations »; et [TRADUCTION] « Je ne peux donner en exemple que mon expérience personnelle. Auparavant, je ressentais tellement de souffrances, mais je n'en étais pas conscient. Maintenant, je peux savoir si quelqu'un souffre, s'il a besoin d'aide. Les gens viennent me voir et je peux leur dire que je suis passé par là. » Le témoignage suivant indique très bien l'incidence sur la collectivité d'un grand nombre de personnes engagées dans une démarche de guérison, oeuvrant dans la communauté et participant à la vie communautaire, *prêchant par l'exemple* et *joignant le geste à la parole* :

> [TRADUCTION]
> . . . Il y a plus d'espoir. Il y a un plus grand nombre de personnes qui peuvent contribuer à rétablir l'équilibre, à travailler pour une collectivité en santé. Ce rétablissement peut se faire seulement dans la famille, mais il peut se faire aussi sur le plan communautaire. À cause de ma participation au projet, ma famille est en meilleure santé. Il y a une réaction en chaîne, un effet d'entraînement. L'apprentissage des enfants en bénéficiera aussi. Un plus grand nombre de gens dans la communauté ont changé, ils ne vivent plus dans le déni, ne refusent plus d' affronter leurs problèmes. Nous pouvons maintenant faire face à la réalité, savoir ce qui en est; nous avons de meilleures techniques de résolution de problèmes. Nous sommes conscientisés au sujet de l'abus sexuel, de la violence conjugale, et nous pouvons constater nous-mêmes que ce n'est pas acceptable. À long terme cette violence sera de moins en moins acceptée, les gens ne pourront plus se cacher la tête dans le sable. Même si c'était mon enfant qui était l'agresseur, je dénoncerais la situation.

D'un point de vue pratique, le projet a augmenté le nombre d'activités traditionnelles offertes dans la localité, contribuant ainsi à donner aux membres de la communauté des possibilités d'exercer un rôle de soutien auprès de leurs semblables, comme d'assurer le transport des participants et d'approvisionner les

campements. Grâce à cette initiative, le projet a été mieux compris et il a obtenu plus d'appui auprès des gens :

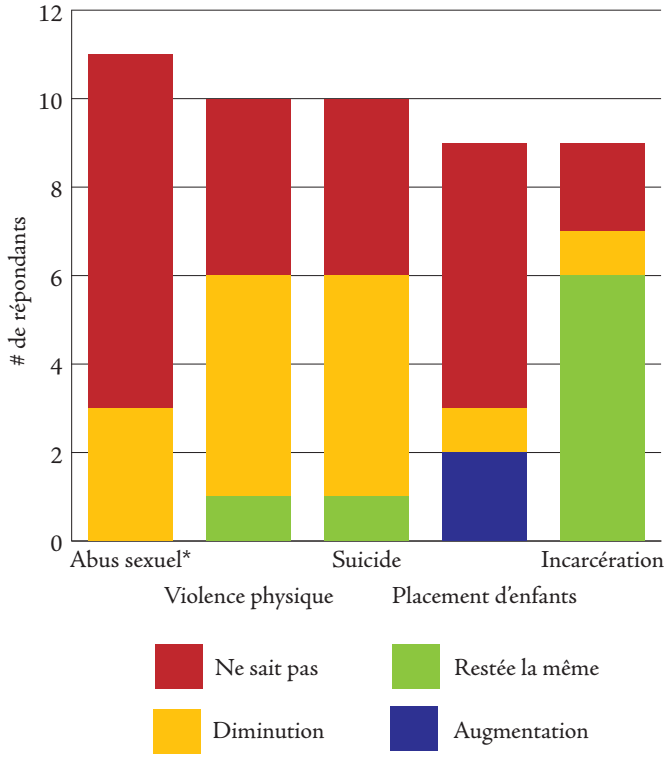
> [traduction]
> Les jeunes ont eu la chance d'aller dans des campements en milieu sauvage. Le groupe des femmes de l'équipe de planification a eu aussi la possibilité d'y aller. À ces deux occasions, on a offert aux membres de la collectivité de participer directement ou indirectement (c.-à-d. assurer le transport des participants/des provisions en se servant de leur propre équipement, en chassant, etc.). Le groupe des hommes a été mis sur pied, avec beaucoup d'efforts. Les gens de la communauté partagent la même opinion au sujet des ateliers/des rencontres qu'ils croient bénéfiques pour toute la population — ayant vu et entendu ce que les participants ont retiré des ateliers. Plus de gens commencent à être ouverts et affirment que la démarche de guérison doit se faire — elle doit être entreprise par les personnes qui n'ont pas suivi les ateliers ou celles qui y ont pris part au complet ou en partie.

La prochaine citation permet de mieux comprendre de quelle façon le financement accordé par la FADG a donné les moyens nécessaires d'influencer d'une manière positive et significative :

> [traduction]
> L'appui financier accordé à la stratégie de guérison a eu une incidence importante et positive sur la collectivité. Nous avons obtenu de l'information à laquelle nous n'aurions pas eu accès autrement. Nous sommes arrivés à mieux comprendre les différents types de souffrances et, ainsi, nous avons pu apporter du soutien aux personnes qui en ont besoin. J'aimerais voir par contre des ressources financières pour qu'on se développe économiquement — c'est la seule façon pour nous de survivre, de recouvrer notre fierté. Ce que nous visons, c'est que toutes les organisations de la collectivité mènent une action commune, sans barrière.

En plus de donner un exemple des bienfaits apportés par le projet sur le plan communautaire, nous avons demandé aux répondants de décrire les changements qu'ils avaient observés quant à la fréquence de violence physique, d'abus sexuel, de suicide, d'incarcération et de placement d'enfants en foyer nourricier depuis que le projet a été mis sur pied. En s'appuyant sur la réflexion logique, le modèle logique (Appendice 1), on peut considérer la diminution de la fréquence ou du taux à long terme des indicateurs sociaux comme un indice de la réussite du projet. Par ailleurs, comme la Figure 2 le démontre, les réponses ne suivent pas de modèle précis. La plupart des répondants ne savaient pas si la fréquence d'abus sexuel et de placement d'enfants en foyer nourricier avait changé; la moitié d'entre eux avait l'impression que la fréquence des incidents de violence physique et de suicide avait diminué. Quant au taux d'incarcération (un problème sur le plan communautaire identifié dans le cadre de la demande de financement), la moitié des répondants pensait qu'il était resté le même. Malgré que les perceptions individuelles des changements réalisés peuvent différer entre le taux d'abus et de suicide signalé et le taux réel, il reste que ces observations peuvent être des indicateurs importants de l'appréciation des résidants quant au niveau de sécurité qui règne dans leur collectivité; il est important aussi de connaître les impressions des informateurs clés sur l'incidence du projet à long terme.

Figure 2) Perceptions des changements quant à la fréquence/au taux depuis le début du projet



* Une personne a donné 2 réponses : «diminution» et «je ne sais pas».

En examinant la figure ci-dessus, on peut constater que la majorité des répondants (8) étaient incertains quant à savoir si la fréquence d'abus sexuel avait changé. Trois personnes ont indiqué que le taux avait diminué. En donnant les raisons explicatives de leur évaluation, ils ont émis des justifications comme «un plus grand nombre de divulgations/de révélations de ce qui s'est passé; on en parle plus ouvertement ». Voici les propos d'une personne ayant l'impression que la fréquence avait diminué; elle a expliqué plus en détail sa réflexion :

> [TRADUCTION]
> Être plus ouvert en tant que parent, se faire davantage confiance, savoir différencier quelle personne est sûre, digne de confiance, et quelle autre ne l'est pas. On acquiert cette sensibilité, grâce à la démarche de guérison. Je pense que la fréquence d'abus sexuel est moins élevée. Si des gens [des agresseurs] ont l'impression et comprennent qu'ils auront bien des difficultés à continuer à se comporter de la sorte . . . Qu'il y a plus de risques qu'ils se fassent prendre. Les gens se parlent beaucoup plus maintenant, comme j'ai appris à communiquer avec mes enfants.

Même si cette citation, tout comme d'autres réponses, laisse entrevoir que l'ouverture, la divulgation de la vérité, «rompre le silence entourant l'abus sexuel», auront pour effet de diminuer la fréquence des abus, il se pourrait bien que la diminution se produise, mais aussi qu'elle ne se produise pas à court terme. À titre d'exemple, cette ouverture peut initialement provoquer une augmentation des cas signalés, mais si une démarche continue de guérison est bien établie et qu'elle amène les gens à parler plus ouvertement de cette problématique, elle pourrait en définitive empêcher que d'autres abus soient commis. Quant aux répondants «incertains», deux ont perçu «qu'on ne parlait pas suffisamment [de l'abus sexuel]» et

une personne qu'elle ne travaillait pas directement dans ce domaine. Deux répondants n'ont pas donné d'explications et un autre a ajouté comme justification que «personne n'avait fait de divulgation».

En ce qui a trait à la violence physique, la moitié des répondants ont eu l'impression que le nombre d'incidents avait diminué. Comme explication de leurs réponses, la plupart d'entre eux ont fourni des commentaires semblables : «on ne voit pas un si grand nombre de femmes et d'enfants affligés de blessures visibles» ou «on ne voit pas de personne ayant un oeil au beurre noir ou portant des lunettes noires». Trois personnes n'ont pas donné d'explications et une personne travaillant à la maison de refuge pour femmes battues a indiqué que «beaucoup de femmes viennent à la maison de refuge». Cette personne a répondu que la fréquence était la même. Quatre répondants ont dit qu'ils ne savaient pas si la fréquence d'incidents avait changé. Une de ces personnes incertaines a rapporté que «peu de personnes font des signalements auprès de la GRC».

Comme dans le cas de la violence physique, la moitié des répondants croyaient que le taux de suicide avait diminué. Bon nombre avaient l'impression que «les survivants parlent plus ouvertement maintenant de la perte d'un être cher» ou «les personnes ayant tenté de se suicider partagent leur histoire avec les autres». (Le terme «survivants» dans cette citation est utilisé pour évoquer une personne survivante du suicide et non pas une personne survivante du régime des pensionnats.) Par contre, une personne a répondu que «le changement ne pourra se faire du jour au lendemain, nous ne pourrons remédier à toutes ces problématiques». Encore une fois, trois personnes n'ont pu donner d'explication et une personne a choisi de ne pas commenter. Une des personnes interrogées a raconté qu'« un enfant d'un membre de l'équipe de guérison communautaire s'est suicidé», mais qu'elle avait tout de même l'impression que le taux de suicide avait diminué.

Quant à la fréquence de placements d'enfants en famille d'accueil, plus de la moitié des personnes (6) ont répondu qu'elles ne savaient pas si la fréquence avait changé. Les répondants ont semblé se distancer de leur rôle en tant que membre de l'équipe de guérison et membre de la communauté pour considérer objectivement cette problématique. Deux personnes ont énoncé des raisons motivant le placement d'enfants en foyer nourricier, notamment [TRADUCTION] «J'ai eu connaissance de deux situations où des femmes se sont enfuies pour échapper à des relations de violence... il y a un bon et un mauvais côté à cette situation. C'est positif si les parents acceptent de placer leurs enfants dans une famille d'accueil pour les protéger. Par contre, si un plus grand nombre d'enfants sont pris en charge et placés dans des foyers nourriciers, cela signifie que quelque chose ne tourne pas rond, que la situation est réellement problématique.» Beaucoup de répondants, anciens parents nourriciers ou grands-parents qui ont élevé leurs petits-enfants, avaient l'impression que le nombre d'enfants placés n'avait pas changé.

Un peu plus de la moitié des répondants (6) pensaient que le taux d'incarcération était resté le même. Une personne a dit que [TRADUCTION] «les gens vont en prison, d'autres reviennent — ils ne font qu'échanger leur place», commentaire renforcé par celui d'une autre personne, «toujours les mêmes qui entrent et sortent». Un répondant avait l'impression que [TRADUCTION] «les hommes ne sont pas vraiment engagés, s'ils l'étaient, la situation changerait et la fréquence d'incarcération diminuerait». (Même si la personne ne l'a pas spécifié, d'après des commentaires précédents sur les indicateurs sociaux, «être engagé» semble faire référence à «participer à la démarche de guérison communautaire»). Un autre répondant a cité une observation qu'un MAL (membre de l'assemblée législative) avait faite au sujet du nombre moins élevé de personnes de Cape Dorset au centre correctionnel Baffin. Deux personnes n'ont donné aucune explication

tandis qu'une autre a émis l'opinion suivante : «une des raisons qui contribuent au taux élevé d'incarcération, c'est le retard à prévoir la date pour une audience. Les gens se trouvent dans une situation stressante et ils finissent par agir d'une façon qui les amène à être incarcérés. La menace de l'emprisonnement est suspendue au-dessus de leur tête».

Deux des Aînés faisant partie de l'équipe de guérison communautaire ont fait part de leurs idées, de leur connaissance et de leur compréhension se rapportant à la guérison : [TRADUCTION] «Je peux affirmer que la guérison, c'est très important. Prenez cela au sérieux, c'est un processus, difficile à mener comme démarche, particulièrement pour les nouveaux participants. » Cette réflexion apporte un éclairage profond, expliquant bien que le projet avait pour but de traiter des problèmes graves et difficiles. L'autre Aîné a décrit des changements comportementaux comme suit : [TRADUCTION]«la collectivité en a grandement bénéficié; je vois maintenant plus de gens engagés, particulièrement des jeunes. Je les vois commencer la démarche de guérison plus tôt. La population augmente et j'aimerais que ce projet de guérison continue. Je suis un des Aînés affectés à la cour et [ce n'est] pas difficile de constater qui a besoin de guérison.» Ces paroles montrent aussi de quelle façon les besoins comblés par ce projet sont pressentis et observés.

Sans savoir à quelle fréquence ces problèmes survenaient pendant les années précédant la mise sur pied de ce projet, il est difficile de déterminer pour quelle raison il semble y avoir divergence entre les observations des informateurs et les nombres/les données fournis par les diverses autres sources d'information de la communauté. À titre d'exemple, en ce qui a trait à la violence physique, la moitié des répondants avaient l'impression que la fréquence d'incidents avait diminué, alors qu'au contraire, la GRC a rapporté cent quatre-vingt quinze (195) voies de fait simples sur une période de vingt-trois (23) mois. Dans la même veine, le nombre d'agressions sexuelles provenant de la GRC s'établissait à douze (12) au cours de la même période. Les services de probation ont rapporté qu'il y avait eu deux ou trois agressions envers des femmes par mois et que ce nombre avait été maintenu. Dans ce cas, nous ne savons pas très bien si les douze signalements à la GRC se rapportaient seulement à des femmes ou également à des hommes. Par conséquent, il est difficile de savoir si les données fournies par ces deux sources sont assez proches de la réalité ou s'il y a un très grand écart. Pour ce qui est du suicide, la moitié des répondants ont dit que le taux avait diminué, alors que la GRC et les services sociaux rapportent des nombres très élevés, soit un à deux suicides par année et plus de dix tentatives de suicide par mois.

Même si la moitié des répondants ne savaient pas si la fréquence de placements d'enfants avait changé, beaucoup d'entre eux ont donné des exemples, notamment [TRADUCTION] «j'en ai gardé [des enfants], mais je n'ai pas eu à en garder récemment; par conséquent, je ne sais pas [si la fréquence a diminué]», [TRADUCTION] «J'ai eu connaissance de deux situations où des femmes se sont enfuies pour échapper à des relations de violence; je les ai vues en compagnie de leurs enfants seulement récemment — cela ne se passerait plus comme cela ici.» Deux répondants ont eu l'impression que le nombre d'enfants en placement avait augmenté : [TRADUCTION] «pas les enfants des participants au projet, mais le nombre a augmenté dans la communauté» et [TRADUCTION] «je vois qu'il y a beaucoup de parents nourriciers, mais je n'ai pas beaucoup d'information à ce sujet». Comme nous l'avons mentionné précédemment, le taux de Cape Dorset est moins élevé que le nombre moyen de Nunavut, mais les données recueillies ne montrent pas si la fréquence d'incidents/apparition de problèmes sociaux a changé au cours des dernières années. De plus, sans recherche plus approfondie, il est impossible de cerner les raisons explicatives des taux moins élevés de Cape Dorset par comparaison à ceux du Nunavut dans son ensemble.

5.3 Partenariats et durabilité

Dans le cadre du Sondage national sur le processus d'évaluation (SNPE), on a rapporté qu'un grand nombre d'organismes communautaires importants se sont associés au projet, notamment les services sociaux, la maison de refuge pour femmes Tukkuvik et le Conseil de justice. Une grande partie des activités du projet se sont déroulées à l'immeuble de la Justice, sauf les campements en milieu sauvage et certaines séances de sensibilisation s'adressant à toute la population. Dans la demande de financement, on a listé les associations, partenariats et appuis additionnels suivants : conseiller de l'école de la localité, prestataires de services laïques des Églises anglicanes et du plain Évangile, représentant en santé communautaire (RSC), et centre de santé.

La demande de financement fait aussi mention de la GRC et du hameau sous la section «association/partenariat». Des lettres d'appui au projet ont été présentées par la GRC, par la direction des services sociaux de la municipalité de Cape Dorset[20], par le hameau (municipalité), par le Conseil de justice Uqaujjigiaqtiit et par le centre de santé. Selon le SNPE, le hameau et le Conseil de justice ont été les donateurs les plus importants de biens et services, les membres de la collectivité étant au premier rang.

Pour l'année à l'étude, le rapport final a rapporté dix-sept dispensateurs de soins/prestataires de services ayant suivi la formation alors que dix-neuf travailleurs de première ligne étaient listés.[21] Il n'y a aucune explication justifiant l'écart entre les deux nombres. En prenant en considération que l'équipe de projet était constituée en grande partie des membres de l >équipe de guérison communautaire, ces nombres laissent supposer qu'il y avait un total de dix-sept à dix-neuf membres. Beaucoup d'entre eux faisaient partie des effectifs des organismes listés précédemment tandis que d'autres n'étaient rattachés à aucune organisation désignée. Pendant la deuxième année de fonctionnement du projet, une autre liste a été fournie faisant état de douze membres additionnels pour l'équipe de guérison communautaire. Ainsi on avait élargi le groupe central du début. Pendant les entretiens avec les informateurs clés, il a été rapporté que huit à douze personnes en moyenne participaient régulièrement aux séances de planification. Une personne a mentionné qu'on appréciait beaucoup le fait que des membres du Conseil de justice participaient au projet; de cette façon, les autres participants pouvaient développer/renforcer la capacité d'intervenir auprès des contrevenants.

Une des observations très intéressante se rapporte à la relation sérieusement compromise entre le Conseil de justice et les Services de probation. En effet, une personne a résumé ses impressions en disant [TRADUCTION] «beaucoup de commérages provenaient de l'autre bureau»; une autre confirmait en alléguant que «la relation entre les deux bureaux était sans issue» et que la GRC agissait comme intermédiaire s'il fallait faire des renvois d'un service à l'autre.

Bien que les Églises faisaient partie de la liste des appuis, des associés ou des partenaires du projet, il apparaît clairement dans les réponses des informateurs que l'une des Églises s'opposait davantage ou divergeait d'opinion sur la question *«de la guérison»*. Une collègue, parlant couramment l'Inuktitut, pensait que cette divergence pouvait peut-être provenir de l'interprétation faite par les Inuits du mot *«guérison»*. En effet, *mamisaq* signifie généralement la guérison sur le plan *physique* et par conséquent, certaines personnes n'utilisent pas ce terme dans le sens de la guérison d'une souffrance morale comme celle causée par l'abus sexuel et d'autres traumatismes. Le problème de l'emploi du mot *«guérison»* a été abordé par quelques informateurs, l'un d'entre eux émettant le désir suivant : [TRADUCTION] «si le mot pouvait être

changé . . .». Quoi qu'il en soit, on ne sait pas très bien le véritable motif du différend étant donné que les informateurs ont donné des exemples précis laissant supposer que le désaccord de l'Église à l'égard du mot *«guérison»* était plutôt fondé sur la demande de pardon pour les péchés commis et moins sur le besoin qu'ont les gens de se rassembler et de trouver l'apaisement des souffrances causées par les traumatismes subis. Malheureusement, il n'a pas été possible d'interviewer les membres de cette Église étant donné qu'ils n'étaient pas membres de l'équipe de guérison communautaire. Compte tenu de ces désaccords, on peut conclure que certains partenariats n'ont pu être réalisés.

D'après l'information recueillie, il n'apparaît pas clairement si des partenariats solides ont été établis. Si on considère l'équipe de guérison communautaire d'après la perspective stricte d'un organisme à multiples facettes/multi-application (c.-à-d. membres de l'école, de l'Église, des services de probation et du centre de traitement pour femmes), il est juste alors de constater que le Conseil de justice en collaboration avec des membres de l'équipe de guérison communautaire visait à consolider des liens dans la communauté. La plupart des exemples fournis pendant les entretiens avec les informateurs ont tenté d'illustrer la façon dont le développement personnel a pu aider les personnes à exercer leur rôle professionnel. Il est aussi difficile d'évaluer dans quelle mesure les liens établis avec d'autres organismes ont contribué à édifier des partenariats efficaces. À titre d'exemple, il n'y a aucune indication permettant de déterminer si les cas de renvoi ou d'aiguillage ont été traités différemment. Cependant, il y a l'aspect souvent mentionné que l'équipe de guérison communautaire était «plus solide» et des commentaires comme «j'ai vu l'équipe fonctionner, ils peuvent réellement travailler en commun» qui sont révélateurs de la cohésion des membres du groupe. De plus, le groupe central est resté de façon constante engagé et actif. Les personnes faisant partie de l'équipe de guérison communautaire ont formé, par le biais des activités de guérison, de formation ainsi que des activités de planification, un groupe central dont les membres ont noué des liens, à l'aise entre eux, de sorte que des partenariats ont pu être constitués dans le cadre d'exercice de leurs fonctions professionnelles. Par conséquent, il serait tout indiqué d'accroître les efforts pour favoriser une meilleure compréhension du projet et peut-être même parvenir à renforcer la collaboration avec l'Église en désaccord et les services de probation. Comme nous n'avons pas pu avoir d'entretiens avec un échantillonnage plus grand d'organisations communautaires, il est difficile de présenter une évaluation plus précise de ces alliances.

En ce qui concerne la durabilité du projet, il existe d'après les réponses des informateurs de fortes indications laissant supposer que les efforts en faveur du projet pourraient continuer, avec l'appui ou sans l'appui de la FADG. Cinq répondants sur huit étaient affirmatifs et ils ont tenu ces propos : « s'il y a une volonté ferme de continuer le projet bénévolement et/ou si on cherche ailleurs une autre source de financement». Les réponses restantes n'indiquaient pas clairement qu'on mettrait fin au projet pour toujours. Certains des informateurs ont émis des hypothèses sur la façon qui leur permettrait de continuer le projet sans l'appui financier de la FADG; mais dans l'ensemble, ils se sont montrés résolus à ce que le projet continue sous une forme ou une autre, avec les adaptations nécessaires, selon un niveau réduit d'activité si on met fin au financement ou si on fonctionne avec l'aide de bénévoles.

5.4 Réponse aux besoins

Huit personnes ont répondu aux questions portant sur les besoins que le projet avait pour but de combler et sur sa capacité à y répondre. Bien que les réponses aient varié considérablement (et certaines des questions ne traitaient pas directement de l'aspect des besoins), ces personnes ont fait référence à deux reprises au besoin de réformer la collectivité et trois mentions au besoin d'aider les familles à vivre sainement, à adopter

un mode de vie plus sain. De plus, deux personnes ont parlé de la nécessité de venir en aide aux victimes d'abus sexuel, de leur apporter du soutien; une d'entre elles a rappelé le besoin de commencer par «guérir d'abord les guérisseurs». Une autre a fait mention du besoin de formation. Dans le cadre de l'appréciation de la capacité du projet à combler ces besoins, la cote moyenne a été établie à 4,75 sur 6 — cette évaluation chiffrée, juste en dessous de 5, est définie comme [TRADUCTION] «très bien, mais a besoin de changements mineurs». À l'opposé, le projet a obtenu une cote moyenne de seulement 2,8 en ce qui a trait à l'obligation de répondre devant la collectivité de l'exécution du projet. La tendance du projet à accorder davantage d'importance aux besoins à combler plutôt qu'à diffuser de l'information à la collectivité sur ses opérations et à lui transmettre de la rétroaction explique cet aspect plus faible.

La plupart des répondants ont eu l'impression que les méthodes mises en application par le projet, ses activités et ses manières de procéder avaient fonctionné raisonnablement bien, mais ils ont reconnu une brèche manifeste en ce qui a trait au groupe des hommes : «Participation insuffisante des hommes, particulièrement des victimes d'abus sexuel». «Les activités de guérison destinées aux hommes exigent beaucoup d'efforts, avancent à grand-peine.» [TRADUCTION] «Nous y arrivons. Je sais que les hommes sont là, mais je ne sais pas ce qui pourra les toucher, les amener à communiquer». Par contre, les dossiers sur le projet et les entrevues confirment que les groupes de femmes et de jeunes filles sont bien établis, que les Aînés sont représentés au sein de l'équipe de guérison communautaire et qu'ils participent aux activités de guérison et de formation.

5.5 Réussites et meilleures pratiques

Comme nous l'avons mentionné tout au long de cette étude de cas, les informateurs clés ont rapporté que le projet avait eu une influence positive sur chaque membre participant, notamment sur le plan de leur démarche de guérison personnelle et la possibilité d'acquérir des connaissances et des compétences visant à renforcer leur capacité à venir en aide aux autres. En ce qui concerne ce dernier point, soit la capacité de venir en aide aux autres, les informateurs ont apporté des exemples indiquant que la famille des participants et la collectivité en général ont tiré profit du projet. Comme réussite relevée dans le deuxième rapport trimestriel, on fait état des efforts de l'équipe de guérison communautaire qui a jeté les bases du projet en élaborant un énoncé de mission, en établissant des buts et des objectifs, un code d'éthique, des principes directeurs et des règles de conduite pour l'équipe de guérison. Ces réalisations démontrent que les membres de l'équipe ont effectué une bonne planification et orientation de leur fonctionnement en tant qu'équipe de guérison communautaire. Les membres ont mis en place des mesures de protection/un filet de sécurité permettant aux clients et aux participants d'avoir la possibilité d'affronter leurs problèmes, d'y remédier dans un environnement sûr où tout le monde connaît les fonctions à remplir, le rôle que chaque intervenant doit jouer.

Dans ce rapport, on fait également mention d'une autre bonne pratique : [TRADUCTION] «la formation visant à habiliter pour pouvoir identifier les besoins uniques de chaque type de groupe» (groupe de jeunes gens, d'hommes). Encore là, on démontre qu'une planification appropriée a été faite au lieu de tout simplement supposer que les membres du groupe concerné savent ce dont ils ont besoin ou ce qu'ils veulent, que ce soit les jeunes ou les hommes. Ce qui différencie une bonne pratique d'une pratique qu'on dit *«meilleure»* peut provenir du fait que les meilleures pratiques reposent sur des assises solides, c'est-à-dire sur des approches bien établies à l'aide de résultats à l'appui. D'autres réussites ont été également relevées, principalement dans les rapports trimestriels. Les campements en milieu sauvage ont été décrits

[TRADUCTION] «[rassemblement] comme une seule grande famille»; précédemment dans cette étude de cas, nous avons fait référence à la façon dont des personnes et des groupes ont prêté main-forte à l'organisation, notamment au transport. Cette activité simple a manifestement réussi à mettre les gens en contact, à se rencontrer pour offrir du soutien de manière concrète. Deux autres réussites ont été relevées, dont la garde des enfants pour permettre aux femmes de participer aux activités de guérison, et le fait qu'on a fait appel à des facilitateurs locaux. De plus, les rapports trimestriels ont rapporté des cercles spéciaux offerts à certaines occasions pour clôturer des volets du programme ou certaines périodes plus stressantes de l'année, notamment un cercle avant Noël. De cette façon, les participants ont eu la possibilité de marquer des étapes importantes dans la progression de leur démarche et, par exemple, ils n'ont pas eu à affronter seul la période de Noël sans partager avec le groupe les sources potentielles de stress susceptibles de se présenter pendant les vacances alors que les bureaux sont fermés. En général, les exemples rapportés semblent indiquer que le projet a assuré le fonctionnement de ses programmes de façon bien planifiée et responsable.

Comme «meilleures pratiques», voici ce que les réponses au Sondage national sur le processus d'évaluation ont établi : 1) les prestataires de services et les membres de l'équipe ont bien participé aux activités de guérison et de formation; 2) les facilitateurs ont obtenu de la formation; 3) les activités offertes au groupe des jeunes ont été inspirées par une approche basée sur l'amitié et le plaisir (p.ex. artisanat). Malgré que la participation en soi ne s'inscrit pas comme concept de meilleure pratique, l'idée de «meilleure pratique» peut se rapporter au fait que la *constance* de la participation peut représenter l'élément clé d'une démarche de guérison et de formation fructueuse pour ce groupe central, comparativement à une participation intermittente. Il en est de même pour les facilitateurs qui ont suivi de la formation : cette activité en soi ne constitue pas nécessairement une «meilleure pratique», mais elle peut le devenir du fait que ces facilitateurs, des gens de la localité, ont été adéquatement préparés avant de faire la prestation ou de faciliter ces cercles. Que le groupe réservé aux jeunes leur ait offert la possibilité de bénéficier d'activités qui prônent la joie, le plaisir et l'amitié constitue réellement une «meilleure pratique», étant donné que cette approche est inspirée par le besoin de mettre en application une stratégie qui convient parfaitement au groupe cible. Dans ce cas-là, les jeunes avaient besoin vraisemblablement de facilitation «axée sur des activités» plutôt que d'un traitement des problèmes par le biais du counselling individuel ou de discussions en groupe portant sur des sujets graves, profonds, suscitant des émotions intenses. Plus d'un informateur ont rapporté la façon dont ces jeunes ont interagi et se sont exprimés en faisant de l'artisanat; ils ont évoqué aussi de quelle façon ces jeunes avaient manifesté une grande estime de soi du fait d'avoir confectionné un objet d'artisanat.

Il peut exister une légère différence entre ce qui constitue une «meilleure pratique» et une réussite (ou une bonne pratique). Le concept de «meilleure pratique» peut convenir dans le cas de méthodes éprouvées ou dans des situations où des conditions idéales sont assurées, ce qui, appliqué efficacement, peut faciliter l'atteinte des résultats recherchés. L'application d' une «meilleure pratique» exige une bonne connaissance de la problématique de sorte que les personnes et les services en place puissent réagir de la meilleure façon possible à une situation ou idéalement remédier au problème. À titre d'exemple, une «meilleure pratique» pourrait consister à recruter des personnes ayant cessé de consommer de l'alcool et des drogues et ayant mené à bien une démarche personnelle de guérison pour oeuvrer comme conseiller en alcoolisme et en toxicomanie. Ce bagage d'expérience suscite chez le client l'assurance que le conseiller comprend bien la dure épreuve qu'il traverse, le conseiller ayant lui-même passé au travers d'une expérience semblable. Quant à une réussite (une bonne pratique), il peut s'agir de l'adoption de mesures de nature tôt ou tard à conduire à l'atteinte du résultat recherché et à aboutir à un résultat émanant des efforts fournis. À titre d'exemple,

une séance de sensibilisation peut toucher une ou deux personnes, mais elle peut être considérée comme un succès. Par ailleurs, s'il y a des problèmes importants dans la collectivité, cette seule intervention ne pourrait suffire pour qu'on envisage de cesser d'en offrir d'autres. Comme un informateur l'a dit, [TRADUCTION] «une intervention unique de prévention vaut mieux que pas de prévention du tout».

Les ateliers de formation ont été dispensés par des facilitateurs de l'extérieur, la plupart venant des régions du sud du Canada et un d'une autre collectivité du Nunavut. D'après les indications, il semble qu'il y ait eu une véritable mobilisation et un effort bien planifié pour faire venir des formateurs qualifiés et par ce moyen développer la capacité et la compétence des prestataires de services locaux. Dans un des ateliers, un couple inuk de Pangnirtung a dispensé de la formation en matière de guérison et de l'établissement de relations interpersonnelles saines s'adressant principalement aux hommes. Pendant leur séjour dans la localité, le couple a travaillé avec l'équipe de guérison communautaire à la planification et à l'organisation d'un atelier de sensibilisation à la guérison communautaire qui a attiré plus de soixante personnes, notamment quinze hommes. Un autre atelier a été décrit dans le troisième rapport trimestriel comme «de la formation expérientielle», une association d'activités de guérison et de formation, destiné à un groupe central de prestataires de services. Comme nous ne disposons pas d'évaluations de participants, il n'y a donc pas suffisamment de données pour être en mesure de désigner ces séances de formation comme «meilleure pratique»; néanmoins, la formation expérientielle comme approche amène les participants à vivre une expérience beaucoup plus intense sur le plan affectif qu'une formation présentant simplement de la théorie ou de l'information sur un sujet; la formation expérientielle a permis aux participants de traiter des problèmes qui les concernent personnellement, ce qui, par ricochet, les a amenés à renforcer leur capacité de comprendre les autres et de mieux aider les personnes qui font face à des difficultés semblables. Cette approche a semblé correspondre à l'objectif visé par le projet et, d'après les entrevues avec les informateurs clés, elle a bien fonctionné.

L'exemple le plus évident de «meilleure pratique» a été rapporté dans le quatrième rapport trimestriel. On parle de [TRADUCTION] « techniques/approches modernes sélectionnées en s'appuyant sur la façon dont elles s'harmonisent avec les valeurs, les approches et la façon inuite de comprendre la vie ». En plus, la langue inuktitut est utilisée et la traduction simultanée; bon nombre d'Aînés font aussi partie de l'équipe. Les meilleures pratiques tiennent compte de l'environnement au sein duquel le travail est réalisé. Si on n'avait utilisé que l'anglais comme langue de communication, si les Aînés n'avaient pas été présents pour parler des coutumes et des façons de faire culturelles et traditionnelles inuites, si on avait imposé aux participants des approches qui n'auraient pas été adaptées à leur réalité culturelle, il est fort peu probable que le projet aurait touché les gens. Le fait que les Aînés faisaient partie de l'équipe de guérison communautaire, que la langue inuktitut et la culture inuite faisaient partie intégrante du processus et que des techniques et des approches «modernes» ont aussi été intégrées tout en respectant la réalité culturelle constitue une «meilleure pratique». À titre d'exemple, lorsque les hommes victimes des agressions sont revenus à la maison après le procès à Iqaluit d'un enseignant traduit en justice pour agression sexuelle, bon nombre des principaux groupes communautaires, y compris l'équipe de guérison communautaire, [TRADUCTION] «avaient organisé une rencontre communautaire spéciale pour les accueillir». Cet événement ne montre pas seulement l'esprit de corps qui règne dans la collectivité, mais aussi le respect des façons de faire culturelles de manifester, de démontrer son soutien. La citation ci-après vient confirmer qu'il s'agit bel et bien d'une «meilleure pratique» :

> [TRADUCTION]
> Dans le cadre des ateliers de formation, nos Aînés ont partagé leur expérience de la vie traditionnelle, leurs valeurs traditionnelles qui attachent beaucoup d'importance aux pratiques axées sur le souci des autres et le soutien, le partage au sein de la famille élargie. Comme les membres de l'équipe de guérison communautaire sont inuits, nous appliquons les approches thérapeutiques modernes en les adaptant aux valeurs et aux façons de procéder inuites. Nos deux formateurs sont inuits (compte rendu de la période antérieure) et leur approche de guérison repose sur l'association de l'imagerie inspirée de la création de la nature sauvage et des coutumes/des pratiques de la vie quotidienne des Inuits comme moyen de favoriser la compréhension du processus de croissance personnelle déterminé par les situations de crise de la vie. D'autres facilitateurs du sud du Canada ont été choisis en raison de leur expérience professionnelle auprès des Premières nations et des Inuits et leur bagage de connaissances et d'expérience qui les a sensibilisés aux différences culturelles fait en sorte que leur approche respecte les valeurs inuites et notre façon de comprendre la vie.

5.6 Défis relevés

Dans les réponses au Sondage national sur le processus d'évaluation, on relève comme difficulté à surmonter [TRADUCTION] «amener les hommes à participer, [tâche ardue] parce qu'ils ressentent le besoin de se montrer forts». La participation des hommes reste problématique. Ceci étant dit, de nombreux exemples laissent entrevoir un certain progrès, des indications susceptibles d'inciter un plus grand nombre d'hommes à s'engager dans la démarche de guérison. Un exemple présenté dans le troisième rapport trimestriel montre que les hommes ont assisté aux séances de sensibilisation offertes à toute la population. Si ces séances n'avaient pas eu lieu, il y aurait eu moins de possibilités pour les hommes d'être mis au courant du projet. Du soutien a aussi été demandé par des victimes masculines d'agression sexuelle commise par un enseignant poursuivi en justice dont nous avons fait mention précédemment. Manifestement, ils étaient suffisamment sensibilisés au projet puisqu'ils savaient pouvoir obtenir du soutien à cet endroit. On est allé un peu plus loin sur le plan de l'approche en organisant une rencontre spéciale à leur retour. Qui plus est, un facilitateur expérimenté a organisé deux groupes destinés aux hommes auxquels ils ont assisté en assez bon nombre. Tous ces exemples peuvent être considérés comme des signes de progrès car les hommes avaient des possibilités offertes d'obtenir du soutien.

Ce projet n'est sans doute pas unique en ce qui concerne la difficulté de recruter des hommes. Dans la documentation, on soulève constamment cette question de la difficulté d'entrer en contact avec les hommes, de les toucher; c'est à cette problématique que le projet se proposait de remédier, ayant précisé dans ses objectifs son intention de faire participer ce groupe cible plus difficile d'accès. Des réponses semblent indiquer que le groupe des hommes a été mis sur pied, mais au prix de grands efforts. Les rapports trimestriels ont donné un aperçu de la situation en rapportant que les hommes avaient commencé à fréquenter ce groupe, même s'ils étaient très peu nombreux.

Cette étude de cas ne peut fournir une identification précise des raisons expliquant pourquoi les hommes n'ont participé que dans certains cas ou dans certaines circonstances (p.ex., les ateliers de sensibilisation adressés à la collectivité ou leur demande de soutien au moment du procès à Iqaluit). Deux citations tirées du troisième rapport trimestiel et du rapport final proposent certaines explications. Dans le troisième rapport trimestriel, on rapporte que [TRADUCTION] «à cet atelier, les hommes ont exprimé le désir d'avoir un groupe réservé aux hommes, mais ils voulaient une personne d'expérience pour faciliter le groupe». Dans le rapport final, on trouve les propos suivants : [TRADUCTION] «un plus grand nombre d'hommes de notre communauté doivent participer aux ateliers de formation et de guérison pendant une période de

temps [suffisante] pour acquérir les connaissances et les compétences leur permettant d'aider à conseiller d'autres hommes et à faciliter un groupe d'hommes ». D'après ces deux énoncés, on peut penser que les hommes ont éprouvé de l'insatisfaction à cet égard; en effet, ils avaient d'abord exprimé le besoin et le désir d'obtenir qu'une personne ayant un bon bagage d'expériences facilite leur groupe, mais on n'a pu répondre à leur besoin du fait qu'aucun homme qualifié n'était disponible. Comme conséquence négative à ce manque de facilitateur, une pression indue a été exercée sur un participant pour qu'il devienne par la suite suffisamment qualifié pour faciliter un groupe, alors que son seul intérêt semblait uniquement de s'engager dans une démarche de guérison personnelle et de trouver l'apaisement. Par ailleurs, il ne s'agit que de supposition étant donné que les entrevues des informateurs et d'autres données ne permettent pas d'avoir plus d'information à cet égard.

Que la participation des hommes aux activités de guérison ait été entravée par des sessions de groupe, par des groupes hommes/femmes, ou par d'autres barrières comme la crainte ou le déni, reste une question vague qui demanderait plus de recherche. Les données statistiques du projet indiquent que quinze hommes ont participé à des séances de counselling individuel, mais il n'y a pas d'explication sur la façon dont ces hommes se sont trouvés engagés dans ce processus ou de quelle façon ils l'ont été, s'il s'est agi d'un événement ponctuel ou de séances régulières. En ce qui a trait à la résistance aux séances de groupe, il faut préciser qu'une exigence essentielle dans le cas du traitement d'abus sexuel consiste à s'assurer de séparer l'agresseur de la victime. Cette mesure peut également être vraie dans le cas de la violence physique, afin d'éviter le blâme, la colère et la manipulation; elle est appliquée jusqu'à ce que la personne concernée soit en mesure d'affronter en toute sécurité son comportement violent.

