

LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA : *état actuel des connaissances et orientations futures*

Regine Halseth et Margo Greenwood, Ph. D.



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES

Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos réviseurs pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

Cette publication a été produite grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique Canada.



Cette publication peut être téléchargée à l'adresse ccnsa.ca. Tous les documents du CCNSA sont libres d'utilisation et peuvent être reproduits, tout ou en partie, avec mention appropriée de sources et de références. L'utilisation des documents du CCNSA ne doit servir qu'à des besoins non commerciaux seulement. Merci de nous informer de l'utilisation que vous faites de nos documents afin de nous permettre d'évaluer l'étendue de leur portée.

An English version is also available at nccah.ca, under the title: *Indigenous early childhood development in Canada: Current state of knowledge and future directions*.

Citation: Halseth, R. & Greenwood, M. (2019). *Le développement des jeunes enfants autochtones au Canada : état actuel des connaissances et orientations futures*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George, C.-B., V2N 4Z9
Tél. : 250-960-5250
Télec. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (imprimée) : 978-1-77368-197-9
ISBN (en ligne) : 978-1-77368-198-6

© 2019 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

TABLE DES MATIÈRES



SOMMAIRE	4
Introduction	4
Conclusion et domaines d'action	6
1.0 INTRODUCTION	8
2.0 MÉTHODOLOGIE	9
3.0 CONTEXTE DE VIE DES JEUNES	
ENFANTS AUTOCHTONES	10
3.1 Profil démographique	10
3.2 Les déterminants de la santé et du bien être des jeunes enfants autochtones	12
4.0 LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS	
AUTOCHTONES	21
4.1 Nutrition et sécurité alimentaire	21
4.2 Obésité	24
4.3 Problèmes de santé chroniques	24
4.4 Santé buccodentaire	25
4.5 Perte auditive et otite moyenne	26
4.6 Maladies respiratoires	26
4.7 Taux de vaccination	28
4.8 Santé maternelle	28
4.9 Conséquences de la violence familiale sur le bien être des enfants	32
4.10 Lacunes dans les connaissances	33
5.0 INTERVENTIONS INTERSECTORIELLES VISANT	
LA SANTÉ DES ENFANTS AUTOCHTONES	35
5.1 Collaboration intersectorielle, déterminants de la santé et développement de la petite enfance chez les Autochtones	36
5.2 Les racines de la résilience : démarches et modèles autochtones	38
5.3 Évolution des programmes et des politiques autochtones de développement de la petite enfance	40
5.4 Exemples d'interventions et de programmes fructueux de développement de la petite enfance à l'intention des Autochtones	41
6.0 CONCLUSION ET DOMAINES D'ACTION	57
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	60



Download publications at
nccah.ca/34/Publication_Search



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

SOMMAIRE



Introduction

Les peuples autochtones¹ sont touchés de façon disproportionnée par des problèmes de santé qui sont liés au contexte socioéconomique dans lequel ils vivent. Il est crucial d'investir dans de bons programmes de développement et de soins des jeunes enfants autochtones pour remédier à ces déséquilibres au chapitre de la santé (BCACCS, 2014)². La présente étude fait un bref survol de l'état actuel des connaissances et des lacunes dans les données sur la santé et le bien-être des jeunes enfants métis, inuits et des Premières Nations, et elle propose des orientations futures pour les programmes et politiques de développement et de soins des jeunes enfants autochtones³. L'étude repose sur les données présentées dans le « Module 7 » du profil en ligne intitulé *The health of Canada's children and youth* de l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) (Canadian Institutes for Children's Health's [CICH], 2018) et sur d'autres sources pertinentes.

Le contexte de vie des jeunes enfants autochtones

La santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones sont soumis à l'influence de facteurs qui se jouent à l'échelle de la famille, de la collectivité et des structures et systèmes sociétaux plus larges dans lesquels vivent ces enfants (Greenwood, 2016). Parmi ces facteurs figurent la taille de la famille et sa composition; les inégalités socioéconomiques au chapitre de l'emploi, du revenu et de l'éducation; la culture et la langue; le bien-être de la famille et de la collectivité; l'hygiène du milieu; l'apprentissage et la garde des jeunes enfants; des facteurs systémiques et structurels (Greenwood, 2016). Les caractéristiques et la composition des familles autochtones peuvent à la fois favoriser le développement des enfants et lui nuire; ces familles sont plus jeunes, plus grandes, comprennent un plus grand nombre de membres de la famille élargie, sont plus souvent monoparentales et agissent plus souvent comme famille d'accueil, comparativement aux familles non autochtones. Des

taux élevés de marginalisation socioéconomique, ce qui comprend des taux d'emploi, des revenus d'emploi et des niveaux de scolarité moindres, font que de nombreux enfants autochtones vivent dans la pauvreté, habitent un logement surpeuplé ou de piètre qualité et sont en situation d'insécurité alimentaire, ce qui peut nuire à leur développement physique, cognitif, affectif et psychologique. Le bien-être des collectivités et des familles contribue à offrir des milieux sains sûrs et stimulants pour le développement des enfants, mais les effets des pensionnats indiens continuent de se faire sentir. Parce qu'elles contribuent au processus de guérison des adultes et à l'instauration d'une identité culturelle positive chez les jeunes enfants la culture et la langue jouent un rôle fondamental dans la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones, de leur famille et de leur collectivité (NCCA, 2016). Les enfants inuits sont plus exposés à leur culture et à leur langue, si on les compare aux enfants métis et des Premières Nations vivant hors réserve. Les services structurés de garde et d'éducation de la petite enfance offrent des occasions d'apprentissage en bas âge qui favorisent le développement des enfants, en plus de donner à ces derniers l'occasion d'apprendre les langues autochtones et de prendre part à des activités culturelles; cela dit, une grande partie des enfants autochtones n'ont pas accès à des services de garde structurés.

¹ Dans le présent rapport, le mot « autochtone » sert à désigner ou qualifier l'ensemble des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

² Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

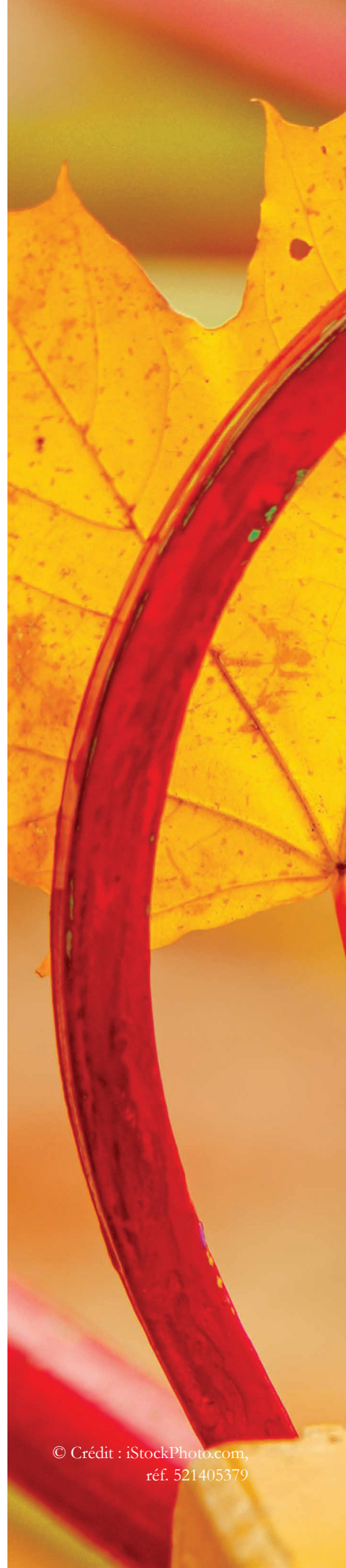
³ Par définition, les jeunes enfants sont ceux âgés de moins de six ans. Cela dit, certaines sources de données reposant sur des définitions différentes ont été prises en compte, étant donné qu'elles portent notamment sur des enfants âgés de moins de six ans.

Plus bon nombre d'enfants autochtones n'ont pas accès à de l'eau potable et sont exposés aux contaminants environnementaux présents dans leurs sources d'aliments traditionnels et aux effets des changements climatiques, ce qui nuit à leur santé physique et à leur bien-être. Par ailleurs, il existe des facteurs structurels et systémiques uniques qui soit favorisent soit freinent le développement des enfants autochtones, dont l'absence de systèmes de santé, d'éducation, de protection de l'enfance et de services sociaux axés sur la collectivité, culturellement sûrs et accessibles; l'absence de lois, politiques et ententes qui visant les environnements familiaux ou communautaires (mal)sains; des différends non résolus concernant le partage des compétences entre les différents ordres de gouvernement à l'égard des programmes de financement et des services destinés aux Autochtones. Ces facteurs ont contribué à des disparités entre les jeunes enfants autochtones et les autres enfants canadiens au regard de la santé (Findlay & Lanz, 2012; FNIGC, 2012a; Kohen et al., 2015).

Bien que peu abondantes, les données existantes montrent que les jeunes enfants autochtones sont désavantagés au vu de différents indicateurs de la santé. Un grand nombre d'enfants inuits et des Premières Nations vivant dans une réserve n'ont pas un régime alimentaire nutritif et consomment fréquemment de la malbouffe. Les taux d'allaitement semblent inférieurs chez les nourrissons autochtones; cela dit, l'allaitement soutenu semble plus fréquent dans le cas des nourrissons inuits. L'insécurité alimentaire et la mauvaise nutrition contribuent à des taux élevés d'obésité et d'embonpoint chez les enfants autochtones d'âge préscolaire

et à des taux particulièrement alarmants de diabète chez les enfants des Premières Nations. Les données existantes font ressortir une forte prévalence de caries chez les jeunes enfants, des taux élevés d'otites moyennes chroniques et de perte auditive ainsi que d'infections respiratoires aiguës et chroniques chez les nourrissons et les jeunes enfants inuits et des Premières Nations vivant dans une réserve. Si les taux de vaccination des enfants en bas âge contre les maladies infantiles sont inférieurs à la cible de couverture vaccinale de 97 % fixée par Santé Canada, ils augmentent toutefois au fil du temps dans cette population. Les données existantes montrent que les femmes autochtones ont un état de santé et de bien être inférieurs durant la grossesse et disposent de soins prénataux de qualité inférieure, ce qui a une incidence sur la croissance des fœtus et sur l'issue des grossesses. Notamment, on observe des taux plus élevés de troubles causés par l'alcoolisation fœtale, de mortalité infantile, de naissances prématurées, de poids élevé à la naissance et d'hypertrophie fœtale dans certaines populations autochtones, en particulier chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve. De plus, les données font ressortir les taux disproportionnés de violence familiale, y compris de violence à l'endroit d'enfants, auxquels sont confrontés les enfants autochtones et qui ont des répercussions sur leur bien être.

Il subsiste néanmoins de multiples lacunes dans les connaissances, et celles-ci concernent presque tous les aspects de la santé et du bien-être des jeunes enfants autochtones. Ces lacunes découlent du peu de données exhaustives, cohérentes, longitudinales et désagrégées à



l'échelle nationale, notamment sur les indicateurs liés à la santé et aux déterminants de la santé tenant compte des différences culturelles. Pour corriger ces lacunes, il faudra adopter de meilleures stratégies de surveillance, utiliser de façon plus méthodique les indicateurs de l'identité autochtones dans les registres, resserrer la coopération intergouvernementale dans le cadre de mécanismes de mise en commun des données, et nouer des partenariats avec les parties prenantes autochtones pour accroître la qualité et la portée des données et de l'information.

Interventions intersectorielles liées à la santé des enfants autochtones

Sachant que les facteurs qui jouent sur le développement de la petite enfance sont complexes et globaux et font intervenir différentes dimensions de la santé, de la protection de l'enfance, de l'apprentissage, de la formation de l'identité et de la socialisation, entre autres, les interventions intersectorielles liées au développement de la petite enfance se prêtent parfaitement à la lutte contre les inéquités qui découlent des conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les Autochtones et qui contribuent aux problèmes de santé qui touchent les Autochtones de façon disproportionnée. Cela dit, ces interventions doivent tenir compte des valeurs et des principes que les peuples autochtones jugent importants pour avoir des enfants en santé, heureux et résilients aux différentes étapes de la vie. Ces interventions doivent viser à améliorer non seulement le bien être affectif et psychosocial des enfants, mais également leur développement cognitif et physique,

en plus de les doter de compétences et d'attributs qui les aideront à conjurer l'adversité tout au long de leur vie, tout en transmettant aux parents et aux pourvoyeurs de soins les compétences et les connaissances voulues pour instaurer un environnement bienveillant et sain où les enfants pourront s'épanouir. Les interventions doivent être ancrées dans les notions de résilience autochtones, notamment les liens familiaux, les liens communautaires et les liens avec l'environnement; l'importance de l'histoire collective; la revitalisation des langues et des cultures autochtones; la capacité d'agir individuellement et collectivement (Kirmayer et al., 2011).

Au chapitre de la santé des enfants autochtones, les interventions intersectorielles qui donnent de bons résultats sont celles qui sont planifiées, conçues et pilotées par les collectivités autochtones de manière à tenir compte des valeurs et du vécu de ces collectivités. Les interventions tiennent compte de la façon dont les Autochtones abordent la santé et le bien-être et visent à agir sur les multiples déterminants qui ont une incidence sur la santé des peuples autochtones. Elles prennent également en considération les cultures, langues et valeurs autochtones et les façons autochtones de savoir et d'apprendre (Public Policy Forum, 2015). Voici quelques exemples d'interventions et programmes fructueux en matière de développement des jeunes enfants autochtones : programmes d'aide préscolaire aux Autochtones; BC Aboriginal Childcare Society; Initiative visant la garde d'enfants chez les Inuits et les Premières Nations; Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, Première nation de Walpole Island; programme Grandir ensemble; Programme

canadien de nutrition prénatale; Programme d'action communautaire pour les enfants; programme Success by 6® BC; modèles de « guichets uniques » intégrés; programme Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPO) chez les Autochtones (enseignement à domicile pour les parents d'enfants d'âge préscolaire); programme Y'a personne de parfait; programme Triple P à l'intention des Autochtones.

Conclusion et domaines d'action

Les jeunes enfants autochtones présentent de nombreuses disparités au regard de la santé, qui sont en grande partie liées au contexte socioéconomique, environnemental, politique et historique dans lequel ils vivent. Les programmes de développement et de soins des jeunes enfants de grande qualité, globaux et culturellement adaptés constituent une voie prometteuse pour s'attaquer aux disparités au regard de la santé, car ils optimisent le développement physique, affectif, psychologique, cognitif et spirituel des enfants autochtones. Ces programmes assurent ainsi aux enfants le meilleur départ possible dans la vie et ils contribuent à atténuer les disparités au regard de la santé à long terme. Toutefois, il existe des lacunes dans les services offerts aux enfants autochtones vivant dans les collectivités les plus petites qui ne disposent pas des ressources ni des capacités nécessaires pour lancer ou maintenir de tels programmes.

La littérature a fait ressortir un certain nombre de mesures concrètes visant à améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les enfants autochtones. Ces mesures comprennent les suivantes :

- voir à la pleine mise en œuvre du principe de Jordan (TRC, 2015, appel à l'action no 3);
- éliminer les écarts du financement fédéral de l'éducation des enfants des Premières Nations (TRC, 2015, appel à l'action no 8);
- élaborer de nouvelles dispositions législatives sur l'éducation des Autochtones en vue de combler en une génération les écarts en matière d'éducation, qui intègreraient entre autres les principes clés suivants : élaborer des programmes d'études adaptés à la culture, protéger le droit d'utiliser les langues autochtones, y compris en ce qui touche l'enseignement de telles langues, permettre aux parents de participer pleinement à l'éducation de leurs enfants, voir à ce que les parents et la collectivité puissent assumer la responsabilité et le contrôle du système scolaire qui les concerne, et à ce qu'ils soient tenus de rendre des comptes à cet égard (TRC, 2015, appel à l'action no 10);
- élaborer des programmes d'éducation de la petite enfance adaptés à la culture des familles autochtones (TRC, 2015, appel à l'action no 12);
- renforcer l'appui aux modèles de prestation de services intégrés et coordonnés;
- travailler en partenariat avec tous les ordres de gouvernement et avec des groupes autochtones pour concevoir une stratégie intégrée de financement dédiée à la petite enfance (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996);
- donner accès à une grande variété de programmes répondant aux besoins diversifiés des familles et des collectivités (Kline, 1993);
- assurer que les programmes sont axés sur les besoins et les priorités des familles et des collectivités autochtones et qu'ils tiennent compte de leur culture, de leur langue, de leurs valeurs et de leurs visions du monde;
- assurer que les programmes sont suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales des populations et des collectivités autochtones;
- conférer aux Autochtones un contrôle optimal sur la planification, la conception et la prestation des programmes;
- élargir la portée des programmes de développement de la petite enfance aux enfants autochtones et à leur famille en éliminant les obstacles liés à l'accès;
- soutenir les collectivités autochtones pour qu'elles prennent part aux soins et à l'éducation de leurs enfants, conformément aux appels à l'action de la CVR et à l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Office of Audit and Evaluation, 2017);
- intégrer dans les programmes d'éducation de la petite enfance les programmes d'éducation et les méthodes pédagogiques pensés par les Autochtones et adaptés à leur culture (Nguyen, 2011);
- réorienter la politique en matière d'investissements fédéraux dans les services de garde de façon à mettre l'accent sur les avantages du développement de l'enfant ou sur la réduction des inégalités au sein de la population générale, plutôt que sur le marché du travail, afin d'améliorer tous les aspects du développement des enfants (Williams, n.d.);
- concevoir un programme de formation en éducation de la petite enfance à l'intention des Autochtones (ITK, 2014);
- investir dans la production de matériel éducatif propre aux Autochtones (Best Start Resource Centre, 2010);
- évaluer le développement de la petite enfance selon une approche axée sur la trajectoire de vie en réalisant des évaluations de suivi auprès des parents et des enfants ayant participé aux programmes pour examiner les effets produits sur le développement des enfants, sur leur transition vers l'école et sur leur rendement scolaire;
- adopter une perspective globale quant à la question des déterminants sociaux de la santé chez les enfants autochtones en améliorant les conditions socioéconomiques dans lesquelles ils vivent;
- résoudre les difficultés de longue date entourant les indicateurs de la santé des enfants autochtones en élaborant des stratégies améliorées de surveillance et de vaccination, en misant sur la coopération entre les divers ordres de gouvernement en ce qui concerne les mécanismes de collecte et d'échange de données, et mettre sur pied des partenariats avec les intervenants autochtones en vue d'accroître la qualité, la portée et la pertinence culturelle des données.

1.0 INTRODUCTION

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont touchés de façon disproportionnée par des problèmes de santé qui sont liés au contexte socioéconomique, environnemental, politique et historique dans lequel ils vivent. Il est crucial d'investir dans de bons programmes de développement et de soins des jeunes enfants autochtones⁴ pour combler l'écart entre les Autochtones et les non Autochtones au Canada. Les données scientifiques de trois décennies montrent que ces types de programmes sont un « puissant égalisateur » pour les enfants issus de milieux défavorisés, offrant des avantages à long terme non seulement pour les enfants vulnérables, mais également pour la société dans son ensemble (BCACCS, 2014). Ces programmes favorisent le développement social, affectif, physique, mental et cognitif des enfants, leur donnant ainsi des bases solides qui les préparent aux différentes étapes de la vie, ce qui contribue en retour à une augmentation du niveau de scolarité, à une amélioration des compétences et à un relèvement des attentes, à une baisse du chômage et à une hausse des revenus, de même qu'à une diminution des taux de comportements antisociaux, de toxicomanie et de problèmes de santé mentale (Adamson, 2013). Il est important de mettre l'accent sur le développement des jeunes enfants autochtones, pour les raisons suivantes :

- 1) les Autochtones forment le segment le plus jeune de la population canadienne et celui dont la croissance est la plus rapide;
- 2) les enfants autochtones forment un segment particulièrement vulnérable de cette population;
- 3) les modèles de financement n'ont pas suivi le rythme de croissance de cette population.

La publication du rapport final et les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation (Truth and Reconciliation Commission, 2015), ainsi que le nouveau mandat du gouvernement fédéral consistant à faire progresser la reconnaissance des droits des Autochtones dans l'ensemble du Canada, présentent de nouvelles occasions de renouveler l'investissement visant les enfants et les familles autochtones – et adresser les inégalités avec lesquelles ceux-ci doivent encore composer.

La présente étude a pour but d'aider les chercheurs, les décideurs et les gestionnaires de programmes qui travaillent aux ordres fédéral, provincial, territorial et municipal, en leur permettant de mieux comprendre et de mieux mettre à profit les données sur le développement des jeunes enfants autochtones, et en les sensibilisant davantage à ces données. L'étude contient un bref survol de l'état actuel des connaissances sur la santé et le bien être des jeunes enfants (définis comme étant les enfants de moins de 6 ans) inuits, métis et des Premières Nations, et elle donne des orientations futures pour les programmes et politiques de développement de la petite enfance autochtone⁵. En premier lieu, elle met en contexte la situation des enfants autochtones au regard de la santé et du bien être, ce qui comprend notamment un profil de la population autochtone et une analyse des facteurs socioéconomiques, culturels, historiques et environnementaux qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones et de leurs familles. Suit une analyse de l'état de santé des jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations, à la lumière d'indicateurs liés à l'alimentation saine et à la sécurité alimentaire, à l'allaitement, aux problèmes de santé chroniques, à la santé buccodentaire, à la perte auditive et aux otites moyennes, aux maladies respiratoires, aux vaccins, à la santé maternelle et aux comportements des mères au regard de la santé, ainsi qu'aux issues de la grossesse. Cette section met en exergue les lacunes dans les connaissances et fait état de recommandations en vue d'y remédier. L'étude contient enfin une analyse du développement des jeunes enfants autochtones, y compris la nécessité de mettre en œuvre des mesures intersectorielles pour s'attaquer aux déterminants de la santé et améliorer l'équité en santé, les racines de la résilience, un survol des ministères et organismes responsables des programmes et des politiques de développement des jeunes enfants autochtones, des exemples de stratégies prometteuses et de pratiques exemplaires dans le domaine du développement de la petite enfance autochtone, et des mesures concrètes à prendre relativement aux déterminants sociaux de la santé chez les enfants autochtones.

⁴ Dans le présent rapport, « autochtone » sert à désigner ou qualifier l'ensemble des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

⁵ Par définition, les jeunes enfants sont ceux âgés de moins de six ans. Cela dit, certaines sources de données qui reposent sur des définitions différentes ont été prises en compte, étant donné qu'elles portent notamment sur des enfants âgés de moins de six ans.

2.0 MÉTHODOLOGIE

La présente étude prend appui sur les données présentées dans le « Module 7 – Enfants et jeunes autochtones » du profil en ligne intitulé *The health of Canada's children and youth* (<https://cichprofile.ca/fr/module/7/>) de l'Institut canadien de la santé infantile [ICSI] (Canadian Institutes for Children's Health's [CICH], 2018), et également sur des renseignements d'autres sources pertinentes, notamment Statistique Canada, l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, l'Enquête sur les enfants autochtones et l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut, entre autres. Des données tirées d'études de moindre envergure ont également été prises en compte, étant donné que les mesures de la santé et du bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis

demeurent difficiles à établir en raison d'un manque de données désagrégées sur certains sous-groupes de la population autochtone, d'un manque de données longitudinales se prêtant aux comparaisons et de lacunes considérables dans l'information qui existe sur des problèmes de santé particuliers. Ces études ont été ciblées au moyen d'une recherche faite dans Google Scholar et dans PubMed en utilisant les termes First Nations/Inuit/Metis/Aboriginal/Indigenous (Premières Nations, Inuits, Métis, Autochtones), en plus de termes correspondant aux questions de santé explorées. Lorsqu'ils le jugent utile, les auteurs renvoient le lecteur aux figures et aux tableaux correspondants du Module 7 du profil de santé des enfants de l'ICSI.





3.0 CONTEXTE DE VIE DES JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES



Pour l'Autochtone, la santé et le bien être sont vus comme un tout englobant les dimensions spirituelle, physique, intellectuelle ainsi que sociale et affective (Loiselle & McKenzie, 2006). La santé et le bien-être sont aussi perçus du point de vue des relations – avec autrui, avec l'environnement, avec le Créateur. Les enfants autochtones vivent dans le contexte de leur famille et de leur collectivité, et leur bien-être individuel et collectif est soumis aux comportements, aux facteurs culturels, à l'environnement physique et à l'environnement social qui caractérisent leur milieu de vie. La présente section donne un aperçu de la population autochtone et des facteurs qui ont une incidence sur la santé et le bien être des enfants autochtones. