Le Conseil de la Nation Atikamekw

Numéro de projet : DV-310-QC

Rapport d`étude de cas

Koskikiwetan

Rédigé par :

Wanda Gabriel et Louise Tassé

assistées de Melissa Gabriel-Ferland

Sous la direction de :

Kimberly A. Scott du Service de recherche en santé Kishk Anaquot

Réalisé à l'intention du :

Conseil d'administration de la Fondation autochtone de guérison

Juin 2002

Table des matières

Remerciements ..... **iii**

1. Introduction **1**

2. Vue d'ensemble du projet. Réflexion holistique **1**
2.1 Caractéristiques des participant(e)s 3
2.1.1 Description du milieu naturel 7
2.2 L'équipe du projet—Le personnel, la formation et les bénévoles 7
2.3 Profil de la Nation Atikamekw et des trois communautés—Le contexte 9

3. Faire preuve de bon sens—Processus de collecte de données **10**
3.1 Réflexion logique—Activités et résultats 11

4. Notre espoir de changement **15**
4.1 Les suicides 16
4.2 Les abus physiques 19
4.3 Les abus sexuels 20
4.4 La détresse psychologique et les pensées et actions suicidaires 21
4.5 La consommation de substances psychotropes 24
4.6 Synthèse de la perception des changements 25

5. Présentation des résultats **27**
5.1 Influence sur les personnes—Les intervenant(e)s et les participant(e)s 28
5.2 Changements perçus dans la collectivité 35
5.3 Partenariats et viabilité du projet 39
5.4 Joindre les personnes ayant les plus grands besoins 39
5.5 Responsabilisation 40
5.6 Pratiques prometteuses et efficacité 40
5.7 Défis à relever 41
5.8 Leçons retenues 42

6. Conclusions **42**

7. Recommandations **43**

Notes 44

Appendice 1) Questionnaires des entrevues sur le terrain 46
Appendice 2) Questionnaire d'évaluation 49

Tableaux

Tableau 1) Taux de participation par genre d'activités, 1999–2000 4
Tableau 2) Sommaire de la participation selon les caratéristiques des participants 6
Tableau 3) Ressources humaines dans la direction des services sociaux Atikamekw 8
Tableau 4) Population et superficie des communautés de la Nation Atikamekw, 2000 9
Tableau 5) Activités de formation et de thérapie, 1999–2000 14

Tableau 6) Taux de mortalité générale (x 1000), 1996 17
Tableau 7) Taux de suicide par groupe d'âge, 1996 17
Tableau 8) Proportion des suicides selon les groupes d'âge chez les Atikamekw (1977–1998) 18
Tableau 9) Décès par suicide selon l'âge et le sexe, de 1998 à 2002 19
Tableau 10) Répondants agressés physiquement selon le sexe, le groupe d'âge, la scolarité et le revenu, Wemotaci, 1997 20
Tableau 11) Répondants ayant été victimes d'abus sexuels selon le sexe, le groupe d'âge, la scolarité et le revenu 21
Tableau 12) Proportion des répondants âgés de 15 ans et plus ayant pensé au suicide, prévu un moyen de se suicider et tenté de se suicider 21
Tableau 13) Détresse psychologique des répondants de 15 ans et plus selon diverses caractéristiques se rapportant au ménage, 1997 22
Tableau 14) Répondants de 15 ans et plus selon les indices de pensées suicidaires et le fait d'avoir été agressés sexuellement et/ou physiquement, 1997 22
Tableau 15) Répondants qui ont consulté un professionnel de la santé après avoir fait une tentative de suicide, selon le groupe d'âge, le sexe, l'état matrimonial, la scolarité, l'occupation et le revenu, 1997 23
Tableau 16) Tentatives de suicide chez les répondants de 15 ans et plus, selon le sexe et le moyen utilisé 24
Tableau 17) Consommation de substances psychotropes chez les jeunes Atikamekw (1992) et Québécois (1991) selon le type 24
Tableau 18) Proportion des répondants de 15 ans et plus ayant consommé différents types de drogues chez les Atikamekw de Manawan, les Cris et les Inuits 25
Tableau 19) Consommation d'alcool des répondants selon le groupe d'âge, le sexe, l'état civil et le niveau d'études 25
Tableau 20) Fréquence des réponses des participants concernant les méthodes de formation qui les ont le plus aidés 30

Figures

Figure 1) Diagramme de performance—Koskikiwetan 11
Figure 2) Modèle logique—Koskikiwetan 15
Figure 3) Synthèse de la perception des changements en fonction des indicateurs sociaux 26
Figure 4) Changements perçus au niveau du déni 36
Figure 5) Changements perçus au niveau de la compréhension des pensionnats 36
Figure 6) Changements perçus au niveau de la compréhension de la guérison traditionnelle dans la communauté 37
Figure 7) Changements perçus dans le recours aux méthodes de guérison traditionnelles 37
Figure 8) Changements perçus au niveau de l'esprit communautaire 38
Figure 9) Changements perçus au niveau du rétablissement des liens familiaux 38
Figure 10) Changements perçus relativement aux comportements des participants 39

Remerciements

Nous voulons exprimer ici du fond du cœur toute notre reconnaissance à l'endroit de la Nation Atikamekw et surtout au personnel du projet Koskikiwetan pour leur soutien et leur accueil si chaleureux à l'occasion de cette étude. Nous remercions particulièrement les gens des communautés qui nous ont ouvert leurs portes et leurs cœurs pour nous raconter leur histoire et nous faire partager leurs expériences sans lesquelles cette étude n'aurait pas été possible.

Nous aimerions aussi remercier notre assistante Melissa Gabriel-Ferland pour son aide et ses bonnes idées. Elle a consciencieusement pris des notes et s'est assurée que l'usage de la langue française de Wanda était approprié.

Un très grand merci à Kim Scott du Kishk Anaquot Health Research pour son immense patience, son ouverture d'esprit, ses précieux enseignements et ses judicieux conseils.

Tout au long de ce travail de collaboration, nous avons su toutes les deux nous compléter et échanger nos connaissances et nos sensibilités respectives. Nous sommes très satisfaites et très contentes d'avoir pu travailler ensemble.

Merci, Nia : wen

Wanda Gabriel et Louise Tassé

Note : Afin de faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé comme genre neutre.

1. Introduction

L'évaluation des incidences de la Fondation autochtone de guérison sur le mieux-être communautaire comprend treize études de cas dont le but est de fournir une vision détaillée et holistique des projets et de leurs répercussions. La compilation des données, leur analyse et leur synthèse ont été effectuées par des coordonnatrices de soutien communautaire sous la direction des Services de recherche en santé Kishk Anaquot.

Le projet qui fait l'objet de cette étude de cas s'intitule « Le retour aux sources » ou *Koskikiwetan* en Atikamekw (Projet financé par la FADG DV-1311-QC). Ce projet comprend trois phases d'activités offertes individuellement et en groupe dans les trois communautés de la Nation Atikamekw, Opitciwan, Manawan et Wemotaci :

1) formation des intervenants et des conseillers et établissement d'un réseau d'entraide;
2) processus de conscientisation et d'éducation relatif aux événements et séquelles des pensionnats;
3) processus de guérison.

Les sources d'information utilisées dans cette étude de cas comprennent des dossiers du projet (la proposition et demande de financement, l'entente de contribution et les rapports trimestriels), des entrevues effectuées sur le terrain avec des membres de l'équipe du projet et des prestataires de services choisis dans la communauté, des documents et données recueillis par les coordonnateurs du soutien communautaire participant au processus de l'étude de cas.

2. Vue d'ensemble du projet—Réflexion holistique

Le projet Koskikiwetan du Conseil de la Nation Atikamekw fait suite au projet pilote Miromatisiwinik présenté à la FADG le 15 mai 1999. Le projet Koskikiwetan[1] a débuté en juillet 1999 et, au moment de la rédaction du rapport, il en était à sa troisième année d'opération. Le projet Koskikiwetan poursuit effectivement, au sein des mêmes communautés d'Opitciwan, Manawan et Wemotaci, les mêmes objectifs que Miromatisiwinik : la formation des intervenants et des conseillers et l'établissement d'un réseau d'entraide, la conscientisation/éducation au sujet des séquelles des pensionnats et la guérison. Le projet Koskikiwetan a fonctionné grâce à une allocation budgétaire de la FADG de 517 317 $ du 1er juillet 1999 au 30 juin 2000. Ce projet a par la suite reçu une allocation budgétaire de 539 365 $ du 1er novembre 2000 au 31 octobre 2001. Ce qui fait un total d'allocation budgétaire de 1 056 682 $ pour ses deux premières années de fonctionnement. Cette étude se concentre sur la période débutant le 1er juillet 1999 et se terminant le 31 octobre 2001. Elle évalue spécifiquement les résultats et les impacts des activités de formation, de thérapie et de l'établissement du réseau d'entraide pour lesquelles nous disposons de données mesurables qualitativement et quantitativement.

Le projet Koskikiwetan a pour but de restaurer l'harmonie individuelle et collective de ses membres afin de leur redonner la fierté et la dignité qu'ils ont perdues au cours de leur passage dans l'institution totalitaire qu'étaient les pensionnats. Chez les Atikamekw, la question du syndrome des pensionnats a refait surface en 1997 à l'occasion de la conférence Jeunesse Atikamekw qui avait été organisée dans le cadre de la série de conférences et de colloques locaux et nationaux traitant des différents aspects de la vie sociale

et communautaire. Près du tiers des membres de la Nation Atikamekw ont fréquenté les pensionnats d'Amos et de Pointe-Bleue. À la suite d'un atelier sur le syndrome des pensionnats en 1998, le comité organisateur de cet atelier a réalisé les souhaits des participants en recommandant la mise sur pied de programmes destinés aux communautés. Ce processus de guérison a donc débuté avant l'annonce de la création de la FADG dans la foulée du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Il s'inscrit dans un cheminement choisi par les membres et non influencé par des éléments extérieurs. Voici en quels termes l'équipe de Koskikiwetan exprimait à ce sujet la contribution du projet à la guérison des séquelles des pensionnats :

> Le projet contribuera à finaliser la formation de base de la plupart des intervenants communautaires et des conseillers, ceci dans le but de renforcer les capacités des ressources humaines impliquées dans la guérison communautaire. Le projet contribuera également à offrir une thérapie adaptée à la culture et aux valeurs atikamekw qui tiendra compte des facteurs intergénérationnels et des besoins spécifiques des membres de la Nation Atikamekw.

Le projet a pour objectif général de promouvoir le changement vers un mieux-être individuel et collectif au moyen d'un processus de conscientisation relatif à l'expérience des pensionnats, d'activités thérapeutiques diversifiées et de formation permettant de parfaire les compétences et les connaissances des intervenants et des conseillers en cette matière. Concernant les activités de formation et de thérapie, l'équipe du projet a formulé les trois objectifs spécifiques suivants, lesquels correspondent aux trois phases du projet :

- **Former des intervenants locaux et des conseillers**
  Afin de compléter le cycle de formation initié dans le premier projet pilote (Miromatisiwinik), l'équipe a choisi trois domaines de formation qui pourront répondre spécifiquement aux types d'intervention reliés au syndrome des pensionnats. Les domaines de formation sont identifiés comme suit : formation de technique d'intervention en abus sexuel; formation en gestion de situation de crise; formation en technique d'animation de groupe. Les intervenants et les conseillers ont d'abord été invités à participer au processus d'adaptation de la thérapie l'enfant intérieur et à s'engager personnellement dans ce processus thérapeutique afin de faire ultérieurement de la formation. Cette démarche vise également à transformer une thérapie de cinq jours en une thérapie de douze jours incluant une série d'activités d'information et d'activités en milieu naturel (en forêt).
- **Mettre sur pied un processus de thérapie**
  La thérapie est offerte aux Survivants des pensionnats, ainsi qu'à leur famille. Chaque groupe bénéficie de six sessions de thérapie en milieu naturel parmi lesquelles trois des thérapies pour jeunes se font dans le cadre d'une expédition en canot sur le territoire. Cette dernière démarche s'inscrit également dans un cadre thérapeutique parce que l'une des premières conséquences des pensionnats a été d'enlever aux enfants l'accès à leur culture et à leur territoire. Chaque thérapie a une durée de 15 jours à raison de deux thérapies par mois, l'une pour les adultes et l'autre pour les jeunes, se déroulant entre les mois de mars et d'août. Une rencontre est prévue entre les deux groupes de thérapie à la fin de chaque mois. Cette façon de faire s'inscrit dans un désir d'établir des ponts entre les générations qui ont subi les conséquences des pensionnats dans un contexte différent.
- **Faire de l'intervention psychosociale, de la pré-thérapie et de la post-thérapie**
  Les intervenants et les conseillers communautaires sont en disponibilité pendant toute la durée du projet afin de poursuivre le processus d'intervention psychosociale. Ils sont également invités à offrir des séances de pré-thérapie et de post-thérapie. « De plus, plusieurs autres activités sont organisées dans chacune des trois communautés dans un esprit de continuité avec le premier projet. Parmi ces activités, l'emphase est mise sur les cercles de partage afin de pouvoir inclure le plus grand nombre de participants dans le processus de guérison. »

En somme, tout comme le premier projet pilote, le projet Koskikiwetan fait appel aux ressources locales déjà existantes plutôt que de s'en remettre à des spécialistes. Signalons que le projet a également comme objectif de consolider les réseaux permanents de communication tant au niveau local que régional afin d'en assurer la permanence. Dans les parties suivantes, nous décrivons les caractéristiques des participants, l'équipe du projet et le profil de la Nation Atikamekw et de ses trois communautés Opitciwan, Wemotaci et Manawan.

2.1 Caractéristiques des participants

Parce qu'il met l'accent sur les séquelles des pensionnats au niveau des relations familiales et intergénérationnelles, le projet Koskikiwetan cible des participants de toutes les générations pour les activités thérapeutiques et de conscientisation. La population de la Nation Atikamekw est une population jeune : 60 % de ses membres ont moins de 25 ans. Les personnes de tout âge sont invitées à participer aux activités de guérison sans restriction : soupers communautaires, activités, sorties de thérapie, présentations de pièces de théâtre, rencontres avec des Aînés, colloques, cercles de partage, rencontres individuelles avec un psychothérapeute ou un psychologue (pour les jeunes, ils doivent être accompagnés de leurs parents pour les colloques et/ou rencontres). Seuls les adultes de plus de 25 ans sont invités à participer aux activités de formation et aux rencontres entre intervenants et les membres du projet.

La population visée comprend tous les Autochtones. Le projet s'adresse à des participants ayant des besoins spéciaux qui appartiennent aux groupes sociaux suivants : Survivants des pensionnats, générations ultérieures qui ont été affectées, homosexuels, handicapés, non autochtones, aînés. Le recrutement devait se faire avant la mise en opération véritable du projet Koskikiwetan au moyen d'une sensibilisation générale préalable par l'établissement de comités et de services tels que : la mise en place d'un comité régional qui a recueilli les témoignages des personnes dans chaque communauté; la mise en place de comités locaux d'entraide; l'intégration de services de guérison à l'intérieur des activités déjà offertes par les services de santé et de services sociaux; des séances d'information auprès des jeunes (écoles, maisons de jeunes, etc.), des cercles de partage intercommunautés avec d'autres nations; l'organisation de séances d'information publiques dans chaque communauté. Au niveau local et médiatique, on a utilisé le système de communication existant pour rejoindre tous les segments de la population : radio communautaire, télévision communautaire, production de dépliants atikamekw-français, réunions avec les leaders des communautés. Le vidéo et la pièce de théâtre produits ensuite dans le cadre du projet servent maintenant de moyen de sensibilisation et de recrutement. L'équipe a poursuivi son travail de promotion et de sensibilisation régulièrement via la radio et la télévision communautaires, et les coordonnateurs locaux se sont chargés de la promotion du projet. De plus, l'équipe du projet s'est assurée que chaque participant au projet rencontre un agent de police de la Sûreté du Québec afin d'effectuer des vérifications judiciaires. Tous les participants ont jusqu'à date un dossier vierge.

Le tableau 1 indique le taux de participation par genre d'activités selon le sexe et l'âge des participants.[2] On voit que les enfants de 0 à 14 de la communauté d'Opitciwan[3] n'ont pas participé aux activités de guérison qui leur étaient accessibles alors que, dans les deux autres communautés de Wemotaci et de Manawan, ils y participaient. Dans les trois communautés, on constate que les femmes participantes sont deux fois plus nombreuses que les hommes.

Tableau 1) Taux de participation par genre d'activités, 1999–2000[4]

Activités/Communautés	Âge	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
1) OPITCIWAN	0–14:			
	15–25:	9	5	14
	26–49:	43	16	59
	50+:	12	3	15
Visionnement restreint du vidéo	0–14:			
	15–25:	2	1	3
	26–49:	3	5	8
	50+:	1	2	3
Rencontres individuelles	0–14:			
	15–25:			
	26–49:	5	3	8
	50+:	3	1	4
Visionnement public du vidéo	0–14:			
	15–25:	4	2	6
	26–49:	22	3	25
	50+:	3		3
Thérapie avec psychologue	0–14:			
	15–25:	3	2	5
	26–49:	13	5	18
	50+:	5		5
2) WEMOTACI	0–14:	1	5	6
	15–25:	23	13	36
	26–49:	84	44	128
	50+:	38	21	59
Atelier et souper	0–14:		1	1
	15–25:	1		1
	26–49:	16	2	18
	50+:			
Activités de prévisionnement du vidéo	0–14:			
	15–25:			
	26–49:	9	9	18
	50+:	3	2	5
Formation sur la relation d'aide avec un psychologue	0–14:			
	15–25:			
	26–49:	4	2	6
	50+:	3	3	6
Visionnement du vidéo	0–14:	1	1	2
	15–25:	17	7	26
	26–49:	37	22	59
	50+:	20	4	24
Rencontre intervenants et aidants naturels	0–14:			
	15–25:			
	26–49:	3	2	5
	50+:	3	2	5
Cercle de partage	0–14:			
	15–25:	1		1
	26–49:	2		2
	50+:	4	2	6
Sortie de thérapie	0–14:		3	3
	15–25:	2	3	5
	26–49:	5	5	10
	50+:	4	8	12
Thérapie avec psychologue	0–14:	2	1	3
	15–25:	8	2	10
	26–49:			
	50+:	1		1
3) MANAWAN	0–14:	15	20	35
	15–25:	57	37	94
	26–49:	157	92	249
	50+:	48	33	81
Thérapie avec psychologue	0–14:			
	15–25:	2	2	4
	26–49:	7	5	12
	50+:	2	1	3

Activités/Communautés	Âge	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Rencontre avec les aîné(e)s	0–14:			
	15–25:			
	26–49:	3	2	5
	50+:	4	6	10
Présentation de la pièce de théâtre	0–14:	15	15	30
	15–25:	22	18	40
	26–49:	70	49	110
	50+:	11	9	20
Rencontre avec les adolescents	0–14:	6	1	7
	15–25:			
	26–49:			
	50+:			
Colloque avec le service d'éducation	0–14:		1	1
	15–25:	20	15	35
	26–49:	31	23	54
	50+:	25	15	40
Rencontre individuelles avec psycho-thérapeute	0–14:		4	4
	15–25:	4		4
	26–49:	15	8	23
	50+:			
Lancement du vidéo	0–14:			
	15–25:	2	1	3
	26–49:	17	12	29
	50+:	6	1	7
Total des participants dans les trois communautés	0–14:	16	25	41
	15–25:	89	55	144
	26–49:	282	152	434
	50+:	98	57	155
GRAND TOTAL		**485**	**289**	**774**

À l'aide des données disponibles dans les rapports trimestriels d'activités, le tableau 2 indique le sommaire de la participation dans les trois communautés selon l'âge, le statut, le groupe social et le sexe des participants pour la première et la deuxième années de fonctionnement du projet, soit 1999-2000 et 2001-2002. Pendant la première année dans les trois communautés, la majorité des participants étaient des personnes inscrites résidant dans une réserve et les femmes étaient toujours plus nombreuses dans l'ensemble des activités. La participation des personnes non autochtones a été plus nombreuse dans la communauté de Manawan où le nombre total de participants a été aussi plus important. Au cours de la deuxième année, on remarque que les femmes sont toujours plus nombreuses à participer aux activités. Il y a aussi une augmentation des personnes de 50 ans et plus. Le nombre de participants non autochtones a fortement diminué, passant de 70 à 2 personnes pour la deuxième année. La participation totale a sensiblement diminué de 3 %. Par contre, la participation des Survivants des pensionnats a augmenté d'un peu plus de 1 %. La participation des aînés est restée sensiblement la même.

Tableau 2) Sommaire de la participation selon les caratéristiques des participants[5]

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total	
	1999–00	2000–01	1999–00	2000–01	1999–00	2000–01
Groupe d'âge						
0–14 ans	16	7	25	20	41	27
15–25 ans	89	66	55	62	144	128
26–49 ans	282	164	152	72	434	236
50 ans et +	98	111	57	57	155	168
Statut des participants						
Inscrits résidant dans une réserve	435	308	252	185	687	493
Inscrits résidant hors réserve	11	27	8	3	19	30
Non inscrits résidant dans une réserve		1				1
Non inscrits résidant hors réserve						
Métis						
Inuit						
Non autochtones	39	1	31	1	70	2
TOTAL	485	337	291	189	776	526
Groupe social des participants						
Survivant(e)s des pensionnats	162	228	75	94	237	322
Générations ultérieures qui ont été affectées	84	102	63	90	147	192
Homosexuel (le)s						
Handicapé (e)s						
Non autochtones	8		9		17	
Aîné (e)s	9	7	4	5	13	12
TOTAL	263	337	159	189	422	526

L'équipe du projet a rapporté plusieurs difficultés et défis sérieux dans leurs rapports trimestriels. Comme l'équipe n'a pas participé au sondage national de la FADG, nous ne pouvons pas comparer ces difficultés et défis à ceux des autres projets de la FADG. Dès le début, la mobilisation de la population a été difficile. Le processus s'est avéré de longue durée en raison de certaines réticences face au projet. Pour amorcer le projet, les intervenants ont dû faire des contacts personnels par téléphone et par écrit afin de s'assurer d'avoir une bonne participation aux séances d'information. Les coordonnateurs locaux ont dû remettre à trois ou quatre reprises les rencontres afin de consulter le plus de gens possible.

La radio communautaire a été le moyen de communication priorisée mais, dans la communauté de Wemotaci, la radio communautaire ne fonctionnait que de façon sporadique. Les recherches pour la

production du vidéo ont commencé dès décembre 1999 mais, comme l'évaluation du montage du vidéo avait été mal faite, le lancement a été remis à trois reprises. Deux écoles de pensée sont présentes dans les communautés à l'égard des séquelles des pensionnats : celle où les gens dénient le syndrome des pensionnats et n'admettent pas le besoin de guérison et celle où les gens sentent qu'ils ont besoin de soutien pour surmonter le syndrome et s'engager dans un cheminement de guérison.

2.1.1 Description du milieu naturel thérapeutique

Les thérapies se font en milieu naturel. Il y a deux sites différents. L'un pour les sessions se déroulant l'hiver et l'autre pour les sessions d'été. Le site d'hiver est accessible du mois d'octobre au mois de mai. Sur ce site, il y a huit chalets différents pour dormir, une cabane qui sert de cuisine et des cabanes qui servent de douches et de toilettes. Le site d'été est également localisé en pleine forêt, dans un endroit qui n'est accessible que par canot. Pour s'y rendre, les intervenants et participants doivent partir en canot, faire un portage. Les participants doivent eux-mêmes monter leur tente. La cuisine est aménagée dans une cabane de bois rond et la douche et les toilettes sont aménagées dans une cabane semblable mais séparée.

2.2 L'équipe du projet—Le personnel, la formation et les bénévoles

L'équipe de travail du projet est composée des membres suivants:

- Un responsable du projet
- Une coordonnatrice régionale
- Trois coordonnateurs locaux
- Un superviseur clinique
- Des intervenants et des thérapeutes locaux
- Du personnel de soutien (cuisinière, employé affecté à l'entretien)

Comme le projet s'adresse à trois communautés de la Nation Atikamekw, l'équipe du projet nécessite la collaboration de coordonnateurs et d'intervenants locaux et la supervision de ces derniers par une coordonnatrice régionale. La coordonnatrice régionale offre un support technique aux coordonnateurs locaux et est responsable du processus d'évaluation. Le rôle des coordonnateurs locaux, au nombre de trois (un dans chaque communauté), est de procéder à l'analyse des besoins, de superviser et de coordonner les activités de conscientisation, de consultation et de guérison. Le superviseur clinique de l'équipe doit fournir des conseils cliniques, des activités de formation, de conscientisation et de guérison, recommander des méthodes de travail et répondre à des besoins cliniques spécifiques. L'équipe doit travailler en collaboration avec les services sociaux et éducatifs du Conseil de la Nation Atikamekw (Atikamekw Sipi) ainsi qu'avec les autres services administratifs et consultatifs de la Nation. En effet, le projet Koskikiwetan est issu d'une initiative conjointe entre la direction des Services sociaux du Conseil Tribal Atikamekw et les départements de Santé et services sociaux, de l'éducation et des services policiers des trois communautés.

Avant de demander une subvention à la FADG, le coordonnateur du projet a voulu obtenir la participation de certains intervenants sociaux. C'est ainsi qu'une équipe initiale et locale de 14 personnes, dont une psychologue et un avocat a été formée; plus de la moitié des membres de l'équipe étaient des Survivants des pensionnats. La coordination régionale actuelle et les coordinations locales du projet Koskikiwetan ont été mis en place dès le début de fonctionnement du projet au mois de juillet 1999. Les membres de l'équipe de projet sont Atikamekw, sauf la responsable du projet et le superviseur clinique psychologue qui ont, par contre, une grande expérience de travail avec les communautés autochtones du Québec.

Outre les tâches de gestion et de coordination mentionnées ci-haut, la coordonnatrice régionale s'est assurée de la mise en place et du bon fonctionnement du système de gestion de l'information relative aux activités professionnelles, cliniques et administratives. Elle a vu à l'embauche du personnel requis et elle s'est assurée notamment de l'accueil, de la participation, de la motivation, de la valorisation des ressources humaines participant au projet. Il a été aussi de son ressort de représenter l'équipe de Koskikiwetan auprès des organismes du milieu ainsi qu'au diverses tables et comités reliés à ses responsabilités. Outre les tâches d'analyse des besoins et de supervision des activités de formation et de guérison mentionnées ci-haut, les coordonnateurs locaux ont travaillé en étroite collaboration avec la coordonnatrice régionale et le superviseur clinique et agi comme personnes ressources et comme conseillers auprès des groupes d'entraide en développant des outils et des méthodes de travail. Ils ont recommandé les modifications appropriées, coordonné les activités communautaires et participé activement à l'évaluation du programme. Outre ses tâches cliniques immédiates et de supervision, le superviseur clinique a contribué avec les coordonnateurs locaux à la conception, au contrôle et à l'évaluation du programme et des services. Il a recommandé des mécanismes de promotion et d'évaluation de la qualité des services et vu à leur actualisation. Il a assisté la coordonnatrice régionale à la coordination des activités communautaires en collaboration avec les coordonnateurs locaux. Parmi les bénévoles, l'équipe du projet a bénéficié de l'appui d'Aînés des trois communautés qui ont participé en tant que guides spirituels et conseillers, ainsi qu'au sein des divers comités.

Les services locaux et régionaux ont offert au projet divers services dont :

- les services éducatifs, linguistiques et culturels du système scolaire Atikamekw;
- le Conseil régional éducatif, linguistique ;
- des membres de l'équipe des services pédagogiques atikamekw ;
- l'Institut linguistique atikamekw (Wasikahikan),
- la Table ronde pédagogique
- la Table ronde culturelle
- les services documentaires de la Nation Atikamekw
- les services enfance-jeunesse-famille comprenant les services de prévention et de promotion de la santé et du mieux-être ; les services auprès de jeunes agresseurs; les services ressources et réadaptation aux jeunes en difficulté;
- d'autres services offerts aux adultes et aux personnes âgées.

La direction des services sociaux Atikamekw comprend les ressources humaines suivantes telles qu'indiquées au Tableau 3 :

Tableau 3) Ressources humaines dans la direction des services sociaux Atikamekw[6]

Équipes locales	Coordonnateur	Interv. prof.	Interv. comm.	Soutien
Manawan	1	1	4	1
Opitciwan	1	1	4	1
Wemotaci	1	1	3	1
Équipe régionale				
Directeur	Directeur des services professionnels	Services conseils	Intervenants communautaires	Soutien
1	1	3	1	2

2.3 Le contexte communautaire

Les trois communautés de la Nation Atikamekw sont situées dans les régions de la Haute-Mauricie et de Lanaudière : Opitciwan, située sur les rives du réservoir Gouin ; Wemotaci, située sur les bord de la rivière Saint Maurice, au nord de LaTuque et Manawan, au nord de Saint- Michel-des Saints. La majorité des membres de la Nation Atikamekw habitent l'une des trois communautés.

Tableau 4) Population et superficie des communautés de la Nation Atikamekw, 2000[7]

Communautés	Membres	Superficie
Opitciwan	1795	926, 76
Wemotaci	1106	2,978, 00
Manawan	1638	771, 36

Comprenant plus de 4500 membres, la Nation Atikamekw est la cinquième nation autochtone au Québec en terme d'effectif démographique. C'est une nation jeune : les moins de 25 ans représentent plus de 60 % de la population. Ces trois communautés sont localisées au coeur d'un vaste territoire qui, depuis des centaines d'années, est parcouru par les Atikamekw. Certaines communautés de ce territoire occupé par la Nation Atikamekw ne sont accessibles que par des chemins de terre difficilement praticables, ce qui peut constituer une contrainte relativement à la coordination du projet qui se déroule dans des lieux très éloignés les uns des autres.

Durant des siècles, bien avant la venue des Européens, les Atikamekw ont habité ce territoire qui leur assurait leur subsistance et au sein duquel reposent désormais leurs ancêtres. Tout en participant à la vie moderne, les Atikamekw sont encore très près de leur mode de vie traditionnelle, lequel est axé sur une étroite relation avec la nature. La Nation Atikamekw a été structurellement acculturée à la langue française et à la religion catholique au tournant du vingtième siècle. Dans chacune des trois communautés, on a implanté des églises catholiques romaines. Aujourd'hui, la Nation Atikamekw possède un système scolaire qui lui est propre et qui a comme objectif de promouvoir l'éducation, la langue et la culture atikamekw et d'implanter un système bilingue d'enseignement (atikamekw et français) au sein de chaque communauté. Ce système scolaire est constitué d'un Conseil régional éducatif, linguistique et culturel (CRELC), d'une équipe de services pédagogiques élaborant les programmes d'études et le matériel didactique, de l'Institut linguistique atikamekw (Wasikakikan), créé en 1983, représentant l'autorité en matière linguistique, d'une Table ronde pédagogique et d'une Table ronde culturelle.

Le conseil de la Nation Atikamekw a été créé en 1982 et est formé des chefs de chaque communauté. Ce conseil a un rôle politique, administratif et de négociation. En plus d'assurer la prestation des services éducatifs, linguistiques, culturels, sociaux, documentaires, le Conseil de la Nation Atikamekw offre les services techniques nécessaires auprès des trois communautés Atikamekw afin qu'elles puissent mener à bien tous leurs projets d'aménagement communautaire (construction, planification, entretien, etc.).

Rappelons que c'est au cours d'une conférence jeunesse ayant eu lieu en 1997, que des membres de la Nation Atikamekw se sont rassemblés pour faire la lumière sur les séquelles et les conséquences des traumatismes subis dans les pensionnats. L'objectif de ces ateliers était de trouver des solutions. À cette conférence, il est ressorti clairement qu'un total de 119 enfants d'Opitciwan, de 212 de Wemotaci et

de 125 à Manawan ont fréquenté ces pensionnats. À la suite de ces ateliers, les participants ont fait les recommandations suivantes :

- mettre en place des mécanismes d'entraide;
- organiser des cercles de guérison en amenant et en encourageant les gens à faire part de leurs expériences dans les pensionnats et de le faire pour eux-mêmes, pour leurs enfants et leurs petits-enfants;
- instaurer dans les plus brefs délais un service d'urgence pour les gens qui ont des besoins présents et immédiats;
- à l'aide des témoignages des participants ayant reçu l'aide des autres plus âgés, identifier et enseigner les valeurs Atikamekw telles que l'entraide et la spiritualité, et ainsi, aider les gens à traiter les séquelles des pensionnats et surtout à trouver des solutions;
- former un cercle de guérison *familial* pour les parents et leurs descendants;
- former un cercle de guérison pour les gens ayant vécu la même expérience;
- former un cercle de guérison *communautaire* (aîné(e)s et jeunes);
- former un cercle de guérison *intercommunautaire*;
- former un cercle ou organiser des rencontres avec des gens des autres nations qui ont vécu dans des milieux similaires;
- former dans les plus brefs délais un groupe de travail ou un comité d'étude qui élaborerait un programme d'aide afin d'améliorer les conditions de vie des Autochtones, surtout en matière d'éducation et de formation professionnelles. Ce programme d'aide devrait porter sur les quatre thèmes suivants :
    - renouvellement des relations avec les Premières Nations;
    - consolidation des gouvernements autochtones;
    - nouvelles relations financières;
    - renforcement des populations et des communautés autochtones et étude des compensations;
- ouvrir un centre de thérapie adaptée (counselling);
- réfléchir sur l'analogie socioculturelle entre le pensionnat et la *réserve*;
- amorcer un *retour aux sources* et des pratiques de vie ancestrales;
- entreprendre un rééquilibre social et un processus de réconciliation sur le plan individuel et collectif;
- mettre en place des mécanismes de préservation des sites patrimoniaux tels que les lieu de naissance des ancêtres et des vivants.

3. Faire preuve de bon sens—Processus de collecte de données

Avant d'effectuer la collecte de données dans les trois communautés, tous les dossiers du projet ont été soigneusement révisés (la demande de financement et les rapports trimestriels, des données pertinentes sur le suicide dans les communautés Atikamekw et des données sur les témoignages et les recommandations faites par les participants lors de la conférence jeunesse). Après une révision initiale de toute la documentation disponible, un modèle logique et un diagramme de performance ont été conçus pour fournir un outil de mesure et un survol du projet. Le questionnaire servant aux entrevues (voir Appendice 1) a été construit en vue d'approfondir et de préciser l'information contenue dans les rapports de l'équipe du projet et en fonction des indicateurs de changement ressortis dans le diagramme de performance. Pendant la semaine du 13-16 mai 2002, le coordonnateur du soutien communautaire et son assistante sont allés dans les communautés de la nation Atikamekw pour recueillir des données de personnes participant au projet, de l'information sur les participants et consulter les archives des communautés; toutes les personnes rencontrées se sont montrées très ouvertes et coopératives. Quinze entrevues ont été effectuées. Le diagramme de performance ci-dessous présente en détail la mission, les objectifs immédiats et buts du projet. Ce guide de référence a été utilisé afin de déterminer quelle information devrait être obtenue pour permettre d'évaluer les changements.

Figure 1) Diagramme de performance—Koskikiwetan

Énonçé de mission : Le projet de la Nation Atikamekw cherche à restaurer l'harmonie individuelle et collective de ses membres afin de leur redonner la fierté et la dignité qu'ils ont perdues dans l'institution totale qu'étaient les pensionnats.			
Comment ?	**Qui ?**	**Que visions-nous**	**Pourquoi ?**
Ressources	**Groupes ciblés**	**Résultats**	
Sensibilisation des membres des communautés aux séquelles du syndrome des pensionnats ; formation des intervenant(e)s locaux en prévention du suicide, en travail de deuil, en relation d'aide, en gestion de situation de crise, en animation de groupe ; thérapie " L'enfant intérieur " pour les futur(e)s intervenant(e)s ; formation sur les abus sexuels ; thérapies individuelles et collectives et interventions psychosociales et culturelles.	Des intervenant(e)s dans les trois communautés ; des ex-pensionnaires de différentes générations et des jeunes.	La formation des intervenant(e)s leur permet de répondre adéquatement aux besoins psychologiques, psychosociaux et culturels des victimes d'abus physiques et sexuels ; l'augmentation du nombre de membres des trois communautés dans le processus de thérapie individuelle et collective.	La constitution d'un fort réseau d'entraide non seulement à l'échelle des trois communautés mais débordant dans la région ; la réduction de l'incidence du suicide, de la consommation d'alcool et de drogue, de la violence conjugale, de la violence physique, de la violence sexuelle, du taux de placement des enfants en foyers d'accueil, du chômage; amélioration des relations familiales, intergénérationnelles et communautaires.
Comment saurons-nous que des transformations individuelles et collectives auront été réalisées ? Quelles transformations individuelles et collectives pourrons-nous constater ? Quelle est l'ampleur et la portée de ces transformations ?			
Ressources	**Groupes ciblés**	**Mesures à court terme**	**Mesures à long terme**
$ 672 290, 16	Les adultes et les jeunes des trois communautés	Augmentation des services psychologiques et psychosociologiques et des activités de cohésion culturelle ; rétablissement des liens familiaux et intergénérationnels et des liens communautaires.	Assurer la continuité des processus thérapeutiques amorcés par le passé dans les trois communautés et orienter ces processus vers la restauration de l'identité et de l'harmonie perdues.

3.1 Réflexion logique—Activités et résultats

Il existe un lien logique entre les activités quotidiennes entreprises par un projet de guérison, c'est-à-dire entre ce que l'on espère atteindre à court terme et les résultats escomptés à long terme. Voici une présentation de ces activités et résultats, tels qu'énoncés en termes d'objectifs à atteindre, de réussites et de difficultés dans les rapports trimestriels du projet Koskikiwetan .

Dans le cas du projet Koskikiwetan, vu le taux important de suicide parmi la population jeune de leurs communautés, le taux élevé de consommation d'alcool et de drogues et les nombreux cas de violence intrafamiliale et sociale, il s'agissait à court terme de former des intervenants communautaires qui seraient aptes à travailler au mieux-être individuel et collectif dans les communautés et d'offrir une thérapie adaptée à la culture et aux valeurs atikamekw. À long terme, le projet a visé à réduire l'incidence du suicide, la

consommation d'alccol et de drogues, la violence conjugale, physique, et sexuelle, le taux de placement en foyers d'accueil et le taux de chômage.

Les objectifs et les résultats escomptés à court terme peuvent être résumés de la façon suivante :

- Former des intervenants locaux spécifiquement aptes à traiter sur les séquelles actuelles des pensionnats en vue de remédier au manque de ressources humaines dans les communautés et d'adapter des thérapies en fonction du contexte socioculturel Atikamekw d'hier et d'aujourd'hui;
- Mettre sur pied un processus de guérison en milieu naturel s'adressant aux jeunes et aux adultes dans le but de donner aux membres des communautés l'accès à leur culture et à leur territoire;
- Faire de l'intervention psychosociale, de la pré-thérapie et de la post-thérapie;
- Articuler les processus thérapeutiques occidentaux avec la spiritualité et les processus de mieux-être inspirés de la culture traditionnelle Atikamekw;
- Consolider le partenariat avec le secteur éducatif du Conseil de la Nation Atikamekw œuvrant dans les trois communautés.

Concernant la première phase du projet Koskikiwetan (formation des intervenants et adaptation des thérapies à la culture Atikamekw), l'équipe dit avoir obtenu les résultats souhaités en terme d'atteinte de résultats à court terme malgré la résistance parmi des membres plus âgés des communautés manifestée à l'endroit du processus de guérison proposé et malgré certaines difficultés techniques relatives au montage d'un vidéo sur l'historique des pensionnats fréquentés par les enfants Atikamekw (Miromatisiwinik).

Avant de procéder aux activités de formation et de thérapie, l'équipe du projet devait entreprendre un processus d'information et de sensibilisation aux faits et aux séquelles des pensionnats auprès des membres des trois communautés. L'équipe a produit un vidéo intitulé *Miromatisiwinik* (Vent du Nord). La présentation de ce vidéo s'est avérée un très bon outil de travail pour les intervenants du projet dans l'initiation au cheminement de guérison individuelle et collective pour les Survivants et les autres membres des communautés. Les activités de formation proprement dites étaient les suivantes : formation sur le deuil, formation de gestion en situation de crise, formation à l'approche holistique, formation au processus de groupe, formation en relation d'aide, formation à l'intervention face au suicide. Seize des intervenants des services sociaux et des services de santé locaux ont reçu en 1999 cette formation entre septembre et décembre. Au cours de la première année, l'équipe du projet a fait un bilan des techniques d'intervention dans les différentes formations. À la lumière de ce bilan et dans le but précis d'articuler les techniques d'intervention conventionnelles à la culture et à la spiritualité autochtones, l'équipe a modifié une thérapie intitulée « l'héritage perpétué », comprenant une approche désignée « l'enfant intérieur », que l'équipe avait l'intention d'adapter à la culture Atikamekw. Cette approche consistait à faire suivre une thérapie aux futurs intervenants de façon à les initier à ce processus thérapeutique. Cette approche a été expérimentée à partir du dernier trimestre de la première année d'opération du projet et s'est poursuivie au cours de la deuxième année du projet. De plus, deux semaines de formation sur les abus sexuels ont été offertes. Par ailleurs, tous les participants avaient accès, dans leur communauté respective, à un service de supervision clinique à raison d'une semaine par mois.

Avant d'entreprendre les processus de thérapie comme tels, l'équipe a procédé à l'engagement de trois psychothérapeutes de façon à pouvoir desservir les trois communautés. Ces psychothérapeutes devaient être présents dans chacune des communautés une semaine sur deux. Un intervenant social à plein temps a été embauché dans chaque communauté et ces intervenants ont travaillé en collaboration étroite avec les psychothérapeutes. Avec l'acquisition de la thérapie l'héritage perpétué, six thérapeutes Atikamekw ont

été formés à l'approche *l'enfant intérieur*. Selon le rapport de l'équipe, comme ces thérapeutes Atikamekw devaient faire de la formation en plus de leur travail régulier au niveau local, ils ont parfois frôlé l'épuisement professionnel.

Les formateurs étaient tous familiers avec le milieu autochtone, ainsi qu'avec les problématiques spécifiques vécues dans les communautés. Soixante quinze pour cent (75%) de la formation a été dispensée par deux psychologues dont l'une est Atikamekw. Le reste de la formation a été dispensée par une formatrice autochtone et deux non autochtones de LaTuque œuvrant dans les services sociaux. Les activités de formation comportaient 40 % de contenu théorique et 60 % de pratique, c'est-à-dire jeux de rôle, mises en situation et étude de cas. Ces premières activités de formation ont fait l'objet d'une évaluation dont les résultats les plus significatifs sont les suivants :

- les participants à la formation sur le deuil étaient très satisfaits à 93 % :
  - point fort : formation enrichissante quoique difficile
  - point faible : manque de documentation écrite
- les participants à la formation de gestion de situation de crise étaient satisfaits à 80 % :
  - point fort : savoir-être et savoir-faire du formateur
  - point faible : dégressions
- les participants à la formation à l'approche holistique étaient satisfaits à 74 %
  - point fort : apprentissage des quatre élément
  - point faible : formation trop courte, démarche pas assez approfondie
- les participants en formation de processus de groupe étaient satisfaits à 50 % :
  - point fort : participation de tout le groupe
  - point faible : trop de contenu pour la courte durée de la formation
- les participants en formation en relation d'aide étaient satisfaits à 91 % :
  - point fort : le partage
  - point faible : la dynamique du groupe fut affectée par le départ d'une participante
- les participants en formation d'intervention face au suicide étaient satisfaits à 67 % :
  - point fort : très bons outils de formation
  - point faible : trop d'activités, pas assez de participants

Un total de 46 personnes ont participé aux activités de formation pendant la première année d'opération du projet. Provenant des trois communautés, il y avait 27 participants en prévention du suicide et en travail de deuil, 30 participants en relation d'aide, 27 participants en processus de groupe et 34 participants en gestion de situation de crise.

Concernant la deuxième phase du projet (guérison), l'équipe dit avoir obtenu des résultats à court terme satisfaisants malgré les difficultés (les mêmes résistances que dans le cas des formations) des intervenants locaux à assurer une bonne participation des membres des communautés aux activités. Chaque groupe de thérapie bénéficiait de six sessions en milieu naturel parmi lesquelles il y avait trois thérapies pour les jeunes se faisant dans le cadre d'une expédition en canot. Chaque thérapie avait une durée de quinze jours à raison de deux thérapies par mois, l'une pour les adultes et l'autre pour les jeunes. La participation a été relativement bonne lors des séances d'information. Un succès à signaler : les intervenants dans les trois secteurs d'activités ont bénéficié des compétences du superviseur clinique.

Toutes les activités de guérison, y compris les cercles de partage (mokocan), ont été échelonnées tout au long du projet. Selon la gravité des besoins, le superviseur clinique devait être disponible. Parmi les méthodes d'intervention traditionnelles, l'équipe du projet a privilégié : les activités en milieu naturel (les témoignages,

les cercles de partage et formation des intervenants); l'utilisation des aidants du milieu; l'utilisation des enseignements traditionnels transmis par les Aînés; les activités de cuisine traditionnelle combinées à des séances d'information auprès des adolescents. Le tableau 5 représente schématiquement la chronologie des activités de formation et de thérapie qui se sont déroulées pendant la première année du projet.

Tableau 5) Activités de formation et de thérapie, 1999–2000

Activités	Trimestre 1			Trimestre 2			Trimestre 3			Trimestre 4		
	sept.	oct.	nov.	déc.	janv	fév.	mar.	avr.	mai	juin.	juil.	aug.
coordonnateur régional	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
intervenants locaux	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
formations	■	■	■									
adaptation thérapies adultes												
adaptation thérapies jeunes				■								
logistiques des thérapiess					■	■						
période d'inscription						■	■	■	■	■	■	
thérapies en milieu naturel												
thérapies adultesy							■	■	■	■	■	■
thérapies jeunes							■	■	■			
thérapies jeunes expéditions canot										■	■	■
intervention psycho-sociale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
suivi pré-thérapie					■	■	■	■	■	■	■	
suivi post-thérapie							■	■	■	■	■	■
supervision clinique							■	■	■	■	■	■
évaluations												■
réunions des comités locaux	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Au sujet de la troisième phase du projet (intervention psychosociale, pré-thérapie et post-thérapie), l'équipe dit avoir atteint les objectifs à court terme qu'elle s'était fixée dans ce contexte. Pendant toute la durée du projet, il s'agissait pour l'équipe Koskikiwetan de mettre des intervenants communautaires à la disposition des personnes affectées. Les intervenants communautaires offraient des séances de pré-thérapie afin de préparer les Survivants et leurs descendants au processus de guérison offert par le projet. Une fois la thérapie complétée, des séances post-thérapeutiques étaient offertes aux participants.

L'équipe a également développé son partenariat avec la Table de concertation d'Opitciwan dont le coordonnateur a assisté aux rencontres du comité local du projet. L'équipe a aussi poursuivi le développement de son partenariat avec la Table de prévention suicide de Wemotaci à laquelle siège le comité local du projet et à laquelle le psychologue superviseur clinique du projet apporte son expertise en matière de prévention du suicide intergénérationnel. L'équipe a contribué à la formation Parents efficaces par l'intermédiaire de l'intervenant et du coordonnateur local de Wemotaci. L'équipe a poursuivi le développement de son partenariat avec les services sociaux de Manawan qui ont apporté leur collaboration et leur support technique au projet en facilitant l'intégration du comité local au milieu. Le modèle logique de la figure 2 ci-dessous schématise la relation logique entre les activités du projet et les bénéfices à court et long termes.

Figure 2) Modèle logique—Koskikiwetan

Activités	Former des intervenants locaux et établir un réseau d'entraide	Offrir des thérapies individuelles et collectives adaptées à la culture autochtone	Développer des moyens de support psychologique et psychosocial aux participants et dans la communauté
Comment l'avons-nous fait ?	Embauche d'un(e) coordonnateur(trice) régional(e), de trois intervenant(e)s locaux et de neuf thérapeutes (cf. Koskikiwetan, vol. 2, postes budgétaires) ; création de comités régionaux et locaux ; formation et développement des ressources humaines.	Six sessions de thérapie s'adressant aux adultes ex- pensionnaires ; six sessions de thérapie s'adressant aux jeunes ; toutes ces thérapies se font en milieu naturel et sont d'une durée de 15 jours chacune ; trois des thérapies pour les jeunes sont effectuées dans le cadre d'une expédition en canot sur le territoire.	Des séances de pré-thérapie afin de préparer les participants au déroulement et aux impondérables (effets imprévisibles) des différents processus thérapeutiques ; des séances de post-thérapie pour soutenir les participants qui auront participé aux différentes thérapies ; Des cercles de partage (mokocan).
Ce que nous avons fait ?	Des formations en prévention du suicide, en travail de deuil, en relation d'aide, en gestion de situation de crise, en animation de groupe ; des formations à la thérapie " L'enfant intérieur " ; des formations sur les abus sexuels.	Deux thérapies par mois, une pour les adultes et une pour les jeunes ; rencontre de chaque groupe (adultes et jeunes) à la fin de chaque mois pour favoriser les échanges de témoignages et faire circuler la parole entre adultes et jeunes.	Des intervenant(e)s communautaires étaient disponibles pendant toute la durée du projet pour répondre aux besoins des participants avant, pendant et après les sessions de thérapie ; plusieurs autres activités de sensibilisation étaient organisées dans les trois communautés dans un esprit de continuité entre le projet Miromatisiwinik et le projet Koskikiwetan.
Ce que nous visions à court terme?	Former des intervenant(e)s aptes à articuler les thérapies traditionnelles avec les thérapies modernes ; développer un solide réseau d'entraide dans les communautés.	Établir des ponts entre les générations qui ont subi les conséquences des pensionnats mais dans un contexte différent ; établir aussi des ponts entre adultes et jeunes de la communauté ; poser les jalons de la mise au jour des limites des changements en fonction des trajectoires individuelles.	Faire participer le plus grand nombre de personnes non seulement dans le processus de thérapie individuelle et collective mais aussi, dans toutes les activités entourant ce processus.
Comment sait-on que les choses ont changé à court terme?	La formation des intervenant(e)s leur permet de répondre adéquatement aux besoins psychologiques, psychosociaux et culturels des victimes d'abus physiques et sexuels ; les réseaux d'entraide existants sont consolidés et d'autres réseaux sont apparus dans la foulée du projet.	Par l'augmentation des interventions psychosociales et psychologiques ; par les réactions et les témoignages des participant(e)s (soignant(e)s et soigné(e)s) au processus thérapeutique ; par l'implication des membres des communautés dans les mouvements et organisations communautaires.	Par l'augmentation du nombre de personnes impliquées directement ou indirectement dans le processus de thérapie individuelle et collective.
Pourquoi faisons-nous ceci ?	Ce processus de dynamisation des ressources locales et de cheminements thérapeutiques individuels et collectifs contribuera à la cohésion de l'identité culturelle et au rétablissement de l'harmonie dans les communautés en redonnant aux personnes la fierté et la dignité ébranlées par la souffrance et l'injustice qui caractérisa l'histoire des pensionnats.		
Comment sait-on que les choses ont changé à long terme ?	Réduction de l'incidence du suicide, de la consommation d'alcool et de drogue, de la violence conjugale, de la violence physique, de la violence sexuelle, du taux des enfants en foyers d'accueil, du chômage ; amélioration des relations familiales et intergénérationnelles.		

4. Notre espoir de changement

Dans cette section, nous présentons les changements que le projet Koskikiwetan souhaite apporter à long terme. Ces changements sont élaborés à l'aide des données disponibles colligées dans les études et les rapports relatifs aux trois communautés de la Nation Atikamekw, ainsi que des témoignages et observations recueillies lors des entrevues effectuées dans deux des communautés Atikamekw (Wemotaci et Manawan) et à la direction du projet avec des informateurs et informatrices clés du projet Koskikiwetan. Les indicateurs sociaux identifiés par le conseil d'administration de la FADG fournissent une base d'évaluation des changements relatifs aux problèmes du suicide, de l'abus physique, de l'abus sexuel, de la détresse

psychologique et des pensées et actions suicidaires, de la consommation de substances psychotropes, du placement des enfants en foyer d'accueil et de l'incarcération. Il faut signaler que nous n'avons pas de données uniformes en termes de lieu et de temps pour toutes les communautés Atikamekw qui pourraient nous permettre de faire des comparaisons entre les trois communautés.

4.1 Les suicides

Le suicide se définit comme «... une blessure que quelqu'un s'inflige intentionnellement dans l'intention de mettre fin à sa vie »[8]. D'après les études sur ce problème, les suicides "accomplis" représentent une infirme partie de toutes les tentatives de suicide. C'est pourquoi il est essentiel de rapporter également l'information sur les tentatives de suicide lorsque les données sont disponibles. Comme on le verra ci-dessous, le taux de suicide dans les communautés Atikamekw est très élevé par rapport à celui du Québec et du Canada. En effet, dans les trois communautés Atikamekw, les suicides sont dans une proportion de 3,5 à 5 fois plus élevée que dans la population québécoise et canadienne et affectent surtout les populations jeunes.

Le problème du suicide dans la Nation Atikamekw représente l'une des principales raisons d'être du projet Koskikiwetan. Nous l'introduisons à partir des données provenant des résultats d'une étude intitulée le « projet Mikon » pour la prévention du suicide auprès des jeunes des communautés Atikamekw.[9] Le projet Koskikiwetan s'inscrit dans la foulée du projet Mikon. Le projet Mikon avait pour objectif principal de faire en sorte que la population Atikamekw assume un rôle central dans la compréhension des problèmes fondamentaux qui l'affligent afin qu'elle puisse proposer et expérimenter des solutions en fonction de cette douloureuse réalité.

La méthodologie privilégiée par le projet Mikon a été la recherche-action dans le cadre d'un programme d'intervention. Des intervenants communautaires des trois communautés Atikamekw, ainsi que des anthropologues du Groupe inter-universitaire de recherche en anthropologie médicale et ethnopsychiatrie de l'Université de Montréal, ont coordonné le projet Mikon. L'analyse des données du projet Mikon traite seulement des cas des Atikamekw vivant dans les trois communautés et non des Atikamekw vivant à l'extérieur de leur communauté. Leur collecte des données quantitatives a représenté quelques difficultés puisque les renseignements sur les causes de la mortalité dans les trois communautés étaient inégaux. Ces renseignements ont été colligés à partir de 1977 à Wemotaci, de 1972 à Manawan et de 1970 à Opitciwan. Toutefois, le projet Mikon a pu recueillir des données qualitatives qui lui permettent d'analyser les facteurs de risques ayant valeur de pronostic et d'identifier les personnes ayant un risque accru de se suicider. Ces types des données sont les suivantes :

- des renseignements se rapportant à la *reconstruction* des événements de vie des personnes qui se sont suicidées;
- des données sur les tentatives de suicide émanant des registres des intervenants des services sociaux, du service de santé, de la police et dans chaque communauté;
- des témoignages via des entrevues personnelles avec les personnes qui ont essayé de se suicider;
- des topo-esquisses des réseaux familiaux où sont indentifiés des cas de suicides et des cas de tentatives de suicide.

Le tableau 6 indique le taux de mortalité dans chaque communauté Atikamekw. En regard de la population de chacune des communautés, on constate que le pourcentage de la mortalité est sensiblement le même dans chacune des communautés. En chiffres absolus, de 1970 jusqu'en 1998, le nombre total de registres de mortalité fut de 390 personnes dans les trois communautés, soit 169 à Opitciwan, 81 à Wemotaci, et 140 à Manawan.

Tableau 6) Taux de mortalité générale (x 1000), 1996[10]

	Opitciwan	Wemotaci	Manawan	Total
Taux de mortalité	2,77	3,04	3,81	3,22
Nombre de décès de 1970 à 1998	169	81	140	140
Population totale de la Nation Atikamekw	1 805	970	1 576	4 351

Le tableau 7 représente le taux de suicide dans la population totale de la Nation Atikamekw et dans chacune des trois communautés pendant l'année 1996. L'information démographique disponible ne permet pas d'établir des taux comparatifs d'année en année. Elle ne permet pas non plus de regrouper uniformément les données par groupe d'âge pour chaque communauté. En 1996, dans la province de Québec, le taux de mortalité par suicide a été de 19,4 (x 100 000 Québécois) et, au Canada, de 13 (x 100 000 Canadiens). Comparativement au Québec et au Canada, le taux de mortalité par suicide est de 3,5 à 5 fois plus élevé dans le total de la population résidante dans les trois communautés Atikamekw. Comparativement aux deux autres communautés Atikamekw, c'est dans la communauté de Wemotaci que le taux de suicide est le plus élevé (103,09 x 100 000 habitants).

Tableau 7) Taux de suicide par groupe d'âge, 1996[11]

Taux de suicide (x 100 000)	Opitciwan	Wemotaci	Manawan	Total
Taux brut du total-population	55,40	103,09	63,40	68,94
16–20 ans	507,61	–	862,07	682,59
21–25 ans	–	–	–	–
26–30 ans	–	1176,47	–	317,46
16–25 ans	271,00	–	378,78	432,90
26–35 ans	–	662,25	–	242,13

Les résultats de l'étude du projet *Mikon* ont révélé que la population adolescente était à haut risque de commettre un suicide chez les Atikamekw. De 1977 à 1998, à Wemotaci, l'intervalle d'âge des personnes suicidées va de 16 à 42 ans et 75 % d'entre elles sont de sexe masculin et 25 % de sexe féminin. À Manawan, cet intervalle est le même, mais on observe cependant une plus grande proportion de suicides de personnes de sexe féminin (33 %). À Opitciwan, l'intervalle d'âge des personnes suicidées est plus grand que dans les deux autres communautés (de 10 à 65 ans) et la proportion selon le sexe est similaire à celle constatée à Wemotaci (75 % de sexe masculin et 25 % de sexe féminin). Le tableau 8 indique la proportion de suicides selon les groupes d'âge des adolescents et des jeunes adultes à partir de 1977 jusqu'en 1998 dans les trois communautés Atikamekw. Ainsi, depuis le milieu des années 1980, l'augmentation du nombre de décès par suicide a surpassé celle des cas de mortalité dus à la violence tels que noyade, brûlure, assassinat, accident, gel, intoxication.

Tableau 8) Proportion des suicides selon les groupes d'âge chez les Atikamekw (1977–1998)[12]

Groupes d'âge	Opitciwan	Wemotaci	Manawan
16–25 ans	36,4 %	58,3 %	52,0 %
26–35 ans	45,4 %	41,7 %	24,0 %
Total	81,8 %	100,0 %	76,0 %

Selon les premiers résultats du projet Mikon, les facteurs identifiés qui contribuent aux suicides et aux tentatives de suicide sont la violence familiale et conjugale, la séparation des couples, la violence sexuelle et la violence causée par la pression sociale (rumeurs, agressions physiques, dettes) avec comme co-adjuvants la consommation d'alcool et/ou de drogues. D'après les résultats des données du projet Mikon, la violence et le suicide représentent une proportion significative de la mortalité générale dans les communautés Atikamekw : 32,6 pour cent des décès sont dus à la violence et 7.8 % des décès sont dus au suicide. La mortalité causée par des événements violents se manifeste particulièrement chez les individus de sexe masculin dans les trois communautés : 69 % des cas à Opitciwan, 83 % des cas à Wemotaci et 64 % des cas à Manawan. Cette mortalité atteint les personnes entre deux mois et 57 ans avec une proportion de 32 % de victimes enfantines (entre l'âge de deux mois et 11 ans). Les actes de suicide se produisent davantage pendant les saisons du printemps et de l'été. La plupart des cas de tentatives de suicide se produisent durant ou après la séparation de couples et, dans la plupart des cas, la consommation d'alcool et de drogues a été signalée.

Le tableau 9 est construit à partir de données récentes (1998–2002) collectées dans les trois communautés Atikamekw et représente les cas de décès par suicide dans les trois communautés en fonction de l'âge et du sexe. Comme on le constate, le problème du suicide chez les jeunes reste crucial. En majorité, ce sont les adolescents et les hommes jeunes qui sont les personnes qui se suicident. De 1998 à 2002, il y a eu 11 suicides chez les personnes de sexe masculin entre 15 et 44 ans et 4 suicides chez les personnes de sexe féminin de 15 à 24 ans. Il n'y a pas eu de suicide chez les personnes de plus de 44 ans. Les cas de personnes suicidées par pendaison sont les plus fréquents ; l'arme à feu a été utilisée dans deux cas. Au cours de l'année 1999, il n'y a eu aucun suicide dans les trois communautés et cette année-là correspond au début des activités du projet Miromatisiwinik/Koskikiwetan.

Tableau 9) Décès par suicide selon l'âge et le sexe, de 1998 à 2002[13]

Année et groupe d'âge	Opitciwan		Wemotaci		Manawan		Total	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
1998 <15								
15–19			1				1	
20–24						1		1
25–44								
45–64								
2000 <15			1				1	
15–19								
20–24		2						2
25–44						2		2
45–64								
2001 <15								
15–19								
20–24		1	1				1	1
25–44				2				2
45–64								
2002 <15	1	2					1	2
15–19								1
20–24				1				
25–44								
45–64								
TOTAL	1	5	3	3	–	3	4	11

4.2 Les abus physiques

En ce qui a trait aux informations concernant les abus physiques, nous ne disposons pas, disions-nous, de données détaillées. Cependant, on constate qu'en général, les femmes sont deux fois plus souvent agressées physiquement que les hommes. Ce sont les jeunes adultes entre 25 et 34 ans qui subissent le plus d'agressions physiques. Les personnes les plus agressées possèdent une formation collégiale ou universitaire et ont un revenu annuel de plus de 30 000 $. Le tableau 10 fournit de l'information sur le nombre d'agressions physiques.[14]

Tableau 10) Répondants agressés physiquement selon le sexe, le groupe d'âge, la scolarité et le revenu, Wemotaci, 1997[15]

Répondants	Jamais %*	Oui %
Hommes	87,3	12,7
Femmes	67,4	32,6
15–24 ans	86,7	13,3
25–34 ans	67,1	32,9
35–39 ans	73,9	26,1
50 ans et plus	85,7	14,3
Secondaire non complété	81,4	18,6
Secondaire complété	80,0	20,0
CEGEP/Univ.compl.ou non	64,5	35,5
Moins de 12 000.00$	87,1	12,9
12 000.00 à 29 99900$	69,3	30,7
30 000,00$ et plus	60,0	40,0

* Les différences sont significatives dans tous les cas.

4.3 Les abus sexuels

Les femmes subissent près de deux fois plus d'abus sexuels que les hommes dans la communauté Wemotaci, alors que, dans la communauté de Manawan, c'est environ un tiers de plus (33 %). Et par rapport aux autres groupes d'âge, ce sont les individus entre 35 et 39 ans qui en subissent le plus dans les deux communautés. À Wemotaci, près du quart des personnes qui subissent des abus sexuels ont un revenu annuel de moins de 12 000 $ et 40 % d'entre elles ont un revenu annuel de plus de 30 000 $. Le tableau 11 fournit des données sur la communauté de Wemotaci et de Manawan sur l'abus sexuel chez les répondants de 15 ans et plus.

Tableau 11) Répondants ayant été victimes d'abus sexuels selon le sexe, le groupe d'âge, la scolarité et le revenu[16]

Répondants	Wemotaci		Manawan	
	Jamais %	Oui %	Jamais %	Oui %
Hommes	80,6	19,4	83,5	16,5
Femmes	70,0	30,0	78.5	21,5
15–24 ans	84,4	15,6	73,8	26,2
25–34 ans	69,6	30,4	83,8	16,2
35–49 ans	67,6	32,4	80,7	19,3
50 ans et plus	81,5	18,5	93,1	6,9
Secondaire non complété	77,0	23,0	–	–
Secondaire complété	80,0	20,0	–	–
CEGEP/Univ.compl.ou non	69,8	30,2	–	–
Moins de 12 000.00$	77,9	22,1	–	–
12 000.00 à 29 99900$	74,7	25,3	–	–
30 000,00$ et plus	60,0	40,0	–	–

* Les pourcentages indexés d'un exposant indiquent que les différences sont significatives

4.4 La détresse psychologique et les pensées et actions suicidaires

Le suicide et les tentatives de suicide sont toujours le fait d'une grande détresse psychologique. Si l'on compare le problème concernant les tentatives de suicide et les pensées suicidaires dans les communautés Atikamekw à ce qui se passe chez les Cris, les Inuits et les non Autochtones québécois, on constate que les indices à ce sujet s'avèrent généralement deux fois plus élevés dans les communautés Atikamekw et chez les Inuits que chez les Cris et les non Autochtones québécois, comme l'indique le tableau 12. Des données générales sur le suicide dans les communautés en cause ont indiqué que ce sont principalement les adolescents et les jeunes adultes qui se suicident.

Tableau 12) Proportion des répondants âgés de 15 ans et plus ayant pensé au suicide, prévu un moyen de se suicider et tenté de se suicider[17]

	Wemotaci (1997) %	Opitciwan (1997) %	Manawan (1996) %	Cris (1991) %	Inuits (1992) %	Québec (1992–93) %
Pensé au suicide	18,3	14,2	9,9	4,7	11,3	3,9
Prévu un moyen	12,3	11,0	6,5	–	–	–
Tenté de se suicider	6,5	5,7	3,7	1,9	5,4	0,6

Lorsque la détresse psychologique est mise en perspective avec les abus sexuels et les abus physiques, ces indices sont aussi très significatifs. Le tableau 13 permet de comparer, dans les communautés de Wemotaci et d'Opitciwan, certains indices de la détresse psychologique.[18] Les données ont indiqué un niveau de stress

anormalement élevé au sein de la famille ; 78.6 pour cent à Wemotaci et 75 % à Opitciwan. Ce stress élevé pourrait être attribué au fait que la moitié de ces personnes veulent partir de chez eux; 57,8 % pour cent à Wemotaci et 44,2 % à Opitciwan.

Tableau 13) Détresse psychologique des répondants de 15 ans et plus selon diverses caractéristiques se rapportant au ménage, 1997[19]

Caractéristiques se rapportant au ménage	Wemotaci		Opitciwan	
	Normal %	Élevé %	Normal %	Élevé %
Relations insatisfaisantes dans le ménage	2,8	12,7		
Manque d'intimité dans le ménage			38,8	69,2
Remarque des tensions dans le ménage	62,7	78,6	54,8	75,0
Rejet par des membres du ménage	23,1	40,0	13,2	40,4
Voudrait quitter le ménage	26,9	52,7	24,4	44,2

En ajoutant aux indicateurs de détresse psychologique à Wemotaci et à Opitciwan d'autres indicateurs comme l'abus physique et sexuel et ceux de pensées suicidaires, les résultats sont révélateurs d'un taux alarmant. Le tableau 14 compare la détresse psychologique accompagnée d'abus physique et sexuel à Wemotaci et à Opitciwan, mais il n'y a aucune donnée comparative entre la normalité et un niveau anormalement élevé. Pour la communauté d'Opitciwan, nous ne possédons pas de données aussi complètes sur les indices de pensées et de tentatives suicidaires. Néanmoins, les indices comparables indiquent que ces événements surviennent dans les deux communautés dans une proportion nettement plus élevée que la normale. Une étude de 1997 a révélé que plus de la moitié (56,4 %) des répondants à Wemotaci ont eu des idées suicidaires et les trois quarts (77,4 %) ont eu des idées suicidaires au cours de l'année où s'effectuait l'étude. De plus, il y a près du trois-quart (67,7 %) de la population de Wemotaci qui auraient fait une tentative de suicide au moins une fois au cours de leur vie. Rappelons que, selon les résultats du projet *Mikon*, la communauté de Wemotaci avait en 1996 le plus haut taux de suicide. Les taux relatifs à l'abus sexuel et physique étaient aussi alarmants : 46,3 % pour l'abus sexuel et 32,2 % pour l'abus physique. À Opitciwan, les taux d'agressions sexuelles et d'agressions physiques étaient moins élevés qu'à Wemotaci.

Tableau 14) Répondants de 15 ans et plus selon les indices de pensées suicidaires et le fait d'avoir été agressés sexuellement et/ou physiquement, 1997[20]

Détresse psychologique	Wemotaci		Opitciwan	
	Normal %	Élevé %	Normal %	Élevé %
Idées suicidaires au cours de la vie	26,6	56,4	15,7	42,3
Idées suicidaires au cours de l'année	48,2	77,4	–	–
Tentatives de suicide au cours de la vie	48,1	67,7	–	–
Tentatives de suicide au cours de l'année	20,8	67,7	–	–
Abus sexuels	19,1	46,3	12,7	25,5
Agressions physiques	18,6	38,2	10,8	29,4

* Les différences sont significatives dans tous les cas à l'exception de la variable relative aux tentatives de suicide au cours de la vie alors que la différence est significative au seuil de 92% seulement.

Le tableau 15 permet de brosser un portrait de la détresse psychologique se traduisant par une tentative de suicide dans la communauté d'Opitciwan. Les personnes du groupe d'âge entre 35 et 49 ans ont été celles ayant le pourcentage le plus élevé de tentatives de suicide (75 %), suivies de celles âgées entre 25 et 34 ans (50 %). Les hommes et les femmes ont un taux de fréquence similaire (environ 50 %). Statistiquement parlant, seuls les pourcentages relatifs à l'état civil (célibataire, en couple) ont des différences significatives. Les personnes vivant en couple font des tentatives de suicide à un taux très alarmant (75 %) et dans une plus grande proportion que les personnes célibataires. Le niveau supérieur d'études, de même que d'emploi, a été associé à des tentatives de suicide : 80 pour cent des personnes ayant un niveau d'études élevé et 71,4 pour cent un emploi supérieur.

Tableau 15) Répondants qui ont consulté un professionnel de la santé après avoir fait une tentative de suicide, selon le groupe d'âge, le sexe, l'état matrimonial, la scolarité, l'occupation et le revenu, 1997[21]

Opitciwan	Oui %	Non %
15–24 ans	38,5	61,5
25–34 ans	50,0	50,0
35–49 ans	75,0	25,0
50 ans et plus	100,0	–
Hommes	44,4	55,6
Femmes	52,9	47,1
Célibataire	18,2 *	81,8 *
En couple	73,3 *	26,7 *
Secondaire non complété	44,4	55,6
Secondaire complété	50,0	50,0
CEGEP, Univ. compl. ou non	80,0	20,0
Au travail	71,4	28,6
Occupation non rémunérée	36,4	63,6
Inactifs	50,0	50,0
Moins de 12 000,00 $	33,3	66,7
12 000,00 à 29 999,00 $	63,6	36,4
30 000,00 et plus	100,0	–

* Il indique que les différences sont statistiquement significatives.

Le tableau 16 décrit les moyens que des individus ont utilisés pour faire une tentative de suicide. Les femmes ont fait plus de tentatives de suicide que les hommes (13 hommes et 20 femmes) en 1995. Chez les individus de sexe masculin, ce sont les armes à feu qui sont les plus utilisées. Chez les individus de sexe féminin, les moyens les plus fréquemment utilisés sont l'absorption de médicaments ou de produits chimiques. On sait que les solvants ou la gazoline sont fréquemment utilisés comme substitut de la drogue chez les jeunes dans les communautés autochtones et que ces substances peuvent avoir des conséquences fatales sur la santé et la vie de ceux et celles qui les utilisent.

Tableau 16) Tentatives de suicide chez les répondants de 15 ans et plus, selon le sexe et le moyen utilisé[22]

Manawan (1996)	Nombre (masculin)	%	Nombre (féminin)	%
Médicaments/ prod. chimiques	2	15,4	15	75,0
Trancher les veines	1	7,7	2	10.0
Pendaison	5	38,5	2	10,0
Asphyxie	1	7,7	–	–
Arme à feu	11	84,6	–	–
Accident de voiture	2	15,4	–	–
Autre	–	–	2	10,0
Total	13	39,4	20	60,6

4.5 La consommation de substances psychotropes

La prévention du suicide chez les jeunes des communautés Atikamekw a révélé que la consommation de substances psychotropes, telles que l'alcool, le cannabis, le naphta ou la cocaïne, est toujours associée significativement aux comportements violents, aux agressions physiques et aux tentatives de suicide. Le tableau 17 indique que le taux de consommation de l'alcool est relativement le même que celui du Québec dans les trois communautés Atikamekw. La consommation du cannabis est près de deux fois plus élevée dans les communautés Atikamekw d'Opitciwan et de Wemotaci qu'à Manawan (43,2 % et 38,2 % dans ces deux communautés par rapport à 12,2 % à Manawan). Comparé au Québec, le taux moyen de la consommation de cannabis dans les trois communautés Atikamekw est deux fois plus élevé (29,8 % par rapport à 16,8 % au Québec). Le taux de consommation de naphta indique une situation plus alarmante dans les communautés d'Opitciwan et de Wemotaci (respectivement 55,7 et 23,5 %) que dans celle de Manawan (9,2 %) dont le taux de consommation est cependant quatre fois plus élevé que celui du Québec (2,5 %). La consommation de substances psychotropes, y compris celles parmi les plus délétères comme celle du naphta, est donc très problématique dans les communautés Atikamekw. Nous ne possédons pas de données sur la consommation de l'essence et de la cocaïne pour le Québec. En ce qui concerne les communautés Atikamekw dans ces deux derniers types de consommation, c'est à Manawan que les taux de consommation sont les moins élevés. Le tableau 18 compare le taux de consommation de drogues à Manawan à celui chez les Cris et les Inuits.

Tableau 17) Consommation de substances psychotropes chez les jeunes Atikamekw (1992) et Québécois (1991) selon le type[23]

Type	Manawan %	Opitciwan %	Wemotaci %	Moyenne %	Québec %
Tabac	74,5	79,6	61,8	75,0	36,8
Alcool	60,2	75,0	52,9	66,8	65,7
Cannabis	12,2	43,2	38,2	29,8	16,8
Naphta	9,2	55,7	23,5	29,4	2,5
Essence	6,1	18,2	11,7	11,5	N/D
Cocaïne	4,1	17,1	11,8	11,1	N/D

Tableau 18) Proportion des répondants de 15 ans et plus ayant consommé différents types de drogues chez les Atikamekw de Manawan, les Cris et les Inuits[24]

Type	Manawan (1996) %	Cris (1991) %	Inuits (1992) %
Mari/haschisch	11,0	15,2	37,3
Cocaïne/crack	1,2	4,4	5,0
Solvants	1,2	0,8	2,9
	0,9	2,6	3,3

Les personnes entre 25 et 49 ans consomment la plus grande quantité d'alcool (près de 65 %) ; de ce nombre, ce sont les hommes qui en consomment le plus (presque 70 %). Parmi les personnes consommant de grandes quantités d'alcool, celles vivant en couple sont plus nombreuses que celles sans conjoint et 75 pour cent avaient un niveau d'études supérieur. On constate donc que la situation est alarmante vu que la moitié de la population consomme de grandes quantités d'alcool. Toutefois, ces données ne sont pas uniformes pour l'ensemble de la population et doivent être interprétées avec prudence. Le tableau 19 montre la consommation d'alcool à Opitciwan.

Tableau 19) Consommation d'alcool des répondants selon le groupe d'âge, le sexe, l'état civil et le niveau d'études[25]

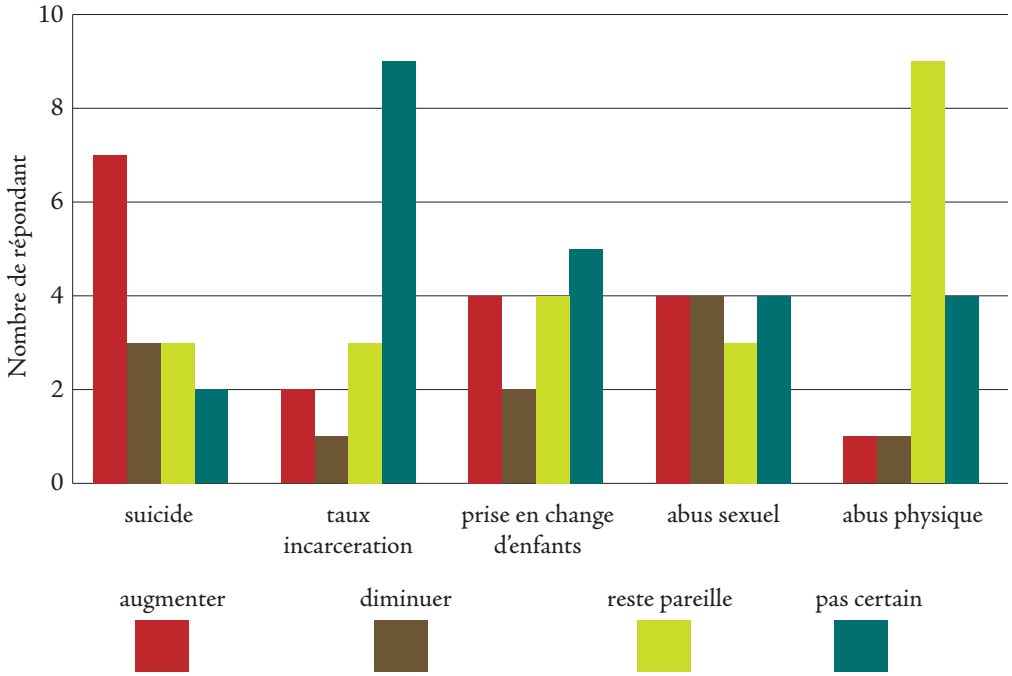
Opitciwan, 1997	7 jrs/sem %	1–6 fois/sem %	1–3 fois/mois %	–1 fois/mois %
15–24 ans	18,5	22,2	18,5	40,7
25–34 ans	13,6	–	9,1	77,3
35–49 ans	–	–	83,3	16,7
Célibataire	21,4	21,4	14,3	42,9
En couple	7,4	–	29,6	63,0
Au travail	5,6	11,1	27,8	55.6
Occupation non rémunérée	50,0	16,7	–	33,3
Inactif(ve)s	4,2	8,3	29,2	58,3
Moins de 12 000,00 $	24,0	20,0	8,0	48,0
12 000,00 à 29 999,00 $	9,1	–	36,4	54,4

4.6 Perception des changements

La synthèse de la perception des changements relatifs aux indicateurs sociaux dans les trois communautés de la Nation Atikamekw est faite à partir des résultats de quinze entrevues effectuées sur le terrain au mois de mai 2002. Nous avons interrogé des informateurs et informatrices clés du projet Koskikiwetan, ainsi que des personnes travaillant dans les services sociaux et de santé de la Nation Atikamekw. On a demandé à ces informateurs et informatrices clés leur opinion sur les questions touchant l'abus physique, l'abus sexuel, la prise en charge des enfants, l'incarcération et le suicide. Il s'agissait de questions ouvertes afin

d'obtenir de l'information qualitative. Les données de la figure 3 indiquent l'importance des changements perçus relativement aux indicateurs sociaux par les répondants.

Figure 3) Synthèse de la perception des changements en fonction des indicateurs sociaux



Dans les cas des abus physiques, le graphique démontre que 60 % des répondants trouvent qu'il y a une diminution de l'abus physique, particulièrement chez les gens qui ont participé aux activités de guérison. Voici les commentaires de quelquesuns des répondants :

- « En général, c'est moins caché, les femmes sont plus portées à dénoncer. »
- « Il y a une prise de conscience, les personnes sont capables de faire le lien avec les pensionnats. »
- « C'est difficile à déterminer, mais il y a beaucoup moins de tolérance pour les comportements violents. »
- « Il y a moins d'abus physique, mais par contre, il y a plus de violence verbale et psychologique. »

Dans le cas d'abus sexuel, 26 pour cent des répondants trouvent qu'il y a eu augmentation, que la situation est inchangée ou n'étaient pas certains. Moins de 20 % des répondants considèrent que l'abus sexuel a diminué. Bien que ce pourcentage ne permette pas de démontrer qu'il y a une différence remarquable, la plupart des répondants disent percevoir une augmentation dans les dévoilements de l'abus sexuel. Quoique les répondants soient incapables de dire s'il y a réduction ou augmentation de l'abus sexuel, ils sont cependant capables de dire qu'il y a définitivement une augmentation dans les prises de conscience à ce sujet et que le silence est enfin brisé. Les répondants expriment leur opinion à propos de l'abus sexuel de la façon suivante :

- « Le silence est brisé, les gens en parlent de plus en plus. »
- « Des personnes qui ont été en thérapie. Les Survivants ont tous subi de l'abus sexuel et ont tenté de se suicider. »
- « Il y a plus de dénonciations des abus sexuels, mais ça ne veut pas dire qu'il y a plus d'abus sexuel. »

Pour le placement en foyer d'accueil, quand on demande aux répondants s'il y a une augmentation de la prise en charge d'enfants par les services sociaux, 13 % d'entre eux trouvent qu'il y a une augmentation,

alors que la majorité (52 %) dit qu'il y a une diminution ou que la fréquence est restée inchangée et le reste demeure incertain. Cependant, la plupart des répondants ont dit avoir perçu une augmentation de la prise de conscience des parents envers leurs rôles et leurs responsabilités parentales. Les répondants remarquent également qu'il se dessine une tendance dans la communauté axée sur la responsabilité communautaire envers les enfants. Il y a des opinions divergentes sur la meilleure méthode à adopter pour intervenir dans le cas des enfants. Les commentaires suivants expliquent bien cette situation :

- « Il y a une démarche de responsabilité communautaire pour garder les enfants et les placer dans la communauté; par contre, l'influence des psychologues extérieurs est de les placer à l'extérieur des familles et de la communauté. »
- « Les parents sont devenus plus protecteurs. »

En ce qui concerne le taux d'incarcération, 60 % des répondants ne sont pas certains si la fréquence a changé. D'après un certain nombre des répondants, il est trop tôt pour évaluer ce problème, ce qui explique le pourcentage élevé de personnes hésitantes. Il y a 20 % des répondants qui observent une diminution du taux d'incarcération et la plupart de ceux et celles ayant répondu de cette façon considère que ce problème est lié à une prise de conscience des personnes d'une part et que, d'autre part, les personnes remédient à leurs problèmes avant d'en arriver au point de se faire incarcérer. Par ailleurs, 13% des répondants constatent une augmentation du taux d'incarcération. Plusieurs répondants qui voient les choses de cette façon considèrent que l'augmentation du taux d'incarcération est due à une approche différente dans le maintien de l'ordre (c.-à-d. les nouveaux policiers sont plus prompts à arrêter et à accuser les gens). De plus, on constate qu'il y a une augmentation du nombre de jeunes qui sont accusés. Finalement, seulement 6 % des répondants trouvent que le nombre de personnes incarcérées a diminué.

Quarante-six pour cent des répondants remarquent une augmentation significative du nombre de suicides dans les communautés. Plusieurs ont signalé qu'en janvier 2002, il y a eu 3 suicides, dont *le plus jeune avait 11 ans*. Seulement 20 % des répondants pensent qu'il y a une diminution du nombre de suicides et 20% trouvent que l'incidence de suicide n'a pas du tout changé. Finalement, un petit nombre de répondants n'est pas certain à propos du changement de l'incidence de suicide.

5. Présentation des résultats

Dans le but de mettre au jour le lien logique entre les activités et les résultats atteints grâce au projet Koskikiwetan, nous examinons dans cette section les progrès et succès pouvant être envisagés sur une courte période de temps. Rappelons que les activités de formation et de thérapie dont nous présentons les résultats ici sont encore en développement et que l'étude de cas porte sur un court laps de temps (deux ans).

À cause des pensionnats, les liens intergénérationnels ont été gravement fragilisés dans les communautés Atikamekw. L'un des psychologues superviseurs cliniques du projet Koskikiwetan a observé que les enfants Atikamekw assumaient un rôle qui était presque celui de parent en tentant d'apaiser la colère et la souffrance de ses parents : « potentiellement destructeurs, ces rôles peuvent se perpétuer d'une génération à l'autre et mener à d'intenses conflits de loyauté ».[26]

Le projet Koskikiwetan a été en mesure d'atteindre les objectifs de la mise en œuvre des services en :

- sensibilisant les membres des communautés aux séquelles des pensionnats;
- formant des intervenants locaux en prévention du suicide, en travail de deuil, en relation d'aide, en gestion de situation de crise, en toxicomanie, en animation de groupe et sur les abus sexuels;
- offrant la thérapie l'enfant intérieur aux futurs intervenants;
- adaptant des thérapies conventionnelles au processus de guérison traditionnelle;
- offrant des thérapies individuelles et collectives et assurant la préparation et le suivi psychologique de ces thérapies;
- faisant de l'intervention psychosociale et culturelle.

La présente section traite de façon plus spécifique et plus élaborée des résultats obtenus à court terme au cours des deux années d'opération du projet en mettant l'accent sur les activités de la deuxième année du projet, soit l'année 2000-2001.

5.1 Influence sur les personnes—Les intervenants et les participants

Pour saisir l'influence que le projet a eue sur les intervenants et sur les participants, nous avons colligé les évaluations contenues dans les rapports trimestriels et analysé les données de l'évaluation effectuée par les responsables du projet Koskikiwetan auprès des participants à la thérapie l'enfant intérieur (Appendice 1). L'ensemble des sources d'information indique que Koskikiwetan a réussi à :

- sensibiliser aux séquelles des pensionnats;
- établir un réseau de soutien ou d'entraide;
- améliorer la qualité de l'information liée aux pensionnats;
- diminuer le déni ou la résistance;
- accroître la participation des membres de la communauté à une diversité d'activités offertes dans le cadre du projet;
- intégrer l'approche de l'enfant intérieur à la culture et à la guérison traditionnelle;
- apaiser la souffrance ;
- régler des problèmes au niveau des relations intergénérationnelles;
- poser les jalons d'un suivi thérapeutique et logistique grâce à des activités d'aide, de soutien et de counselling pré et post thérapie.

Résultats atteints au moyen des activités de sensibilisation

Au cours de sa deuxième année d'opération, l'équipe du projet a réajusté ses activités de promotion et de sensibilisation en proposant un plan de travail réalisé en collaboration avec la coordonnatrice régionale, les comités locaux et les intervenants de chaque communauté Atikamekw. Grâce à ce plan de travail, la majorité des activités de promotion et de sensibilisation se sont tenues en forêt ou à l'intérieur de sites traditionnels. Il y avait aussi des ateliers de sensibilisation dans les écoles. La promotion plus immédiate du projet a continué à se faire via la radio communautaire et l'affichage. De plus, en s'assurant de la présence de Survivants siégeant à tous les comités d'élaboration et de coordination du projet, tant au niveau régional que local, cela a fait en sorte que les responsables et les intervenants ont pu en tout temps faire appel aux témoignages des membres ayant une expérience personnelle du syndrome des pensionnats.

À propos de la communication des résultats des activités du projet dans les communautés, les responsables du projet se sont rendus compte que les intervenants locaux n'informaient pas suffisamment la population. La situation a été corrigée en utilisant la radio et la télévision communautaires, ainsi qu'en publiant des

articles dans les journaux locaux. Les intervenants locaux et la coordonnatrice régionale ont effectué régulièrement des présentations du projet. « Plus les intervenants du projet seront visibles, plus grande sera la participation des gens, » clamaient les responsables de l'équipe. « Le bouche à oreille contribue à la mobilisation des personnes. » De plus, les intervenants ont parlé des activités de formation et de thérapie lors des rencontres individuelles en relation d'aide.

Le visionnement du vidéo, intitulé *Miromatisiwinik* (Vent du Nord) et les cercles de partage se sont avérés des moyens d'éducation et de sensibilisation très efficaces car ils ont servi d'outils déclencheurs chez plusieurs Survivants qui ont amorcé un processus de guérison.

Résultats atteints au moyen des activités de formation
Les responsables du projet ont instauré un processus de révision et de ressourcement qu'ils ont désigné par le suivi de la thérapie (à distinguer du suivi post-thérapie). Ce suivi de la thérapie consistait à réunir régulièrement l'équipe thérapeutique, les intervenants locaux, la coordination régionale et les autres personnes ressources, telles que les Aînés, en vue d'effectuer un bilan continu des activités de formation et de thérapie, ce qui a permis d'apporter au programme des modifications nécessaires à court terme et de poursuivre la réflexion quant au développement de l'approche thérapeutique. Plusieurs rajustements concernant les activités de formation, dont l'élaboration d'un programme de formation mieux adapté à la culture et à la spiritualité des Atikamekw, ont été faits. C'est ainsi qu'a été entreprise la formation à partir de l'approche thérapeutique l'enfant intérieur tirée de la thérapie l'héritage perpétué et adaptée au cheminement de guérison traditionnelle.

Les membres de l'équipe ont intégré dans la formation des temps au cours desquels les futurs intervenants ont pu traiter leurs propres problèmes. Une fois la demande de guérison amorcée, ces intervenants encore en formation ont été capables de partager leurs expériences dans le but d'éviter de reproduire les attitudes et comportements associés aux pensionnats. A la suite de ces réajustements, les responsables du projet ont observé une participation active et une grande satisfaction chez les apprenants qui furent très nombreux.

Sous la direction de formateurs et formatrices autochtones, 32 personnes ont reçu les formations sur les abus sexuels et les abus physiques pendant les deux premières années d'opération du projet. Ces apprenants provenaient des secteurs de la santé, des services sociaux et d'éducation du Conseil de la Nation Atikamekw. Au cours de la deuxième année du projet, il y a eu deux périodes de formation sur les abus sexuels qui ont été données à six intervenants provenant des trois communautés Atikamekw. Un service de supervision clinique a été offert une fois par mois pour apporter un support technique et psychologique aux intervenants locaux et aux thérapeutes.

Au niveau des réseaux de soutien, des services d'appui et des mesures de protection du personnel engagé dans le projet, il y a eu des séances de consultation avec un conseiller clinique, des séances de consultation téléphonique avec le formateur qui a donné la thérapie l'enfant intérieur. Il y a aussi eu des séances-bilan avec les comités locaux, des séances d'échange avec les Aînés et les conférenciers intégrés au processus thérapeutique, ainsi que des séances-support entre les intervenants et la coordonnatrice régionale.

Sept parmi les quinze personnes interrogées lors de ces entrevues sur le terrain avaient suivi la formation et la plupart d'entre eux ont reconnu qu'elle était pertinente et efficace. Au sujet de la formation reçue, un

des répondants aurait voulu avoir plus de formation sur les abus sexuels; un autre était très insatisfait du nombre de séances de formation offertes. Cinq des sept répondants ont considéré que la formation reçue les a aidés à mieux traiter leurs clients. Seulement deux des répondants ont considéré que la formation ne les avait pas vraiment aidés ou les avait peu aidés. Deux intervenants ont particulièrement apprécié l'initiation à la thérapie *l'enfant intérieur* au moyen de la thérapie personnelle qui leur avait été offerte avant la formation. En ce qui a trait à l'intervention d'urgence (en situation de crise), un intervenant a expliqué que cette méthode pouvait s'appliquer à tous les types de crise : « au travail, au cours des cérémonies traditionnelles ou dans la vie quotidienne. » Les sept répondants ont le plus souvent mentionné la formation sur les abus sexuels. Deux intervenants ont dit qu'ils avaient pris conscience des formes différentes d'agression. Un intervenant a répondu que toutes les méthodes de formation l'avaient aidé. Le tableau 20 dresse la liste des méthodes de formation ayant le plus bénéficié aux participants.

Tableau 20) Fréquence des réponses des participants concernant les méthodes de formation qui les ont le plus aidés

Nomenclature des méthodes de formation	Fréquence des énoncés
La relation d'aide	2
La sensibilisation au suicide	1
La gestion de crise	2
La thérapie « L'enfant intérieur »	2
L'abus sexuel	3
Toutes les méthodes de formation	1

Au sujet de l'apprentissage d'un nouveau savoir, les intervenants se sont montrés fiers et satisfaits d'avoir appris à reconnaître les symptômes avant-coureurs du suicide, les effets intergénérationnels des pensionnats et les caractéristiques de l'agression, d'avoir acquis un complément de développement sur le plan social, de savoir maintenant comment écouter et aider les personnes et comment traiter les victimes d'abus sexuels, et d'avoir acquis des connaissances sur les ancêtres. Voici les différents énoncés des intervenants à propos des nouvelles capacités d'intervention qu'ils estiment avoir acquises au cours de leur formation :

- « comment reconnaître les séquelles du pensionnat sur le plan individuel et familial »;
- « comment faire face à l'impuissance des individus »;
- « comment respecter le rythme de l'autre personne »;
- « comment s'ouvrir et partager ses expériences »;
- « comment donner et recevoir des compliments »;
- « comment prendre les enfants dans ses bras »;
- « comment faire des interventions »;
- « comment animer un groupe »;
- « comment utiliser des outils de travail adaptés des méthodes d'intervention thérapeutique occidentales (conventionnelles) auprès de groupes d'Atikamekw »;
- « comment discipliner l'esprit »;
- « comment vivre au lieu de survivre »;
- « comment procéder à une intervention thérapeutique dans des classes et dans les ateliers »;
- « comment faire verbaliser la personne (l'amener à se confier), comment aller chercher les personnes, manifester de l'empathie envers les autres. »

On a constaté que les intervenants avaient besoin d'entreprendre une thérapie personnelle (processus psychanalytique ou processus traditionnel) avant de s'engager dans un travail de formation. Ils « ont appris à vivre plutôt que de survivre… Apprenant à vivre en dépit de tout ce qui s'est passé au pensionnat. »

Les répondants ont exprimé un mélange de sentiments en évaluant le projet dans son ensemble. Dans la première année d'opération, le but a été de créer une équipe et de former des membres aptes à travailler dans le cadre d'un processus de guérison, ce qui s'avéra un véritable défi. Les gens impliqués dans le projet ressentaient beaucoup d'incertitude face au processus de guérison et manifestaient de la méfiance les uns envers les autres. Il a fallu beaucoup de courage aux personnes pour prendre les risques nécessaires afin de créer une relation de confiance au sein de l'équipe du projet. Il a aussi par ailleurs été difficile pour les gens de rester disponibles étant donné que le projet était subventionné seulement une année à la fois. Ce qui fait qu'il y a toujours eu un grand roulement de personnel depuis le début du projet. D'un autre côté, les membres du personnel qui sont restés fidèles au projet étaient des personnes très motivées par le processus de guérison proposé par le projet. Ces personnes ont réussi à faire un cheminement très enrichissant pour elles et leur famille. En effet, en plus de suivre des formations, chaque membre de l'équipe a dû suivre une thérapie qui faisait partie intégrante des prérequis pour pouvoir travailler dans le cadre du projet Koskikiwetan. Pour la plupart d'entre eux, ce fut une très bonne expérience. De plus, cela leur a permis d'acquérir une meilleure compréhension des effets des pensionnats. Ces personnes ont pu faire les liens entre leurs comportements à leur sortie du pensionnat et dans leur vie adulte et les comportements qu'ils avaient acquis dans les pensionnats.

Un autre aspect intéressant de la formation a été le fait de créer une dynamique intercommunauté en faisant participer les trois communautés dans les activités de formation et les thérapies. Cette façon de faire a créé un environnement sain et a donné aux membres du personnel le temps de se connaître pour développer des relations plus proches. De plus, cela a eu pour effet d'améliorer la capacité des communautés de travailler ensemble plus efficacement. La plupart des informateurs ont parlé des bienfaits de la revitalisation de la tradition et de la culture. Le projet a aussi donné l'occasion aux membres de l'équipe d'explorer en profondeur les pratiques de la guérison traditionnelle et de mettre à profit ces pratiques avec les participants et avec les membres de leur famille. La majorité des membres de l'équipe du projet étaient eux-mêmes des Survivants [des pensionnats] engagés à la fois dans leur processus de guérison personnel et dans leur rôle d'aidants auprès des autres en thérapie, ce qui a eu des répercussions positives et négatives.

À propos des avantages et des désavantages d'avoir des Survivants au sein de l'équipe, certaines personnes interrogées ont dit que le fait d'avoir des Survivants dirigeant le projet et la thérapie avait pu avoir un effet cathartique sur les autres intervenants et participants vu le partage d'expériences communes. Dans le même ordre d'idée, d'autres ont dit que les Survivants pouvaient vraiment comprendre et être empathiques envers les participants qui sont aussi des Survivants. Selon d'autres informateurs, cependant, le fait d'avoir des Survivants agissant comme thérapeutes a pu poser des problèmes particuliers; par exemple, au cours d'un cercle de guérison ou d'une session de thérapie, les Survivants-thérapeutes ont pu flancher et ne plus être en position de tenir, de diriger ou d'encadrer la session en cours, laissant ainsi la session ouverte et sans personne pour la conduire. Dans un processus de thérapie, il faut qu'il y ait quelqu'un qui soutient le groupe pour que les personnes se sentent suffisamment en sécurité pour s'engager dans un processus impliquant des débordements émotionnels. Plusieurs informateurs ont ressenti que les thérapeutes ne recevaient pas de supervision clinique ou de soutien adéquats pour traiter efficacement leurs problèmes et faire un travail thérapeutique avec le groupe sans interruption.

Il faut bien dire que les difficultés que l'équipe et les participants au projet ont dû traverser et qu'ils doivent encore traverser font partie du processus de guérison. Le processus de guérison suppose des prises de conscience et du refoulement sur des questions personnelles comme sur des problèmes collectifs. Outre les débordements d'émotions et les souffrances provoqués par la remémoration des actes de violence subis au pensionnat et de ses conséquences, le processus de guérison donne lieu au surgissement de toutes les facettes contradictoires de la solidarité familiale et communautaire, de la dénégation, de la résistance, ou de la transformation. Tout compte fait, l'expérience de formation et de thérapie a été enrichissante, quoique douloureuse à certains moments, autant pour les participants que pour les membres de l'équipe des thérapeutes.

Résultats atteints au moyen du processus de guérison

Une évaluation régulière avec les participants a été faite un mois après la thérapie et l'équipe a tenu compte des recommandations faites par les comités locaux qui se rencontraient en général tous les mois. L'équipe du projet Koskikiwetan a fait une évaluation très positive des résultats qu'elle a obtenus en termes de participation, de soulagement des souffrances et de la qualité de la reviviscence des liens intergénérationnels au bout de la deuxième année d'opération du projet. L'objectif étant fixé à 99 personnes, un total de 62 personnes ont suivi une thérapie basée sur l'approche l'enfant intérieur durant les deux premières années du projet. Cependant, l'équipe est consciente que le projet Koskikiwetan n'a fait qu'effleurer la pointe de l'iceberg : « Briser le silence, guérir et procéder à la reconstruction demandent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources de toutes sortes, car la nation toute entière est touchée jusqu'à l'âme ».[27]

Koskikiwetan offre un processus de guérison individuelle et collective basé sur l'approche l'enfant intérieur. Les thérapies se déroulent en forêt dans un cadre de mode de vie ancestral. Cette approche thérapeutique est axée sur le vécu des ex-pensionnaires. De cette façon, le projet crée un lien entre les générations et comble un besoin pressant de communication entre les parents et leurs enfants. Une session au cours de la deuxième année d'opération a connu certaines difficultés de fonctionnement. Il y a eu trois désistements et du retard dans l'adaptation de ce processus thérapeutique destiné aux adultes, ayant pour conséquence qu'un seul participant a terminé la session. L'équipe thérapeutique était composée de deux thérapeutes, d'une personne-ressource en matière de culture et de spiritualité et d'un thérapeute principal présent durant deux jours.

L'expédition initiale [en forêt] de la session de thérapie adaptée aux jeunes qui a eu lieu pendant le troisième trimestre de la deuxième année du projet a aussi connu quelques difficultés en raison des nombreuses erreurs commises et lacunes au niveau de l'information auprès des jeunes sur le genre de thérapie. Ces derniers ne savaient pas en quoi consistait la thérapie et plusieurs croyaient qu'il s'agissait d'un camp de vacances. De plus, il y avait un manque de conseillers. Toutes ces lacunes ont été corrigées dès la deuxième expédition de thérapie.

L'organisation de cercles de partage (*makokan*) tenus en milieu naturel tout au long du projet a fait face à une certaine résistance de la part de certaines personnes à endosser le rôle de Survivant parce qu'elles considéraient avoir suffisamment souffert. Cependant, les cercles de partage ont été tout de même bénéfiques pour les participants ayant eu l'occasion de témoigner de leurs expériences des pensionnats.

Les Aînés ont participé activement au projet Koskikiwetan dont certains en tant que membres des comités locaux. D'autres ont été présents dans les thérapies à titre de conférenciers. Ces Aînés sont désormais intégrés dans le processus thérapeutique et partagent leur savoir au sujet des sueries, des plantes médicinales et des récits et légendes. À la conférence des Aînés qui s'est tenue à Opitciwan durant l'été 2001, plusieurs d'entre eux ont participé à des cercles de partage.

Dans le but de mieux cerner les besoins et d'améliorer les activités thérapeutiques, l'équipe du projet a procédé à une évaluation de la thérapie l'enfant intérieur sous forme de questionnaire confidentiel auprès des participants (voir questionnaire, appendice 2). Au niveau de leur satisfaction globale, tous les participants affirment qu'ils ont été très satisfaits de la thérapie. Une seule de ces personnes avait déjà une expérience thérapeutique. Une personne a dit : « J'ai aimé la thérapie parce que ça m'a permis de me retrouver et de trouver des réponses à mes questions. » Une autre constate qu'elle a été agréablement surprise. La majorité des répondants ont d'abord estimé que le nombre de participants à la thérapie était suffisant. Une personne a répondu que le nombre était adéquat compte tenu du genre de thérapie et une autre a dit : « Pas trop nombreux ; juste assez pour travailler sur soi-même. » Seulement quatre personnes sur 11 ont répondu qu'il n'y avait pas assez de participants. Leur perception sur la satisfaction des autres participants est très positive : tout le monde se disait satisfait. Une personne a révélé qu'une participante lui avait dit qu'elle reviendrait encore parce que douze jours, ce n'était pas assez. Une autre a remarqué qu'un homme en particulier se sentait vraiment bien. Une seule personne ne voulait pas s'avancer à parler de la satisfaction des autres. Voici deux commentaires très significatifs de ce processus de thérapie collective :

- « Dans l'ensemble, les participants semblaient satisfaits. C'est sûr qu'au début quelques-uns se sont demandés ce qu'ils faisaient en thérapie. Mais, au fil des jours, on a appris à se connaître, à partager tous ensemble. »
- « Tous se sont amusés en travaillant sur eux-mêmes. Tout le monde a eu des émotions aussi. »

Tous les participants ont répondu qu'ils recommanderaient la thérapie à d'autres personnes. En répondant, les participants ont laissé voir le désarroi psychologique et l'isolement social dans lesquelles vivent les membres des trois communautés Atikamekw. Les participants ont souligné qu'ils avaient été sollicités par d'autres personnes souffrantes et ils souhaitaient que toutes les personnes reçoivent la même aide et le même réconfort dont ils avaient bénéficié lors de la thérapie. Voici les énoncés de leurs recommandations :

- « C'est vraiment très bon. »
- « Il y a des personnes qui me demandent c'est quoi la thérapie et je leur dis qu'ils ont aussi besoin de le vivre. »
- « On vit tellement bien après. »
- « J'ai recommandé la session à trois personnes et elles sont allées. Je leur ai dit d'aller vivre la thérapie comme moi car elles me demandaient de l'aide et d'être à l'écoute. J'en ai parlé à quelques-unes qui ont vécu au pensionnat. Aujourd'hui, elles veulent se retrouver et comprendre pourquoi elles ont été traitées de cette façon par les religieuses. »
- « Je ne fais aucune recommandation en particulier, mais je transmets le message à ceux qui ont des problèmes. »
- « Une telle thérapie nous permet de se retrouver. On se sent bien. »
- «Peut-être à ceux ou celles qui ont déjà suivi d'autres thérapies ou bien à ceux ou celles qui sont prêts à y aller à fond, c'est-à-dire voir leur enfant intérieur. »
- « Je pense que c'est la première chose à faire quand on veut faire le ménage en dedans...aller retrouver l'enfant pur qui sommeille en nous depuis trop longtemps. Pour ma part, cela a été bénéfique dans la vie. »
- « La meilleure place où un Autochtone peut faire une thérapie, c'est dans la forêt. »
- « Il y a des gens qui se droguent. »

La compétence des thérapeutes a été reconnue unanimement par les personnes participantes. Les commentaires à ce sujet sont très élogieux :

- « Ils connaissent bien le programme. L'entraide qu'ils véhiculent et surtout le respect qu'ils accordent à l'autre sont très importants pour la réussite de la thérapie des participants. Les participants ayant été victimes de maltraitance peuvent suivre un cheminement sain à chaque jour. »

- « Les thérapeutes m'ont beaucoup aidé même quand j'ai eu des blocages. »
- « Ils sont compétents. Ce qu'ils font est si dur et je leur en suis reconnaissante et les admire beaucoup. »
- « Tout de suite quand je suis arrivé au site, je me suis senti bien avec eux. Ce sont des gens compétents, authentiques. »

Les participants ont également fait des éloges en parlant des thérapeutes et des personnes-ressources en affirmant que ceux-ci connaissaient bien leur travail et qu'ils les avaient bien guidés dans la recherche de leur enfant intérieur. Pour l'une des participantes, c'était comme d'appartenir tous à la même famille. Cinq participants ont tout de même répondu sans équivoque à la question posée. Voici leurs commentaires :

- « Retrouver notre identité culturelle, spirituelle et comprendre nos parents. »
- « La relation d'aide, le soutien, l'écoute, la réussite des personnes concernées par la thérapie, la façon de retrouver l'intégralité de notre être et l'enfant intérieur. »
- « De bien nous orienter (dans la vie) en nous faisant confiance. Quand la frustration, la colère surviennent pendant une activité et que je ne sais plus où me diriger, les guides sont là pour me ramener. »
- « D'aider les gens à se retrouver et à faire face à leurs problèmes dans l'existence. »
- « Ils étaient là pour aider les gens et pour s'aider eux-mêmes. »

Concernant le fait d'intégrer d'autres activités culturelles à la thérapie, seulement quatre personnes ont répondu affirmativement.

> Oui, ce serait bien d'intégrer des activités comme de l'information sur les plantes médicinales, sur la santé physique, sur les contes et légendes pour connaître les valeurs fondamentales en tant qu'être humain. On devrait donner des explications sur l'utilité des sueries.
>
> Selon moi, c'est déjà beaucoup car on doit commencer par le commencement et apprendre à poser les questions sur notre culture. C'est là le travail de la personne qui sort de thérapie. Sinon, elle aura juste acquis ce qu'on lui apprend et non ce qu'elle apprend par elle-même en posant la question autour d'elle et de sa communauté.

Deux personnes ont fait des suggestions au sujet d'autres activités à ajouter comme d'accentuer l'aspect autochtone dans la thérapie et de faire de la thérapie de couple. Concernant le nombre d'activités intégrées à la thérapie, la plupart des personnes interrogées ont répondu qu'il y en avait juste assez. Des personnes ont dit qu'il y avait des améliorations à apporter et ont fait les recommandations suivantes :

- « Avoir plus de temps à la quatrième étape. »
- « Avoir un espace plus grand pour faire les ateliers et donner plus d'information sur le déroulement d'une activité. »

Même si la plupart des personnes participantes ont formulé des commentaires positifs à propos de leur expérience thérapeutique, il y a eu tout de même des commentaires négatifs ; notamment « le questionnaire sur la sexualité… gêne certaines personnes durant la session de thérapie… des gens qui fument dans la tente… l'évacuation du groupe à cause du feu de forêt… j'ai senti que c'était comme un arrêt prématuré (ou un abandon). » Parmi les activités les plus aimées par les participants, c'est l'activité de la sculpture, ce qui est une méthode thérapeutique axée sur le système familial qui a été le plus souvent mentionnée.

Les pré-thérapies ont été offertes dans un cadre et un environnement culturels en milieu naturel avec l'approche l'enfant intérieur. Ces pré-thérapies se sont faites en groupe ou individuellement et, dans ce cas, la personne a été rencontrée en moyenne deux à trois fois. Un mois après chaque thérapie, les participants

ont dû remplir une évaluation dans le cadre de l'intervention post-thérapie. Selon les membres de l'équipe, l'objectif de suivi en post-thérapie a été atteint moyennant certaines modifications. Au départ, les participants ne se présentaient pas lors du suivi individuel ; par conséquent, des suivis post-thérapeutiques de groupe ou des ateliers ont été offerts pour inciter les participants à se présenter aux sessions de suivi individuel. Le nombre des participants par groupe pouvait varier de 5 à 12 personnes. Par ailleurs, les liens de parenté existant entre les participants créaient certaines difficultés au début des activités de post-thérapie et les intervenants ont constaté que ces liens de parenté devenaient moins un obstacle si la post-thérapie se faisait en groupe. Finalement, les participants ont été invités à faire une synthèse post-thérapie pour permettre aux intervenants de mieux évaluer leurs besoins, quoique les données n'ont pu être obtenues à ce moment-là.

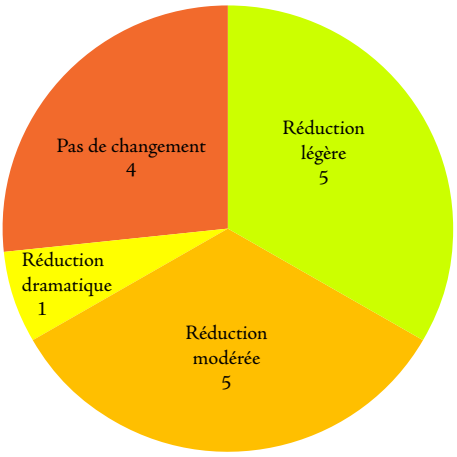
Enfin, certains participants ont exprimé le souhait que le projet puisse continuer afin de favoriser l'harmonie entre les générations et les communautés, jusqu'à ce que tous les membres des communautés suivent une thérapie, non seulement les Survivants des pensionnats. Un participant s'est exprimé ainsi : « Je me disais que je n'avais pas besoin de suivre une thérapie, mais aujourd'hui, je sais que même moi, j'en ai besoin. En le faisant, je me suis fait un vrai beau cadeau. »

5.2 Changements perçus dans la collectivité

L'ouverture amenée par le projet à propos des abus sexuels et des abus physiques a contribué à l'augmentation des dévoilements relatifs aux abus sexuels autant chez les enfants que chez les adultes. Il y a plus de communications entre les générations. Les gens acceptent plus facilement d'échanger au sein de la famille et avec les gens de leur communauté à propos des conséquences des pensionnats. Ces dévoilements ont provoqué une augmentation du nombre de suivis. Pour y répondre, les responsables du projet ont formé une trentaine d'intervenants de première ligne en matière d'abus sexuels au cours des deux premières années du projet. La sensibilisation relative à l'expérience des pensionnats amène les gens à être davantage à l'écoute ou plus collés à la réalité. On constate en effet que certaines personnes s'ouvrent à leurs émotions, alors que d'autres refusent d'entendre parler de cette époque. « Nous croyons qu'un projet mobilisera davantage les gens si la culture, la spiritualité, l'identité autochtone prédominent dans toutes les activités, » constatent les responsables du projet.

La Figure 4 indique le point de vue des quinze répondants à propos de la dénégation des personnes dans les communautés. La majorité des répondants ont observé une diminution modérée du fait qu'il a été plus difficile pour les Aînés, dont la plupart étaient des Survivants, de vaincre le déni.

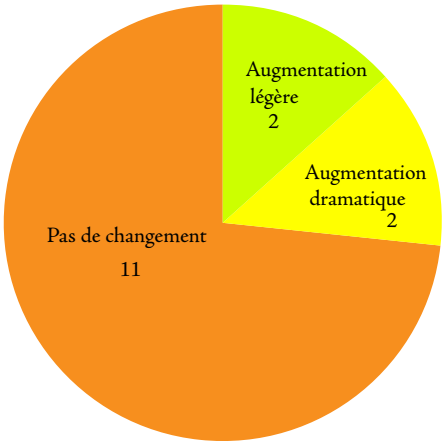
Figure 4) Changements perçus au niveau du déni



Respondants

Selon les informateurs interrogés, les efforts entrepris pour faire de la conscientisation dans le cadre du projet fut un véritable succès. La Figure 5 indique que ces répondants ont remarqué que les membres des communautés ayant participé à des activités du projet ont démontré une « augmentation légère » de leur connaissance et de leur compréhension de l'histoire des pensionnats. De plus, les répondants ont constaté que ces participants étaient capables de faire des liens avec les comportements parentaux de la génération actuelle.

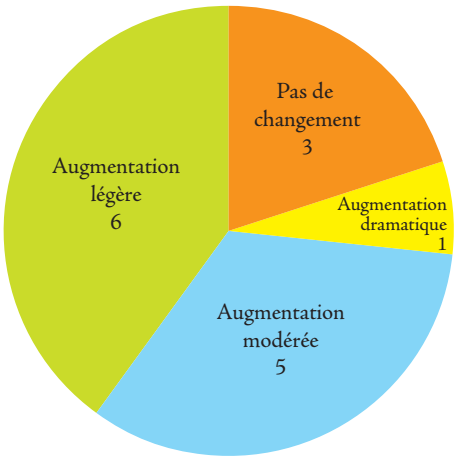
Figure 5) Changements perçus au niveau de la compréhension des pensionnats



Respondants

La Figure 6 indique que la majorité des répondants trouvent qu'il y a eu une augmentation faible ou légère relativement à la compréhension de la guérison traditionnelle chez les membres de la communauté. Cependant, ces répondants ajoutaient que beaucoup de personnes manifestaient encore de vives craintes vis-à-vis les méthodes et l'approche traditionnelles.

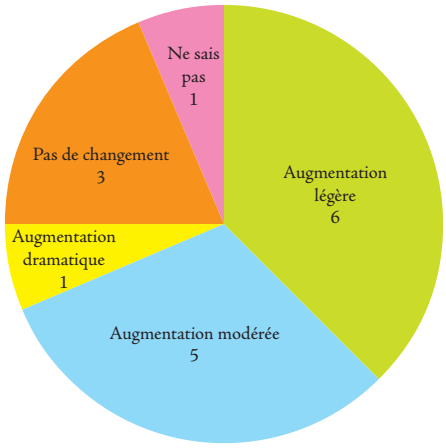
Figure 6) Changements perçus au niveau de la compréhension de la guérison traditionnelle dans la communauté



Respondants

Bon nombre de répondants ont perçu une augmentation de la compréhension et de la démystification des enseignements traditionnels, mais en réalité, les gens ne mettent pas vraiment en pratique ces enseignements et ces connaissances dans leur vie quotidienne. La Figure 7 indique qu'il y a, selon les répondants, une augmentation allant de faible à légère dans l'application des enseignements traditionnels. Parmi les commentaires sur cette question, les répondants disent qu'il y a encore beaucoup d'interdits et de tabous qui entourent le recours aux enseignements traditionnels. De plus, il y a encore beaucoup de gens aux prises avec la peur qui leur a été insufflée par les autorités et les représentants des Églises envers la pratique des cérémonies et des rituels traditionnels atikamekw.

Figure 7) Changements perçus dans le recours aux méthodes de guérison traditionnelles

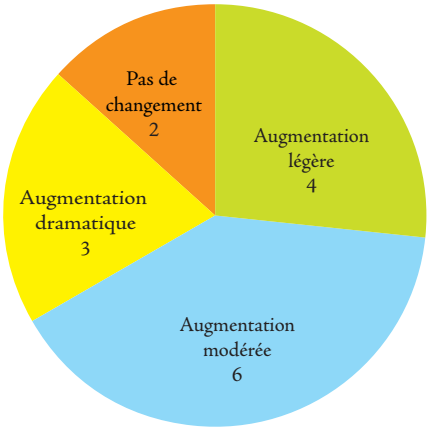


Respondants

La Figure 8 indique que la plupart des répondants sont d'avis qu'il y a une augmentation légère de l'esprit communautaire, c'est-à-dire de la solidarité communautaire. Ces personnes constatent qu'il y a un plus grand nombre de personnes qui participent aux activités communautaires d'une part, et d'autre part, qu'il

y a plus de membres des familles pour apporter du support aux participants durant les cérémonies de clôture.

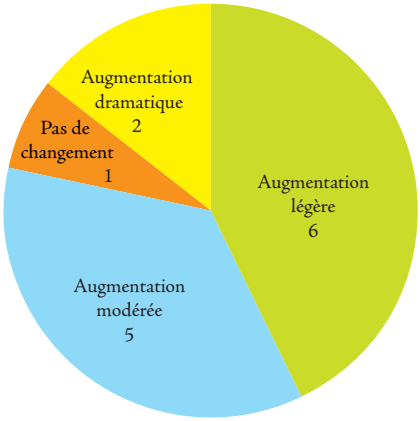
Figure 8) Changements perçus au niveau de l'esprit communautaire



Respondants

La Figure 9 montre l'augmentation du rétablissement des relations familiales qui va de faible à légère. Les répondants constatent que les parents ont amélioré leurs rapports avec leurs enfants et qu'ils suivent de plus près leurs activités scolaires. Les répondants disent également que les parents souhaitent confier leurs enfants à des membres de la famille élargie ou dans la communauté si les services sociaux ont à intervenir.

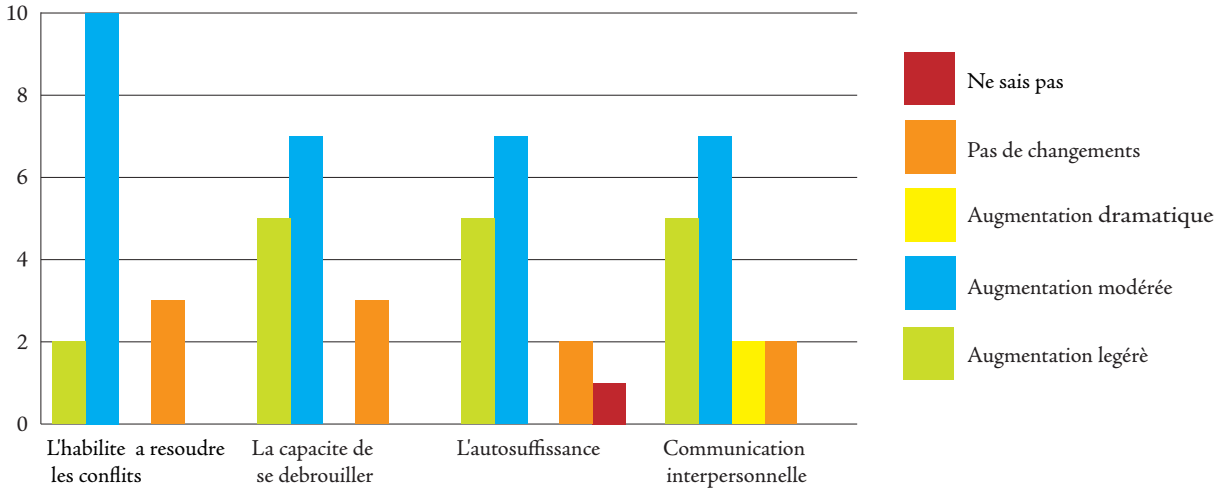
Figure 9) Changements perçus au niveau du rétablissement des liens familiaux



Respondants

La Figure 10 illustre les changements observés relativement aux habiletés interpersonnelles des participants du projet. Dans une grande proportion, les répondants constatent un changement important dans la façon dont les gens s'occupent des conflits, résolvent leurs propres problèmes et appliquent leurs capacités de communication.

Figure 10) Changements perçus relativement aux comportements des participants



Finalement, les participants au projet sont devenus de plus en plus conscients des liens entre les expériences funestes vécues dans les pensionnats, la violence, la consommation abusive d'alcool et de drogue sévissant dans leur communauté. Un répondant a fait l'observation suivante : « Les participants se questionnent beaucoup sur la récurrence des émotions. Le projet a comme effet d'ouvrir des plaies et le processus de guérison sera long à faire. » À cause de la profondeur des souffrances et du désarroi qu'ils ressentent, des participants se disent inquiets au sujet de la continuité du projet. Ces personnes croient que le processus de guérison sera plus long que le projet Koskikiwetan. Ils souhaitent que le processus de guérison amorcé dans ce cadre se poursuive pendant plusieurs années encore.

5.3 Partenariats et viabilité du projet

Dans chaque communauté, il y a un groupe de soutien comprenant des personnes travaillant dans les services de l'éducation, dans les services sociaux, de la santé et de la police. Les gestionnaires de ces services ont libéré également les membres de leur personnel afin que ceux-ci participent aux activités thérapeutiques en milieu naturel. Les responsables du projet n'ont pas établi de nouveaux partenariats, mais ils se sont donnés comme objectif de poursuivre leur collaboration avec les membres de ces services. Ils veulent sensibiliser les autorités locales de façon à ce que celles-ci puissent contribuer activement à la poursuite des activités de guérison du projet lorsque le financement de la FADG s'achèvera. Selon eux, les connaissances acquises par les intervenants, les réseaux d'aide, les liens qui se sont créés, de même que les prises de conscience communautaires, survivront au financement de la FADG.

5.4 Joindre les personnes ayant les plus grands besoins

Il n'apparaît pas clairement que les activités de pré-thérapie aient été conçues pour les personnes ayant de plus grands besoins. Plus exactement, les sessions pré-thérapie avaient plutôt pour objectif de préparer celles qui s'étaient autosélectionnées pour le processus de guérison. Quant aux programmes continus d'information et de sensibilisation aux séquelles des pensionnats, ils ont respecté la capacité des personnes et des communautés à recevoir cette information.

5.5 Responsabilisation

L'équipe a mis en place des mesures de sécurité pour l'embauche, la participation, l'exécution des obligations des participants. De plus, elle a assuré une continuité dans la collaboration entre les différents partenaires du projet, soit en les impliquant directement, soit en les informant régulièrement des avancées des activités en cours. Les responsables du projet ont cependant dit ne pas pouvoir répondre à la question du rapport trimestriel au sujet de la politique relative au CIPC (Centre d'information de la police canadienne) telle que stipulée dans l'accord de contribution, car ils ignoraient de quoi il s'agissait exactement.

Dans le cas du suivi des participants à la thérapie (post-thérapie individuelle ou collective), chaque intervenant local a travaillé en étroite collaboration avec les différents intervenants de chaque secteur de services, y compris les membres des divers comités locaux. À la sortie de chaque thérapie, les intervenants locaux ont invité des organisations engagées de manière significative auprès des participants pour qu'elles les accueillent et les soutiennent.

Lors de la conférence des Aînés tenue à Opitciwan à l'été 2001, les membres de l'équipe ont fait la promotion du projet et donné des explications sur son déroulement. L'équipe a aussi profité des réunions organisées dans les secteurs des services sociaux, de santé, d'éducation et de la police pour rendre compte de l'état des activités du projet. Au cours de la deuxième année, lors d'une rencontre régionale impliquant des intervenants de différents secteurs des trois communautés, l'équipe du projet a fait la présentation des résultats et l'évaluation du projet. L'équipe a également fait un compte-rendu des activités et résultats du projet aux membres des trois communautés lors d'une assemblée générale de la Nation Atikamekw.

5.6 Pratiques prometteuses et efficacité

La qualité première du projet Koskikiwetan a été la vigilance et la créativité dont l'équipe a fait preuve dans l'examen continu des activités en marche et de leurs effets sur les intervenants et les participants. En effet, l'équipe du projet a mis en place des formes de contrôle de la qualité de leurs activités et des correctifs, ainsi que des innovations dans la façon d'intervenir non seulement en fonction de la spécificité des traumatismes des Survivants et de leurs descendants, mais aussi en fonction des différences générationnelles et culturelles des intervenants et des participants. L'adaptation de la thérapie l'enfant intérieur a été une de ces innovations. De plus, en vue d'adapter la thérapie aux adultes, chaque intervenant local a réalisé un plan de travail en collaboration avec la coordonnatrice régionale. Les membres des comités locaux ont également été mis à contribution dans ce processus d'adaptation. L'idée de faire évaluer leur expérience thérapeutique par chacun des participants après leur thérapie a été une autre façon d'exercer cette vigilance et de répondre aux besoins particuliers des personnes.

Une autre qualité du projet a été la diversité et la créativité des activités d'éducation et de sensibilisation aux séquelles des pensionnats où là aussi on a procédé aux réajustements nécessaires au fur et à mesure de l'évaluation de leur impact auprès de la population concernée. Au cours de la première année d'opération, l'équipe a constaté que le vidéo *Miromatisiwinik*, qui s'est avéré par la suite un outil déclencheur très efficace, aurait dû être réalisé bien avant le début du projet. Ce que l'équipe a fait par la suite avant chaque session de thérapie. L'équipe a participé à des émissions radiophoniques sur la question des pensionnats et son superviseur clinique a donné des conférences téléphoniques sur la prévention du suicide et l'effet intergénérationnel des pensionnats. Elle a également présenté aux membres des communautés une

pièce de théâtre, écrite par un Atikamekw en collaboration avec le service éducatif régional de la Nation Atikamekw, et ayant pour thème la transmission des connaissances ancestrales atikamekw. Finalement, des rencontres d'information et de sensibilisation sur les séquelles des pensionnats ont été offertes aux élèves du secondaire et aux professeurs du primaire. Même si le recours aux méthodes traditionnelles est constante (thérapie en forêt, coucher sous la tente, pratiques des rituels et de cérémonies traditionnelles diverses, sueries, cueillette des plantes médicinales, rites de purification, récits de contes et de légendes, enseignements de l'histoire des ancêtres), l'équipe du projet a aussi utilisé des méthodes modernes pour tout ce qui concerne l'information publicitaire, l'évaluation pré-thérapeutique et la formation.

Pour qu'il y ait renforcement des partenariats avec les collaborateurs du projet, les responsables du projet se sont efforcés de suivre les recommandations des comités locaux de chaque communauté, des comités de suivi, de la coordonnation régionale et des intervenants locaux. Cependant, les responsables du projet sont conscients des améliorations à apporter pour exercer de meilleures pratiques de guérison. Selon eux, il est primordial de poursuivre les activités de formation, de thérapie, de pré et post-thérapie :

> Des sessions de formation continues nous semblent nécessaires… Nous sommes également d'avis que du soutien doit être apporté aux intervenants locaux et à d'autres secteurs afin que ceux-ci soient davantage en mesure d'appuyer leurs clients. Les activités de sensibilisation aux impacts de l'expérience des pensionnats doivent aussi se continuer.

5.7 Défis à relever

Le cheminement de guérison des Survivants et de leur famille a été bien amorcé grâce à la mise en place des différentes activités du projet Koskikiwetan. De plus, les parents et les enfants ont commencé à percevoir une amélioration au niveau de la qualité des interactions familiales. L'adaptation de la thérapie l'enfant intérieur à la culture et à la spiritualité autochtones a suscité un sentiment d'appartenance et de mieux-être très vivifiant et très encourageant pour les participants. Il y a eu cependant encore une certaine résistance à parler des séquelles des pensionnats chez certaines personnes des communautés, mais les responsables du projet ont constamment fait des efforts pour améliorer leurs activités d'éducation et de sensibilisation.

La continuité, la confidentialité et la sécurité ont été les conditions primordiales de l'efficacité de relations transférentielles dans le cadre du processus thérapeutique, tant au niveau individuel que collectif. Compte tenu du temps et de la complexité associés à ces conditions, il faut se rappeler que l'une des principales difficultés dans l'atteinte de résultats durables chez les participants a été le haut taux de roulement au sein de l'équipe et du personnel du projet. En effet, au cours du troisième trimestre de la deuxième année d'opération, l'équipe a dû changer des personnes-ressources et deux intervenants locaux. Au cours du quatrième trimestre de la deuxième année, une nouvelle personne ressource s'est jointe à l'équipe et une intervenante locale a démissionné. Ainsi, le désengagement et la démission de certains membres de l'équipe du projet, ainsi que le processus d'adaptation et d'ajustement des activités thérapeutiques en vue de répondre aux besoins spécifiques des personnes, ont compromis le respect de l'échéancier du projet. Parmi les activités non prévues dans le cadre initial du projet, il faut signaler l'adaptation de la thérapie l'enfant intérieur au processus de guérison traditionnelle, ainsi que la participation des membres de l'équipe à un colloque sur la non-violence.

D'après le témoignage d'un des superviseurs cliniques qui a collaboré au projet pendant la première année d'opération, un des principaux défis à relever est le rétablissement des liens de solidarité à l'échelle des communautés et à l'échelle de la nation. « Le manque de solidarité est aussi une des conséquences du

processus d'acculturation des Autochtones dont fait partie l'enfermement des enfants autochtones dans les pensionnats. »[28] À bas bruits, cela se traduit par des conflits latents et manifestes entre les personnes à l'intérieur des communautés et entre les communautés.

5.8 Leçons retenues

Les leçons retenues sont évidemment reliées aux recommandations énumérées ci-haut par les responsables du projet. On constate qu'elles se rapportent plus spécifiquement à l'organisation logistique et à la qualité thérapeutique du processus de guérison en fonction des besoins des participants et de la disponibilité et de la collaboration des différents intervenants. Les responsables du projet ont pris conscience qu'il y a des carences au niveau des connaissances de leur personnel et plus particulièrement au sujet des interventions auprès des adolescents pour faire les post-thérapies, assurer un suivi dans un bureau et avec les clients hors communauté, ainsi que contrôler l'intégration des apprenants dans les formations et, au besoin, diminuer le nombre d'expéditions en forêt.

En somme, les responsables doivent viser à la constitution d'une équipe de base solide, fiable et compétente (superviseur clinique, thérapeutes, intervenants, bénévoles, personnel d'appoint) qui puisse œuvrer sans se surmener, de façon à assurer l'efficacité, la régularité et la continuité des activités.

L'incertitude au sujet de la durée du projet influe autant sur le temps que les intervenants peuvent consacrer aux activités de thérapie que sur l'efficacité du processus de guérison comme tel chez les participants. Au cours des deux années d'opération, les deux thérapeutes du projet devaient offrir deux thérapies consécutives qui leur demandaient beaucoup d'énergie et de travail. Cela représentait une charge de travail démesurée pour seulement deux thérapeutes. Les responsables ont donc décidé de ne plus jamais exiger ce genre de performance à leurs thérapeutes. À la lumière de leur expérience, les responsables du projet estime que le contexte idéal au sein duquel les Survivants des pensionnats et leurs descendants peuvent amorcer un processus de guérison est que ce processus puisse s'étaler sur plusieurs années, au moins sur trois ans. De plus, disent-ils dans leur rapport, « ... il serait bien de pouvoir garder le même personnel et que celui-ci puisse avoir une évaluation périodique. Il faudrait aussi, dès le début du processus, faire une planification annuelle des activités avec l'équipe et l'évaluer périodiquement. »

Finalement, l'aspect positif des leçons à retenir est incontestablement l'intégration des éléments culturels à l'intérieur de toutes les activités de sensibilisation, de formation et de thérapie. Cette façon de faire renforce l'estime de soi des individus, leur sentiment d'appartenance aux Atikamekw et, par conséquent, cela se traduit par l'expression de la fiertée héritée de leurs ancêtres. C'est pourquoi l'utilisation de la langue maternelle s'avère un outil important d'intervention.

6. Conclusions

Grâce au projet Koskikiwetan et à ses expériences passées, la nation Atikamekw a démontré son engagement dans le processus de guérison en brisant le cycle des conditions de vie marquées par les abus et les violences. Les données que nous avons présentées dans ce rapport démontrent clairement que les Atikamekw s'étaient engagés dans un processus de guérison bien longtemps avant que la FADG fut créée. Il est évident que les membres de ces communautés vont poursuivre ce processus bien après l'interruption de leurs liens avec la FADG. Cette intention est largement manifeste dans la manière dont ils se consacrent et s'engagent

dans la guérison à l'échelle de leur communauté respective et par la compassion dont ils font preuve les uns envers les autres.

Ceci étant dit, est-ce que le projet Koskikiwetan a été capable d'atteindre les objectifs de formation des intervenants, de mobilisation et de sensibilisation des membres des communautés Atikamekw, et ainsi parvenir à avoir du monde en thérapie comme indiqués dans la carte de la performance? Ils ont certainement atteint ces objectifs. Les habiletés des intervenants ont augmenté et ces personnes ont reçu des formations spécialisées qui étaient adaptées à leur vision particulière d'un processus thérapeutique avec des Autochtones victimes des séquelles des pensionnats. D'une part, la communauté a maintenant une meilleure compréhension des conséquences des pensionnats, et d'autre part, il y a plus de participants en thérapie et la demande de soins et services ne cessent d'augmenter. Parmi les activités de conscientisation, ils ont réalisé un vidéo qui sert maintenant d'outil et peut être utilisé dans l'avenir pour des membres de la communauté s'engageant dans la guérison.

Les intervenants étaient directement concernés par les problèmes relatifs aux abus physiques et sexuels. Il y a de plus en plus de gens qui s'ouvrent au sujet des abus sexuels. Les responsables du projet ont adopté une approche de thérapie occidentale qu'ils ont adaptée à un contexte culturel autochtone. Les membres des communautés sont maintenant capables de recevoir la thérapie dans leur propre langue et ils sont sensibilisés et initiés aux méthodes traditionnelles qui ont fait vivre jadis la culture des Premières Nations. Il y a plus de gens qui cherchent à acquérir les connaissances sur les manières de vivre traditionnelles. À long terme, les communautés vont atteindre leurs buts et rétablir la fierté et la dignité Atikamekw.

Comme tout processus de guérison, le mouvement vers le changement et le mieux-être prend beaucoup de temps. Cela prendra plusieurs années d'efforts constants et d'investissements personnels et collectifs aux Atikamekw pour que la période d'acculturation des Autochtones, cet héritage « maudit » que représentent aujourd'hui les pensionnats, ne soit plus qu'un mauvais souvenir.

7. Recommandations

Après deux ans d'activités de sensibilisation, de formation et de thérapie, les membres de l'équipe ont été à même de faire plusieurs recommandations relativement à la bonne continuité de leur projet dans le sens d'un processus de guérison ayant des objectifs réalistes à atteindre. Ces recommandations étaient de cinq ordres : la sécurité et le bien-être des personnes engagées dans le projet, le développement organisationnel, la sensibilisation des membres des communautés au projet, le développement de la collaboration au sein de l'équipe et l'évaluation du projet. Plusieurs informateurs ont indiqué que le point central de ces recommandations était un examen continu du processus de guérison. Si le projet Koskikiwetan ne possédait pas suffisamment d'intervenants qualifiés et si les membres de l'équipe ne recevaient pas le soutien et le temps nécessaires pour réaliser leurs objectifs, cela mettrait en péril le cheminement de guérison poursuivi par le projet *Koskikiwetan* et risquerait d'aggraver le traumatisme des Survivants et de leurs descendants. Voici les principales recommandations faites par les membres de l'équipe :

Concernant la sécurité et le bien-être des personnes participant au projet, il faudrait :

- embaucher un superviseur clinique uniquement pour le projet;
- s'assurer que les intervenants aient des vacances et des congés culturels;
- donner plus de soutien aux intervenants et aux coordonnateurs;
- s'assurer qu'il y ait du briefing et débriefing avant et après chaque session de thérapie en milieu naturel.

Concernant le développement organisationnel, il faudrait :

- sur le plan de la communication externe, s'assurer que le bureau régional fasse une présentation du personnel à la population;
- sur le plan de la communication interne, mettre en place un meilleur système de communication entre le bureau régional et les bureaux locaux et mettre en place un meilleur système de communication durant les sessions de thérapie;
- consolider la structure du programme et la rendre plus claire en se dotant d'un organigramme;
- ouvrir un poste de cuisinière et d'aide de camp afin d'avoir moins de roulement du personnel;
- choisir des équipes formées en intervention auprès des adolescents, des guides aptes à partager leurs connaissances, et des thérapeutes aptes à faire de la thérapie avec des adolescents.

Concernant l'organisation des activités thérapeutiques, il faudrait :

- faire du cas par cas pour l'acceptation de la personne en thérapie ou non;
- faire en sorte que les clients s'inscrivent au moins une semaine à l'avance;
- organiser des soirées d'information pré-thérapie et parler de culture et de spiritualité;
- faire en sorte que la participation à des activités pré-thérapies soit un pré-requis à la thérapie comme telle;
- faire en sorte que les conférenciers soient présents aux pré-thérapies au lieu de l'être aux thérapies;
- modifier le formulaire d'adhésion en vue de l'amélioration du suivi thérapeutique;
- favoriser la régularité des activités pour améliorer le cheminement de guérison;
- inclure l'aspect culturel dans la post-thérapie et les activités en groupe.

Concernant le développement de la collaboration et du réseautage au sein des équipes de travail, il faudrait faire activement partie des tables de concertation (Éducation, Santé, Police, etc.);

- s'assurer que les décisions au niveau local soient prises de concert avec la coordonnatrice régionale;
- développer l'esprit d'équipe chez les adultes;
- intensifier le rythme des rencontres avec toutes les équipes (locales et régionale);
- établir un protocole pour favoriser la collaboration.

Concernant l'évaluation continue des activités du projet, il faudrait :

- créer un questionnaire pour évaluer la satisfaction des participants à l'égard du projet en s'inspirant de celui du *Guide d'évaluation communautaire des initiatives financées par la Fondation autochtone de guérison* conçu pour l'évaluation des projets subventionnés;
- s'engager à faire des évaluations formelles planifiées et ajouter un suivi à long terme de l'impact du programme;
- s'assurer que l'équipe du projet a une vision claire de la distinction entre les activités et les résultats;
- faire le profil des participants pour qui le programme a bien fonctionné;
- identifier clairement les différences entre les personnes pour qui le programme a fonctionné et les autres pour qui le programme n'a pas fonctionné en se demandant si la dénégation est la seule barrière ou s'il n'y a pas eu d'autres variables telles que l'âge ou le sexe.

Notes

[1] Dans l'étude de cas, nous utilisons le deuxième nom du projet, Koskikiwetan, au lieu du premier nom Miromatisiwinik.

[2] Ces données proviennent des rapports trimestriels soumis par le projet à la FADG pendant sa première année de fonctionnement.

[3] Selon les données obtenues du troisième et quatrième rapports présentés à la FADG.

[4] Information tirée des rapports du quatrième trimestre du projet Koskikiwetan soumis à la FADG.

[5] Information tirée des rapports du projet Koskikiwetan soumis à la FADG.

[6] Information tirée des rapports.

[7] Information tirée des rapports.

[8] Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (1995). *Indicateurs sociosanitaires-Définitions et interprétations*. Ottawa, ON. Nouvelle édition 1996, 1997 : 146.
[9] Coloma C. (1999). Programme Mikon : La mortalité dans les communautés Atikamekw [Mikon Project: Mortality in the Atikamekw Communities] [travail de recherche non publié].
[10] Coloma (1999).
[11] Coloma (1999).
[12] Coloma (1999).
[13] Information obtenue du Conseil de la Nation Atikamekw.
[14] Conseil de la Nation Atikamekw (1974a :104). *La vie quotidienne et adaptation des Atikamekw de Wemotaci à la modernité*.
[15] CAN (1997a).
[16] CAN (1997a); et CAN (1996 :115). *Problèmes sociaux, solidarité et entraide à Manawan*.
[17] Conseil de la Nation Atikamekw (1997a; 1996); et CAN (1997b). *L'adaptation des Atikamekw d'Opitciwan à la modernité*.
[18] CAN (1997a :108; 1997b :110).
[19] Les différences sont significatives dans tous les cas; CAN (1997a; 1997a).
[20] CAN (1997a; 1997b).
[21] CAN (1997b).
[22] Le taux dépasse 100 % du fait que des répondants peuvent avoir indiqué plus d'un moyen; CAN (1996 :124).
[23] Scheid, F. et I. Olacabal (1994 :7). Consommation de substances psychotropes chez les adolescents amérindiens au Québec. *Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine* 12(304) :145–168; et CAN (1997a).
[24] CAN (1996 :114).
[25] CAN (1996 :103). Toutes ces différences sont significatives; cependant, les données doivent être interprétées avec circonspection puisque plus de 20 pour cent présentent des valeurs inférieures à 5.
[26] D'Aragon, N. (2110 :13). Le suicide et la mémoire des peuples. *Vis-à-vie* 10(3) :12–17.
[27] Information tirée des rapports trimestriels de la deuxième année du projet Koskikiwetan soumis à la FADG.
[28] Entrevue téléphonique, mai 2002.

Appendice 1) Questionnaires des entrevues sur le terrain

Études de cas Conseil de la Nation Atikamekw inc

MIROMATISISWINIK & KOSKIKWETAN

Avant de commencer on voudrait vous assurer que :

- il n'y a pas de bonnes réponses, seulement des réponses qui reflètent la vérité selon votre perception des choses ;
- votre participation est strictement volontaire puisque vous avez le choix de répondre ou non aux questions ;
- votre projet a été sélectionné selon des critères qui étaient importants pour le conseil d'administration, c'est à dire sur le plan géographique et de la représentation de votre groupe, selon le type de projet et non selon sa performance présente et passée ; il s'agit ici d'une étude de cas et non d'une évaluation.
- nous voulons simplement apprendre de vos expérience afin de pouvoir aider toutes les communautés ;
- le rapport ne pourra pas identifier qui a dit quoi donc, soyez libre de dire ce que vous avez à dire que ce soit controversé ou non.

Nom:_____Profession :_____Date :_____

1. S'il vous plaît, pouvez-vous décrire votre rôle ou relation avec ce projet?

2. Jusqu'à maintenant, qu'est-ce que vous trouvez qui est le plus efficace dans ce projet?

3. Êtes-vous capable de donnez des exemples qui illustrent le fait que la communauté ait pu profiter de la présence de ce projet?

4. Selon vous, pour chacun des problèmes suivant, répondre à la phrase qui décrit le mieux si les incidences ont changé grâce au projet :

Abus Physique	Augmente	Reste Pareille	Diminuer	Pas Certain
Abus Sexuel	Augmente	Reste Pareille	Diminuer	Pas Certain
Prise en charge enfants	Augmente	Reste Pareille	Diminuer	Pas Certain
Taux D'incarcératio	Augmente	Reste Pareille	Diminuer	Pas Certain
Suicide	Augmente	Reste Pareille	Diminuer	Pas Certain

   Pourquoi voyez-vous les choses de cette façon.

5. Quels impacts le projet a-t-il eux sur votre équipe ?

6. Quels impacts ont eu la présence de survivants sur la dynamique de votre équipe? Expliquez.

7. Parlez-moi des points forts et points faibles par rapports à l'utilisation des ressources locales ?

8. Expliquez-moi concrètement la thérapie traditionnelle et thérapie de l'enfant intérieur? Selon vous, quels sont les liens entre ces deux formes de thérapie ? (modèles de référence, spécificités culturelles, moyens, résultats attendus et obtenus)

9. Décrivez-moi le milieu naturel où ont lieu les activités thérapeutiques et de formation?

10. Dans quelle mesure le projet a-t-il bien traité des effets de la transmission des abus physiques et sexuels commis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles?

11. Quels sont les besoins pré-identifiés auxquels le projet veut répondre?

12. Comment évalueriez-vous la capacité de ce projet à faire face à ces besoins et à les satisfaire?

13. À votre avis, les responsables du projet ont-ils répondu de leurs activités devant la collectivité (c'est-à-dire ont-t-il rendu compte de leurs obligations en établissant des communications claires et transparentes avec les membres de la communauté et également en allant chercher en retour leur feedback)?

14. Comment gérer -vous les formes de résistance, les crises, et les réactions diverses à la thérapie?

15. Dans quelle mesure les méthodes, les activités et les démarches présentées dans l'accord de financement ont-elles facilité l'atteinte des résultats recherchés?

16. Le projet sera-t-il en mesure de continuer à fonctionner au moment où l'appui financier de la Fondation prendra fin?

17. Dans quelle mesure le projet a-t-il été capable de suivre de près ses activités et de les évaluer?

18. Ceci est une échelle qui décrit les attitude et les comportements. Penser à ces attitude et comportements et choisir la catégorie de de réponse de votre choix en fonction des items présentés ci-dessous.

		Augmentation Dramatique (>80%)	Augmentation Modéré (40-80%)	Augmentation Légère (1-40%)	Pas de Changement	Ne Sais Pas	Réduction Légère (1-40%)	Réduction Modéré (40-80%)	Réduction Dramatique (>80%)
a)	La dénégation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b)	La compréhension des pensionnats	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c)	L'habileté à résoudre les conflits	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d)	La capacité de se débrouiller	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e)	L'autosuffisance	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f)	Les habiletés de communication interpersonnelle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g)	La compréhension de la guérison traditionnelle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h)	L' utilisation de la guérison traditionnelle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i)	Le # de familles impliquer dans la guérison	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j)	Le # d'individus impliquer dans la guérison	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k)	L'existence d'un réseau de soutien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l)	L'utilisation du réseau de soutien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	L'esprit communautaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n)	La compétence du personnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
o)	Le rétablissement de liens familiaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Est- ce que vous avez d'autres commentaires ?

Questionnaire aux intervenants à propos de la formation

Encerclez votre réponse

1. Comment évaluez-vous la qualité de la formation que vous avez reçue?

1	2	3	4
Excellent	Bon	Moyen	Pauvre

2. Croyez-vous avoir reçu la formation donc vous avez besoin?

1	2	3	4
Très Satisfaite	Bien Satisfait	Moyenment	Pas de tout Satisfait

3. Jusqu'à quel point est-ce que la formation a répondu à vos besoins?

1	2	3	4
Beaucoup	Suffisamment	Assez	Pas de tout

4. Êtes-vous satisfait du nombre de formation que vous avez reçu?

1	2	3	4
Très satisfait	Satisfait	Indifférent	Insatisfait

5. Est-ce que la formation qui vous a été donnez vous a aidez à mieux géré vos clients?

1	2	3	4
Oui ça aide	Oui ça aide un peu	Non pas vraiment	Indifférent

6. Quelle est la méthode de formation qui vous a le plus aidé?
7. Que savez vous maintenant que vous ne saviez pas avant?
8. Que vous pouvez faire maintenant que vous pouviez pas faire avant?

Appendice 2) Questionnaire d'évaluation

Conseil de la Nation Atikamekw

Programme de réhabilitation

Syndrome de l'exil vers les pensionnats

Koskikiwetan II

Questionnaire d'évaluation

Afin de nous aider à mieux cerner les besoins du projet Koskikiwetan II, des Services Sociaux, une partie sera réalisée sous forme de questionnaire.

En y répondant, vous nous permettrez d'améliorer la qualité des activités thérapeutiques.

Les réponses serviront uniquement à titre indicatif et informatif et demeureront confidentielles.

1) À quelle date avez-vous participé à la thérapie ?

2) De quelle communauté êtes-vous ?

3) Selon vous y a-t-il trop ou pas assez de participants lors de la thérapie ?

4) D'après vous, le programme de la thérapie vous a-t-il satisfait ? Si non précisez ?

5) Recommanderiez-vous la thérapie à d'autre personnes et pourquoi ?

6) Selon vous, les autres participants semblaient-ils satisfait ?

7) Selon votre jugement, les thérapeutes sont-ils compétents ?

8) Quel a été l'intérêt des thérapeutes et des personnes-ressources face à cette thérapie ? Pourquoi ?

9) Selon vous, est-ce qu'il devrait y avoir plus d'activités intégrées à la thérapie ? (Par exemple des activités culturelles ?)

10) Selon vous, est-ce qu'il y a trop d'activités d'intégrées à l'intérieur de la thérapie ?

11) Quels sont les points à améliorer ?

12) Qu'avez-vous le plus aimé ?

13) Qu'est-ce que vous avez le moins aimé ?

Commentaires :