

Profils de la santé mentale
d'un échantillon d'Autochtones
de la Colombie-Britannique
survivants du régime
canadien des pensionnats



Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison

© Fondation autochtone de guérison, 2003

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

Conception graphique et mise en page par la Fondation autochtone de guérison.

Impression par Anishinabe Printing (Kitigan-Zibi).

ISBN 0-9733431-5-X

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

This document is also available in English.



**Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la
Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats**

Rédigé pour le compte de

La Fondation autochtone de guérison

par

Dr. Raymond R. Corrado, Ph.D.

Dr. Irwin M. Cohen, Ph.D.

Corrado Research and Evaluation Associates Inc.

Ce projet a été appuyé financièrement par la Fondation autochtone de guérison (FADG); cependant, ce rapport exprime le point de vue des auteurs et la FADG n'en assume pas la responsabilité.

2003

Table des matières

Sommaire	i
1. Contexte du projet	1
Objectifs de la recherche	2
2. Documentation et études canadiennes traitant du régime des pensionnats	5
Violence physique	8
Violence sexuelle	9
Violence spirituelle	10
Violence psychologique	11
Les répercussions du régime des pensionnats	13
3. Les Autochtones et les problèmes de santé mentale	17
Syndrome de stress post-traumatique	20
Syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats	27
4. Méthodologie de recherche	29
Interprétation des données	32
5. Analyse des données	35
Données démographiques générales	35
Comportement des membres de la famille à l'égard de l'alcool	38
Décès dans la famille	40
Interactions familiales	41
Relations intimes, conjugales et familiales du sujet	42
Admission au pensionnat, contacts avec la famille (période au pensionnat) et profil de la sortie du pensionnat	44
Mesures de discipline au pensionnat	46
Violence physique, sexuelle et émotionnelle à l'égard des sujets	46
Violence physique, sexuelle, émotionnelle commise par le sujet	53
Consommation et surconsommation (abus) d'alcool	54
Infractions – antécédents criminels	55
Problèmes et déviances sexuels	57
Profils de santé physique	58
Profils de santé mentale	59
6. Conclusions	63
Sources consultées	71

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Tutelle légale du sujet -----	36
Tableau 2 :	Le niveau d'études le plus avancé complété -----	36
Tableau 3 :	Consommation d'alcool -----	38
Tableau 4 :	Décès d'un membre de la famille -----	41
Tableau 5 :	Milieu de vie des enfants des sujets -----	43
Tableau 6 :	Compétences parentales du sujet -----	44
Tableau 7 :	Raisons expliquant la fréquentation du pensionnat -----	45
Tableau 8 :	Violence antérieure à la fréquentation du pensionnat -----	47
Tableau 9 :	Auteurs d'abus à l'égard du sujet avant la fréquentation du pensionnat -----	48
Tableau 10 :	Abus commis à l'égard du sujet au pensionnat et hors du pensionnat, dans sa famille -----	49
Tableau 11 :	Auteurs de violence à l'égard du sujet pendant sa fréquentation du pensionnat -----	50
Tableau 12 :	Divulgarion par le sujet des abus dont il a été victime au pensionnat -----	51
Tableau 13 :	Violence subie après la fréquentation du pensionnat -----	52
Tableau 14 :	Auteurs d'abus à l'égard du sujet pendant la période post-pensionnat -----	52
Table au 15 :	Victimes des abus commis par les sujets -----	53
Tableau 16 :	Antécédants criminels -----	55
Tableau 17 :	Victimes des infractions criminelles des sujets -----	56
Tableau 18 :	Peines encourues par les sujets par suite d'activités criminelles -----	57
Tableau 19 :	Problèmes et déviances sexuels -----	58
Tableau 20 :	Diagnostics posés relativement à la santé mentale des sujets -----	59
Tableau 21 :	Comorbidité relative au syndrome de stress post-traumatique -----	60

Sommaire

Ce projet de recherche a pour objet d'analyser le profil de maltraitance, ainsi que les profils de santé mentale et d'état de santé général se rapportant à un échantillon composé de 127 Autochtones survivants du régime des pensionnats ayant été soumis à une évaluation clinique. Par suite de l'analyse de leurs dossiers, voici ce que ce rapport présente : les données démographiques et le profil des problèmes des survivants des pensionnats et ceux de leur famille avant, pendant et après leur fréquentation du pensionnat; l'expérience vécue au pensionnat par les survivants de l'échantillon; la prévalence et la comorbidité associées au syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et à d'autres troubles mentaux; les besoins de traitement des survivants des pensionnats.

Pour les besoins de ce projet de recherche, trois psychologues cliniciens possédant une vaste expérience dans le domaine de l'évaluation de santé des survivants des pensionnats ont remis leurs rapports d'évaluation clinique pour qu'ils soient codés et analysés. Compte tenu des questions de nature délicate et de la consultation de renseignements confidentiels relatives à ce rapport, les 127 personnes faisant partie de l'échantillon ont donné oralement leur consentement. En ce qui a trait à ce consentement accordé oralement, les trois cliniciens ont indiqué qu'en traitant des cas liés au régime des pensionnats, ils ont considéré que l'obtention d'un consentement oral s'avérait l'approche la plus adaptée, étant donné que leurs clients se sentaient plus rassurés de ne pas avoir à apposer leur nom sur un document, particulièrement à l'étape initiale des évaluations et/ou du traitement.

Chaque clinicien a expliqué en détail à ses clients qu'à titre de chercheurs affiliés à une université, l'utilisation des données recueillies à partir de l'observation de cas ne serait effectuée qu'aux fins d'enseignement et de recherche; par conséquent, aucune information signalétique, ni aucune particularité, ne serait jamais transférée. À titre d'exemple, les points de repère ou les traits distinctifs des cas étudiés ont été modifiés dans l'intention d'en préserver le caractère confidentiel.

De plus, les trois cliniciens ont révisé le rapport final afin de s'assurer qu'aucun cas particulier ne pourrait être identifié à partir des données cumulatives présentées. En fait, chaque clinicien a déclaré qu'il ne pouvait même pas identifier une caractéristique des dossiers transmis, et, à plus forte raison, une personne en particulier. Ils ont considéré que ce rapport protégeait rigoureusement les renseignements confidentiels; de plus, l'information contenue dans ce rapport a été jugée par ces cliniciens d'une très grande importance pour les autres cliniciens du pays et pour ceux d'autres pays ayant à traiter un syndrome associé à la maltraitance dans des pensionnats.

Sommaire

Il y a des données d'information spécifiques qui peuvent aider des cliniciens à mieux comprendre les aspects complexes des problèmes de santé mentale associés à l'expérience vécue dans les pensionnats. Les cliniciens ont aussi affirmé que l'information fournie par ce rapport pouvait s'avérer extrêmement utile pour l'établissement de stratégies d'évaluation et de traitement. Finalement, afin d'assurer complètement le maintien de la confidentialité des informations recueillies, nous avons omis de citer les noms des trois cliniciens dans le présent rapport.

Dans le but de coder toutes les données d'information collectées à partir des 127 dossiers, nous avons créé un outil de recherche exhaustif. Dans le cadre de cette recherche, tous les sujets sont des Autochtones adultes, plaideurs ayant intenté une action en justice contre le gouvernement fédéral du Canada, l'Église unie du Canada, l'Église anglicane du Canada et/ou l'Église catholique en raison des abus dont ils ont été victimes alors qu'ils étaient des élèves au pensionnat.

L'échantillon est composé en majeure partie d'hommes et la moyenne d'âge est de 48,5 ans. À leur entrée au pensionnat, les sujets étaient âgés en moyenne de 8,5 ans et, de façon générale, ils provenaient d'une famille complète. À leur sortie du pensionnat à l'âge de 15 ans, seulement une infime minorité d'entre eux sont retournés dans une famille unie. La plupart des sujets n'ont pas poursuivi leurs études après leur départ du pensionnat. Par ailleurs, un quart des dossiers étudiés indiquent que les sujets ont fréquenté des institutions post-secondaires. Quant aux antécédents liés à l'emploi, les sujets étaient répartis également entre ceux ayant occupé des emplois n'exigeant pas de formation ou d'études formelles et ceux ayant eu des emplois nécessitant une scolarisation et des études plus poussées.

Bien que les limitations liées aux données aient généralement empêché de faire des comparaisons soutenables ou directes à travers des périodes de temps, notamment la période antérieure à la fréquentation du pensionnat, celle du séjour même au pensionnat et celle post-pensionnat, il semble y avoir eu une augmentation très marquée de la consommation d'alcool par des sujets entre la période ayant précédé la fréquentation du pensionnat et les périodes de temps subséquentes, un phénomène qui ne peut être uniquement attribué aux différences d'âge.

Sommaire

Plus des trois-quarts des sujets ont déclaré avoir fait une consommation excessive d'alcool pendant la période post-pensionnat. Comme il fallait s'y attendre, le nombre de dossiers de cas fournissant de l'information sur l'abus physique, sexuel et émotionnel a augmenté d'une manière accablante pendant la période où les sujets fréquentaient les pensionnats et a diminué par la suite pendant la période post-pensionnat. Cent pour cent des sujets ayant déclaré avoir été victimes d'abus pendant leur séjour au pensionnat ont indiqué qu'ils avaient été agressés sexuellement et près de 90 pour cent d'entre eux ont rapporté avoir été victimes de mauvais traitements physiques.

Presque la moitié des dossiers ayant donné de l'information sur les antécédents criminels des sujets rapportent des condamnations découlant principalement d'actes d'agression physique ou de voies de fait et d'agressions sexuelles. Alors qu'il y a de multiples victimes mentionnées pour un bon nombre de ces incidents de nature criminelle, la plupart des voies de fait touchent des partenaires ou des membres de la famille, tandis que 31 pour cent de ces actes de violence impliquent des agents de police et 20 pour cent des étrangers.

Dans trois-quarts des dossiers, on trouve de l'information sur la santé mentale des sujets. Deux cas seulement dans l'ensemble des sujets ne présentent pas de trouble mental. Comme troubles mentaux les plus communs, on fait mention du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (64,2 pour cent), de problèmes d'abus des substances psychoactives (26,3 pour cent), de dépression majeure (21,1 pour cent).

Selon toute probabilité, la moitié des personnes chez qui on a diagnostiqué le SSPT présentaient une comorbidité avec d'autres troubles mentaux, y compris des troubles causés par l'abus des substances psychoactives (34,8 pour cent), la dépression majeure (30,4 pour cent) et le trouble dysthymique (26,1 pour cent). Seulement 4,3 pour cent des dossiers ont mentionné la nouvelle, mais non officielle, catégorie clinique, c'est-à-dire le syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats. Ce syndrome associé aux répercussions de l'expérience vécue dans les pensionnats constitue un sous-type du SSPT qui s'applique dans le cas d'un sentiment profond de peur et de colère et d'une propension à l'abus d'alcool et de drogues.

Sommaire

L'élaboration d'un code exhaustif s'appliquant à ce projet de recherche a constitué une première étape nécessaire du développement d'une base de données quantitatives systématiques se rapportant à la santé mentale, aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux des survivants du régime des pensionnats au Canada. Ce code permettra également de faire des comparaisons transnationales avec des survivants des pensionnats dans d'autres pays. De plus, cet outil contribuera à faciliter chez les cliniciens une compréhension plus complète de la réalité des survivants des pensionnats et à les aider dans l'établissement d'interventions thérapeutiques plus spécifiques.

Si vous desirez obtenir une copie du code, veuillez contacter la Directrice de la recherche à la Fondation autochtone de guérison.

Chapitre 1

Contexte du projet

En juin 2001, *Corrado Research and Evaluation Associates Inc.* a entrepris un projet de recherche visant à analyser l'incidence relative à la santé mentale chez un échantillon de 127 Autochtones ayant intenté une action en justice contre le gouvernement fédéral du Canada, contre l'Église unie du Canada, contre l'Église anglicane et l'Église catholique en raison des abus dont ils ont été victimes alors qu'ils étaient pensionnaires sous le régime des pensionnats. La Fondation autochtone de guérison (FADG) a fourni l'appui financier à ce projet de recherche, ainsi que des directives, dans l'intention de mieux comprendre la portée de la violence physique, sexuelle, émotionnelle/psychologique, les types d'abus, de même que leurs répercussions sur la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones survivants du régime des pensionnats. Trois cliniciens possédant une vaste expérience en intervention thérapeutique auprès des Autochtones survivants ont collaboré au développement du projet de recherche et ils ont fourni les dossiers de cas à partir desquels la collecte des données de base de ce rapport a été effectuée.

Compte tenu des questions de nature délicate et de l'utilisation de renseignements confidentiels relatives à ce rapport, les 127 personnes faisant partie de l'échantillon ont donné oralement leur consentement. En ce qui a trait à ce consentement accordé oralement, les trois cliniciens ont indiqué qu'en traitant des cas liés au régime des pensionnats, ils ont considéré que l'obtention d'un consentement oral s'avérait l'approche la plus adaptée, étant donné que leurs clients se sentaient plus rassurés de ne pas avoir à apposer leur nom sur un document, particulièrement à l'étape initiale des évaluations et/ou du traitement.

Chaque clinicien a expliqué en détail à ses clients qu'à titre de chercheurs affiliés à une université, l'utilisation des données recueillies à partir de l'observation de cas ne serait effectuée qu'aux fins d'enseignement et de recherche; par conséquent, aucune information signalétique, ni aucune particularité, ne serait jamais transférée. À titre d'exemple, les points de repère ou les traits distinctifs des cas étudiés ont été modifiés dans l'intention d'en préserver le caractère confidentiel.

De plus, les trois cliniciens ont révisé le rapport final afin de s'assurer qu'aucun cas particulier ne pouvait être identifié à partir des données cumulatives présentées. En fait, chaque clinicien a déclaré qu'il ne pouvait même pas identifier une caractéristique des dossiers transmis, et, à plus forte raison, une personne en particulier. Ils ont considéré que ce rapport protégeait rigoureusement les renseignements confidentiels; de plus, l'information contenue dans ce rapport a été jugée par ces cliniciens d'une très grande importance

Chapitre 1

pour les autres cliniciens du pays et pour ceux d'autres pays ayant à traiter un syndrome associé à la maltraitance dans des pensionnats. Il y a des données d'information spécifiques qui peuvent aider des cliniciens à mieux comprendre les aspects complexes des problèmes de santé mentale associés à l'expérience vécue dans les pensionnats. Les cliniciens ont aussi affirmé que l'information fournie par ce rapport pouvait s'avérer extrêmement utile pour l'établissement de stratégies d'évaluation et de traitement. Finalement, afin d'assurer complètement le maintien de la confidentialité des informations recueillies, nous avons omis de citer les noms des trois cliniciens dans le présent rapport.

Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche a pour objet d'analyser chez un échantillon de 127 Autochtones survivants du régime des pensionnats le profil de violence dont ils ont été les victimes, ainsi que leurs profils de santé mentale et d'état de santé général. Cet échantillon a été prélevé d'un groupe de plaignants autochtones en Colombie-Britannique dont la plupart poursuivent en justice le gouvernement du Canada, l'Église unie du Canada, l'Église anglicane et l'Église catholique par suite des abus dont ils ont été victimes alors qu'ils étaient des élèves dans les pensionnats.

Une étude des écrits recensés et publiés portant sur la prévalence de problèmes de santé mentale indique que, chez les Autochtones, le taux de fréquence de maladies mentales et de troubles mentaux est beaucoup plus élevé que chez les membres de la culture canadienne dominante¹ (Duclos et coll., 1998; Kirmayer, Brass et Tait, 2000). Cependant, il n'y a aucune étude systématique ayant permis d'évaluer le profil psychiatrique d'un sous-groupe d'Autochtones ayant été victimes de violence sous le régime des pensionnats.

Par contre, ce qui est encore plus important, c'est que les cliniciens ont émis l'hypothèse que de nombreuses victimes des abus commis dans les pensionnats ont des symptômes révélateurs du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). On n'en sait encore très peu sur la variation que peut prendre ce trouble mental chez les victimes des abus commis dans les pensionnats et la comorbidité, notamment des troubles s'y rattachant comme la dépression, l'anxiété et l'abus des substances psychoactives.

¹ La recherche indique que les Autochtones font face également à des taux de fréquence plus élevés de suicide, de pauvreté, d'abus des substances psychoactives, de violence interpersonnelle, de certaines maladies, d'incarcération, d'achèvement d'un niveau d'études plus bas, de chômage plus généralisé et d'une espérance de vie écourtée (Rowe, 2001).

Chapitre 1

Voici les sept principaux objectifs de ce rapport :

- créer un outil de recherche pouvant être utilisé pour coder et analyser des évaluations cliniques dans le cas de survivants des pensionnats partout au Canada;
- déterminer les profils démographiques des survivants des pensionnats et de leur famille;
- déterminer le profil des problèmes auxquels les survivants des pensionnats et leur famille ont été confrontés avant, pendant et après la fréquentation du pensionnat;
- circonscrire l'expérience vécue par les survivants de l'échantillon au pensionnat;
- identifier la prévalence du SSPT et ses différentes incidences chez les victimes d'abus commis dans les pensionnats faisant partie de l'échantillon;
- fournir de l'information concernant les diagnostics cliniques posés dans le cas des survivants des pensionnats et analyser les problèmes ou troubles liés à la comorbidité;
- évaluer la diversité/l'éventail des besoins de traitement recommandé dans le cas des victimes d'abus commis dans les pensionnats.

Chapitre 2

Documentation et études canadiennes traitant du régime des pensionnats

Bien qu'il y ait de plus en plus de publications portant sur les Autochtones et le régime des pensionnats, on ne trouve que très peu d'études publiées présentant le profil individuel de vie associé à la santé mentale chez les Autochtones survivants des pensionnats. Généralement, la recherche sur les répercussions du régime des pensionnats sur les Autochtones donne lieu à la présentation de rapports gouvernementaux et à des témoignages évoquant la violence physique, sexuelle, émotionnelle, psychologique et spirituelle dont les enfants autochtones ont été les victimes dans les pensionnats.

Dans la majeure partie des cas, la documentation traite plutôt des aspects suivants : des témoignages portant sur des expériences personnelles vécues au pensionnat; une analyse des objectifs et des politiques du gouvernement ayant trait aux pensionnats; l'analyse de la relation entre le système des pensionnats et la myriade des problèmes contemporains auxquels sont confrontés les Autochtones et leurs collectivités; des stratégies plus efficaces que peuvent/pourraient adopter les gouvernements et les Églises pour indemniser les victimes, les familles et les collectivités autochtones et leurs efforts pour les rétablir.

Toutefois, il existe un nombre restreint d'études qui analysent les évaluations cliniques de survivants des pensionnats. Il s'agit d'évaluations concernant leur fonctionnement mental au moment de l'examen et des répercussions que leur état mental et leur développement psychologique ont eues sur bon nombre d'autres problèmes personnels et familiaux connexes, comme l'abus d'alcool et de drogues, des problèmes liés à l'emploi, des problèmes de santé physique, des antécédents en matière d'infractions, de victimisation d'actes criminels, de dysfonctionnement familial et d'incidences néfastes sur la vie en général.

En Colombie-Britannique, les pensionnats ont fonctionné de 1863 à 1984, alors qu'environ 10 000 enfants autochtones au Canada fréquentaient ces pensionnats pendant les années 1960. Seulement en Colombie-Britannique, il y avait 16 pensionnats indiens; en 1920, il est devenu obligatoire pour tous les enfants autochtones âgés de 7 à 15 ans de fréquenter les pensionnats (Brasfield, 2001). Il est une opinion généralement admise chez de nombreux autochtones et non-autochtones au Canada que les politiques et les pratiques appliquées dans les pensionnats indiens ont grandement perturbé la vie de nombreux enfants autochtones et la vie de leur collectivité¹; en effet, dans le cas de certaines de ces

¹ Pour les besoins du présent rapport, les pensionnats font référence aux pensionnats indiens.

Chapitre 2

victimes, ces années vécues au pensionnat ont eu pour effet d'entraîner toute une vie de souffrances et d'événements tragiques, non seulement dans leur propre cas, mais également chez les membres de leur famille immédiate et de leur famille subséquente issue de mariage ou d'alliances (Commission du droit du Canada, 2000; Haig-Brown, 1988; Kirmayer, Brass et Tait, 2000).

L'établissement des pensionnats a fait partie intégrante d'une politique d'assimilation dont l'application a persisté pendant plus d'une centaine d'années, contribuant finalement à briser le lien entre bon nombre d'Autochtones et leur culture ancestrale. Qui plus est, le tort n'a pas seulement été causé aux survivants ayant été victimes des actes commis dans les pensionnats, mais également à la cohésion des collectivités autochtones.