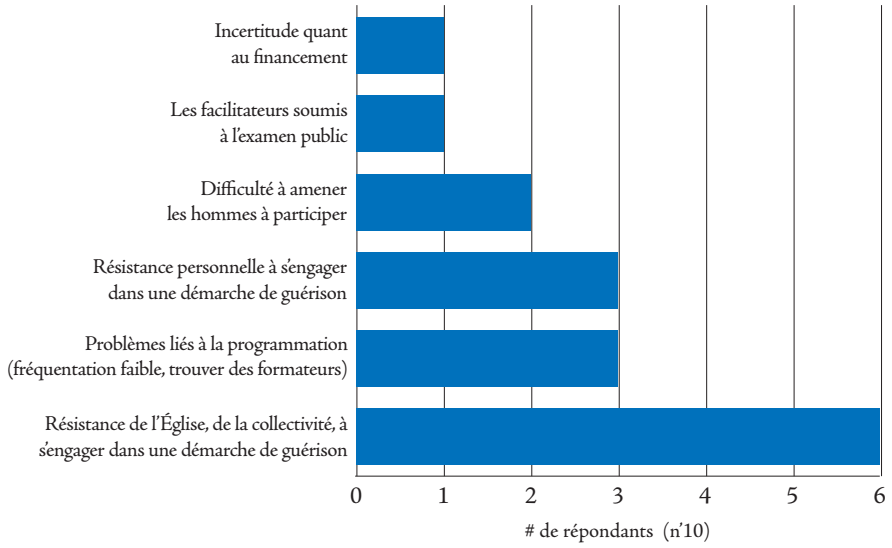
La documentation élaborée dans le but d'aider au traitement des Autochtones qui maltraitent leur conjointe présente bon nombre de principes de base, entre autres celui-ci [TRADUCTION] «les séances de traitement en groupe d'hommes autochtones auteurs d'agression sont le forum le plus puissant pour susciter la confrontation et, en bout de ligne, la guérison des hommes qui ont eu des comportements violents. Le counselling individuel continue le cercle de l'isolement et du secret qui entoure la problématique; les séances de traitement en couple ou en famille sont potentiellement dangereuses si elles sont antérieures à des séances de travail en profondeur, substantielles, avec l'agresseur.»[22] Ayant fait valoir ces aspects de la question, il demeure néanmoins incertain si l'obstacle à la participation des hommes était davantage centré sur les stratégies en matière de programmation ou de recrutement ou si des empêchements d'ordre affectif étaient le facteur principal. Un informateur a offert la réflexion suivante : [TRADUCTION] «il viendra un temps où les hommes avanceront, nous ne sommes pas encore rendus là». Bien des personnes ont fait part de la nécessité de cibler les hommes; c'était le sentiment général que la collectivité ne pourrait pas rétablir l'équilibre tant que les hommes ne seraient pas engagés sur le chemin de la guérison. Une personne a proposé cette solution : [TRADUCTION] «[nous] avons transmis l'information surtout au moyen de communiqués à la radio; peut-être que des invitations personnelles auraient été préférables dans le cas des hommes victimes d'abus sexuel».

La difficulté du projet à amener les hommes à participer peut être une problématique généralisée à laquelle d'autres projets de formation et de guérison sont également confrontés; il faudrait donc avoir la possibilité d'explorer cette question de façon plus exhaustive. Par exemple, il serait utile de savoir s'il s'agit d'un problème de recrutement (c.-à-d. de savoir si un plus grand nombre d'hommes participeraient au groupe si le recrutement des participants était fait différemment) ou s'il s'agit d'un problème de programmation (est-ce que les hommes sont intéressés par les types de programmes de guérison et de formation offerts?

Y a-t-il des particularités liées à la participation masculine à des événements de groupe et à celle liée aux séances de counselling individuel?). L'équipe de guérison communautaire peut vouloir approfondir ces questions relatives à l'engagement des hommes dans la collectivité, peut-être au moyen d'un sondage, d'une identification des besoins ou seulement à l'aide d'échanges avec un grand nombre d'hommes.

Nous avons obtenu toute une diversité de réponses aux questions ouvertes posées aux informateurs clés qui se rapportaient à l'identification des défis ou des obstacles auxquels le projet a été confronté. La Figure 3 fait la synthèse de ces obstacles.

Figure 3) Sommaire des défis ou obstacles identifiés



Finalement, dans le cadre du Sondage national sur le processus d'évaluation, voici en quoi consistait la réponse portant sur les mesures proposées pour améliorer l'efficacité du projet : des séances de counselling familial et des retraites pour les familles en milieu sauvage; des guérisseurs locaux pour pouvoir dispenser un plus grand nombre d'activités de guérison dans la collectivité ou à l'extérieur en milieu sauvage; un plus grand nombre d'activités destinées aux pré-adolescents, plus d'activités de loisirs et de programmes en milieu sauvage; trouver une approche pour inciter un plus grand nombre d'hommes dans la collectivité à commencer une démarche de guérison — pouvoir offrir des séances de guérison plus équilibrées pour les familles.

5.7 Leçons retenues

Que ce soit une leçon apprise avant le début du projet ou après sa mise sur pied, le fait est que l'équipe de guérison communautaire avait comme principale intention de « se concentrer avant tout sur le développement de la capacité communautaire», tel qu'énoncé dans le quatrième rapport trimestriel. Il s'agit d'une approche solide. On ne sait pas très bien si c'était de la circonspection ou le fruit de leçons d'expérience tirées de tentatives précédentes qui ont été à l'origine de cette déclaration d'intention. Dans les rapports trimestriels, on a fait état d'un bon nombre d'exemples de leçons d'expérience, notamment : faire venir plus d'équipes de formateurs homme/femme; faciliter en priorité la guérison des guérisseurs — les facilitateurs ont reconnu qu'il leur fallait tout d'abord s'attaquer et remédier à leurs problèmes personnels

(croissance personnelle); et hésitation à commencer un groupe réservé aux hommes, à moins que plus d'hommes consentent à obtenir de la guérison et de la formation afin de pouvoir soutenir le groupe.

Le Sondage national sur le processus d'évaluation a rapporté l'énoncé suivant comme leçon d'expérience «une seule personne ne peut assurer la guérison de sa communauté, il faut une démarche en équipe. Travailler en équipe est plus productif ». Le deuxième et le troisième rapports trimestriels ont fait mention que [TRADUCTION] «les hommes voulaient des facilitateurs de groupe qui avaient de l'expérience». Outre le fait que deux Aînés faisaient partie de l'équipe de guérison communautaire, les rapports trimestriels ont indiqué qu'un ou deux membres masculins participaient aux cercles ainsi qu'aux séances de planification. Compte tenu de l'hésitation à commencer un groupe réservé aux hommes, à moins que plus d'hommes ne soient engagés dans des activités de guérison et de formation, on peut considérer cette réflexion comme une approche circonspecte ou une leçon apprise de l'expérience de programme. Encore une fois, il n'est pas dit clairement si la leçon retenue se dégage de l'expérience acquise grâce au projet en cours ou d'autres efforts antérieurs. Dans l'une des réponses, un informateur a observé que les jeunes adolescentes et les femmes plus âgées étaient touchées par ce projet mais que, par contre, il y avait un vide à combler pour les âges se situant entre 19 et 30 ans. Une tentative a été faite pour obtenir plus de financement afin de pouvoir offrir des services à cette tranche d'âge et toucher l'ensemble des femmes. La citation ci-après fait la synthèse de ce qui a amené le projet et l'équipe de guérison communautaire à partager cette vision commune : [TRADUCTION] «nous avons tous besoin d'admettre qu'il a fallu deux générations à notre collectivité pour en arriver à cette situation, à savoir le taux de suicide le plus élevé de l'Arctique de l'Est, un taux élevé d'incarcération, à être aux prises avec tous ces autres problèmes auxquels on doit faire face.»[23]

6. Conclusion

Un examen des résultats à court terme du projet indique que des progrès ont été accomplis sous un certain nombre d'aspects :

- accroissement de la compétence et de la capacité des prestataires de services leur permettant de soutenir la démarche de guérison des personnes au sein de la famille et de la collectivité;
- accroissement de la capacité à gérer efficacement les crises sur le plan personnel et familial;
- équipe de guérison communautaire solide et efficace;
- sentiment d'impuissance et de désespoir surmonté; et
- accroissement du sentiment de fierté à l'égard de la culture et de la spiritualité se rapportant à la démarche de guérison.

On trouve des indications de ces réussites dans les réponses des informateurs clés à des questions portant sur des changements observés chez les participants, sur les retombées positives pour la collectivité, ainsi que sur les acquisitions de connaissances et de compétences par le biais des séances de formation. Ces informations ont été corroborées par les comptes rendus présentés par le projet dans le cadre des rapports trimestriels et du Sondage national sur le processus d'évaluation. Même si les changements ont probablement commencé à s'opérer par suite des premières interventions, antérieures à l'appui financier de la FADG, ce qui est devenu évident, c'est que les fonds alloués ont donné au projet les moyens d'obtenir les ressources lui permettant d'une façon assurée et structurée d'affermir le rétablissement et la formation d'un groupe central de personnes. Beaucoup de réponses des informateurs font référence aux retombées de ces efforts, notamment [TRADUCTION] «les personnes ont grandi, sont devenus adultes, non pas en fait d'âge, mais adultes sur le plan affectifY» et «très évident, elles ne font plus juste pleurer sans arrêt».

Les attitudes chez les participants ont changé; il s'agit là d'un aspect très important d'après cette description d'un Aîné affecté à la cour : [TRADUCTION] «Auparavant je craignais toujours de remplir ces fonctions . . . jusqu'à ce que je m'engage dans une démarche de guérison. . . Avant que j'entreprenne cette démarche de guérison, je n'aimais pas les criminels. Je croyais qu'ils avaient décidé de leur plein gré de se comporter ainsi. Selon toute apparence, c'était moi qui souffrais.» En outre, le projet a également exercé une influence sur les comportements, comme l'ont indiqué d'autres informateurs à l'aide de ces exemples, [TRADUCTION] «Je dois être un bon exemple à suivre, je ne devrais pas me conduire de façon à ce que les gens me tournent le dos, s'écartent de moi . . .», [TRADUCTION] «[Cette démarche] m'a aidé à prendre de meilleures décisions B à ne pas me suicider,» et [TRADUCTION] «J'ai le sentiment d'avoir beaucoup de valeur comme personne, d'être un meilleur parent».

Comme l'indique cette réponse tirée d'une entrevue, il y a eu chez les participants un accroissement de connaissances et de compétences : [TRADUCTION] «[J'ai] appris à écouter une personne venue demander de l'aide, qui a besoin de se confier, de parler à quelqu'un. Comprendre une personne suicidaire et comment la secourir. Mieux comprendre les personnes en deuil m'a beaucoup aidé ainsi que l'affect [de ce deuil] chez une personne affligée.» Ce répondant a acquis une capacité d'écoute active, des connaissances et compétences qui peuvent l'aider à secourir quelqu'un qui a des idées suicidaires. D'autres ont fait mention d'apprentissage les aidant à mieux comprendre ce que leurs enfants victimes d'abus sexuel subissent comme répercussions.

Le projet a été conçu d'après le modèle *«Guérir d'abord les guérisseurs»*, une approche qui ne peut être appliquée que dans l'intérêt des personnes qui viennent en contact avec le groupe central — les membres de leur famille, de la collectivité et des clients rencontrés dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Le fait d'avoir au sein même de l'équipe de guérison communautaire un certain nombre d'Aînés qui prennent aussi une part active à la planification est un autre exemple de la conception et de l'implantation d'une démarche de guérison et de formation qui table sur les capacités des membres du milieu communautaire. Ces considérations s'avèrent particulièrement valables dans le cas des collectivités nordiques éloignées qui n'ont pas toujours les ressources pour faire venir par avion des facilitateurs. Cependant, il y a lieu d'être prudent à cet égard en évoquant le traitement offert aux hommes. Même s'il faudrait examiner de plus près les raisons de la faible participation des hommes, il semble toutefois nécessaire de continuer à bien planifier les efforts visant à ne pas s'en remettre à une «personne» en particulier dans l'espoir qu'elle devienne facilitatrice de groupe ou modèle de rôle. En toutes circonstances, une personne doit décider d'entreprendre une démarche de guérison pour des raisons personnelles et sa décision doit être respectée et appuyée. Un avantage comme celui que pourrait représenter le fait que certains hommes assumeraient ultérieurement un rôle de soutien auprès des autres doit donc rester secondaire.

Il est également évident que, pour une raison ou pour une autre, le terme «guérison» suscite la controverse. Que la notion soit incomprise peut expliquer en partie la problématique comme ces trois informateurs le laissent entendre dans leurs remarques : [TRADUCTION]«Dès que les gens ont entendu à la radio l'annonce du projet de guérison, il y a eu résistance. Certaines personnes n'aimaient pas le mot Aguérison@. Mais je n'ai pas entendu ces commentaires depuis un bon bout de temps. Certains ont entrepris une démarche de guérison alors qu'ils n'avaient pas aimé au premier abord l'idée ou le concept de guérison.» Les annonces à la radio ont été modifiées et, à mesure que le projet avançait, il semblait que beaucoup moins de personnes n'offraient de résistance à ce concept. Des indications de ce revirement de certains membres de la collectivité quant à leur façon de comprendre la guérison se dégagent d'exemples liés à l'organisation des campements

en milieu sauvage où des membres de la collectivité ont aidé au transport des participants. En effet, un des informateurs a tenu les propos suivants :

> [TRADUCTION]
> Les personnes de la localité penchent du côté de celles qui croient les ateliers/les rassemblements bénéfiques pour l'ensemble de la communauté — ayant vu et entendu ces personnes qui suivent des ateliers. Bien des gens commencent à s'exprimer en disant que la guérison doit être entreprise — [ces commentaires] venant des personnes qui n'ont pas suivi d'ateliers ou de celles qui y ont participé au complet ou en partie.

La question concernant «une stratégie de guérison» n'est pas ressortie clairement au cours de la démarche de l'étude de cas. Aucun document n'a été mis à notre disposition; nous supposons donc que la stratégie de guérison a davantage consisté en une démarche de développement, centrée sur la guérison et la formation, sur des rencontres/des séances de sensibilisation de la collectivité, sur des campements en milieu sauvage, sur des échanges orientés vers la planification et l'évaluation, notamment sur une façon plus efficace d'entrer en contact avec les hommes, de les faire participer. Il aurait peut-être fallu procéder à une évaluation ou identification des besoins, particulièrement en matière de traitement des problèmes relatifs aux hommes (comme à d'autres groupes cibles) pour arriver à mieux préciser une stratégie de guérison. Par ailleurs, l'équipe de guérison communautaire a défini un énoncé de mission, des objectifs et des buts, ainsi qu'un énoncé des valeurs et des principes afin d'orienter son travail.

Un certain nombre de défis restent à relever pour cette collectivité et ce projet. Les indications laissent supposer qu'en ce qui concerne les résultats escomptés suivants, les progrès sont moins marquants : augmentation de la capacité et de l'efficacité en ce qui a trait à la prestation de services à des personnes avec qui les contacts sont plus difficiles à établir, particulièrement aux hommes; et guérison communautaire par rapport à des dimensions comme la violence latérale, la violence, l'abus sexuel et le suicide. Les données des indicateurs sociaux démontrent que la fréquence de suicide, de violence physique, d'abus sexuel et d'incarcération reste élevée; il n'y a aucun consensus parmi les informateurs clés en ce qui concerne une diminution de ces problèmes. Pourtant, on constate un effet d'entraînement positif comme en ont témoigné beaucoup d'informateurs qui ont rapporté les retombées de leur propre démarche de guérison sur leur famille et leur partenaire.

Pour de nombreuses personnes, le processus de guérison a été amorcé dans cette petite collectivité. L'esprit ou la réflexion ayant inspiré ce projet est bien puissant et cette motivation est souvent ressortie des témoignages très personnels pendant les entrevues avec les informateurs. Ayant tous évoqué des traumatismes personnels, les informateurs ont donné des exemples de la façon dont le projet et l'équipe de guérison communautaire ont facilité leur démarche de guérison. Parmi les réussites qu'elles ont attribuées directement à la poursuite de leur démarche de guérison, certaines personnes ont parlé de guérison des séquelles de l'abus sexuel, d'autres incidences comme de vivre dans l'abstinence complète, ou d'obtenir un nouvel emploi. L'Aîné qui a inspiré le titre de cette étude de cas est cité une fois de plus :

> [TRADUCTION]
> Dans une démarche 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 assez sensibilisé. Je suis encore en train d'apprendre pour mieux comprendre, pour partager des expériences, pour présenter des choix aux gens. J'ai maintenant la capacité de saisir les messages. 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 en espèces que je veux faire — mais c'est un don véritable.

7. Recommandations

Cette section présente des recommandations relativement aux deux principales sphères d'activités : 1) les questions de programmation; 2) les questions d'évaluation.

Recommandations portant sur la programmation :

- La question de la participation masculine a été celle le plus souvent mentionnée comme sujet de préoccupation. Suivant la perspective de la programmation, des aspects de cette question ont marqué un certain avancement comme la présence des hommes aux séances de sensibilisation de la population et leur demande de soutien pendant le procès dont on a fait mention dans ce rapport. On a aussi constaté un effet d'entraînement chez un certain nombre d'hommes, suscité par leur partenaire ayant poursuivi une démarche de guérison. Étant donné que les hommes sont aussi desservis (ordonnance d'un tribunal) par les services de probation leur offrant du counselling, il est recommandé que de plus grands efforts soient faits pour travailler en partenariat avec les services de probation afin de a) bénéficier d'un plus grand accès auprès des hommes qui se trouvent dans un contexte où ils sont bien obligés d'écouter; b) profiter de cette possibilité d'identifier les besoins de guérison et de soutenir les hommes principalement sur le plan personnel; comme préoccupation secondaire, même s'il y avait ce rôle éventuel de facilitateur qu'on cherche à combler pour le groupe réservé aux hommes, il faudrait faire en sorte d'éviter toute pression indue sur les hommes uniquement intéressés (à cette étape) à la démarche de guérison.
- Comme les hommes ont exprimé le désir et/ou le besoin d'avoir des personnes expérimentées comme animateurs de leur groupe, il est recommandé de faire venir un plus grand nombre de facilitateurs masculins et d'attendre qu'il y ait suffisamment d'intérêt de la part des hommes pour mettre sur pied un groupe spécial. À défaut de ce groupe spécial, on pourra profiter des occasions pour se frayer une voie d'accès en dispensant du soutien, ce qui pourrait déclencher par la suite chez les hommes l'intérêt ou la motivation de s'impliquer davantage.
- On devrait s'adresser directement aux hommes de la collectivité pour les interroger sur leurs besoins et leurs préférences en matière de guérison. Cette identification pourrait se faire informellement, mais aussi à l'aide d'un processus formel comme une évaluation des besoins ou une enquête communautaire.
- En ce qui a trait à la résistance d'une Église et de certains membres de la collectivité à l'égard du terme «guérison», le projet a déjà réagi en apportant des modifications aux informations diffusées à la radio. Comme bien des gens semblent privilégier le mot *«mamisaq»*, on pourrait profiter de la controverse pour amorcer des échanges, des consultations plus vastes, dans le but de trouver différentes façons de faire connaître ou de préconiser le concept de guérison.
- On recommande d'améliorer la transmission des données d'information, s'assurant d'enregistrer les données et d'indiquer la répartition par âge et par sexe. L'ensemble des activités du projet devrait collecter ces données comme moyen d'auto-évaluation permettant l'identification des lacunes et des améliorations à apporter.
- Un document devrait être élaboré pour officialiser la stratégie de guérison. Il est recommandé que les constatations/les résultats obtenus des efforts de planification soient révisés, résumés et consacrés par un texte. On recommande également que les organismes communautaires en général soient consultés au sujet du type de stratégie de guérison qui devrait être mise en application. De plus, il est recommandé qu'on conçoive et qu'on établisse un processus d'évaluation des besoins afin de mieux circonscrire les problèmes auxquels les groupes cibles spécifiques et la collectivité dans son ensemble sont confrontés. Plusieurs informateurs ont confirmé ce besoin en faisant état du manque d'efforts consacrés à la recherche des idées/suggestions auprès de la population et à la rétroaction.

Recommandations portant sur l'évaluation

- Les évaluations des ateliers doivent être collectées régulièrement. Cet outil peut aider à déterminer si les participants ont acquis les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour poursuivre leur démarche de guérison.
- Les formulaires d'évaluation en usage devraient être révisés pour capter le plus de détails possibles au sujet des connaissances et des compétences obtenues par le biais des ateliers de formation et d'autres avantages retirés de la participation à ces ateliers.
- Les enquêtes communautaires devraient permettre de jauger les opinions des membres de la collectivité, le sentiment du public à l'égard du projet et de ses activités. Il est recommandé de distribuer de courts questionnaires de sondage une fois ou deux par année afin de faire la courbe des perceptions et de vérifier de quelle façon elles peuvent avoir ou ne pas avoir changé.
- Il est recommandé également de faire une étude auprès des organismes communautaires pour mieux cerner leur intérêt et leur motivation à participer en établissant un accord de partenariat. Si certains organismes ne sont pas réceptifs, ouverts à la collaboration, le simple fait de solliciter leur opinion peut suffire à enclencher une réaction positive menant à l'amélioration et à la consolidation des rapports. Il est recommandé de mettre en application des sondages occasionnels auprès de l'ensemble des organismes communautaires comme moyen d'améliorer les rapports professionnels ainsi que les mécanismes/le réseau des renvois interservices et la consolidation des liens communautaires.
- Il est recommandé que cette étude de cas soit distribuée aux principaux organismes communautaires connexes comme moyen d'informer la population au sujet de la contribution que le projet a apportée, le but qu'il s'était fixé et les résultats qu'il a obtenus. Cette diffusion pourrait entraîner le développement d'une plus grande capacité et l'intérêt pour l'élaboration d'une stratégie de guérison.

Notes

[1] Demande de financement présentée à la FADG.

[2] Il convient de remarquer qu'à la date de fin du projet, il y avait des fonds en excédent et que, par conséquent, le montant total prévu n'a pas été entièrement versé.

[3] Demande de financement du projet, partie A, question 6 : Résultats escomptés du projet.

[4] Le Recensement de 1996 a indiqué une population de 1171 personnes dont 583 ou 49,8 pour cent étaient du groupe d'âge 0-19 ans. Un plan de développement économique de la communauté, élaboré en février 1999 par RT & Associates, fait état d'une population de 1118 personnes d'après les données du recensement de 1996. Cependant, des membres de la communauté et des propriétaires d'entreprises estiment la population entre 1200-1300 personnes et la réponse au SNPE indique une population de 1270 personnes.

[5] RT et Associates (1999). Ce rapport faisait état de projections démographiques établies par le département des ressources, de la faune et du développement économique.

[6] L'information présentée au moyen de ce tableau est tirée de la réponse du projet au SNPE.

[7] Gouvernement du Nunavut, Bureau de la statistique du Nunavut (1999:27). Nunavut Community Labour Force Survey. Les «critères nationaux» décrivent de quelle façon le taux de chômage est déterminé, a été présenté comme suit : nombre de personnes disponibles pouvant travailler pendant la semaine précédant l'enquête qui : 1) étaient sans emploi et avaient été à la recherche active d'un emploi au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête; 2) se trouvent temporairement mises à pied; ou 3) ont obtenu un engagement ferme d'un nouvel emploi qu'elles commenceront au cours des quatre prochaines semaines.

[8] Gouvernement du Nunavut, Bureau de la statistique du Nunavut (1999:31). Le critère «personnes prêtes à travailler» comprend des personnes qui n'ont pas actuellement de travail, mais qui informent les employeurs potentiels qu'elles veulent un emploi. Ces personnes ont été mises en disponibilité temporairement ou ont obtenu un nouvel emploi qu'elles occuperont dans les quatre prochaines semaines; «prêtes à travailler» fait référence à la recherche d'un autre emploi.

[9] Gouvernement du Nunavut, Bureau de la statistique du Nunavut (1999:29). Le critère «aucun emploi disponible» comprend des personnes disponibles, aptes à travailler pendant la semaine précédant l'enquête, qui 1) étaient en chômage, mais à la recherche active

d'un emploi au cours des quatre semaines précédant l'enquête ou qui n'ont pas cherché d'emploi parce qu'elles avaient l'impression qu'aucun emploi n'était disponible ou 2) mises à pied temporairement ou 3) ont obtenu un engagement ferme d'un nouvel emploi qu'elles commenceront dans les quatre prochaines semaines.

[10] Gouvernement du Nunavut, Bureau de la statistique du Nunavut (1999:28–32). Les critères/tableaux 8, 9 et10 présentent les différences en matière de chômage selon l'âge et le sexe chez les Inuits.

[11] Comme indiqué précédemment, les données obtenues au niveau communautaire nous ont été fournies par des personnes oeuvrant au sein de divers organismes communautaires, notamment la GRC, les services de probation et les services sociaux; la plupart de ces statistiques ont été données oralement plutôt que sous la forme de rapports écrits et publiés.

[12] Toutes les données fournies par la GRC couvrent la même période — janvier 2000 à novembre 2001— et font état d'incidents par opposition à des cas où des accusations ont été déposées.Un incident a été décrit par la GRC comme un signalement permettant de croire qu'il y a motif d'enquête.

[13] Information tirée des rapports trimestriels du projet Healing and Harmony in Our Families soumis à la FADG.

[14] Isaacs, Sandy, Jamie Hockin et Cathy Menard (1998) *Suicide in the NWT: A Descriptive Report.* Yellowknife, N.T.: NWT Health and Social Services. Ce rapport a été préparé en s'appuyant sur les données de la base de données sur le suicide du gouvernement des T.N.-O., données recueillies pendant 11 ans, c.-à-d. de 1985-1996, ainsi que sur les dossiers du coroner pour la période de 1994-1996 (78 cas sur une période de trois ans).

[15] Statistique Canada (2001:6–9)."Crime Statistics." *The Daily*, le jeudi 19 juillet 2001 révèle que le taux global de crime avec violence et d'infraction contre les biens au Nunavut est de 21 190 infractions par 100 000 habitants comparativement au taux national de 7 655 infractions par 100 000 habitants. Les crimes avec violence indiquent un écart encore plus important entre les nombres d'infractions : 6 074 infractions par 100 000 habitants au Nunavut par comparaison à 982 infractions par 100 000 habitants dans l'ensemble du Canada.

[16] Cape Dorset ayant conclu une entente de transfert, cela signifie que le hameau administre ses ressources et que les fonds sont directement transférés du gouvernement du Nunavut à Cape Dorset.

[17] Les données de Cape Dorset ont été fournies par les services sociaux. Quant aux données concernant la population du Nunavut, elles ont été fournies par le Bureau des statistiques du gouvernement du Nunavut et celles concernant les enfants en placement par le ministère de la Santé et des services sociaux.

[18] Demande de financement présentée à la FADG.

[19] Pauktuutit Inuit Women's Association (1992:1). *Taimainnut : An Introduction to Basic Counselling Skills*, Ottawa, ON. Pauktuutit.

[20] Cette lettre mentionnait que le personnel des services sociaux et de la maison de refuge pour femmes battues avait participé à la formation et aux activités de guérison dispensées par l'équipe de guérison communautaire.

[21] Information tirée des rapports trimestriels du projet Healing and Harmony in Our Families soumis à la FADG.

[22] Wood, Bruce et Robert Kiyoshk (1992:5). *A Change of Seasons: A training manual for counsellors working with Aboriginal Men who abuse their partners/spouses. —Un manuel de formation à l'intention des conseillers oeuvrant auprès des hommes autochtones qui font subir de la violence physique à leur conjointe*— Squamish Nation, C.-B. Change of Seasons Society.

[23] Information tirée des rapports trimestriels du projet Healing and Harmony in Our Families soumis à la FADG.

Appendice 1)

Modèle logique—guérison et harmonie dans nos familles

Activités	Offrir des activités de guérison et de formation aux personnes qui soutiendront les membres de leur famille et de la collectivité dans leur rétablissement.	Planification et évaluation	Planifier des campements de guérison en milieu sauvage et en assurer le fonctionnement.
Comment nous l'avons fait	Cercles de guérison hebdomadaires; counselling individuel; ateliers de formation.	Élaborer une stratégie de guérison visant des groupes difficiles d'accès (les hommes). Identifier les sujets traités/les facilitateurs des ateliers. Élaborer un énoncé de mission et un code d'éthique.	Campements de guérison destinés aux jeunes, aux femmes, aux Aînés et aux hommes.
Ce que nous avons fait	Cercles de guérison hebdomadaires pour les femmes; cercles de guérison hebdomadaires pour les adolescents; cercle de guérison pour les hommes, pas encore mis sur pied : facilitation de 2 ateliers pour les hommes; counselling individuel (approx. 37 personnes); formation : 3 semaines, en moyenne 11-17 personnes.	Planification hebdomadaire B rencontres de 8-12 personnes avec des intervenants comme le travailleur social auprès des victimes (à la cour/de l'État); L'équipe de guérison communautaire assure la liaison auprès des hommes difficiles d'accès pour leur communiquer des informations pertinentes sur la poursuite en justice; séance de sensibilisation de la population : 60 personnes, 15 hommes.	Campements de guérison de 5 jours à l'intention de 17 jeunes; campements de guérison de 5 jours pour les Aînés; campements de 4 jours à l'intention de 7 femmes; aucun campement de guérison pour les hommes.
Ce que nous visions	Un accroissement de la compétence et de la capacité chez les prestataires de services; accroissement de la capacité de gérer les crises; guérison communautaire concernant des dimensions problématiques comme la violence latérale, la violence physique, l'abus sexuel et le suicide; vaincre le sentiment d'impuissance et de vide.	Équipe de guérison solide et efficace; capacité accrue d'entrer en contact, de toucher les personnes d'accès difficile, particulièrement les hommes.	Sentiment de fierté culturelle accru et renforcement de la spiritualité se rapportant à la guérison.
Comment nous savons qu'il y a eu progrès à court terme	# de participants dans les cercles de guérison, ateliers, counselling (par groupe cible); déclaration des personnes concernées et observations des informateurs clés sur les changements d'attitude, comportements, acquisitions de connaissances; # de prestataires de services dont la compétence a augmenté.	Indication qu'une stratégie de guérison a été élaborée et mise en oeuvre; participation accrue des hommes; observations des informateurs clés sur l'efficacité de l'équipe de guérison communautaire.	# de participants par groupe cible; déclaration des personnes concernées et observations des informateurs clés sur les changements opérés chez les participants relativement aux connaissances, compétences, attitudes et comportements; des changements reliés à la culture inuite et à la guérison.
Bien-fondé de ce que nous faisons	Rétablir l'équilibre et l'harmonie dans les familles et les collectivités.		
Comment nous savons que des progrès ont été réalisés à long terme	Diminution de la fréquence (taux) d'abus physique et d'abus sexuel, de suicide, d'incarcération et de placement d'enfants en famille d' accueil; Indication que la vie communautaire est saine, active.		

Diagramme de performance—Guérison et harmonie dans nos familles

MISSION : Vaincre le sentiment d'impuissance et de vide en acquérant la connaissance liée à la spiritualité inuite, en se libérant corps et âme, et savoir en notre fort intérieur que nous sommes tous égaux quelles que soient nos cultures.			
Ressources		**Groupes cibles**	**Résultats**
Comment?	**Qui?**	**Qu'est-ce que nous visons?**	**Pourquoi?**
Activités		**Résultats à court terme**	**Résultats à long terme**
Offrir des activités de guérison et du soutien à l'aide de cercles de guérison hebdomadaires; organiser et offrir des campements en milieu sauvage; offrir de la formation et du soutien au moyen de divers ateliers et d'une stratégie de guérison.	Femmes, jeunes gens, aînés, prestataires de services, et hommes.	Accroissement de la compétence et de la capacité chez les prestataires de services; accroissement de la capacité à gérer les crises; accroissement de la capacité à desservir les groupes d'accès difficile, particulièrement les hommes; guérison communautaire en matière de violence latérale, violence physique, abus sexuel et suicide; atténuation/disparition du sentiment d'impuissance et de désespoir; sentiment de fierté culturelle accrue et renforcement de la spiritualité ayant trait à la guérison.	Rétablissement de l'équilibre et de l'harmonie dans les familles et la collectivité.
Comment saurons-nous que nous avons effectué des changements? Quels changements pourra-t-on constater? Dans quelle mesure des changements se sont-ils opérés?			
Ressources	**Groupes cibles**	**Mesures à court terme**	**Mesures à long terme**
26 080 $ par année	# de personnes à Cape Dorset qui ont participé à ce programme et # de personnes qui ont été visées par le projet.	# de participants aux cercles de guérison, ateliers, séances de counselling (par groupe cible); déclaration des personnes concernées et observations des informateurs clés sur les changements opérés en matière d'attitude, de comportements, de connaissances, de compétences (estime de soi, mécanismes d'adaptation, moyens de se sortir de la dépression, le suicide, l'abus, participation à un traitement); # de prestataires de services; observations des informateurs clés et participants sur les connaissances acquises; indication d'une stratégie de guérison élaborée et mise en oeuvre; participation accrue des hommes; observations des informateurs clés concernant l'efficacité de l'équipe de guérison.	Diminution de la fréquence d'abus physique et sexuel, de suicide, d'incarcération, de placement d'enfant en famille d'accueil; indication de changements dans les attitudes des membres de la collectivité : observée à partir de la participation à la vie communautaire, des modèles de rôle plus sains, inspirés par la culture et les pratiques de la spiritualité inuites.

Appendice 2) Questions de Cape Dorset : [équipe de guérison communautaire (EGC)]

1. Pouvez-vous décrire le rôle que vous exercez dans le cadre de ce projet ou la relation que vous avez avec ce projet?
2. Quels changements, s'il y en a, avez-vous observés chez les participants à ce projet? [Changements d'attitude? Changements de comportement? Etc.]
3. Donnez un exemple de la façon dont la collectivité a tiré avantage des efforts réalisés par ce projet.
4. Pouvez-vous décrire quelques-uns des défis ou des obstacles auxquels le projet a été confronté?
5. Décrivez ce que le projet a fait pour surmonter ces obstacles ou relever ces défis?
6. Avez-vous observé les progrès suivants chez les personnes qui ont participé aux activités de guérison?

Adoption de mécanismes d'adaptation plus sains.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Développement d'un sentiment positif de soi —plus d'estime de soi.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Acquisition chez les jeunes de l'estime de soi —découverte de leur valeur personnelle. Expliquez.	Oui	non	incertain
Mieux comprendre les affects associés à l'abus sexuel.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Moyens de se sortir de la dépression.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Aborder/exprimer les idées suicidaires.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les participants ne font plus de tentatives de suicide.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les victimes de violence physique reçoivent de l'aide.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les agresseurs reçoivent de l'aide pour traiter leur problème de violence/ de comportement violent.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les hommes suivent un traitement.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les hommes traitent leur problème de comportement violent.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les personnes obtiennent du soutien de la part des Aînés.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
La collectivité appuie les Aînés.	Oui	non	incertain
Expliquez.			
Les femmes suivent un traitement.	Oui	non	incertain

Expliquez.

L'équipe de guérison communautaire est plus solide. Oui non incertain

Expliquez.

Y a-t-il d'autres aspects non mentionnés où vous voudriez voir des améliorations? Oui non incertain

7. Concernant les 5 groupes (jeunes gens, femmes, Aînés, familles et hommes) que le projet a ciblés, avez-vous remarqué si les personnes appartenant à ces groupes ont demandé du counselling?

   Tous les groupes Oui Non Même situation Rien remarqué

7a. Sur quoi appuyez-vous votre observation?

8. Selon votre point de vue en tant que (membre de l'équipe de guérison communautaire, du Conseil de justice, prestataire de services, etc.), qu'est-ce que vous avez le plus aimé de ce projet?

9. Qu'est-ce que vous auriez voulu voir changer?

10. Depuis la mise sur pied du projet, à votre avis, dans quelle mesure la fréquence (le taux) de ces problématiques a-t-elle changé?

Abus sexuel	a augmenté	est restée la même	a diminué	Je ne sais pas

10a. Pourquoi avez-vous cette impression?

Abus physique	a augmenté	est restée la même	a diminué	Je ne sais pas

10b. Pourquoi avez-vous cette impression?

Suicide	a augmenté	est restée la même	a diminué	Je ne sais pas

10c. Pourquoi avez-vous cette impression?

Incarcération	a augmenté	est restée la même	a diminué	Je ne sais pas

10d. Pourquoi avez-vous cette impression?

Placement d'enfant en famille d'accueil	a augmenté	est restée la même	a diminué	Je ne sais pas

10e. Pourquoi avez-vous cette impression?

11. De quelle façon ce projet a-t-il aidé ou n'a-t-il pas aidé les participants à faire face au problème du suicide et à envisager des solutions?

12. De quelle façon ce projet a-t-il aidé ou n'a-t-il pas aidé les familles à faire face aux problèmes d'alcool, de drogues et/ou de jeux de hasard et à envisager des solutions?

13. De quelle façon ce projet a-t-il aidé ou n'a-t-il pas aidé les participants à faire face aux séquelles de l'abus sexuel, à traiter les traumatismes?

14. Comme participant aux ateliers de formation, de quelle façon cette formation vous a-t-elle aidé sur le plan personnel?

15. Pouvez-vous donner un exemple d'une compétence que vous avez acquise et qui vous a aidé à apporter du soutien aux autres?

16. Avez-vous d'autres commentaires à faire?

Questions obligatoires

A) Quels sont les besoins pré-identifiés que le projet a l'intention de combler?

B) Comment évalueriez-vous la capacité du projet à combler ou à satisfaire ces besoins?

6	5	4	3	2	1	0
Très bien, difficile d'imaginer des améliorations à apporter	Très bien, pourrait être améliorée quelque peu	Assez bien, mais pourrait être améliorée quelque peu	A de la difficulté à répondre aux besoins liés à l'abus physique et sexuel	Très peu, a besoin d'améliorations importantes	Ne répond aucunement à cette problématique	N'est pas sûr

C) Dans quelle mesure le projet s'est-il montré responsable devant la collectivité (c.-à-d. a communiqué de façon directe (simple) et concrète avec la collectivité et a accepté sa participation)? Veuillez ne choisir qu'une seule réponse.

6	5	4	3	2	1	0
Très bien, difficile d'imaginer des améliorations à apporter	Très bien, pourrait être améliorée quelque peu	Assez bien, mais pourrait être améliorée quelque peu	A de la difficulté à répondre aux besoins liés à l'abus physique et sexuel	Très peu, a besoin d'améliorations importantes	Ne répond aucunement à cette problématique	N'est pas sûr

Veuillez expliquer pour quelle raison vous avez cette impression.

D) Dans quelle mesure est-ce que les méthodes, les activités et les processus décrits dans l'accord de financement ont permis d'atteindre les résultats souhaités? Veuillez ne choisir qu'une seule réponse.

6	5	4	3	2	1	0
Très bien, difficile d'imaginer des améliorations à apporter	Très bien, pourrait être améliorée quelque peu	Assez bien, mais pourrait être améliorée quelque peu	A de la difficulté à répondre aux besoins liés à l'abus physique et sexuel	Très peu, a besoin d'améliorations importantes	Ne répond aucunement à cette problématique	N'est pas sûr

Veuillez expliquer pour quelle raison vous avez cette impression.

E) Le projet sera-t-il en mesure de continuer à fonctionner, c.-à-d. poursuivre ses activités, lorsqu'il ne recevra plus de financement de la Fondation?

F) Dans quelle mesure le projet est-il capable d'exercer un contrôle et d'évaluer ses activités? Veuillez ne choisir qu'une seule réponse.

6	5	4	3	2	1	0
Très bien, difficile d'imaginer des améliorations à apporter	Très bien, pourrait être améliorée quelque peu	Assez bien, mais pourrait être améliorée quelque peu	A de la difficulté à répondre aux besoins liés à l'abus physique et sexuel	Très peu, a besoin d'améliorations importantes	Ne répond aucunement à cette problématique	N'est pas sûr

Veuillez expliquer pour quelle raison vous avez cette impression.