On a décrit ces établissements résidentiels destinés aux enfants comme des « institutions totalitaires » logeant un grand nombre d'enfants autochtones vivant et travaillant ensemble tout en étant à l'écart des sociétés Autochtones et de la société canadienne en général (Commission du droit du Canada, 2000). En fait, une des particularités fondamentales de l'établissement des pensionnats, distinguant ce régime de l'instauration d'autres établissements résidentiels, a été de viser l'assimilation des enfants autochtones afin de miner leur culture. Ces pensionnats avaient pour justification de « [TRAD.] métamorphoser les Autochtones en les amenant à délaisser un comportement de 'sauvages' pour s'élever à l'état de 'civilisés' autonomes » (Commission du droit du Canada, 2000).

En 1920, Duncan Campbell Scott, surintendant général adjoint du ministère des Affaires indiennes, a expressément affirmé que la politique nationale concernant le système des pensionnats reposait sur l'assimilation forcée dans l'intention d'atteindre l'objectif ultime suivant :

[TRADUCTION] Je veux me débarrasser du problème indien. En fait, je ne pense pas que le pays soit obligé d'assurer continuellement la protection d'une catégorie de personnes capables d'être autonomes... Notre but est de continuer [notre action] jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien au Canada qui ne soit assimilé à la société, au corps politique, qu'il n'y ait plus de question « indienne », ni de ministère dédié aux Indiens (Chrisjohn et Young, 1997:42).

Chapitre 2

Dans le cadre de cette politique d'assimilation forcée, les enfants autochtones ont dû apprendre les principes et les pratiques de la chrétienté, l'arithmétique élémentaire, l'agriculture et l'élevage de bestiaux, tout cela en utilisant absolument l'anglais ou le français (Brasfield, 2001). En forçant les enfants autochtones à apprendre le français ou l'anglais, leurs cultures, au cours des générations subséquentes, devaient finir par disparaître.

Étant donné le rôle central exercé par les religions chrétiennes pendant longtemps dans l'éducation au Canada, ce sont les Églises chrétiennes qui ont assuré le fonctionnement d'un bon nombre des pensionnats. Leurs représentants, dont relevait l'administration des pensionnats, reconnaissaient qu'ils avaient au-delà de l'éducation formelle des enfants un très grand rôle d'assimilation à exercer. À titre d'exemple, à la fin du 19^e siècle, le Révérend Alexander établissait avec précision que la seule façon selon laquelle les « Indiens » pouvaient définitivement être élevés et civilisés était de les éloigner de leur milieu de vie et de les garder à l'écart assez longtemps pour qu'ils adoptent « [TRAD.] ces habitudes d'ordre, d'assiduité, d'application au travail et d'effort systématique » (Commission du droit du Canada, 2000).

À leur arrivée au pensionnat, les enfants autochtones étaient dépouillés de toutes leurs affaires, y compris les objets/artéfacts propres à leur culture; on leur coupait les cheveux et on remplaçait leurs vêtements par des uniformes de l'institution. De plus, on interdisait aux enfants autochtones de parler leur langue maternelle ou de pratiquer leurs traditions culturelles. Beaucoup d'enfants autochtones ont été sévèrement punis en étant soumis à diverses formes de punitions corporelles pour avoir enfreint les règlements de l'école, notamment être battus pour avoir parlé la langue autochtone. On a soutenu que l'interdiction faite aux enfants autochtones de parler leur langue maternelle a eu un effet destructeur sur leur sentiment d'identité personnelle et leur sentiment d'identité collective (Commission du droit du Canada, 2000).

En outre, il est manifeste que la politique globale du système des pensionnats a été de renforcer le sentiment d'aliénation culturelle et spirituelle chez les enfants autochtones afin d'accélérer leur assimilation à la société canadienne en général. La Commission du droit du Canada a indiqué qu'un tel refus d'autoriser l'utilisation de la langue maternelle et la perte subséquente de leur culture traditionnelle ont entraîné une désorientation psychologique et une crise spirituelle chez ses enfants autochtones. À leur retour dans leur famille et leur collectivité, les Survivants des pensionnats ont été moins habilités que les enfants n'ayant pas fréquenté les pensionnats à assumer à l'âge adulte leurs rôles de mère, de père, et de membre de la communauté. Malgré qu'il y ait un très grand nombre d'indications à l'appui de ces

Chapitre 2

répercussions négatives résultant de la fréquentation des pensionnats, très peu d'études quantitatives décrivant l'évolution caractéristique ou le pattern spécifique des troubles mentaux affectant les survivants des pensionnats ont été recensées.

Quatre principaux types de violence infligée ont été identifiés dans la recension des écrits publiés qui se rapportent aux pensionnats. En effet, le corpus de recherche relatif aux abus dont ont été victimes les enfants ayant fréquenté les pensionnats peut être réparti en documentation traitant de la **violence physique**, de la **violence sexuelle** et de la **violence psychologique**. En plus de ces formes de violence, Kirmayer, Brass et Tait (2000) soutiennent que les enfants autochtones ont été victimes de **violence spirituelle** du fait qu'ils ont été privés de leurs traditions, qu'ils n'ont pas pu conserver leur identité culturelle.

Violence physique

Les exigences ou contraintes comportementales très strictes auxquelles les enfants autochtones ont été soumis ont fréquemment entraîné l'application de punitions corporelles dans le but de faire observer les règlements. L'administration de corrections à l'aide d'une lanière de cuir a été la forme de punition la plus courante. On frappait avec la lanière de cuir sur toutes les parties du corps, mais le plus souvent sur les mains et les fesses. D'autres corrections étaient aussi administrées, notamment étrangler, raser la tête, forcer l'enfant à avaler des aliments régurgités (Bailey, 1991). En fait, les enfants étaient punis pour des comportements dont ils n'avaient aucun contrôle comme, par exemple, être incontinent la nuit (Grant, 1996). Étant donné que les règlements des pensionnats étaient complètement étrangers, différents de ceux appliqués dans le cadre de l'éducation traditionnelle, de nombreux enfants, particulièrement les plus jeunes, trouvaient ces règles institutionnelles inconnues difficiles à comprendre et à observer. En effet, Grant (1996) soutient que, selon la perspective de bien des enfants, ces règles différentes n'avaient aucune raison valable les justifiant.

Le fait qu'il arrivait trop souvent que les enfants n'avaient aucune idée du motif justifiant l'administration arbitraire d'une punition corporelle, ni des comportements pour lesquels ils pouvaient être punis, jetait beaucoup de confusion dans l'esprit de ces enfants. Une réaction fréquente chez les enfants qui font face à une punition imprévisible ou à l'incapacité de l'éviter consiste à intérioriser des sentiments d'anxiété et de peur (Briere, 1997). Par ailleurs, dans le cadre d'une étude ayant analysé les répercussions du régime

Chapitre 2

des pensionnats sur des membres de la Nation Nuu-chah-nulth, trente pour cent des 83 pour cent de ces membres ayant témoigné ont rapporté avoir été victimes d'abus sous une forme ou une autre. Dans certains cas, les mauvais traitements physiques ont précédé ou ont été associés à l'abus sexuel (Cariboo Tribal Council, 1991a).

Violence sexuelle

La violence sexuelle semble avoir été fréquente dans les pensionnats; par ailleurs, il y a peu d'études empiriques méthodiques permettant de déterminer la portée de cette forme d'abus. Pourtant, divers rapports et témoignages ont fait mention de l'abus sexuel. On a soutenu que, dans certains pensionnats, aucun enfant n'avait échappé à l'abus sexuel (Rogers, 1990). Haig-Brown (1988) a révélé que la diversité de l'atteinte à la pudeur ou des infractions sexuelles à l'égard des enfants survenues dans les pensionnats s'étendait de l'attouchement au viol et à la sodomie. On a aussi affirmé que la prévalence de l'activité homosexuelle dont des enfants ont été victimes dans les pensionnats a été extrêmement élevée (Haig-Brown, 1988). En 1995, deux affaires judiciaires ont montré ce qu'avait fort probablement pu être la structuration de comportement (le pattern) ou les modalités d'extériorisation de l'abus homosexuel.

Un ancien superviseur de l'école Port Alberni a été condamné à onze ans de prison pour avoir agressé sexuellement quinze garçons entre 1948 et 1968. Le juge ayant imposé cette peine a qualifié le superviseur de « terroriste sexuel » et il a décrit le régime des pensionnats de « [TRAD.] rien d'autre qu'une forme de pédophilie institutionnalisée » (Grant, 1996: 229). Billy Diamond, un Cri de la communauté de Waskaganish dans le Nord du Québec, un conseiller remarquable en politique et en affaires commerciales, a décrit dans son témoignage de quelle façon l'abus sexuel dont il a été victime était survenu.

M. Diamond a décrit les événements liés à l'abus sexuel commis au pensionnat Kamloops en Colombie-Britannique où certains superviseurs masculins manifestaient un intérêt particulier et persistant à l'égard des jeunes garçons cris. Ces superviseurs ont entraîné dans leur chambre de jeunes garçons en leur donnant des cubes de sucre pour les attirer, même si des garçons autochtones plus âgés avaient essayé de leur expliquer maladroitement les raisons pour lesquelles ils devaient refuser ces invitations des superviseurs (MacGregor, 1989).

Chapitre 2

D'autres rapports décrivent de quelle façon des religieuses ont agressé sexuellement des enfants. Au pensionnat de Shubenacadie, divers incidents de nature sexuelle se sont produits, notamment au moment où de jeunes garçons de neuf et onze ans prenaient leur bain. Ces garçons autochtones subissaient de mauvais traitements physiques s'ils tentaient de résister aux avances sexuelles des religieuses (Knockwood et Thomas, 1992). Les religieuses ont aussi commis une autre forme d'abus sexuel en imposant par des mesures disciplinaires chez les filles une perception négative de leur corps.

Les femmes ayant vécu au pensionnat se rappellent qu'on leur ait enseigné à avoir un sentiment de répugnance à l'égard de leur corps et à frotter leurs parties génitales à fond en présence des religieuses. Cette forme d'abus a eu pour effet psychologique d'inspirer chez ces jeunes filles la croyance que tout ce qui touche leur corps est répréhensible et souillé (Grant, 1996). Hodgson (1992) évoque le fait que de nombreux enfants autochtones ne se rendaient pas compte que l'abus sexuel dont ils étaient les victimes touchaient aussi d'autres enfants. Comme conséquence fréquente de ce sentiment d'isolement, les enfants ressentaient de la honte et de la culpabilité parce qu'ils se blâmaient souvent de l'abus qu'ils subissaient.

Violence spirituelle

La spiritualité autochtone repose sur des principes comme la confiance, le partage, le respect, l'honneur et l'acceptation. Tout au long de leur existence, cette spiritualité a donné beaucoup de force aux Autochtones, notamment pendant la période antérieure à l'instauration des pensionnats (Grant, 1996; Brasfield, 2001). Une fois que les enfants sont entrés dans les pensionnats, ils n'ont plus eu l'autorisation de mettre en pratique leurs valeurs spirituelles et ils ont été forcés d'adopter tout un ensemble de nouvelles valeurs, d'attitudes et de croyances. Dans le cas de bien des enfants autochtones, ces écoles d'endoctrinement chrétien et de culture chrétienne ont donné lieu à une autre forme d'abus qui consistait à ridiculiser, à avilir les systèmes de croyances autochtones et à les remplacer par les rites catholiques et protestants.

On a enseigné aux élèves à se considérer des pécheurs et à croire qu'aucune pénitence ne pourrait parvenir à absoudre les péchés relevant de leur nature pécheresse (Grant, 1996). À leur retour à la maison, les effets de l'adoption de la culture de la société dominante et de la perte subséquente de leur propre culture qu'ont subi les enfants autochtones ont également perturbé leur famille et leur collectivité. Kirmayer, Brass et Tait (2000) soutiennent qu'en raison de la nature de ce contact culturel destructif, les

Chapitre 2

Autochtones ont été abattus par une interférence significative et ils ont dû changer leurs façons traditionnelles de vivre. De façon encore plus critique, la séparation prolongée de leur famille et de leur communauté, particulièrement à un très jeune âge, ainsi que la perte de leur culture entraînée par leur séjour au pensionnat, ont représenté dans le cas de ces enfants de l'abus spirituel.

Violence psychologique

Dans le cadre des divers rapports et témoignages, on rapporte que la violence psychologique faisait partie intégrante de la vie quotidienne de tous les enfants au pensionnat du fait qu'ils avaient été enlevés du seul environnement physique, culturel et affectif qu'ils connaissaient et qu'ils en étaient traumatisés. L'isolement social, l'éloignement de leur famille et de leur communauté, la suppression de leur langue maternelle, l'imposition d'une religion étrangère et d'un style de communication inconnu, le fait d'être ridiculisé et de subir des punitions sévères, les souffrances causées par la négligence sur le plan de l'alimentation et du vêtement, la dureté avec laquelle les malades étaient traités et l'application illogique de règlements injustifiés ont aggravé cette violence psychologique fondamentale (Haig-Brown, 1988; Brasfield, 2001; Cariboo Tribal Council, 1991a; Deiter, 1999; Duclos et coll., 1998; Fournier et Crey, 1997; Commission du droit du Canada, 2000).

On a aussi attribué au régime des pensionnats d'autres formes de violence psychologique. Bien des enfants autochtones ont rapporté que la solitude était un aspect central de leur vie au pensionnat. Ces survivants se rappellent que l'état émotionnel provoqué par ce sentiment de solitude était psychologiquement accablant. Certains survivants racontent avoir été excités au point de départ à la perspective de fréquenter un pensionnat, mais que, très rapidement, ils se sont sentis profondément seuls et ils ont vécu dans la peur (Grant, 1996).

Autrement dit, bon nombre d'entre eux ont indiqué qu'ils étaient absolument mal préparés émotionnellement et psychologiquement à résider au pensionnat. D'autres mentionnent qu'ils n'étaient pas prêts à être totalement séparés et isolés de leurs frères, soeurs, de leur parenté, de leur famille et de leur communauté pendant d'aussi longues périodes.

Chapitre 2

De plus, on trouve de nombreux témoignages révélant que des enfants autochtones ont été victimes de la cruauté d'autres enfants, du racisme systémique du régime des pensionnats et de la perpétuation de la violence. En fin de compte, on en est arrivé à la conclusion que, pour de nombreux enfants autochtones, cette expérience discriminatoire et punitive a été particulièrement accablante, dévastatrice et traumatisante (Grant, 1996).

Selon Knockwood et Thomas (1992), les menaces directes ont été un autre aspect saillant de cette violence psychologique manifestée à l'égard des enfants autochtones. En effet, dans les pensionnats, on pouvait susciter la peur de bien des façons. Une de ces formes particulièrement angoissantes pour eux, c'était la peur rattachée au fait de révéler aux membres de leur famille et/ou aux Aînés pendant les congés, les visites ou le retour dans leur communauté l'expérience traumatisante qu'ils vivaient au pensionnat. Knockwood et Thomas ont fait part de la façon dont les enfants étaient bien avertis de ne pas raconter aux autres ce qui se passait au pensionnat :

[TRADUCTION] Je me souviens que la Soeur supérieure venait dans la classe pour nous faire un exposé sur la nécessité de la loyauté envers le pensionnat et sur la responsabilité que nous avons de maintenir la bonne réputation de l'école et de ne pas déshonorer le pensionnat et le Frère MacKey. « Vous devez faire preuve de loyauté envers le pensionnat et vos professeurs, de la même façon que vous l'êtes envers vos parents... Ne répétez pas ce que vous avez vu et entendu au sujet des batailles ou des punitions au pensionnat, particulièrement si vous allez en vacances; nous avons des moyens de nous renseigner si vous le faites. » (1992:142).

C'est pourquoi bien souvent les parents et la collectivité n'étaient pas au courant de la maltraitance dont les enfants étaient victimes au pensionnat, même s'ils se trouvaient confrontés au fait que leur enfant manifestait toutes sortes de troubles du comportement, notamment une consommation excessive d'alcool et de drogue et un repli sur soi-même.

À leur retour dans la collectivité, comme la plupart de ces enfants victimes d'abus n'avaient pas eu le soutien affectif et psychologique nécessaire pour les aider à faire face aux troubles consécutifs aux expériences traumatisantes, ils ont souffert d'une autre forme de violence psychologique.

Chapitre 2

Dans certains cas, la collectivité ne pouvait tout simplement pas comprendre ou ne comprenait pas la nature des problèmes des enfants. Par ailleurs, dans d'autres cas, des parents ayant eux-mêmes fréquenté un pensionnat n'avaient rapporté à personne l'expérience qu'ils y avaient vécue. Ces parents se sentaient généralement seuls, isolés des autres, face à leur souffrance et ils présumaient que l'expérience des autres, notamment celle de leurs propres enfants, ne pouvait pas être aussi tragique que la leur (Grant, 1996).

Les répercussions du régime des pensionnats

De nombreux autochtones et non-autochtones attribuent principalement aux abus ayant sévi dans les pensionnats, dont nous avons fait état précédemment, le taux de fréquence démesurée des problèmes de santé et des problèmes d'abus des substances psychoactives, de mortalité/de suicide, d'activités criminelles ainsi que la désintégration généralisée des familles et des collectivités. D'après la Commission du droit du Canada (2000), les effets dévastateurs du régime des pensionnats sur les familles et les collectivités autochtones ont été tellement profonds, tellement omniprésents, que certains sont d'avis que les pensionnats ne pouvaient qu'avoir fait partie d'une vaste campagne de génocide culturel. Par conséquent, le gouvernement fédéral et les Églises ayant administré les pensionnats ont été accusés d'avoir enfreint la clause II(c) de la Convention sur le génocide.

Cette clause définit le génocide comme des actes commis avec l'intention d'anéantir un groupe national, un groupe ethnique, un groupe racial ou un groupe religieux par des moyens comme « [TRAD.] celui d'infliger sciemment à ce groupe des conditions de vie sur lesquelles on compte entraîner sa destruction matérielle en tout ou en partie » (Commission du droit du Canada, 2000:66).

En plus du tort causé par le régime des pensionnats aux sociétés des Autochtones sur le plan culturel, on a évalué que 85 pour cent de la clientèle autochtone actuelle des centres de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie avaient fréquenté les pensionnats. Par surcroît, on a constaté que le taux de fréquence élevée d'une grande diversité de problèmes psychologiques auxquels sont confrontés les Autochtones, notamment la dépression, la violence familiale et l'éclatement de la famille, les problèmes de santé mentale et des comportements autodestructeurs comme le suicide, découlent directement de l'abus dont les Autochtones ont été les victimes dans les pensionnats (Grant, 1996).

Chapitre 2

D'autres effets néfastes importants résultant du régime des pensionnats ont été identifiés. D'après Miller (1996), une des conséquences plus générales de l'éducation dispensée dans les pensionnats a été celle d'avoir inculqué aux élèves une mentalité de dépendance institutionnelle si absolue que beaucoup d'entre eux ont trouvé difficile de s'en débarrasser à l'âge adulte. De plus, cette attitude profondément ancrée de dépendance s'est perpétuée, créant un malaise face aux responsabilités à assumer dans la vie quotidienne, un manque de confiance en soi et d'initiative en traitant avec des non-Autochtones.

Une autre incidence des années vécues en institution découle des conditions de vie insalubres, fréquentes dans bon nombre de pensionnats en raison du financement gouvernemental nettement insuffisant. En effet, par suite de la malnutrition sévère et des mauvaises conditions d'hygiène, de nombreux enfants autochtones sont tombés malades. Il n'était pas rare que des enfants décèdent des suites de la tuberculose et d'autres maladies. Les répercussions à long terme de ces maladies d'enfance doivent être prises en compte dans le cadre des efforts pour mieux comprendre les séquelles néfastes pendant la période post-pensionnat.

Des causes ou affaires judiciaires récentes ont commencé à reconnaître que le degré élevé de violence/de maltraitance dont les survivants des pensionnats ont été victimes a entraîné des dysfonctions de comportement et la dysfonction sociale. Il reste néanmoins que des effets de cette nature prêtent à controverse du fait qu'il est très difficile d'établir un lien causal direct entre des problèmes comme l'alcoolisme, la violence familiale, les activités criminelles, l'abus sexuel et d'autres problèmes sociaux, et l'expérience néfaste vécue au pensionnat.

En dépit du fait que ces liens de cause à effet sont très difficiles à déterminer, les comptes rendus de recherche indiquent clairement que beaucoup d'enfants autochtones ayant fréquenté les pensionnats ont été victimes d'abus graves et d'expériences traumatisantes. Cette conclusion est corroborée par de nombreuses victimes ayant eu à faire des adaptations psychologiques à court et à long termes extrêmement difficiles à leur sortie du pensionnat. Des symptômes de troubles cliniquement diagnostiqués comme des manifestations de colère, de dévalorisation de soi et de peur ont été identifiés chez les survivants des pensionnats (Brasfield, 2001).

Chapitre 2

Il a été également démontré que l'expérience vécue dans les pensionnats a eu une incidence directe sur la vie des survivants à l'âge adulte (Brasfield, 2001; Kirmayer, Brass et Tait, 2000; Bull, 1991; Rosalyn-Ing, 1991). Tout particulièrement, beaucoup de ces enfants autochtones ayant été victimes d'abus dans les pensionnats sont devenus eux-mêmes en grandissant des agresseurs (Brasfield, 2001; Kirmayer, Brass et Tait, 2000). Dans bien des cas, le cycle de la violence ou la continuation des comportements de violence qui pousse la victime d'abus à reproduire le même comportement violent à l'égard d'autres victimes est attribué à la honte et à la culpabilité qu'on a infligées à cette victime pendant son séjour au pensionnat.

Cette dynamique entre la violence dont certains enfants autochtones ont été les victimes et le fait qu'ils deviennent à leur tour auteurs d'agression n'est pas bien saisie. Toutefois, on a évoqué l'idée que cette dynamique reposait sur le fait que la victimisation à un très jeune âge par suite de diverses formes d'abus et, en plus, le fait d'être forcé de ne rien dire à ce propos pouvaient provoquer chez les gens des sentiments de colère, de honte, de frustration à l'endroit des membres de leur propre famille (Briere, 1997; Cariboo Tribal Council, 1991a).

En plus du risque accru de devenir eux-mêmes auteurs d'agression, les antécédents des survivants autochtones sont associés à l'âge adulte à une situation d'emploi médiocre et instable, à des infractions criminelles, à l'abus des substances psychoactives, à un manque de compétences parentales et à un taux de suicide très élevé (Brasfield, 2001; Cariboo Tribal Council, 1991a; Deiter, 1999; Hodgson, 1992; Kirmayer, Brass et Tait, 2000; Rosalyn-Ing, 1991). Étant donné toutes ces indications cruciales, critiques, il y a nécessité de chercher à mieux comprendre les profils de santé mentale des survivants des pensionnats.

Chapitre 3

Les Autochtones et les problèmes de santé mentale

Peu d'études cliniques canadiennes portant sur les problèmes de santé mentale et les besoins spécifiques des Autochtones existent (Clarkson, Lavallee, Legare et Jetté, 1992; Gouvernement du Québec, 1994). Même si cette recherche n'apporte que des données très élémentaires sur la portée des maladies ou des troubles mentaux chez deux échantillons de survivants, il y a très peu de contestation dans la documentation générale quant au fait que les Autochtones ont un taux de fréquence beaucoup plus élevé que les membres de la société culturelle dominante du Canada en ce qui a trait aux maladies mentales comme la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), l'anxiété ou la détresse psychologique (Duclos et coll., 1998; Kirmayer, Brass et Tait, 2000).

Certains chercheurs et historiens soutiennent que la fréquence élevée de mauvaise santé mentale chez les Autochtones découle de la sédentarisation, de la localisation de la population, c'est-à-dire des changements fondamentaux concernant le mode de vie rural qui ont été amenés par l'avènement du Canada urbain et industrialisé (Barlow et Walkup, 1998). D'autres allèguent que le taux élevé de suicide et d'autres signes de détresse chez les Autochtones sont plus spécifiquement liés aux problèmes de développement de l'identité personnelle et de dévalorisation découlant de l'expérience vécue dans les pensionnats (Brasfield, 2001; Kirmayer, Brass et Tait, 2000).

Dans le but de commencer à mieux comprendre ce lien fondamental, il est nécessaire d'identifier tout d'abord les différences culturelles entre la culture autochtone et la culture dominante dans l'optique de la santé mentale. En certaines circonstances, ce qu'on considère comme nuisible à la santé mentale dans le contexte culturel occidental n'est pas envisagé de cette façon dans un contexte Autochtone. Les Autochtones s'adonnant à des expériences hallucinatoires comme moyen de faire leur deuil, en partie parce qu'elles permettent d'exprimer ouvertement leurs émotions comme le chagrin, la peine, subissent souvent la désapprobation des autres cultures (Matchett, 1972). En effet, pour la culture canadienne, la pratique de l'hallucination peut être perçue comme une forme de psychose associée à la schizophrénie (Matchett, 1972). En admettant qu'il y ait des différences de définitions des troubles mentaux en s'appuyant sur des notions culturelles, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de 1994 (DSM-IV) a inséré un cadre général pour l'élaboration/la formulation culturelle (CFC) et des syndromes liés à 25 cultures (Novins, Beals, Shore et Mason, 1997).

Chapitre 3

Ce cadre de formulation culturelle vise à aider les cliniciens dans l'évaluation de l'incidence d'un contexte culturel sur le diagnostic et le traitement de maladies et de troubles mentaux. Plus spécifiquement, cette directive cadre constitue une section du DSM-IV décrivant des questions culturelles qui devraient être prises en considération dans l'évaluation de troubles. Cette directive cadre a été critiquée par certains cliniciens du fait qu'elle omet de démontrer de quelle façon on acquiert cette sensibilisation aux cultures et de quelle façon on l'intègre dans la pratique clinique courante. De plus, ce CFC n'a pas été validé de manière à s'assurer qu'il permette vraiment d'allier efficacement la sensibilisation aux réalités culturelles, le diagnostic et le traitement afin qu'ils soient conformes à ses principes sous-jacents (Novins, Beals, Shore et Mason, 1997).

Le DSM-IV définit les syndromes liés à des notions culturelles comme la « [TRAD.] structuration de comportements anormaux, récurrents, localisés ou spécifiques et d'expériences perturbatrices qui peuvent ne pas être liés à un diagnostic du DSM-IV en particulier » (DSM-IV, 1994:128). Des exemples de maladies/syndromes liés à la culture mentionnées dans le DSM-IV, notamment le syndrome du fantôme et le *Pibloktoq*, sont considérés comme une différence spécifique aux Autochtones. Le syndrome du fantôme est associé à :

[TRADUCTION] [une] préoccupation à l'égard de la mort et des défunts (parfois associée à la sorcellerie) fréquemment observée chez les membres de plusieurs tribus amérindiennes. On attribue divers symptômes au syndrome du fantôme, notamment des cauchemars, des faiblesses, le sentiment de courir un danger, la perte d'appétit, la perte de connaissance (syncope), des étourdissements, un sentiment de peur, d'anxiété, des hallucinations, la perte de conscience, la confusion, un sentiment de déception et la sensation d'étouffement (DSM-IV, 1994:130).

Quant à *Pibloktoq*, on définit ce trouble comme « [TRAD.] un épisode dissociatif soudain accompagné d'une agitation extrême pouvant durer jusqu'à 30 minutes et souvent suivi de troubles épileptiques convulsifs et de coma pouvant durer 12 heures » (DSM-IV, 1994:130). Au cours d'un épisode de *Pibloktoq*, la personne atteinte peut déchirer ses vêtements, briser des meubles, crier des obscénités, manger des selles, s'enfuir de refuges ou maisons de protection ou poser des gestes irrationnels et même des actes dangereux (DSM-IV, 1994). Pendant la période précédant le début de l'épisode de *Pibloktoq*, la personne peut être repliée sur elle-même (renfermée) ou légèrement irritable pendant un certain

Chapitre 3

temps, parfois des heures ou des jours. Après un épisode, cette personne peut ne pas se rappeler des événements, ni de ce qui s'est passé pendant l'épisode de Pibloktoq. Il serait à noter que le terme Pibloktoq est spécifique aux membres des collectivités inuites de la région arctique et de la région subarctique. La grande diversité au sein des groupes culturels constitue une des raisons pour lesquelles les tentatives du DSM-IV visant à prendre en considération la diversité culturelle peuvent s'avérer inadéquates ou faussées. En effet, le terme « autochtone » s'applique à de nombreux groupes hétérogènes qui peuvent avoir conservé des identités culturelles ou des particularités uniques (Barlow et Walkup, 1998). En ce qui a trait au deuil notamment, les groupes autochtones se distinguent quant à la durée estimée justifiée et quant au caractère particulier du « processus amenant à surmonter le deuil » (Shen, 1986).

En outre, les groupes autochtones considèrent différemment le concept intégral de la maladie mentale, d'une manière qui ne concorde pas nécessairement avec les valeurs occidentales. Certains groupes autochtones croient que la cause de la maladie mentale est attribuable au fait que la personne malade est possédée par des êtres surnaturels ou par des âmes de défunts perdues, damnées, alors que d'autres sociétés autochtones affirment que la maladie mentale est la conséquence à subir pour avoir manqué au code de conduite culturel. Cependant, d'autres groupes soutiennent que la maladie mentale est causée par un déséquilibre ou un manque d'harmonie avec le monde naturel ou que l'existence d'une maladie mentale est un don particulier (Barlow et Walkup, 1998).

En plus des différences fondamentales entre les concepts de maladie mentale définis par les Autochtones et les non-Autochtones, ainsi que les différences entre les groupes autochtones, il existe aussi des variations marquées au sein d'un même groupe autochtone à l'égard de ces définitions. L'importance qu'une personne autochtone accorde aux valeurs et aux traditions de sa culture peut influencer sur sa façon d'envisager la maladie mentale (Barlow et Walkup, 1998). L'identité culturelle est dynamique et fluide au fil du temps. C'est pourquoi un changement important par rapport à l'identité et à l'attachement ou à l'adhésion à des valeurs, à des traditions, correspondants à une orientation culturelle autochtone par opposition à une orientation non-autochtone a une incidence directe sur la façon dont la maladie mentale est perçue, diagnostiquée et traitée (Novins, Beals, Shore et Manson, 1997).

Dans le cadre d'une des rares études de recherche qui a été menée en 1981 auprès d'un échantillon de malades mentaux autochtones, membres de Premières nations, métis et inuits, on a mis en évidence

Chapitre 3

cette notion de diversité individuelle au sein de groupes autochtones spécifiques (Pelz et coll., 1981). En faisant appel à un échantillon de 41 participants, cette étude a permis de constater que 59 pour cent des répondants avaient grandi dans une réserve. Au moment où l'étude a été effectuée, 59 pour cent vivaient dans une réserve, 63 pour cent avaient de la parenté qui vivait dans une réserve et 66 pour cent avaient des amis habitant dans une réserve. En ce qui a trait à la culture autochtone, 66 pour cent d'entre eux ont affirmé éprouver un sentiment positif à l'égard de leur identité autochtone, 17 pour cent avouaient être indifférents à cet égard et 5 pour cent considéraient négativement le fait d'être autochtones. De plus, la connaissance de la culture autochtone, définie en tant que participation à des activités traditionnelles autochtones, variait aussi considérablement.

En gros, mentionnons que 27 pour cent des répondants ne participaient à aucune activité traditionnelle autochtone de quelque nature que ce soit, que seulement 34 pour cent des participants pouvaient identifier une ou deux cérémonies ou légendes traditionnelles autochtones et que 54 pour cent n'avaient aucune connaissance de base de quelque cérémonie ou légende autochtone que ce soit (Pelz et coll., 1981). En dépit de ces différences considérables entre les groupes autochtones et au sein de groupes autochtones, il existe néanmoins des valeurs culturelles autochtones communes, notamment celle du partage, de la coopération, de la non-ingérence et de l'harmonie avec la nature. De plus, la plupart des Autochtones se trouvent confrontés à cette difficulté d'adaptation aux normes sociales englobantes de la société dominante (McShane, 1987).

Syndrome de stress post-traumatique

C'est seulement depuis les vingt dernières années que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) a été classé comme un trouble psychologique valide (Briere, 1997). Ce trouble mental ou psychique, désigné comme le syndrome de stress post-traumatique, peut survenir dans le cas où une personne est victime ou est témoin d'un ou de plus d'un événement traumatisant grave. Beaucoup d'expériences ou d'événements peuvent provoquer le SSPT, y compris les catastrophes naturelles et les voies de fait – infractions avec violence. Ce trouble est caractérisé par des changements physiologiques et psychologiques qui s'opèrent chez la personne par suite de l'événement traumatisant. Les personnes affectées par le SSPT éprouvent de l'anxiété et de l'apathie affective. Elles se remémorent de façon intensive l'événement ou les événements traumatisant(s) en état de veille et pendant leur sommeil et cette expérience est très

Chapitre 3

dérangante. De plus, elles peuvent éprouver de la difficulté à se concentrer et ressentir un sentiment profond de détachement à l'égard du monde qui les entoure (Davison et Neale, 2001).

Le SSPT peut survenir en concomitance avec d'autres troubles mentaux, les plus communs étant une dépression majeure, une consommation excessive de substances psychoactives, des troubles de la mémoire et le dysfonctionnement cognitif, ainsi que tout un éventail d'autres problèmes affectant la santé physique et mentale (Centre national pour le syndrome de stress post-traumatique, 2003). En général, les manifestations du SSPT surviennent dans les jours et les semaines suivant l'événement traumatisant; cependant, le SSPT peut apparaître des mois ou même des années consécutives à l'événement ou aux événements traumatisant(s).

La recherche actuelle se rapportant au SSPT indique qu'environ 8 pour cent des hommes et 20 pour cent des femmes ayant fait l'expérience d'un événement profondément traumatisant ou qui en ont été témoins sont par la suite affectés par le SSPT et approximativement 30 pour cent de ces personnes présentent des symptômes du SSPT tout au long de leur vie (Centre national pour le syndrome de stress post-traumatique, 2003).

Le syndrome de stress post-traumatique se distingue d'autres troubles mentaux étant donné qu'il requiert de prime abord une évaluation de l'étiologie dès la première manifestation, de même que la phénoménologie ou la présentation des symptômes, afin de pouvoir poser le diagnostic du SSPT (Davison et Neale, 2001). D'un point de vue historique, le SSPT est associé à la réaction que certains soldats ont éprouvé à la suite de combats militaires.

D'un autre côté, le type d'événements pouvant provoquer le plus fréquemment le SSPT est attribué à des expériences traumatisantes comme d'être victime ou témoin d'une agression sexuelle et/ou de mauvais traitements physiques, d'un vol, d'être enlevé, d'être pris en otage, d'être victime ou témoin d'une attaque terroriste, d'être victime ou témoin de tortures et de catastrophes naturelles (Briere, 1997). On définit ce type d'événements comme des agents stressants (d'agression), des facteurs déclic qui déclenchent des traumatismes chez la personne consécutivement à ces événements.

Chapitre 3

Le DSM-IV définit ces traumatismes comme :

[TRADUCTION] L'expérience personnelle ou directe d'un événement donnant lieu à un décès ou à un risque de décès ou à des blessures graves ou à d'autres menaces d'atteinte à l'intégrité physique d'une personne; ou être témoin d'un événement donnant lieu au décès, à des blessures ou à un risque d'atteinte à l'intégrité physique d'une autre personne; ou prendre connaissance/être mis au courant de la mort violente ou inattendue, de préjudices graves, de risque de décès ou de blessure, touchant un membre de sa famille ou une autre personne proche. La réaction d'une personne à cet événement traumatisant doit entraîner une peur profonde, de la détresse ou de l'horreur (ou chez les enfants, la réaction doit provoquer une désorganisation, une perturbation et une agitation comportementales) (DSM-IV, 1994:424).

Même si l'abus sexuel subi durant l'enfance ne satisfait pas en tous points aux critères établis par la définition du DSM-IV, il est aussi considéré comme une forme de traumatisme. Les adultes qui ont été victimes d'abus dans leur enfance sont susceptibles d'être aux prises avec toute une série de problèmes psychologiques et de problèmes interpersonnels, y compris des manifestations du SSPT, ainsi que des troubles dissociatifs comme l'évitement affectif et des problèmes interpersonnels tels que la régulation de l'affect et des problèmes d'identité (Briere, 1997).

Le viol et l'agression sexuelle sont aussi considérés comme des victimisations qui peuvent entraîner l'apparition du SSPT. Voici comment on peut définir le viol : [TRAD.] « rapports sexuels avec pénétration sous contrainte entre un adulte et un adolescent ou entre adultes, imposés par la force physique, par la menace de préjudices ou lésions corporels ou dans le cas où la victime est dans l'impossibilité de donner son consentement » (Briere, 1997:8). Quant à l'agression sexuelle, on la définit en incluant le viol ainsi que toute autre forme de contacts sexuels forcés qui ne répondent pas aux critères définitionnels du viol. Comme cette définition englobante de l'agression sexuelle sera appliquée dans l'ensemble du présent rapport, on doit retenir que la définition du viol et de l'agression sexuelle varie généralement selon les contextes juridique, clinique et le cadre de recherche.

Indépendamment des définitions appliquées, dans un cas de viol, certains des effets psychologiques chez la personne comportent des réactions émotionnelles extrêmes, notamment la peur, l'anxiété, la

Chapitre 3

colère, la dévalorisation, la dépression, la dysfonction sexuelle, l'abus des substances psychoactives, des symptômes dissociatifs et le SSPT. Dans des cas d'agression sexuelle, les symptômes du SSPT sont plus marqués peu après l'incident, des manifestations révélatrices d'un trouble de stress grave. Ordinairement, les symptômes du SSPT s'atténuent avec le temps.

Comme ce projet de recherche porte intérêt aux effets de longue durée sur la santé mentale des anciens pensionnaires entraînés par leur expérience au pensionnat, il importe de noter que la recherche clinique démontre qu'approximativement 13 pour cent des victimes de viol éprouvent les symptômes du SSPT pendant une période pouvant aller jusqu'à 15 ans après la survenue de l'incident (Briere, 1997).

Le fait que des agents stressants ou des facteurs d'agression suscitent différentes réactions à des niveaux d'intensité différents chez des personnes différentes constitue un problème important associé à l'évaluation de traumatismes et, subséquentement, du SSPT (Briere, 1997). Autrement dit, les répercussions d'un événement traumatisant sont subjectives; par conséquent, les réactions psychologiques et physiologiques aux événements et aux facteurs de stress varient. En effet, le même événement peut traumatiser une personne, mais ne pas le faire dans le cas d'une autre personne; de plus, la portée d'un traumatisme varie considérablement au moment où il survient.

À titre d'exemple, une personne peut avoir une réaction d'évitement affectif par suite d'un traumatisme alors qu'elle ne manifesterait pas de peur, ni de détresse. De plus, certaines personnes peuvent s'adonner à l'automédication comme mécanisme d'adaptation, ayant pour effet de réprimer et de rendre les autres indicateurs potentiels du SSPT ou de traumatisme psychologique moins susceptibles d'être reconnus. En d'autres mots, l'évaluation diagnostique du SSPT est complexe, demande beaucoup d'information au sujet de la personne afin d'éviter les « faux-négatifs » et de ne pas identifier le SSPT par suite d'une série complète de symptômes pouvant être masqués et non manifestes.

Cependant, les comptes rendus de recherche se rapportant au SSPT indiquent que le degré d'intensité du stress post-traumatique qui peut affecter une personne est fonction de quatre grands déterminants : (1) les caractéristiques des agents stressants; (2) les variables propres à la victime; (3) la réaction subjective de la personne aux agents stressants; (4) la réaction des autres à l'égard de la victime. Ce qu'on entend comme caractéristiques des agents stressants, ce sont l'importance ou l'ampleur des facteurs de stress et leur gravité. À titre d'exemple, le degré d'intensité de la violence manifestée à l'égard de la victime

Chapitre 3

pendant l'agression sexuelle ou l'agression physique contribuera à augmenter la portée des facteurs ou agents stressants et la gravité du SSPT. D'autres caractéristiques des facteurs de stress peuvent influencer sur le degré de gravité des symptômes du SSPT, notamment un sentiment subjectif d'imprévisibilité, un manque absolu de contrôle et un sentiment de peur à l'idée d'être victime d'agression sexuelle (Briere, 1997).

Comme deuxième déterminant, on a identifié des variables propres à la victime. Certaines de ces variables ont un rapport plus grand avec la probabilité d'être affecté par le SSPT. Le sexe, l'âge, la race, le statut socioéconomique, des dysfonctions ou troubles psychologiques antérieurs, des modes d'adaptation moins fonctionnels, le dysfonctionnement familial, des antécédents de psychopathologie et des prédispositions génétiques sont toutes des variables associées à la probabilité d'être affecté par le SSPT (Briere, 1997; Cohen et Roth, 1987; Davison, Hughes, Blazer et George, 1991; Foy et coll., 1984; McCahill, Meyer et Fishman, 1979; McFarlane, 1989; Penk et coll., 1988; Ruch et Chandler, 1983; Ursano et McCarroll, 1994; Wilkenson, 1983).

À titre d'exemple, les femmes courent un plus grand risque d'être victimes d'agression physique ou sexuelle que les hommes. De jeunes enfants sont moins capables de se défendre contre des prédateurs sexuels et, en tant que groupe, ils sont à risque élevé de victimisation, c'est-à-dire d'être victimes de mauvais traitements physiques et d'abus sexuel. Un manque de stratégies d'adaptation ou le fait d'avoir vécu antérieurement une expérience traumatisante peut également accroître la probabilité d'être affecté par des symptômes du SSPT. Des personnes très défavorisées sur le plan socioéconomique vivent généralement dans des milieux du centre-ville, des endroits caractérisés par un taux élevé de criminalité, ce qui augmente le risque d'être victimisées. En d'autres mots, il y a certaines variables qui sont propres à la victime et qui peuvent accroître les risques d'être exposé à un facteur de stress, ce qui peut entraîner l'apparition du SSPT.

La réaction subjective de la personne aux agents stressants influera aussi sur la probabilité et la portée du SSPT. La question de savoir si la victime perçoit réellement un événement comme une menace est directement liée aux caractéristiques des facteurs de stress. Il en résulte donc que, indépendamment du niveau réel du danger encouru par la personne ou de la nature réelle de la menace, le degré selon lequel le sujet évalue un événement comme un danger ou une menace influe directement sur l'ampleur, la gravité des atteintes du SSPT. La quatrième variable pouvant concourir au degré d'intensité selon lequel

Chapitre 3

une personne peut être affectée par le SSPT englobe des aspects comme le degré de soutien social que la victime obtient, d'autres réactions sociales au traumatisme ressenti par la victime, ainsi que les ressources, les services et les programmes auxquels la victime a accès. Le soutien social et les ressources dont la victime peut disposer sont extrêmement importants pour son rétablissement (Briere, 1997).

Bien qu'un réseau de soutien social peut atténuer les effets du SSPT, on doit retenir que les réactions sociales au traumatisme éprouvé par la victime sont susceptibles de varier en fonction de la nature du traumatisme. À titre d'exemple, le stigmate rattaché à certains types d'événements traumatisants comme une agression sexuelle est généralement négatif. En faisant la comparaison avec d'autres événements traumatisants, notamment avec des catastrophes naturelles, on peut juger que la victime a contribué de quelque façon que ce soit à sa propre victimisation dans le cas de certains types d'expériences traumatisantes comme une agression physique ou sexuelle. En conséquence, dépendant de la nature du traumatisme, les réactions sociales peuvent aller à l'encontre du soutien social.

Pour établir un diagnostic de SSPT, des symptômes spécifiques doivent être manifestes dans trois catégories différentes pendant plus d'un mois. Dans la première catégorie, font partie des symptômes comme le fait de revivre l'événement traumatisant. En d'autres mots, le sujet doit avoir des cauchemars se rapportant à cet événement et des « flashback », des rappels d'images, et/ou des souvenirs de ses rêves d'apparence réelle au moment du réveil. Généralement, le fait de revivre l'événement traumatisant comporte des facteurs déclenchants ou des stimuli qui symbolisent l'événement et provoquent des perturbations émotionnelles intenses. Quant à la deuxième catégorie de symptômes, l'évitement de tout stimulus associé à l'événement traumatisant en fait partie, notamment l'évitement de tous les stimuli pouvant rappeler l'événement ou pouvant provoquer des souvenirs de cet événement.

Comme caractéristiques communes de ces manifestations d'évitement, mentionnons le retrait social et l'apathie ou l'insensibilité affective. La catégorie finale des symptômes est associée à la fréquence accrue de périodes d'éveil. À titre d'exemple, la victime peut avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormie, à se concentrer, avoir une réaction de surprise exagérée et d'hypervigilance (insomnie) (Davison et Neale, 2001). Comme autres symptômes documentés du SSPT, on rapporte la colère, la dépression, l'abus des substances psychoactives, un dysfonctionnement sur le plan conjugal et professionnel. Des troubles dissociatifs comme la dépersonnalisation, l'amnésie et l'expérience de détachement de soi-

Chapitre 3

même ou d'irréalité peuvent accroître la probabilité d'être affecté par le SSPT étant donné que ces troubles, ces altérations de perception, empêchent la victime de faire face au traumatisme.

Il y a généralement co-morbidité entre les états post-traumatiques et d'autres symptômes et troubles psychologiques. En plus du fait qu'il y ait chez les personnes dont on a diagnostiqué le SSPT des sentiments de dévalorisation, de désespoir, de détresse et de deuil accablants, il est relativement fréquent qu'elles soient affligées par des idées et des comportements suicidaires. La recherche clinique indique aussi que les victimes de mauvais traitements et/ou d'abus sexuel durant l'enfance, affectées par des traumatismes, semblent manifester un taux de fréquence élevée d'abus des substances psychoactives. Il y a corrélation entre le SSPT et d'autres troubles médicaux et neurologiques :

[TRADUCTION] un certain nombre de troubles physiologiques peuvent être analogues à une pathologie post-traumatique ou ils peuvent l'aggraver. Il s'agit notamment de réactions à des médicaments (avec ordonnance ou une surconsommation de médicaments), des troubles endocriniens (comme le dysfonctionnement hypothalamique, pituitaire, thyroïdien, surrénalien et diabétique), des troubles neurologiques (un traumatisme crânien aigu ou une atteinte cérébrale organique consécutive au traumatisme), des problèmes cardiaques, hépatiques et respiratoires (Kudler et Davison, 1995:76).

Dans le cas du SSPT, on peut se trouver en présence d'autres troubles qui y sont associés, notamment une pathologie du système nerveux central comme des troubles épileptiques; la démence causée par un traumatisme crânien ou une maladie systémique; le délire; des troubles mentaux provoqués par des substances psychoactives; des troubles amnésiques organiques causés par un traumatisme crânien (Davison et Neale, 2001). Indépendamment des conditions co-morbides, le SSPT influe de façon significative sur le fonctionnement psychosocial, entre autres des problèmes à établir et à maintenir des relations interpersonnelles, des problèmes liés à l'emploi et des démêlés avec le système de justice pénale. De plus, il y a également des ennuis de santé associés au SSPT, notamment des céphalées chroniques, des problèmes gastrointestinaux, des problèmes concernant le système immunitaire et des douleurs thoraciques.

Chapitre 3

Syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats

La période du régime des pensionnats a laissé des traumatismes sur le plan personnel tellement graves que les cliniciens ont commencé à identifier tout un regroupement, un ensemble de problèmes et de comportements distincts qu'ils ont désigné le « syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats » (ou simplement le syndrome associé aux pensionnats) afin de qualifier les effets sur la santé mentale de quelques victimes survivantes de ce régime des pensionnats.

Apparenté au syndrome de stress post-traumatique, le syndrome associé aux pensionnats est caractérisé par un « profond silence et une crainte aiguë d'éprouver des sentiments » (Muller, 1991:4). Plus particulièrement, voici ce que le syndrome associé aux pensionnats entraîne :

[TRADUCTION] ... des souvenirs récurrents qui s'imposent, de façon non désirée, des cauchemars, des rappels d'images (flashbacks) occasionnels, un évitement assez frappant de tout ce qui pourrait évoquer des souvenirs du séjour au pensionnat indien. En même temps, il y a en général un détachement marqué à l'égard d'autrui et des difficultés fréquentes dans les relations interpersonnelles. On note aussi souvent dans ces cas-là un manque d'intérêt et de participation aux activités culturelles [autochtones] et, très manifestement, un manque de connaissances concernant la culture traditionnelle et le savoir-faire traditionnel. De façon nette, il ressort des périodes d'éveil accru, notamment des difficultés à s'endormir, des difficultés de gestion de la colère et une perturbation de la concentration. Comme l'expérience de toutes les personnes ayant fréquenté un pensionnat peut être caractéristique à l'égard de l'exercice inadéquat du rôle de parent, on relève des compétences parentales généralement insuffisantes. D'une manière frappante, il y a une propension persistante à s'adonner à l'usage abusif de l'alcool ou des sédatifs souvent commencé à un très jeune âge (Brasfield, 2001: 79).

Comme D^r Brasfield l'explique en détail, il existe certains critères communs entre le syndrome associé aux pensionnats et le syndrome de stress post-traumatique, notamment d'avoir été victime d'un traumatisme ou d'avoir été témoin d'une expérience traumatisante ayant entraîné des sentiments de détresse ou de peur profonde. Par contre, il réside une différence importante entre le syndrome associé aux pensionnats et le syndrome de stress post-traumatique, dont le fait « qu'il y a des répercussions

Chapitre 3

culturelles profondes et une propension persistante à faire une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues ou médicaments, ce qui est particulièrement associé à des débordement violents de colère » (Brasfield, 2001: 79). Une autre caractéristique du syndrome associé aux pensionnats est le manque de compétences parentales (Brasfield, 2001).

Chapitre 4

Méthodologie de recherche

La présente étude repose sur l'analyse de 127 rapports médico-légaux portant sur l'évaluation clinique d'Autochtones adultes, parties demanderesse à un litige intenté contre le gouvernement fédéral du Canada, l'Église unie du Canada, l'Église anglicane et/ou l'Église catholique en raison de l'abus dont ils ont été victimes alors qu'ils étaient des élèves au pensionnat. Comme principales sources de données, on a eu recours à des évaluations psychologiques effectuées par trois cliniciens possédant une vaste expérience en intervention thérapeutique auprès des survivants autochtones du régime des pensionnats en Colombie-Britannique.

Pour ce qui est de la relation entre les répondants et les cliniciens, dans la majorité des cas, les répondants ont été évalués par un clinicien à la demande de leur avocat. Dans le cas d'une petite minorité d'entre eux, les évaluations ont été menées à la demande conjointe de l'avocat du plaignant et du conseil de la défense. Une autre petite minorité de cas (moins de 15 % de l'ensemble des cas) provient de la pratique privée d'un de ces cliniciens.

Le premier clinicien possède une grande expérience en psychologie judiciaire tant du côté d'affaires au criminel que d'affaires au civil. Il a évalué beaucoup de victimes/de plaignants et de personnes mises en cause/défendeurs dans des causes dites d'« abus rétrospectif », ce qui ordinairement s'applique dans le cas de personnes accusées ou de personnes qui sont présumées victimes d'actes de violence et de traumatismes. En outre, ce clinicien évalue et traite des personnes ayant été victimes d'abus sexuel, physique et/ou psychologique et d'autres traumatismes durant l'enfance. Il fournit également des services de consultation et de traitement dans le cadre de services d'accueil pour victimes et témoins.

Le deuxième clinicien est un psychologue clinicien autorisé par le Collège des psychologues de la Colombie-Britannique depuis 1997. Ce psychologue titulaire d'un doctorat en psychologie est spécialisé depuis 1994 dans l'évaluation et le traitement de troubles anxieux, notamment du syndrome de stress post-traumatique. Il a conçu et mis en oeuvre dans deux hôpitaux de la Colombie-Britannique des programmes de traitement de bon nombre de troubles anxieux, dont des programmes de traitement suivant une agression sexuelle, et, en plus, il a élaboré et appliqué, dans le cas de traumatismes consécutifs à une agression sexuelle, des plans thérapeutiques destinés à des personnes autochtones établies dans

Chapitre 4

l'ensemble de la Colombie-Britannique; il a mis en application ces programmes de traitement dans le Lower Mainland et dans le Nord-Ouest de la Colombie-Britannique.

La troisième source d'évaluations psychologiques a été fournie par un médecin autorisé de la province de la Colombie-Britannique qui détient un certificat de spécialisation en psychiatrie. Ce médecin est également psychologue autorisé en Colombie-Britannique, détient un doctorat en psychologie de l'*University of British Columbia* et il occupe le rang professoral de professeur adjoint d'enseignement clinique au département de psychiatrie de cette université.

Ce médecin fait présentement partie du personnel en exercice ou est médecin agréé/invité dans plusieurs hôpitaux en Colombie-Britannique. Ces trois cliniciens ont fourni leurs évaluations psychologiques, leurs notes/dossiers d'entrevue et d'autres documents qu'ils avaient sur leurs clients. Préalablement à ce qu'une information de quelque nature que ce soit soit introduite dans cette recherche, l'ensemble des documents a été examiné en détail par un chercheur compétent ou par le personnel du clinicien; on a donné un numéro de code afin de s'assurer que l'anonymat et la confidentialité des renseignements concernant le sujet seraient préservés.

Comme il a été mentionné précédemment en ce qui a trait au consentement obtenu auprès des participants, avant le début de l'examen de toutes les évaluations psychologiques, on a informé les sujets que l'information qu'ils avaient divulguée pouvait servir à des fins de recherche ou d'enseignement. Ils ont tous été mis au courant que des protocoles rigoureux seraient mis en place dans le but d'assurer le respect de la confidentialité et de l'anonymat; on leur a aussi demandé leur consentement à l'utilisation pour les besoins d'une étude future de leurs évaluations effectuées par le clinicien.

Ayant apporté ces précisions, on a demandé à chaque sujet de donner oralement son consentement. Les trois cliniciens ont indiqué aux chercheurs principaux qu'en traitant des cas liés au régime des pensionnats, ils considéraient que l'approche la plus adaptée était d'obtenir un consentement oral de la part des répondants, étant donné que leurs patients se sentaient plus rassurés de ne pas avoir à inscrire leur nom sur un document, particulièrement à cette étape initiale de l'évaluation et/ou du traitement.

Chaque clinicien a expliqué en détail à ses clients qu'à titre de chercheurs affiliés à une université, l'utilisation de données recueillies à partir de l'observation de cas serait effectuée uniquement à des fins

Chapitre 4

d'enseignement et de recherche; aucune information signalétique, ni aucune particularité, ne serait jamais transférée. À titre d'exemple, les points de repère ou les traits distinctifs des cas étudiés ont été modifiés dans l'intention d'en préserver le caractère confidentiel. De plus, les trois cliniciens ont révisé le rapport final afin de s'assurer qu'aucun cas particulier ne pouvait être identifié à partir des données cumulatives présentées.

En fait, chaque clinicien a déclaré qu'il ne pouvait même pas identifier une caractéristique des dossiers transmis, et à plus forte raison, une personne en particulier. En plus, tel que mentionné ci-dessus, un grand nombre de sujets ont intenté une action en justice contre le gouvernement fédéral du Canada et beaucoup d'institutions confessionnelles. Dans le cadre de cette étude, les évaluations psychologiques ayant servi de fondement faisaient partie des documents de l'instruction utilisés au cours du procès et, par conséquent, constituaient des dossiers publics. Les noms ou tout autre renseignement signalétique n'ont pas été codés dans les dossiers de cas.

En général, ces évaluations psychologiques et les documents à l'appui ont fourni dans l'ensemble beaucoup d'information sur chaque sujet. En effet, ces rapports psychologiques ont donné de l'information suffisante basée sur la chronologie des faits, facilitant ainsi le codage de l'information se rapportant à bon nombre de problèmes dans la vie du sujet avant, pendant et après son séjour au pensionnat. La plupart des évaluations psychologiques ont été organisées en catégories communes comme les antécédents psychiatriques antérieurs, les symptômes ou manifestations révélateurs de troubles, les antécédents médicaux antérieurs, les antécédents personnels et sociaux, les antécédents relatifs à la consommation d'alcool et de drogues, les antécédents judiciaires, l'état de santé mentale, les impressions diagnostiques et les recommandations.

En plus des principaux renseignements démographiques, les évaluations psychologiques ont fourni de l'information sur les sujets, comme le profil familial, les problèmes familiaux tels que l'abus et la violence; des descriptions des relations familiales; des antécédents de violence physique, sexuelle et psychologique avant le séjour au pensionnat; les effets de l'abus sur le sujet; des problèmes durant l'enfance; le profil de l'éducation/de la scolarisation; des expériences spécifiques pendant le séjour au pensionnat; le profil familial après le pensionnat; les antécédents en tant que victime de violence physique, sexuelle et émotionnelle/psychologique après le séjour au pensionnat; l'adaptation de la famille au retour du sujet dans sa famille; les antécédents professionnels; les antécédents relatifs à la santé physique et la santé

Chapitre 4

mentale; un comportement criminel; l'abus des substances psychoactives; les relations intimes; les problèmes et les déviances sexuels; les relations avec leurs enfants; des impressions cliniques; des résultats de tests psychologiques; des diagnostics cliniques; des pronostics cliniques; des recommandations de traitement.

Afin d'être en mesure d'analyser toute l'information présentée dans les évaluations psychologiques, on a élaboré un code et une feuille de code. Une fois le code et la feuille de code achevés, tous les chercheurs principaux, y compris les trois cliniciens, les ont révisés à fond afin de déterminer leur exhaustivité en fait de catégories cliniques et d'information rétrospective pertinente. Suivant l'approbation du code par l'équipe de recherche, les trois chercheurs ayant codé le même rapport d'évaluation psychologique en ont fait l'essai préliminaire. Dès qu'il a été déterminé que le code et la feuille de codes étaient conformes aux objectifs du projet de recherche et que les évaluations psychologiques pouvaient être codées de façon fiable, une équipe de huit diplômés et d'étudiants du premier cycle universitaire de *Simon Fraser University* a été formée à appliquer le code et la feuille de code.

L'équipe de recherche ayant été formée, on leur a donné un « cas type » à coder afin de s'assurer de la fiabilité ou de la constance des résultats entre évaluateurs et de la capacité à traiter les problèmes ou les préoccupations possibles. Ces feuilles de code ont été régulièrement révisées par les chercheurs principaux dans le but de s'assurer de leur fiabilité; l'équipe de recherche au complet a aussi tenu régulièrement des réunions pour traiter des problèmes ou des préoccupations. Une fois que les 127 évaluations psychologiques ont été codées sur la feuille de codes, on a entré ces données des feuilles de codes au système informatique en se servant du progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS) pour l'analyse statistique.

Interprétation des données

Comme toutes les données recueillies pour les besoins de ce rapport provenaient d'évaluations psychologiques effectuées par trois cliniciens auprès de sujets venant d'un large éventail de milieux de vie individuels, de milieux sociaux et juridiques différents et comme elles n'ont pas été collectées à partir d'un questionnaire d'entrevue structuré adressé aux survivants des pensionnats, il y a une grande variation dans l'information obtenue au moyen des 127 dossiers de cas.

Chapitre 4

Autrement dit, les dossiers de cas ne fournissent pas tous de l'information sur les mêmes problématiques. À titre d'exemple, alors que tous les dossiers contiennent une certaine information sur l'état de santé mentale au moment de l'évaluation des sujets, ce ne sont pas tous les dossiers qui donnent de l'information sur l'abus physique et sexuel ayant eu cours dans la famille du sujet antérieurement à sa fréquentation du pensionnat ou pendant qu'il séjournait au pensionnat.

Bien que beaucoup de dossiers de cas donnent de l'information sur l'état de santé physique et la situation d'abus des substances psychoactives du sujet au moment de l'évaluation, ce ne sont pas tous les dossiers qui fournissent de l'information sur ce type de problèmes affectant la famille du sujet. Il est donc important de reconnaître le fait que, s'il n'y a aucune indication dans le dossier du sujet sur notamment l'existence de violence physique au sein de la famille, il n'est pas dit qu'aucun membre de cette famille n'ait été victime de mauvais traitements physiques. Pour pallier ce manque d'information, on ne peut que conclure que le dossier « n'indique pas » de violence physique dans la famille.

Étant donné cette lacune majeure des données, les résultats rapportés dans les sections ultérieures font état d'occurrences seulement dans les cas où un problème ou un événement est expressément mentionné comme ayant eu lieu ou n'ayant pas eu lieu, plutôt que de faire des suppositions quant à savoir si le problème ou l'événement en question est survenu. Sauf indication contraire, les résultats découlant des données recueillies s'appliquent toujours au nombre de sujets dont les dossiers ont indiqué de l'information clairement énoncée, qu'il s'agisse d'information présente ou absente selon le cas.

Chapitre 5

Analyse des données

Données démographiques générales

Pour les besoins du projet de recherche, 127 dossiers d'évaluations psychologiques de personnes autochtones ont été analysés. En ce qui a trait au sexe des sujets concernés, 70 pour cent d'entre eux étaient des hommes et 30 pour cent des femmes. En raison des procédures particulières exigées par les trois cliniciens visant à préserver l'anonymat des clients, l'âge de l'échantillon au moment où l'évaluation psychologique a eu lieu n'a pu être déterminé que dans 76 pour cent des cas. Pour ce qui est des sujets dont l'âge a pu être déterminé, l'âge moyen était de 48,5 ans, le sujet le plus vieux étant âgé de 81 ans et le plus jeune, étant âgé de 17 ans. Dans 81 dossiers où le rang de naissance est précisé, 21 pour cent de l'échantillon était le premier né de la famille et 15 pour cent le cadet.

Afin de protéger l'anonymat et la confidentialité du sujet et de sa collectivité, la bande et/ou la nation d'origine des sujets n'a pas été rapportée. Par contre, on a relevé que les sujets venaient de 24 communautés différentes et de 14 Premières nations différentes. Dans 52 dossiers, on donnait de l'information sur la capacité de parler une langue autochtone ou sur le fait de ne pouvoir le faire; on a donc identifié chez l'ensemble des sujets la capacité de parler 12 langues autochtones différentes. Dans 64 pour cent de ces dossiers, on a donné de l'information sur la tutelle légale des sujets avant et après leur séjour au pensionnat.

Comme l'indique le tableau I, 55 pour cent des dossiers fournissaient de l'information sur la tutelle et les deux parents étaient identifiés comme les personnes ayant légalement la charge de leur enfant avant qu'il ne soit envoyé au pensionnat. Par ailleurs, au retour du pensionnat, seulement 9,9 pour cent des sujets avaient leurs deux parents comme tuteurs légaux. Étant donné l'âge moyen de 14,6 ans à la sortie du pensionnat, la plupart des sujets sont retournés dans leur famille. Ce changement dans la situation familiale est davantage manifeste si on considère l'augmentation du nombre de sujets ayant des parents de famille d'accueil, ce nombre étant passé de 21 pour cent pendant la période post-pensionnat comparativement à 7,4 pour cent avant le séjour au pensionnat.

Chapitre 5

n=81	Période pré-pensionnat	Période post-pensionnat
Mère	12,3%	9,9%
Père	8,6%	6,1%
Mère et père	55,6%	9,9%
Parents de famille d'accueil	7,4%	21%
Grand-mère	4,9%	3,7%
Grand-père	6,1%	7,4%
Grand-parents	6,1%	4,9%
Frères et soeurs	-	3,7%
Tante	4,9%	7,4%
Oncle	2,5%	7,4%
Tante et oncle	1,2%	-
Beaux-parents	1,2%	-
Membre de la famille non-précisé	2,5%	-
Amie de la famille	-	4,9%
Pupille de l'État	-	2,5%

Alors que les 127 sujets ont fréquenté au moins un pensionnat, la plupart d'entre eux (55,3 pour cent) n'ont pas poursuivi leurs études au niveau post-secondaire après leur sortie du pensionnat. Dans 114 dossiers sur 127, il y avait de l'information sur l'expérience scolaire après le séjour au pensionnat : 9,2 pour cent ont fréquenté une école privée de niveau primaire, cours moyen ou secondaire; 27,4 pour cent ont fréquenté une école post-secondaire (se reporter au tableau 2).

Type d'école	% de sujets (n=114)
École primaire publique	7,4%
École primaire privée	0,4%
Pensionnat indien	4,6%
Externat indien	42,9%
École primaire, cours moyen ou secondaire publique	7,8%
École primaire, cours moyen ou secondaire privée	9,2%
École post-secondaire	27,3%
Enseignement à domicile	0,4%

Chapitre 5

En fait de raisons explicatives de la poursuite d'études, 40 pour cent des dossiers donnent les motifs pour lesquels les sujets ont abandonné l'école. Au moment où l'évaluation psychologique a été faite, 25,5 pour cent de l'échantillon rapportent avoir obtenu un diplôme et 7,8 pour cent avoir été inscrits. Pour ceux ayant abandonné l'école ou n'ayant pas terminé leurs études, voici les raisons justificatives de leur abandon : 19,6 pour cent ont été renvoyés; 43,1 pour cent ont abandonné l'école; 7,8 pour cent étaient en mauvaise santé; 2 pour cent l'ont fait pour des raisons financières. Des troubles d'apprentissage n'ont été mentionnés que dans trois de ces dossiers comme explication du fait qu'un sujet n'a pas obtenu de diplôme ou ne s'est pas inscrit à une école. Dans deux de ces cas, on indique des problèmes de perception auditive et dans un autre, des troubles d'apprentissage sont notés.

Pour ce qui est de l'emploi, tous les emplois que les sujets ont occupés après leur séjour au pensionnat ont été codés de nouveau selon trois catégories : (1) un emploi nécessitant un niveau d'études ou de formation avancé comme la médecine, les finances ou le droit; (2) un emploi requérant un niveau d'études ou de formation moyen comme la menuiserie, la mécanique d'automobile ou la gestion; et (3) un emploi exigeant un niveau d'études ou de formation minimal ou aucun niveau de scolarité ou aucune formation comme le travail manuel. Dans 92 dossiers rapportant des périodes spécifiques d'emploi, on a trouvé 232 occurrences distinctes d'emploi.

De ces 232 emplois que les sujets ont occupés, 12,9 pour cent des dossiers ont indiqué que le sujet avait eu au moins un emploi exigeant un niveau d'études ou de formation avancé, 37,5 pour cent des sujets avaient eu au moins un emploi requérant un niveau d'études et de formation moyen et 49,6 pour cent un emploi demandant un niveau minimal de scolarité ou aucun niveau de scolarité, aucune formation. Très peu de dossiers donnent de l'information sur le fait que le sujet a eu des problèmes interpersonnels dans ses interactions avec les autres dans le milieu de travail, des problèmes causés par son attitude à l'égard de l'emploi ou par son rendement au travail. À titre d'exemple, il n'y a que trois cas faisant état de difficultés à interagir avec les autres, deux dossiers ayant rapporté que le sujet avait une attitude négative à l'égard de son emploi et un dossier laissant entendre que le rendement du sujet au travail était inférieur à la moyenne si on le comparait à celui d'un travailleur « moyen ».

Chapitre 5

Comportement des membres de la famille à l'égard de l'alcool

Dans 110 dossiers, on a obtenu de l'information concernant la consommation de l'alcool chez au moins un membre de la famille du sujet avant, pendant et après le séjour au pensionnat. Le tableau 3 illustre la consommation d'alcool des membres de la famille comme elle est indiquée dans les dossiers. Il n'est indiqué que dans un dossier que la mère du sujet a consommé de l'alcool pendant sa grossesse; dans trois dossiers, on rapporte que la mère a fait un usage abusif d'alcool pendant qu'elle était enceinte du sujet. Dans quatre dossiers, on rapporte qu'un membre de la famille a fait usage de drogues ou a surconsommé des drogues. En ce qui a trait à l'usage d'alcool par le sujet, 17,9 pour cent indiquent avoir fait usage d'alcool avant leur séjour au pensionnat, 87,5 pour cent disent en avoir fait usage pendant leur séjour au pensionnat et 90,9 pour cent rapportent en avoir consommé après leur sortie du pensionnat. La consommation de l'alcool des sujets est décrite dans le tableau suivant.

Tableau 3 - Consommation d'alcool			
	Période pré-pensionnat (n=28)	Période du séjour au pensionnat (n=24)	Période post-pensionnat (n=110)
Sujet	17,9%	87,5%	90,9%
Mère	85,7%	70,8%	10%
Père	100%	16,7%	11,8%
Beaux-parents	-	4,2%	-
Parents de famille d'accueil	-	4,2%	-
Grand-mère	10,7%	4,2%	1%
Grand-père	14,3%	4,2%	1%
Frère/beau-frère	3,6%	25%	38,2%
Soeur/belle-soeur	7,1%	16,75%	30,9%
Tante	7,1%	-	-
Oncle	3,6%	-	-
Enfant du sujet	-	-	11,8%

Il y a des indications que les habitudes de consommation d'alcool des parents ont changé en prenant une orientation imprévue. Comme nous l'avons déjà précisé, en raison des différences marquées dans les indications des dossiers sur la consommation d'alcool entre la période pré-pensionnat et celle du séjour au pensionnat, et par la suite, celle de la période post-pensionnat, il a fallu apporter beaucoup de circonspection dans l'interprétation de la diminution substantielle du pourcentage de cas indiquant

Chapitre 5

dans les dossiers que le père et la mère ne faisait pas usage ou surconsommation d'alcool. Dans 28 dossiers où on mentionne la consommation d'alcool pendant la période antérieure au séjour au pensionnat, 85,7 pour cent des mères et 100 pour cent des pères ont été identifiés par les sujets comme des buveurs quasi alcooliques. Pendant la période du séjour au pensionnat, 24 dossiers mentionnent une consommation d'alcool, dont 70,8 pour cent rapportent que les mères ont des problèmes, alors que seulement 16,7 pour cent des pères sont ainsi identifiés.

Cet écart négatif est encore plus frappant dans les indications touchant la période post-pensionnat alors que 110 cas ont rapporté une consommation d'alcool chez les membres de la famille, seulement à peu près 10 pour cent indiquant que la mère et/ou le père sont considérés par le sujet comme des buveurs ayant des problèmes de consommation d'alcool. Ces écarts sont inattendus étant donné que toute la recherche et l'élaboration de théorie au sujet de l'incidence du régime des pensionnats sur les parents soutiennent catégoriquement que la consommation d'alcool des parents a augmenté considérablement et même de façon catastrophique pendant cette période. Tel que mentionné de nombreuses fois dans ce rapport, il y a des variations considérables concernant l'exhaustivité de chaque dossier; par conséquent, on ne peut tenir pour acquis que l'absence de données sur les problèmes d'alcool des parents pendant la période « pré » et « pendant » le séjour au pensionnat établit l'inférence que des problèmes de cette nature n'existaient pas.

À l'opposé de l'écart négatif lié aux problèmes d'alcool chez les parents, les indications au sujet des comportements des frères et soeurs à cet égard semblent marquer une aggravation de la période pré-pensionnat à la période du pensionnat et à la période post-pensionnat. Au cours de la première période, seulement 3,6 pour cent des garçons de la famille du sujet et 7,1 pour cent des filles par rapport au total de 28 cas ayant rapporté une consommation d'alcool ont été identifiés comme buveurs ayant des problèmes liés à l'alcool. Par contre, pendant la période du séjour au pensionnat, on a rapporté qu'un quart des garçons de la famille du sujet et 16,7 pour cent des filles faisant partie des 24 cas avaient des problèmes liés à l'alcool.

Cette augmentation continue de s'accroître pendant la période post-pensionnat étant donné que 38,2 pour cent des frères ou des garçons et 30,9 pour cent des soeurs ou des filles ont des problèmes liés à l'alcool. Cependant, dans l'interprétation de cette tendance, il faut tenir compte de cette limitation concernant le fait que l'analyse des données ne permettait pas d'introduire l'âge du frère ou de la soeur

Chapitre 5

comme variable de contrôle . Autrement dit, il est fort probable que les sujets ont considéré leurs frères et soeurs plus âgés différemment de leurs frères et soeurs cadets, l'habitude de consommation d'alcool risquant de changer en fonction de l'âge, notamment l'accès à l'alcool dans le cas des adolescents et des adultes, par opposition au manque d'accès dans le cas des très jeunes frères et soeurs.

Une autre mise en garde concernant l'interprétation des problèmes liés à l'alcool chez les parents et les frères et soeurs a trait à la limitation associée à la capacité des sujets de se remémorer les faits. En effet, cette capacité de se rappeler du comportement de ses parents et de celui de ses frères et soeurs est sans nul doute liée non seulement à l'âge du sujet au moment où il fréquentait le pensionnat, mais également à son exposition aux problèmes d'alcool de sa famille uniquement pendant ses visites à la maison.

Décès dans la famille

Près de la moitié des dossiers (48 pour cent) ont fourni de l'information au sujet du décès d'un membre de la famille. Encore une fois, l'âge est un facteur explicatif majeur des différences entre les catégories, soit la période antérieure à la fréquentation du pensionnat et la période postérieure au pensionnat, étant donné que, comme il fallait s'y attendre, la plupart des décès dans la famille ont eu lieu dans la période post-pensionnat au moment où les sujets étaient à diverses étapes de l'âge adulte (se reporter au tableau 4). Toutefois, dans 61 dossiers, des sujets ont rapporté un total de 15 décès dans leur famille alors qu'ils étaient au pensionnat.

Même si beaucoup plus de décès sont survenus pendant la période pré-fréquentation du pensionnat ($n=44$)¹ et pendant la période post-pensionnat ($n=62$), la portée émotionnelle de la perte d'êtres chers vécue alors qu'ils étaient éloignés, privés du soutien de la famille nucléaire et de la famille élargie au sein du milieu communautaire autochtone, peut avoir représenté une expérience traumatisante pour cet enfant ou ce jeune adolescent. De plus, il s'agissait pendant la période de fréquentation du pensionnat de décès de membres de la famille proche dans presque tous les cas.

¹ ($n=x$) fait référence au nombre total de dossiers.

Chapitre 5

Tableau 4 - Décès d'un membre de la famille

	Période pré-pensionnat (n=44)	Pendant le séjour au pensionnat (n=15)	Période post-pensionnat (n=62)
Mère	11,4%	6,6%	46,8%
Belle-mère	2,2%	-	-
Père	20,5%	20%	51,6%
Beau-père	2,2%	-	-
Grand-mère	4,5%	6,6%	14,5%
Grand-père	2,2%	20%	14,5%
Frère/beau-frère	36,4%	20%	54,8%
Soeur/belle-soeur	20,5%	20%	14,5%
Tante	-	6,6%	32,8%
Oncle	-	20%	9,7%
Enfant du sujet	-	-	43,2%

Interactions familiales

Un quart des dossiers (n=32) ont fourni une évaluation du sujet en regard des interactions dans la famille ou des relations familiales pendant les périodes avant et après la fréquentation du pensionnat. Deux tiers d'entre eux ont indiqué que les rapports familiaux étaient positifs, alors que 30 pour cent ont rapporté des relations familiales tant positives que négatives et seulement 3 pour cent se rappellent que les relations familiales étaient complètement négatives pendant la période antérieure à leur séjour au pensionnat. Il n'y a eu que 10 dossiers ayant fourni une évaluation du milieu familial consécutivement à la sortie du pensionnat du sujet; deux de ces dossiers indiquent des rapports positifs, alors que quatre dossiers font état d'un environnement familial négatif.

Malheureusement, comme il n'y a que 10 dossiers donnant des indications sur les interactions familiales, peu d'inférences peuvent être faites en ce qui touche cette variable critique. Les répercussions de l'expérience vécue au pensionnat, non seulement sur le jeune pensionnaire, mais également sur sa famille pendant son séjour au pensionnat et après son retour dans la famille restent une question préoccupante très importante. On se demande notamment si le retrait de l'enfant a déclenché ou exacerbé des interactions familiales négatives, indépendamment des problèmes majeurs qui y étaient rattachés, entre autres l'abus d'alcool.

Chapitre 5

Relations intimes, conjugales et familiales du sujet

La plupart des dossiers donnent de l'information au sujet de la situation conjugale ou de l'état matrimonial du sujet, de la nature de ses relations avec ses intimes, et, dans le cas où le sujet est parent d'un enfant ou d'enfants, la nature des rapports parent-enfant(s). Environ trois-quart (73 pour cent) des dossiers contiennent de l'information sur la situation de famille du sujet. Dans presque la totalité des dossiers (92,5 pour cent), on indique que le sujet a été marié au moins une fois et que 42,6 pour cent parmi eux se sont mariés plus d'une fois. Les 93 sujets ont rapporté 202 relations intimes, y compris des relations conjugales. Il n'y a eu qu'un seul des 93 dossiers ayant fourni de l'information sur l'état matrimonial qui a indiqué que le sujet n'avait jamais été marié, n'avait jamais vécu en union libre, n'avait fréquenté personne pendant une période de temps significative. Dans le cas de 34 sujets, aucune information sur la situation de famille n'a été fournie.

Dans près des trois-quarts des dossiers (72 pour cent), il n'y a pas de mention concernant un préjudice à caractère non-sexuel ayant réellement eu cours, ou une tentative ou une menace de préjudice entre le sujet et son partenaire. Des 36 dossiers restants, un quart ne rapporte aucune violence physique entre les intimes, tandis que la moitié comporte des indications de violence physique commise par le sujet, 11,7 pour cent indiquant de la violence physique commise par le partenaire contre le sujet et 13,3 pour cent de la violence physique commise par les deux. Dans quatre dossiers, il y a de l'information rapportant de la violence sexuelle effective, ou une tentative ou une menace de violence sexuelle entre les intimes. Un dossier seulement a indiqué de la violence sexuelle commise par le partenaire contre le sujet. Il y a eu quelques cas (14 pour cent) qui ont mentionné un comportement verbal ou non-verbal ayant causé un trouble ou un état de détresse émotionnel ou psychologique. Dans sept cas, les sujets ont déclaré avoir eux-mêmes eu recours à la violence émotionnelle à l'égard de leur partenaire.

Dans seulement un quart (26 pour cent) des dossiers, on ne mentionne pas si le sujet a des enfants. Collectivement, les 91 sujets ont identifié 153 enfants, un tiers (35,9 pour cent) parmi eux ont indiqué n'avoir qu'un seul enfant. Un sujet a rapporté avoir eu 14 enfants. Du nombre total de 153 enfants, on ne trouve de l'information sur la relation du sujet en tant que parent que pour 143 enfants : dans 77,6 pour cent des cas, il s'agit de l'enfant biologique du sujet; dans 10,5 pour cent des cas, du beau-fils ou belle-fille du sujet; 3,5 pour cent, il s'agit d'enfants adoptés; dans 1,4 pour cent des cas, il s'agit d'enfants placés en famille d'accueil. En ce qui a trait aux conditions de logement des enfants, il y a de l'information

Chapitre 5

concernant près d'un quart (24 pour cent) des sujets au moment où les évaluations psychologiques ont été effectuées : 12,9 pour cent des enfants vivaient uniquement avec le sujet; 32,3 pour cent résidaient avec l'autre parent exclusivement; 48,4 pour cent vivaient avec le sujet et son partenaire; 29 pour cent des enfants du sujet étaient des adultes ou étaient autonomes (se reporter au tableau 5).

	(n=31)
Enfants avec le sujet seul	12,9%
Enfants avec l'autre parent seul	32,3%
Enfants avec le sujet et le partenaire	48,4%
Enfants avec des personnes apparentées	12,9%
Enfants placés en famille d'accueil	3,2%
Enfants avec des parents adoptifs	3,2%
Enfant est adulte ou autonome	29%

Dans une vaste majorité des cas, il y a peu de mention sur le type de relations entre les sujets et leurs enfants. Dans le cas d'un tiers (36 pour cent) des sujets, 62,5 pour cent se sont identifiés comme principal dispensateur de soins à l'enfant, tandis qu'à l'autre extrémité, 29,2 pour cent rapportent n'avoir eu aucun contact avec leurs enfants.

Une des principales incidences présumées de l'abus dont ces sujets ont été les victimes au pensionnat et une des caractéristiques fondamentales distinctives du syndrome associé aux pensionnats, c'est la difficulté qu'éprouvent ces survivants à exercer leur rôle parental. Seulement un cinquième (21 pour cent) des cas donnent des indications sur les compétences parentales du sujet (se reporter au tableau 6).

Chapitre 5

Tableau 6 - Compétances parentales du sujet	
	(n=27)
Compétances parentales positives	
Soutien accordé à l'enfant	7,4%
Participation aux activités extrascolaires	3,7%
Punition adaptée à l'enfant	3,7%
S'occuper de l'enfant avec amour	7,4%
Bons rapports parent-enfant	14,8%
Condition parentale négative	
Sans affection	11,1%
Infligé de la violence physique	22,2%
Infligé de la violence émotionnelle	7,4%
Négligence	3,7%
Évitement de contact avec l'enfant de peur de lui causer préjudice	14,8%
Mesures disciplinaires inappropriées imposées à l'enfant	33,3%
Trop sévère	18,5%
Trop protecteur	11,1%
Manifeste de la colère envers l'enfant	7,4%

Même si la taille de l'échantillon portant sur les compétences parentales est extrêmement minime, 33,3 pour cent des dossiers rapportent que le sujet a appliqué des formes de discipline inappropriées ou que le sujet a puni de façon inappropriée au moins un de ses enfants : 22,2 pour cent indiquent que le sujet a infligé de la violence physique à l'égard d'au moins un de ses enfants et 18,5 pour cent indiquent que le sujet s'est montré trop sévère. Par opposition, seulement 10 sujets ont mentionné des compétences parentales positives, notamment d'avoir donné du soutien à leur enfant, de s'être montré affectueux à l'égard de leur enfant, de s'en être occupé avec amour et d'être un bon parent.

Admission au pensionnat, contacts avec la famille (période au pensionnat) et profil de la sortie du pensionnat

Étant donné l'obligation de protéger l'anonymat et la confidentialité, les pensionnats n'ont pas été identifiés. L'âge moyen des sujets au moment où ils sont entrés au pensionnat était de 8,5 ans; toutefois, cette moyenne a été établie à partir de 68 pour cent des dossiers. Un peu plus de la moitié des dossiers

Chapitre 5

(59 pour cent) rapportent l'âge des sujets au moment où ils sont sortis du pensionnat, soit un âge moyen de 14,6 ans. Dans 27 pour cent des dossiers, on trouve les raisons données par le sujet expliquant le fait qu'il ait été envoyé au pensionnat (se reporter au tableau 7). Alors que 34 pour cent des sujets indiquent qu'on ne leur a donné aucune raison, 22,9 pour cent allèguent avoir été tout simplement informés que c'était nécessaire dans leur cas d'y aller. Un sujet a rapporté qu'on leur avait dit qu'ils allaient faire un tour en autobus.

Tableau 7 - Raisons expliquant la fréquentation du pensionnat	
	(n=34)
Aucune raison donnée	34,3%
Nécessaire d'y aller	22,9%
Décision économique ou financière	5,7%
Mauvaise conduite du sujet	5,7%
Apprendre l'anglais	11,4%
Appréhension par les services sociaux	11,4%
Sujet envoyé à un centre d'éducation surveillée	2,9%
Emplacement du pensionnat	2,9%

Plusieurs sujets ont fréquenté le pensionnat avec des membres de leur famille; en effet, près de 40 pour cent des dossiers (n=50) ont donné de l'information indiquant que le sujet avait au moins un membre de sa famille fréquentant le même pensionnat au même moment que lui. Seulement trois dossiers mentionnent spécifiquement qu'aucun membre de la famille du sujet n'a fréquenté le même pensionnat. La plupart des 50 dossiers (88,8 pour cent) rapportent qu'au moins un frère ou une soeur fréquentait le même pensionnat. Approximativement la moitié des 50 dossiers (52 pour cent) font référence au fait que le sujet avait ou qu'il n'avait pas de contacts avec son/ses frère(s) ou sa/ses soeur(s) qui fréquentait/fréquentaient le même pensionnat au même moment. Une minorité (36,5 pour cent) d'entre eux ont eu certains contacts avec leurs frères/soeurs ou membres de la parenté au pensionnat.

Il y a aussi de l'information concernant le fait que le sujet avait ou n'avait pas de contacts avec sa famille pendant son séjour au pensionnat; on a compté moins du tiers des dossiers (31 pour cent) ayant touché cet aspect. Les contacts les plus fréquents (42,6 pour cent) ont eu lieu pendant les vacances d'été ou pendant les principaux congés de l'année, ce qui est mentionné dans 14,8 pour cent des dossiers. Les visites pendant les fins de semaine étaient rares (11,1 pour cent); 14,8 pour cent des dossiers rapportent

Chapitre 5

que le sujet n'a eu aucune visite dans sa famille pendant qu'il a fréquenté le pensionnat. À l'exception de ceux n'ayant eu aucune visite, les autres catégories ne s'excluaient pas mutuellement, en ce sens qu'un sujet pouvait avoir reçu des visites de sa famille, notamment pendant les principaux congés et les vacances d'été.

Mesures de discipline au pensionnat

Dans approximativement un cinquième (21 pour cent) des dossiers (n=27), il y avait 41 rapports de mesures disciplinaires prises contre le sujet pendant son séjour au pensionnat. Près de la moitié du total des mesures disciplinaires (46 pour cent) ont donné lieu à des punitions corporelles. Entraient dans les 14,6 pour cent des mesures disciplinaires l'expulsion et la suspension du pensionnat, alors que, dans 12 pour cent des cas, il s'agissait de l'isolement du sujet et dans 14,6 pour cent des cas, de la perte de privilèges. De l'ensemble des 27 dossiers mentionnant des mesures disciplinaires, seulement trois dossiers ont indiqué que le sujet n'avait jamais été soumis à des mesures disciplinaires. Encore une fois, il faut retenir qu'il n'y avait aucune information indiquant que le sujet avait été soumis ou non à des mesures disciplinaires prises contre lui dans 79 pour cent des dossiers.

Violence physique, sexuelle et émotionnelle à l'égard des sujets

La plupart des dossiers (89 pour cent) fournissent beaucoup d'information au sujet de la maltraitance ou de la violence physique, sexuelle et émotionnelle dont les sujets et les membres de la famille du sujet ont été les victimes avant, pendant et après que le sujet ait fréquenté le pensionnat. Toutes les occurrences d'abus ont été codées selon une des cinq catégories suivantes : (1) violence physique – un préjudice non-sexuel effectif, une tentative ou une menace de préjudice non-sexuel; (2) violence sexuelle – préjudice sexuel, violence effective ou une tentative ou une menace de préjudice sexuel; (3) violence émotionnelle – tout comportement verbal ou non-verbal causant un état de détresse ou une atteinte/perturbation émotionnel/psychologique ou des activités ou jeux à caractère sexuel inconvenants, déplacés et anormaux; (4) négligence – défaut ou manque de subvenir aux nécessités de l'existence comme la nourriture, le logement, le vêtement, les soins de santé ou d'hygiène; (5) témoin de violence – exposition à de la violence physique, sexuelle ou émotionnelle ou à de la négligence.

Chapitre 5

De plus, toutes les occurrences où le dossier affirmait explicitement que le sujet ou un membre de sa famille n'avait pas été victime de violence ont été codées. Le tableau 8 illustre le type de violence et de victime pendant la période antérieure au pensionnat.

Tableau 8 - Violence antérieure à la fréquentation du pensionnat					
	Violence physique (n=21)	Violence sexuelle (n=14)	Violence émotionnelle (n=7)	Négligence (n=4)	Témoin (n=8)
Sujet	71,4%	92,9%	100%	100%	100%
Mère	42,9%	-	-	-	-
Père	4,8%	-	-	-	-
Frère	9,5%	7,1%	-	50%	-
Soeur	4,8%	14,3%	-	50%	-

Près d'un cinquième (18,5 pour cent) des dossiers n'indiquent aucune violence commise à l'égard du sujet avant d'avoir fréquenté le pensionnat. Cette indication est cependant difficile à interpréter étant donné que, dans l'ensemble de l'échantillon, 33 pour cent des dossiers ne traitent pas de cette question de la violence infligée à l'égard du sujet avant sa fréquentation du pensionnat. Par conséquent, on ne sait pas réellement si ces sujets ont été ou n'ont pas été victimes de violence de quelque nature que ce soit avant d'aller au pensionnat. Encore une fois, même si 71,4 pour cent des dossiers indiquent que le sujet a été victime de mauvais traitements physiques, ce pourcentage ne s'applique qu'au 21 dossiers ayant mentionné que le sujet avait été victime d'abus avant son entrée au pensionnat.

Le tableau 9 illustre les informations faisant état des agresseurs ou auteurs de violence à l'égard du sujet pendant la période antérieure à son séjour au pensionnat. Comme il est possible que le sujet ait été victime d'abus commis par plus d'une personne, le nombre d'auteurs de violence dépasse le nombre de sujets. De plus, étant donné que le nombre de sujets victimes d'abus avant de fréquenter le pensionnat est bas, dans le cas où ces actes de violence ont été commis, il s'agissait le plus souvent d'un parent agresseur à l'égard de son propre enfant.

Chapitre 5

	Violence physique (n=16)	Violence sexuelle (n=11)	Violence émotionnelle (n=8)	Négligence (n=8)	Témoin (n=7)
Mère	37,5%	-	-	25%	-
Belle-mère	6,3%	-	-	-	-
Père	31,2%	9%	50%	87,5%	71,4%
Beau-père	-	-	25%	12,5%	-
Parent nourricier	6,3%	-	-	-	-
Frère	-	-	-	-	-
Soeur	-	-	-	-	-
Grand-père	-	-	-	-	14,3%
Grand-mère	-	-	-	-	-
Oncle	6,3%	9%	-	-	-
Tante	-	27,3%	-	-	-
Cousin	-	27,3%	-	-	-
Partenaire	-	-	-	-	14,3%
Connaissance	-	18,2%	25%	-	-
Employeur	12,5%	-	-	-	-
Étranger	-	9%	-	-	-

Très peu de dossiers donnent de l'information au sujet de la fréquence de l'abus dont les sujets ont été les victimes. Toutefois, six dossiers rapportent que l'abus a été commis une seule fois, dans cinq dossiers que l'abus a été commis 11 fois et plus et, dans cinq autres dossiers, on indique que l'abus a été commis un nombre inconnu de fois. De plus, six dossiers seulement indiquent que le sujet a divulgué avoir été victime d'abus avant son séjour au pensionnat. Parmi ces six sujets ayant divulgué l'agression dont ils ont été victimes, quatre d'entre eux ont divulgué l'agression à un membre de leur famille, un autre a divulgué l'agression à un psychologue et un autre, à un professionnel de la santé, le signalement ayant été fait avant l'entrée au pensionnat.

La fréquence de toutes les formes de violence dont le sujet a été victime s'est accrue considérablement pendant la période de la fréquentation du pensionnat (se reporter au tableau 10). Seulement deux dossiers indiquent que le sujet n'a pas été victime d'abus alors qu'il était au pensionnat. De l'ensemble des dossiers donnant de l'information sur des abus commis à l'égard des sujets, tous les sujets ont été agressés sexuellement, 89,6 pour cent ont été victimes de mauvais traitements physiques et 100 pour cent ont subi de la violence émotionnelle ou psychologique. Il convient cependant de noter que

Chapitre 5

l'échantillon sélectionné pour les besoins de cette étude était constitué de survivants ayant intenté une action en justice et ayant tous été victimes d'abus graves dans les pensionnats; toutefois, ces pourcentages étonnants ne sont pas complètement inattendus.

Tableau 10 - Abus commis à l'égard du sujet au pensionnat et hors du pensionnat, dans la famille					
	Violence physique (n=77)	Violence sexuelle (n=101)	Violence émotionnelle (n=50)	Négligence (n=18)	Témoin (n=18)
Sujet	89,6%	100%	100%	61,1%	88,9%
Mère	1,3%	1%	-	-	-
Père	-	-	-	-	-
Frère	1,3%	4,9%	-	-	-
Soeur	-	1%	-	-	-

Alors que le sujet fréquentait un pensionnat, les principaux auteurs de violence (agresseurs) étaient des membres de l'administration, des enseignants, le personnel oeuvrant dans les pensionnats (se reporter au tableau 11). Au total, 49 pour cent des dossiers ont rapporté que le sujet avait identifié comme auteur de l'agression sexuelle dont il avait été victime un membre du personnel du dortoir et 25,6 pour cent avait identifié sans précision un membre du personnel du pensionnat. De plus, 26,9 pour cent des dossiers ont indiqué que le sujet avait été agressé sexuellement par un de ses compagnons d'études ou un des pensionnaires. Une fois de plus, on doit noter que les sujets ont pu être victimes d'abus commis par plus d'un agresseur et l'acte de violence peut entrer dans une ou plus d'une catégorie de violence. En ce qui a trait aux mauvais traitements, les principaux auteurs de ces actes de violence physique ont été identifiés comme suit : 25,6 pour cent ont identifié du personnel du dortoir, 19,2 pour cent des membres du personnel du pensionnat et 10,2 pour cent, des compagnons d'études ou d'autres pensionnaires.

Chapitre 5

	Violence physique (n=83)	Violence sexuelle (n=136)	Violence émotionnelle (n=45)	Négligence (n=5)	Témoin (n=16)
Personnel de dortoir	24,1%	27,9%	26,7%	40%	18,8%
Directeur	8,4%	2,9%	4,4%	-	-
Pensionnaire/compagnon d'étude	9,6%	15,4%	13,3%	-	-
Prêtre	1,2%	3,7%	2,2%	-	-
Religieuse	3,6%	2,9%	-	-	-
Personnel du pensionnat	18%	14,7%	28,9%	60%	43,8%
Personnel enseignant	8,4%	5,9%	13,3%	-	-
Défendeur à l'instance	8,4%	3,7%	-	-	6,3%
Mère	-	1,5%	-	-	-
Père	-	1%	-	-	-
Beau-père	-	-	2,2%	-	-
Grand-parent	2,4%	2,9%	2,2%	-	6,3%
Cousin	-	1,5%	-	-	-
Autre membre de la famille	8,4%	8%	4,4%	-	-
Partenaire	1,2%	1,5%	2,2%	-	-
Connaissance	-	2,2%	-	-	-
Étranger	-	2,2%	-	-	25%

Au total, 120 dossiers ont rapporté la fréquence des actes de violence dont les sujets ont été les victimes pendant leur fréquentation du pensionnat. Approximativement un cinquième (17,5 pour cent) de ces dossiers indiquent que l'abus a eu lieu un nombre inconnu de fois, 56,7 pour cent rapportent 11 fois ou plus, 15,8 pour cent n'indiquent qu'une occurrence et 10 pour cent rapportent deux à sept fois.

Près de la moitié des dossiers (46 pour cent) donnent de l'information sur la divulgation par le sujet de l'abus dont il a été victime pendant sa fréquentation du pensionnat. Dans 32 pour cent des cas, on a indiqué que le sujet n'avait jamais divulgué à qui que ce soit l'abus dont il avait été victime avant d'être soumis à l'évaluation psychologique en cours. Voici les nombres associés aux sujets ayant divulgué l'abus dont ils ont été les victimes : 52,5 pour cent ont divulgué l'agression à un membre de leur famille; 72,5 pour cent, à un psychologue ou à un psychiatre; 57,5 pour cent, à un membre du corps policier; 30 pour cent, à un avocat (se reporter au tableau 12).

Chapitre 5

Tableau 12 - Divulgateion par le sujet des abus dont il a été victime au pensionnat	
	(n=40)
Membre de la famille	52,5%
Psychologue/psychiatre	72,5%
Directeur	5%
Membre du personnel du pensionnat	15%
Ami	15%
Professionnel ou travailleur de la santé	27,5%
Police	57,5%
Partenaire ou intime	25%
Aîné	7,5%
Représentant d'une Église	12,5%
Représentant du gouvernement officiel	7,5%
Avocat	3%

Presqu'un tiers (31 pour cent) des dossiers donnent de l'information quant à la façon dont le sujet a réagi au fait d'avoir été victime d'actes de violence au pensionnat. Voici les réactions les plus fréquentes: la peur (66,7 pour cent); la résistance physique à l'agresseur (23,1 pour cent); tentative pour s'enfuir du pensionnat (30,8 pour cent); fuite du pensionnat (41 pour cent); plainte auprès du personnel du pensionnat (46,2 pour cent); et dissociation (10,3 pour cent).

Un peu plus du quart (27 pour cent) des dossiers rapportent que le sujet ou les membres de sa famille ont été victimes d'abus pendant la période post-pensionnat. Encore faut-il retenir que ces dossiers donnent de l'information sur le fait que le sujet a été agressé sexuellement (100 pour cent des cas) et qu'il a été victime de mauvais traitements (53,3 pour cent) après être sorti du pensionnat (se reporter au tableau 13). Une constatation perturbatrice provient du fait que 52 pour cent de ces dossiers de cas indiquent qu'au moins un des enfants du sujet a été agressé sexuellement. Un tiers de ces dossiers mentionnent que l'enfant du sujet a été victime de mauvais traitements physiques et seulement quatre des dossiers précisent que les enfants du sujet n'ont pas été victimes d'abus de quelque nature que ce soit. Par ailleurs, la plupart des cas (73 pour cent) constituant cet échantillon ne contiennent pas d'information concernant la violence commise pendant la période post-pensionnat à l'égard du sujet ou de sa famille.

Chapitre 5

	Violence physique (n=15)	Violence sexuelle (n=25)	Violence émotionnelle (n=3)	Négligence (n=2)	Témoin (n=1)
Sujet	53,3%	100%	100%	100%	100%
Mère	6,7%	4%	-	-	-
Soeur	20%	4%	-	-	-
Enfant du sujet	33,3%	52%	-	-	-
Neveu	-	4%	-	-	-

En fait de violence dont les sujets ont été les victimes pendant la période post-pensionnat, seulement 14 pour cent des dossiers donnent de l'information au sujet de l'agresseur. L'auteur de mauvais traitements et d'abus sexuel le plus fréquemment désigné est un étranger (45,5 pour cent dans le cas de la maltraitance physique et 33,3 pour cent dans le cas d'abus sexuel) (se reporter au tableau 14).

	Violence physique (n=11)	Violence sexuelle (n=27)	Violence émotionnelle (n=2)	Négligence (n=3)
Personnel du dortoir	-	7,4%	-	-
Autre pensionnaire/compagnon d'étude	-	11,1%	-	-
Personnel du pensionnat	9%	-	-	-
Enseignant au pensionnat	-	3,7%	-	-
Mère	18,2%	-	50%	66,7%
Beau-père	9%	-	-	-
Parent de famille d'accueil	-	3,7%	-	-
Frère/beau-frère	-	3,7%	-	33,3%
Tante	-	3,7%	-	-
Cousin	-	3,7%	-	-
Autre membre de la famille	-	3,7%	-	-
Partenaire	9%	7,4%	50%	-
Connaissance	-	3,7%	-	-
Ami	-	3,7%	-	-
Détenu sous responsabilité fédérale	9%	7,4%	-	-
Employeur	-	3,7%	-	-
Étranger	45,5%	33,3%	-	-

Chapitre 5

Seulement 12 pour cent des dossiers ont donné de l'information sur la fréquence des actes de violence dont le sujet a été la victime après son séjour au pensionnat. Cinq de ces dossiers indiquent que le sujet n'a été victime d'abus qu'une fois et trois dossiers précisent que l'abus a été perpétré 11 fois ou plus. De plus, à un autre moment que celui de l'évaluation psychologique, seulement 12 pour cent des dossiers (n=15) ont indiqué que le sujet avait dénoncé cet abus pendant la période post-pensionnat. Voici des détails sur les personnes à qui le sujet a divulgué les actes d'agression qu'il a subis : huit divulgations ont été faites à la police; deux ont été faites à des membres de leur famille; deux à des professionnels de la santé, une divulgation a été faite à un Aîné et, dans un dernier cas, une divulgation a été faite à un partenaire ou à un intime.

Violence physique, sexuelle, émotionnelle commise par le sujet

Au total, 21 dossiers (16,5 pour cent) rapportent que les sujets ont fait preuve de violence à l'égard d'autres personnes. Dans tous ces cas, le sujet a exercé de la violence envers les autres après avoir fréquenté le pensionnat. Il y a seulement deux dossiers ayant rapporté que le sujet a agressé sexuellement un compagnon d'études pendant son séjour au pensionnat. Tous les cas d'abus commis par les sujets ont été recodés d'après les catégories suivantes : (1) abus physique; (2) abus sexuel; (3) abus émotionnel ou psychologique et (4) négligence. Presque les trois-quarts des sujets (74,2 pour cent) ont rapporté avoir infligé des mauvais traitements, 54,8 pour cent ont dit être l'auteur d'agression sexuelle, 25,8 pour cent ont exercé de la violence émotionnelle ou psychologique et 3,2 pour cent, de la négligence. Le tableau 15 indique qui sont les victimes des abus commis par les sujets. Bien qu'il n'y ait de l'information se rapportant à cet aspect que dans 23 dossiers (18 pour cent), de façon généralisée, c'est le partenaire intime ou un enfant qui est la victime des abus commis par les sujets.

Tableau 15 - Victimes des abus commis par les sujets	
	(n=23)
Partenaire intime	82,6%
Ses descendants	13%
Beau-fils ou belle-fille	26,1%
Enfant non-apparenté	47,8%
Cousin	4,3%
Connaissance	4,3%
Prêtre	4,3%

Chapitre 5

Sur le plan de la compréhension du sujet quant à l'aspect répréhensible de son comportement marqué par la violence, 13 pour cent des dossiers ont fourni de l'information pertinente. Dans tous les cas, le sujet a démontré qu'il comprenait bien le côté blâmable, inconvenant, de son comportement. Par contre, 58,8 pour cent ont aussi indiqué que, malgré le fait qu'ils savaient que leur comportement était répréhensible, ils ont été incapables de cesser ce comportement violent. Dans 87 pour cent des dossiers, on n'a pas pu obtenir de donnée à cet égard.

Consommation et surconsommation (abus) d'alcool

La grande majorité des dossiers (81,9 pour cent) ont fourni de l'information au sujet de la consommation et de l'abus d'alcool. Cependant, très peu de dossiers font mention de l'usage de drogues et seulement 14 dossiers donnent de l'information sur l'usage de cocaïne; cette consommation n'a commencé qu'après la fréquentation du pensionnat. Neuf sujets ont indiqué consommer de la cocaïne et trois sujets de faire un usage abusif de cocaïne. Seulement quatre dossiers indiquent que le sujet a fait usage d'héroïne après avoir fréquenté le pensionnat et, en plus, un dossier indique que l'usage de l'héroïne a eu des conséquences néfastes pour la santé du sujet. Deux dossiers indiquent que le sujet a inhalé des vapeurs d'essence et de colle pendant et après son séjour au pensionnat.

En ce qui concerne l'usage de la marijuana, aucun dossier ne rapporte que le sujet a fait usage de la marijuana avant la fréquentation du pensionnat et seulement un dossier indique que le sujet a fait usage de la marijuana pendant son séjour au pensionnat. Par ailleurs, des 27 dossiers rapportant l'usage de la marijuana par le sujet, 63 pour cent rapportent que le sujet a fait un usage abusif de la marijuana consécutivement à la fréquentation du pensionnat et 14, 8 pour cent de ces dossiers indiquent que le sujet a fait usage de la marijuana. Comme on le démontre dans le tableau 3, il n'y avait que très peu de sujets qui consommaient de l'alcool avant leur fréquentation du pensionnat. Par surcroît, il n'y a que très peu de dossiers qui donnent de l'information concernant la consommation de l'alcool par le sujet pendant son séjour au pensionnat. Par contre, 82 pour cent des dossiers révèlent que la consommation d'alcool des sujets ou leur abus d'alcool s'est produit après la fréquentation du pensionnat, 78,8 pour cent des sujets ayant fait une consommation excessive d'alcool tandis que 15,4 pour cent ont fait usage d'alcool. Dans 46 dossiers, on indique que, par suite de leur abus d'alcool ou de leur usage d'alcool, les sujets ont éprouvé manifestement des problèmes. Des problèmes de santé liés à l'alcool sont mentionnés dans 17,4 pour cent des cas, alors que les problèmes au travail ou les problèmes à trouver un emploi

Chapitre 5

directement causés par l'alcool sont évoqués dans 39,9 pour cent des cas. Des problèmes à entretenir des relations positives avec les membres de sa famille ou avec les intimes en raison de l'usage ou de l'abus d'alcool sont rapportés dans 28,3 pour cent des cas. Seulement deux dossiers indiquent des problèmes avec la justice pénale, tandis qu'un dossier mentionne au moins une tentative de suicide en raison de l'usage ou de l'abus d'alcool.

Infractions – antécédents criminels

Presque la moitié (49 pour cent) de l'ensemble des dossiers donnent de l'information concernant les accusations/inculpations pour lesquelles les sujets ont été déclarés coupables (se reporter au tableau 16). Au total, 62 sujets ont été reconnus coupables de 150 accusations. Ce nombre n'est pas surprenant étant donné les antécédents d'abus vraiment très importants de cet échantillon. Dans un peu plus de la moitié (51,6 pour cent) des dossiers ayant fourni de l'information sur les antécédents criminels, les sujets ont été reconnus coupables d'au moins une infraction sexuelle et 55 pour cent ont été déclarés coupables de voies de fait. De façon analogue, étant donné les antécédents d'usage/d'abus d'alcool de cet échantillon, il n'est pas non plus surprenant que 64,5 pour cent des sujets aient été déclarés coupables d'infraction majeure relative à la conduite dangereuse d'un véhicule. Presqu'un quart des sujets de l'échantillon ont été déclarés coupables de vol. Comme il est possible que le sujet ait été reconnu coupable pour plus d'une infraction, les pourcentages présentés ci-après dépassent 100 pour cent.

Tableau 16 - Antécédents criminels	
	(n=62)
Meutre	4,8%
Infractions sexuelles	51,6%
Possession d'une arme	4,8%
Voies de fait	54,8%
Vol qualifié	8,1%
Vol	24,2%
Infraction en matière de drogue	11,3%
Infraction relative à la conduite d'un véhicule	64,5%
Fraude	1,6%
Évasion d'un lieu de détention	1,6%
Incendie criminel	4,8%
Reconnue coupable d'ivresse publique	3,2%

Chapitre 5

Seulement 23 pour cent des dossiers donnent de l'information sur la victime des activités criminelles. Comme indiqué dans le tableau 17, dans le cas de plus de la moitié des condamnations au criminel, la victime est un membre de la famille et dans 34,5 pour cent des actes criminels, la victime est le partenaire intime du délinquant. Concernant 20 pour cent des actes criminels, un étranger est la victime et dans presque un tiers (31 pour cent) des incidents, les policiers sont les victimes. Étant donné le caractère envahissant, omniprésent, de la violence perpétrée au pensionnat par les autorités, il n'est pas étonnant que les policiers soient aussi fréquemment les victimes de survivants des pensionnats. Il est possible que les sentiments de ressentiment, de rancune résiduelle de ces sujets à l'égard de tous les symboles d'autorité soient dirigés vers la police. Les problèmes liés à l'alcool et les problèmes de santé mentale pourraient sans doute expliquer aussi pour quelle raison les confrontations nombreuses avec la police se produisent. Finalement, il n'est pas rare que la police soit amenée à avoir des contacts avec le délinquant dans le contexte de disputes familiales ou dans les endroits publics où les inconduites risquent de se produire.

Tableau 17 - Victimes des infractions criminelles des sujets	
	(n=29)
Étranger	20,7%
Connaissance	3,4%
Ami	3,4%
Enfant non-spécifié	6,9%
Partenaire intime	34,5%
Membre de la famille	51,7%
Agent de police	31%

L'aboutissement, soit l'imposition de la peine, est indiqué dans 34 pour cent de ces dossiers. Toutes les peines/condamnations rapportées comprennent une période d'incarcération (se reporter au tableau 18). Même si aucun de ces dossiers ne donne d'indication quant à la raison pour laquelle un sujet est condamné à la détention, on peut présumer de plusieurs explications possibles, notamment la nature grave de la plupart de ces infractions, le profil de la victime, les antécédents criminels du sujet, les problèmes psychologiques du sujet et les antécédents d'abus des substances psychoactives du sujet. Seulement trois dossiers rapportent que le sujet a participé à des interventions fondées sur les traditions autochtones en raison de son inclination pour des activités criminelles.

Chapitre 5

	(n=34)
Amende	20,9%
Probation	39,5%
Peine de prison	100%
Perte de son permis de conducteur	14%
Traitement obligatoire	11,6%
Célébration de repentir	9,3%

Problèmes et déviances sexuels

Comme indiqué au tableau 19, seulement six dossiers donnent de l'information sur les problèmes et les déviances sexuels du sujet avant de fréquenter le pensionnat. Dans ces cas, trois sujets ont indiqué avoir ressenti de l'angoisse d'ordre sexuel et trois ont rapporté de l'angoisse liée à l'homosexualité. Onze cas ont donné de l'information concernant des problèmes et des déviances sexuels pendant leur fréquentation du pensionnat. Il n'y a que trop peu de cas pendant la période pré-pensionnat et pendant la période du séjour au pensionnat pour pouvoir cerner un schéma continu de comportement, mais l'angoisse liée à la sexualité est manifeste dans ces deux périodes. À l'opposé de la période pré-pensionnat et de celle du séjour au pensionnat, les problèmes d'ordre sexuel sont considérables pendant la période post-pensionnat. Cependant, il n'apparaît pas clairement pour quelle raison le nombre de dossiers rapportant des problèmes et des déviances sexuels n'est pas plus élevé en ce qui a trait à la période de fréquentation du pensionnat étant donné la généralisation des témoignages anecdotiques concernant l'abus sexuel à l'égard des enfants dans les pensionnats. Il se peut bien que les survivants des pensionnats aient été plus portés à identifier leurs problèmes d'ordre sexuel dans la période post-pensionnat en raison des traumatismes et de la honte ressentis pendant leur enfance et le début de leur adolescence. À l'appui de cette explication fondée sur l'existence de traumatismes, on présente dans la section suivante les profils de santé mentale des sujets.

Chapitre 5

Tableau 19 - Problèmes et déviances sexuels

	Avant le séjour au pensionnat (n=6)	Pendant le séjour au pensionnat (n=11)	Après le séjour au pensionnat (n=53)
Angoisse sexuelle	50%	18,2%	60,4%
Angoisse liée à l'homosexualité	50%	-	30,2%
Dysérection	-	-	26,4%
Confusion à l'égard de l'orientation sexuelle	-	18,2%	22,6%
Incapacité d'avoir des rapports sexuels	-	-	11,3%
Sentiments négatifs de soi pendant les rapports sexuels	-	18,2%	26,4%
Éjaculation précoce	-	18,2%	30,2%
Facilement surexcité	-	18,2%	11,3%
Malaise au moment de l'éjaculation	-	-	18,9%
Image corporelle négative	-	-	11,3%
Difficulté à éjaculer	-	-	11,3%
Incapable de se masturber	-	-	7,5%
Relations sexuelles avec des personnes d'âge inconvenant	-	36,7%	11,3%
Comportement sexuel agressif	-	-	11,3%
Crainte de contacts sexuels	-	-	3,8%
Excitation provoquée par des personnes non-consentantes	-	-	3,8%
Inceste	-	-	7,5%
Aucun problème, ni déviance d'ordre sexuel	-	18,2%	52,3%

Profils de santé physique

Dans 43 dossiers de cas, on dispose d'information sur la santé physique. Pour ainsi dire, chaque dossier fait mention de l'existence de céphalées chroniques. Ce malaise est une des caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique (SSPT); cette conséquence n'est pas surprenante, étant donné que, comme nous en traiterons ci-après, il s'agit du trouble mental le plus fréquemment diagnostiqué chez les survivants des pensionnats. Comme catégorie suivante des problèmes les plus fréquemment diagnostiqués, on entre les maladies cardiaques (41,9 pour cent), ce qui comprend tout un éventail d'états pathologiques, notamment la pression sanguine élevée, l'artériosclérose, l'angine de poitrine, l'hypertension artérielle. Un peu plus que le quart de l'échantillon (27,9 pour cent) souffrent d'arthrite sous une forme ou une autre. Finalement, dans 18,6 pour cent des dossiers, on atteste que le sujet est atteint de cancer. Des maladies liées au foie et à l'estomac ne sont pas fréquemment mentionnées, une maladie du foie n'apparaît que dans deux cas et les ulcères, dans cinq cas. Le diabète est aussi peu fréquent, seulement mentionné

Chapitre 5

dans trois cas, ce qui est surprenant étant donné le taux de fréquence disproportionnellement élevé de cette maladie chez les Autochtones. Dans les dossiers, on a aussi rarement fait mention d'une grande diversité d'autres problèmes de santé, notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'alcoolisme foetale, la méningite, le lupus érythémateux.

Profils de santé mentale

Les trois-quarts des dossiers (74,8 pour cent) donnent de l'information au sujet des profils de santé mentale des sujets au moment de l'évaluation. De l'ensemble de ces dossiers, seulement deux indiquent que le sujet ne souffre d'aucun trouble mental. Selon toute probabilité, en s'appuyant sur la documentation se rapportant à la santé mentale des survivants des pensionnats, le diagnostic le plus fréquemment posé est le syndrome de stress post-traumatique (64,2 pour cent), suivi des troubles causés par l'abus des substances psychoactives (26,3 pour cent), de la dépression majeure (21,2 pour cent) et de trouble dysthymique (20 pour cent) (se reporter au tableau 20).

Tableau 20 - Diagnostics posés relativement à la santé des sujets	
	(n=93)
Dépression majeure	21,1%
Trouble anxieux	7,4%
Trouble de personnalité antisociale	3,2%
Trouble lié à l'abus des substances	26,3%
Trouble de comportement	3,2%
Trouble d'adaptation	3,2%
Paranoïa	1,1%
Personnalité obsessionnelle	7,4%
Trouble panique	4,2%
Syndrome de stress post-traumatique	64,2%
Dysfonction sexuelle	6,3%
Trouble de la personnalité limite	7,4%
Personnalité schizoïde	6,3%
Bégaiement	8,4%
Trouble dysthymique	20%
Personnalité évitante	3,2%
Trouble du contrôle des impulsions	7,4%
Trouble de stress grave	4,2%
Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	4,2%
Trouble dépressif sans précision	3,2%
Syndrome associé aux pensionnats	6,3%

Chapitre 5

Du nombre de sujets dont on a posé le diagnostic du SSPT, presque la moitié d'entre eux (49,5 pour cent) manifestent au moins un autre trouble mental comorbide avec le SSPT. Encore une fois, correspondant à la documentation se rapportant au sujet, les troubles comorbides liés le plus fréquemment au SSPT chez l'échantillon sont notamment la dépression majeure (30,4 pour cent), les troubles liés à l'abus des substances psychoactives (34,8 pour cent), la personnalité évitante (26,1 pour cent), le trouble anxieux, la personnalité obsessionnelle, la personnalité dépendante et le trouble de la personnalité limite (13 pour cent) (se reporter au tableau 21).

Tableau 21 - Comorbidité relative au syndrome de stress post-traumatique	
	(n=46)
Dépression majeure	30,4%
Trouble anxieux	15,2%
Trouble de personnalité antisociale	2,2%
Trouble lié à l'abus des substances psychoactives	34,8%
Troubles de comportement	4,3%
Personnalité obsessionnelle	13%
Trouble panique	6,5%
Dysfonction sexuelle	10,9%
Trouble de la personnalité limite	5,7%
Personnalité schizoïde	6,5%
Bégaiement	10,9%
Trouble dysthymique	26,1%
Trouble du contrôle des impulsions	8,7%
Trouble de stress grave	4,3%
Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	2,2%
Trouble dépressif sans précision	2,2%
Syndrome associé aux pensionnats	4,3%

La majorité des dossiers dans le cas de ces sujets affectés par le SSPT (59,3 pour cent) rapportent un pronostic global. En appliquant une échelle en 4 degrés s'étendant de « très sombre à bon », on a établi que 40 pour cent des sujets avaient un pronostic positif. Par ailleurs, très peu de dossiers de cas font mention de pronostics plus spécifiques. Seulement 11 dossiers contiennent de l'information détaillée sur un pronostic de santé mentale se rapportant aux sujets et deux sujets font l'objet d'un pronostic positif détaillé ou spécifié. En ce qui a trait à la santé physique, cinq dossiers ont donné un pronostic, dont deux ont indiqué que les sujets faisaient l'objet d'un pronostic positif à cet égard. Huit dossiers donnent de l'information d'intérêt pronostique, quatre sujets ayant reçu un pronostic positif. Trois

Chapitre 5

dossiers indiquent un pronostic comportemental, faisant mention pour les trois d'un pronostic sombre; dans 11 cas, on fournit un pronostic d'ordre professionnel, six sujets ayant reçu un pronostic positif.

Approximativement un cinquième de l'ensemble des dossiers (22 pour cent) ont fourni des recommandations concernant un traitement axé sur les troubles mentaux. Comme recommandation de traitement la plus fréquente, on trouve la thérapie cognitive (46,4 pour cent) suivie de counselling centré sur les effets découlant de l'expérience du pensionnat (28,4 pour cent), de thérapie cognitivo-comportementale (25 pour cent) et de thérapie s'adressant à l'image de soi négative (10,7 pour cent). Dans le cas des sujets ayant été diagnostiqués du SSPT, 22,5 pour cent ont fait l'objet d'une recommandation de traitement. Semblables aux recommandations de traitement faites dans le cas d'un échantillon plus grand, on indique la thérapie cognitive dans 47,6 pour cent des cas, la thérapie cognitivo-comportementale dans 28,6 pour cent des cas, le counselling associé aux effets de l'expérience du pensionnat dans 28,6 pour cent des cas, et, dans 14,3 pour cent des cas, on a fait des recommandations pour traiter l'image de soi négative.

Chapitre 6

Conclusions

Pour les besoins de la présente étude, l'échantillon de survivants des pensionnats est principalement composé d'hommes; cependant, un tiers du groupe est constitué de femmes. L'âge moyen de l'échantillon au complet est de 48,5 ans. Les 127 sujets proviennent d'un large éventail de communautés et de Premières nations. Étant donné que l'échantillon de sujets n'a pas été sélectionné au hasard à partir de la population globale des survivants des pensionnats au Canada, mais qu'il a été plutôt choisi à partir de survivants en Colombie-Britannique qui sont engagés dans une action en justice et qui ont été évalués par les trois cliniciens participant au projet de recherche, il n'est pas clair si cet échantillon est représentatif de la population des survivants des pensionnats au Canada.

On pourrait soutenir que cet échantillon représente les cas les plus extrêmes en raison du processus de sélection du projet, c'est-à-dire de l'hypothèse fondamentale que, dans le cas d'une personne survivante des pensionnats, la décision d'entamer une démarche particulièrement stressante comme celle d'un litige soumis à la justice publique et celle d'au moins une évaluation clinique ne peut être prise que par des survivants autochtones ayant été victimes des sévices les plus graves. Même si les résultats de ce projet de recherche ne permettent de faire que des généralisations limitées, il reste cependant qu'ils constituent un premier pas important en suscitant une connaissance et une compréhension plus systématique et quantitative des questions stratégiques majeures concernant les survivants des pensionnats au Canada.

Autant que possible, le code a été établi pour obtenir de l'information sur les sujets de l'échantillon pendant trois périodes successives de leur vie : la période antérieure à leur entrée au pensionnat; la période de leur séjour au pensionnat; la période post-pensionnat. Selon toute probabilité, les données les plus détaillées dont on dispose sont celles relevant de la dernière période, alors que les moins nombreuses sont les données rapportées à la période pré-pensionnat. Comme l'âge moyen marquant la fin de la période antérieure à la fréquentation du pensionnat est de 8,5 ans, il n'est pas surprenant que les souvenirs ou la remémoration des événements provenant de la petite enfance soient moins complets et détaillés que ceux des périodes subséquentes.

Chapitre 6

De plus, les données des évaluations cliniques varient considérablement, en partie, parce que l'approche adoptée par les trois cliniciens évaluateurs pour mener leurs entrevues diffère, ainsi que leur orientation quant aux événements qui s'échelonnent de la période de la fréquentation du pensionnat à la période post-pensionnat. De plus, la remémoration des événements concernant la famille des survivants des pensionnats est limitée étant donné le manque de contacts réguliers pendant la période du séjour au pensionnat.

Au cours de la période post-pensionnat, le profil familial de nombreux survivants des pensionnats a changé. Dans la plupart des dossiers, les parents avaient été identifiés comme les personnes ayant légalement la charge des enfants pendant la période antérieure à la fréquentation du pensionnat; cependant, ce n'est qu'une petite minorité d'entre eux qui sont retournés dans une famille biparentale inchangée. Étant donné l'âge moyen de 14,6 ans où l'enfant est sorti du pensionnat, bon nombre de ces jeunes adolescents ont été confrontés, non seulement à la dure réalité de ce qui leur était arrivé dans l'«institution totalitaire» du pensionnat, mais également à celle de la désorientation provoquée par leur foyer brisé, leur famille dissociée.

En ce qui a trait à la poursuite des études pendant la période post-pensionnat, la plupart des sujets (55,3 pour cent) n'ont pas continué à étudier. Presqu'un cinquième des sujets ont été expulsés de l'école et presque la moitié ont tout simplement abandonné les études. Malgré qu'on ne puisse établir un lien direct entre l'expérience néfaste que les sujets ont vécue au pensionnat et le taux de fréquence élevé d'abandon des études, cette influence est soutenable. Également important, un peu plus du quart (27,3 pour cent) ont fréquenté des écoles post-secondaires, même s'il n'y a pas d'information concernant le taux de finissants, de diplômés. L'information disponible au sujet des profils d'emploi des sujets indique qu'il y a une égale répartition entre les sujets ayant eu un emploi ne requérant aucune étude, ni formation formelle, et ceux nécessitant une formation ou un niveau d'études modéré et/ou poussé.

La consommation d'alcool semble être associée, en partie, au fait que ces sujets ont fréquenté le pensionnat puisque le niveau de consommation varie, passant d'une minorité (17,9 pour cent) de consommateurs pendant la période antérieure à la fréquentation du pensionnat à presque l'ensemble des sujets (87,5 pour cent) consommant de l'alcool pendant la période du séjour au pensionnat et au même nombre approximatif (90,9 pour cent) pendant la période post-pensionnat. Même si l'âge est un déterminant important pour expliquer la consommation d'alcool, on ne doit pas lui attribuer comme seul facteur un

Chapitre 6

niveau de consommation aussi omniprésent, prépondérant. En considérant les données d'information, l'énorme diminution de la consommation d'alcool chez les parents, résultant de la comparaison entre la période pré-pensionnat, la période pendant le séjour des enfants au pensionnat et la période post-pensionnat, constitue une constatation surprenante.

En effet, ce résultat inattendu représente très probablement un artefact imputable aux vastes différences du nombre de dossiers (24 et 28 dossiers de cas) pour les deux premières périodes par opposition à la période finale (110 dossiers de cas), des dossiers qui font référence à la consommation d'alcool. Encore une fois, on se demande si on peut se fier à la faculté des sujets de se rappeler des événements de cette nature concernant leur situation familiale dans la première enfance et au début de l'adolescence. De plus, le niveau de consommation d'alcool des sujets se maintient en un contraste marqué par rapport au niveau de consommation des parents pendant la période post-pensionnat; plus des trois-quarts (78,9 pour cent) des sujets rapportent avoir un problème d'abus d'alcool. Dans la même période, l'usage abusif de marijuana est manifeste dans presque les deux tiers (63 pour cent) des dossiers. À l'opposé, il y a peu de références concernant l'usage de drogues dures comme l'héroïne, la cocaïne et les substances inhalées. Plus d'un quart (28,3 pour cent) des dossiers mentionnent que les problèmes liés à l'alcool ont causé des difficultés relativement aux relations avec la famille et/ou avec d'autres partenaires intimes.

Presque tous les sujets (92,5 pour cent) ont été mariés au moins une fois et un peu moins que la moitié (42,6 pour cent) l'ont été plus d'une fois. Ce qui est le plus important, en raison de la colère identifiée dans les comptes rendus de recherche, un sentiment découlant de la discipline sévère et des abus subis dans les pensionnats, près des trois-quarts des dossiers ne font pas mention des préjudices ayant été effectivement perpétrés par les sujets à l'égard de leur partenaire et de leurs intimes, ainsi que des tentatives ou des menaces de préjudices. Dans le reste des dossiers, les actes de violence commis à l'égard d'une personne ou de l'autre partenaire se sont limités à quelques relations interpersonnelles (11,7 pour cent et 13,3 pour cent). Ces résultats contrastent vivement avec l'abus et les mauvais traitements dont ont été victimes tous ces sujets pendant leur fréquentation du pensionnat. La plupart des dossiers (89 pour cent) contiennent de l'information permettant une comparaison restreinte des trois périodes rétrospectives. Approximativement un cinquième (18,5 pour cent) des dossiers n'indiquent aucun cas d'abus dont le sujet aurait été victime pendant la période de son enfance antérieure à la fréquentation du pensionnat.

Chapitre 6

Les quelques cas mentionnant des mauvais traitements physiques sont associés à un des parents identifié comme agresseur. Par ailleurs, le profil de l'agresseur ou l'auteur de l'abus, selon toute probabilité dans le cas de cet échantillon, a changé radicalement pendant la période de la fréquentation du pensionnat. Seulement quatre pour cent des cas ne rapportent aucun abus. Dans les dossiers où l'abus, les actes de violence sous une forme ou une autre, sont indiqués, tous les sujets ont été agressés sexuellement et ils ont été victimes de violence émotionnelle et/ou psychologique. La plupart des sujets (89,6 pour cent) ont été aussi victimes de mauvais traitements physiques. Les agresseurs les plus fréquents sont au nombre des membres du personnel de dortoir (25,6 pour cent) et du personnel en général du pensionnat (19,2 pour cent).

Un dixième des agresseurs étaient des compagnons d'études. Une fois de plus, il est clair et évident que la structure de l'autorité, les rapports entre les membres du personnel et les pensionnaires, ainsi que la vulnérabilité des élèves à l'égard de leurs compagnons au pensionnat, se sont associées pour favoriser les abus multiples, omniprésents, dont les survivants des pensionnats de cet échantillon ont été les victimes.

Les données fournies par l'échantillon qui n'ont pu être obtenues, ce sont celles qui auraient contribué à identifier et à expliquer la raison pour laquelle ces pensionnaires étaient particulièrement à risque comparativement aux autres élèves qui ont pu échapper à la violence. Bien qu'il n'y ait que trop peu de dossiers de cas (19,7 pour cent) pour permettre de déduire une tendance générale, on peut noter que les sujets, faisant partie de la recherche, dont les enfants ont subi des agressions, avaient tous été victimes d'agression sexuelle.

La question ici est de savoir si l'abus subi au pensionnat a entraîné une prédisposition transmise à travers des générations amenant à perpétrer des abus ou des actes de violence. Encore une fois, il y a quelques données qui appuient la supposition que certains enfants des sujets étaient susceptibles d'être victimes d'agressions sexuelles. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il n'y avait qu'un petit nombre de dossiers (18,1 pour cent) donnant des indications que la victime était devenue agresseur. La plupart des actes de violence rapportés (82,6 pour cent) avaient été commis envers le partenaire; par contre, les enfants sont moins souvent les victimes.

L'autre question, à savoir s'il y a un lien entre l'expérience vécue au pensionnat et la criminalité subséquente, a été débattue. L'explication recensée dans la documentation se rapportant aux survivants des pensionnats

Chapitre 6

touche les problèmes non résolus liés à la colère, particulièrement chez ceux qui ressentent un profond ressentiment à l'égard des symboles d'autorité, entre autres les policiers, ce qui peut susciter des comportements violents. Plus particulièrement, on émet l'hypothèse que les difficultés peuvent être associées à la gestion de la colère, étant donné que c'est là une des raisons expliquant, dans le cas des personnes affectées par le syndrome lié aux pensionnats, les démêlés exagérément fréquents avec le système de justice pénale. Il y a des données à l'appui de ce lien vu qu'approximativement la moitié des dossiers (49 pour cent) indiquent des accusations au criminel pour lesquelles le sujet a été par la suite reconnu coupable.

En ce qui a trait à la dimension de la colère, il est également important de relever le taux de fréquence élevé de condamnation pour des motifs d'agression sexuelle (51,6 pour cent) et un taux légèrement plus élevé de condamnations pour voies de fait (55 pour cent). Presque les deux tiers (64,5 pour cent) des dossiers où on trouve de l'information à ce sujet rapportent des condamnations pour infractions graves relatives à la conduite d'un véhicule. Il n'est cependant pas évident si ces accusations sont attribuables à l'abus d'alcool. Cependant, il se peut, du moins pour certains de ces incidents, que l'alcool ait été un facteur contributif étant donné que, chez l'échantillon, le taux de fréquence de l'abus d'alcool était extrêmement élevé pendant la période post-pensionnat au moment où ces accusations ont eu lieu.

Dans un peu plus de la moitié (51 pour cent) de ces incidents de nature criminelle, les victimes étaient soit des policiers (31 pour cent) ou des étrangers (20 pour cent). Il pourrait y avoir des victimes multiples se trouvant mêlées à un seul incident, étant donné que les policiers deviennent victimes par suite de leur implication au moment de violentes querelles de ménage et dans d'autres contextes qui sont sources de conflits comme des bars. Ce scénario de victimes multiples est probable, puisque les partenaires intimes et les membres de la famille constituaient ensemble 87,2 pour cent des victimes. La gravité de bon nombre de ces accusations est généralement attestée par des données surprenantes établissant que tous les sujets déclarés coupables d'une infraction qui font partie de cet échantillon ont purgé à un moment donné une peine d'emprisonnement.

Les données de ces dossiers ne permettent pas d'évaluer si l'expérience de la prison a aggravé les problèmes de l'échantillon des survivants des pensionnats, même si dans un cas, on a rapporté que le sujet avait été victime de mauvais traitements physiques infligés par un détenu sous responsabilité fédérale et, dans deux cas, on a indiqué que les sujets avaient été victimes d'abus sexuel commis par un autre détenu. De

Chapitre 6

plus, à part quelques exceptions, il est difficile de ne pas considérer le fait qu'à certains égards, la structure des pensionnats était semblable à la structure d'« institution totalitaire » des prisons. Comme la prévalence du SSPT est très élevée chez les sujets de l'échantillon, il est fort probable que la prison ait contribué à aggraver les troubles mentaux des sujets concernés. De plus, un problème de santé connexe peut aggraver les effets néfastes de l'emprisonnement. Dans les dossiers (33 pour cent) où on dispose d'information à ce sujet, chaque cas fait mention de l'existence de céphalées chroniques. Ce malaise, accompagné d'autres problèmes de santé physique, est associé au SSPT et au syndrome lié aux pensionnats.

De l'information sur la santé mentale est clairement présentée dans approximativement trois-quarts (73,2 pour cent) des dossiers. Seulement deux de ces dossiers ont affirmé que les sujets ne souffraient pas de troubles mentaux. Selon toute probabilité, on a diagnostiqué chez près des deux-tiers (64,2 pour cent) des sujets le SSPT. Par ricochet, la moitié de ces cas de SSPT ont des troubles comorbides avec des maladies mentales apparentées, notamment un trouble issu de l'abus des substances psychoactives (34,8 pour cent), une dépression majeure (30,4 pour cent) et un trouble dysthymique (26,1 pour cent).

Comme le syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats ou syndrome associé aux pensionnats ne fait pas partie officiellement des catégories cliniques du DSM-IV, il n'est donc pas surprenant que seulement 4,3 pour cent des cas font mention de ce nouveau syndrome. Il est important de se rappeler qu'un des cliniciens est à l'origine de cette catégorie du syndrome associé aux pensionnats; en établissant ce nouveau syndrome, il s'est inspiré de sa vaste expérience clinique auprès des survivants des pensionnats.

En dépit de la rareté de ce diagnostic dans le cas des sujets de cet échantillon, il y a des données démontrant largement, particulièrement chez beaucoup de sujets souffrant du SSPT et de troubles comorbides, la pertinence et l'applicabilité du syndrome associé aux pensionnats, d'abord pour mieux connaître et comprendre les incidences spécifiques des abus dont les survivants ont été les victimes dans les pensionnats et ensuite pour l'établissement potentiel de plans thérapeutiques détaillés, ce qui, en conséquence, peut accroître la probabilité d'une issue pronostique plus positive.

Les trois cliniciens se sont engagés dans ce projet de recherche, en partie, pour accroître leur connaissance et compréhension des problèmes complexes de santé mentale et de santé en général auxquels ils sont confrontés de façon constante dans leur engagement intensif auprès des survivants du régime des pensionnats.

Chapitre 6

L'élaboration d'un code en s'appuyant sur un échantillon choisi à partir de leurs cas (clients) a été la première étape visant à fournir un instrument de recherche destiné à recueillir de l'information systématique provenant de milliers d'autres dossiers de survivants des pensionnats à travers le Canada et même dans d'autres pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis.

Le premier objectif de cette recherche vise l'utilisation du code pour recueillir avec méthode de l'information auprès d'un nombre suffisant de survivants des pensionnats et pour permettre par la suite d'effectuer une évaluation plus valide des signes cliniques ou des modalités d'extériorisation cliniques caractéristiques des troubles mentaux associés aux survivants des pensionnats ainsi que pour valider de nouveaux syndromes inspirés par la pensée novatrice comme le syndrome associé à la maltraitance dans les pensionnats ou le syndrome associé aux pensionnats.

Sources consultées

Bailey, A.G. (1991). The Conflict of European and Eastern Algonkian Cultures. In A Study in Canadian Civilization. 2nd ed. Toronto : University of Toronto Press.

Barlow, A. et J.T. Walkup (1998). Developing Mental Health Services for Native American Children. The Child Psychiatrist in the Community, vol. 7, No. 3, 555-577.

Brasfield, C. (2001). Residential School Syndrome. B.C. Medical Journal, Vol. 43(2), 57-112.

Briere, J. (1997). Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States. Washington: American Psychological Association.

Brooks, S. (1991). The Persistence of Native Education Policy in Canada. In The Cultural Maze: Complex Questions on Native Destiny in Western Canada. Frieson, J.W. (ed.). Calgary: Detselig.

Bull, L.R. (1991). Indian Residential Schooling: The Native Experience. Canadian Journal of Native Education, 18(1).

Cariboo Tribal Council (1991a). Faith Misplaced: Lasting Effects of Abuse in a First Nations Community. Canadian Journal of Native Education, Vol. 18(2).

Cariboo Tribal Council (1991b). Impact of the Residential School. Williams Lake, B.C.: Cariboo Tribal Council.

Centre national du syndrome de stress post-traumatique. Extrait, février 2003, de : <http://www.ncptsd.org/publications/index.html>

Chrisjohn, R. et S. Young (1997). The Circle Game: Shadows and Substance in the Indian Residential School Experience in Canada. Penticton: Theytus Books.

Clarkson, M., C. Lavalee, G. Legare et M. Jetté (1992). Santé Québec – Enquête de santé chez les Cris de la baie James : caractéristique. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Sources consultées

Cohen, L.J. et S. Roth (1987). The Psychological Aftermath of Rape: Long-term Effects and Individual Differences in Recovery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 5, 525-534.

Commission du droit du Canada (2000). *Restoring Dignity: Responding to Child Abuse in Canadian Institutions*. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

Davison, G.C. et J.M. Neale (2001). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley and Sons Inc.

Davison, J.R.T., D. Hughes, D. Blazer et L.K. George (1991). Posttraumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiologic Study. *Psychological Medicine*, vol. 21, 1-9.

Deiter, C. (1999). *From Our Mothers' Arms: The Intergenerational Impact of Residential Schools in Saskatchewan*. Ontario: United Church Publishing House.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition (DSM-IV) (1994). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Dickson, S. (1993). *Hey, Monias! The Story of Raphael Ironstand*. Vancouver: Arsenal Pulp Press.

Duclos, C., J. Beals, D. Novins, C. Martin, C. Jewett et S. Manson (1998). Prevalence of Common Psychiatric Disorders Among American Indian Adolescent Detainees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, No. 8, 866-873.

Ennamorato, J. (1998). *Sing the Brave Song*. Ontario: Raven Press.

Fournier, S. et E. Crey (1997). *Stolen From Our Embrace: The Abduction of First Nations Children and the Restoration of Aboriginal Communities*. Vancouver: Douglas Publishing

Foy, D.W., R.C. Sippelle, D.B. Rueger et E.M. Carroll (1984). Etiology of Posttraumatic Stress Syndrome in Vietnam Veterans: Analysis of Premilitary, Military, and Combat Exposure Influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, 79-87.

Sources consultées

Furniss, E. (1991). *A Conspiracy of Silence: The Care of Native Students at St. Joseph's Residential School, Williams Lake, B.C.* Williams Lake, B.C.: Cariboo Tribal Council.

Furniss, E. (1995). *Victims of Benevolence: The Dark Legacy of the Williams Lake Residential School.* Vancouver: Arsenal Pulp Press.

Gillespie, L.V. (1994). *A Tipi Model as a Basis for Describing Selected Aspects of Native Education and Their Influence on the Oral Tradition of the Manitoba Cree.* Brandon University: Dissertation.

Goodwill, J. et N. Sluman (1982). *John Tootoosis: A Biography of a Cree Leader.* Winnipeg: Pemmican Publications.

Gouvernement du Québec (1994). *Santé Québec. Et la santé, ça va? : rapport de Santé Québec, Enquête de santé chez les Inuits de Nunavik, 1992.* Montréal : Ministère de la Santé et ses Services sociaux.

Grant, A. (1996). *No End of Grief: Indian Residential Schools in Canada.* Ontario: Pemmican Publications Inc.

Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School.* Vancouver: Tillacum Library.

Hodgson, M. (1992). *Rebuilding Community After the Residential School Experience.* In *Nation to Nation: Aboriginal Sovereignty and the Future of Canada.* Ontario: Anansi Publications.

Jaine, L. (ed.). (1993). *Residential Schools: The Stolen Years.* Saskatchewan: University of Saskatchewan.

Johnston, B.H. (1998). *Indian School Days.* Ontario: Key Porter Books Limited.

Kirmayer, L.J., G.M. Brass et C.L. Tait (2000). *The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community.* *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, Issue 7, 607-617.

Sources consultées

Knockwood, I. et G. Thomas (1992). *Out of the Depths: The Experience of Mi'kmaw Children at the Indian Residential School at Schubentacadie, Nova Scotia*. Nova Scotia: Roseway Publications.

Kudler, H. et R.T. Davison (1995). *General Principles of Biological Intervention Following Trauma*. In Freedy, J.R. and S.E. Hobfoll (eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice*. New York: Plenum Press.

MacGregor, R. (1989). *Chief: The Fearless Vision of Billy Diamond*. Ontario: Viking.

Martens, T. (1988). *The Spirit Weeps: Characteristics and Dynamics of Incest and Child Sexual Abuse*. Edmonton: Nechi Institute.

Martin, T. (1986). *Curriculum Development for the Learner of Micmac as a Second Language*. In *Establishing Pathways to Excellence in Indian Education: Challenges and Solutions*. Vancouver: Indian Education Research Association.

Matchett, W. (1972). *Repeated Hallucinatory Experiences as a Part of the Mourning Process Among Hopi Indian Women*. *Psychiatry*, vol. 35, 185-194.

McCahill, T.W., L.C. Meyer et A.M. Fishman (1979). *The Aftermath of Rape*. Lexington, MA: DC Health.

McFarlane, A.C. (1989). *The Etiology of Post-traumatic Morbidity: Predisposing, Precipitating, and Perpetuating Factors*. *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, 221-228.

McKay, S. (1992). *Calling Creation into Our Family*. In *Nation to Nation: Aboriginal Sovereignty and the Future of Canada*. Englestad, D. and J. Bird (eds). Ontario: Anansi Publications.

McShane, D. (1987). *Mental Health and North American Indian/Native Communities: Cultural Transactions, Education, and Regulation*. *American Journal of Community Psychology*, vol. 15, No. 1, 95-116.

Sources consultées

Miller, J.R. (1996). *Shingwauk's Vision: A History of Residential Schools*. Toronto: University of Toronto Press.

Milloy, J.S. (1999). *A National Crime: The Canadian Government and the Residential School System – 1879 to 1986*. Manitoba: The University of Manitoba Press.

Muller, K. (1991). Tears Flow as Former Guy Hill Students Recall Emotional and Physical Mistreatment. In *Opasquia Times*, August 1991(4).

Novins, D.K., D. Bechtold, W. Sack, J. Thompson, D.R. Carter et S.M. Manson (1997). The DSM-IV Outline for Cultural Formulation: A Critical Demonstration With American Indian Children. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, vol. 36, No. 9, 1244-1251.

Novins, D.K., J. Beals, J. Shore et S. Manson (1997). Substance Abuse Treatment of American Indian Adolescents: Comorbid Symptomatology, Gender Differences, and Treatment Patterns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, No. 12, 1593-1601.

Paynter, F. et L. Ina (1993). *Ascertaining First Nations Literacy in Manitoba: Challenges and Change*. Winnipeg: Assembly of Manitoba Chiefs.

Pelz, M., H. Merskey, C. Brant, P.G.R. Patterson et G.F.D. Heseltine (1981). Clinical Data from a Psychiatric Service to a Group of Native People. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 26, No. 5, 345-348.

Penk, W.E., R.F. Peck, R. Robinowitz, W. Bell et D. Little (1988). Coping and Defending Styles Among Vietnam Combat Veterans Seeking Treatment for Post-traumatic Stress Disorder and Substance Abuse Disorder. In *Recent Developments in Alcoholism*. Galanter, M. (éd). New York: Plenum Press.

Ritts, V. (aucune date). *Infusing Culture into Psychopathology: A Supplement for Psychology Instructors*. Extrait, novembre 2002 de : <http://www.stlcc.cc.mo.us/mc/users/vritts/psypath.htm>

Sources consultées

Rogers, R. (1990). Native Children: They're Part of Canada's Own Third World. In National Report on Child Sexual Abuse. Toronto: Toronto Star.

Rosalyn-Ing, N. (1991). The Effects of Residential Schools on Native Child-Rearing Practices. Canadian Journal of Native Education, 18(1).

Rowe, D. (2001). Race, Culture, and Gender Considerations: Contingent Factors and Damage Awards for Sexual Assault and Abuse. Extrait, mai 2002 de : <http://www.wob.nf.ca/News/2001/race,%20culture,%20gender.htm>

Ruch, L.O. et S.M. Chandler (1983). Sexual Assault Trauma during the Acute Phase: An Exploratory Model and Multivariate Analysis. Journal of Health and Social Behavior, vol. 24, 184-185.

Shen, W. (1986). The Hopi Indian's Mourning Hallucinations. The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 174, No. 6, 365-367.

Sterling, S. (1994). My Name is Seepeetza. Vancouver/Toronto: Greenwood Books.

Titley, B.E. (1986). A Narrow Vision: Duncan Campbell Scott and the Administration of Indian Affairs in Canada. Vancouver: University of British Columbia Press.

Ursano, R.J. et J.E. McCarroll (1994). Exposure to Traumatic Death: The Nature of the Stressor. In Individual and Community Response to trauma and disaster: The structure of human chaos. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Wilkenson, C.B. (1983). Aftermath of a Disaster. The Collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks. American Journal of Psychiatry, vol. 140, 1134-11.

Fondation autochtone de guérison

75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Téléphone : (613) 237-4441

Sans frais : (888) 725-8886

Bélinographe : (613) 237-4442

Courriel : programs@ahf.ca

Site internet : www.ahf.ca

Aider les autochtones à se guérir eux-mêmes

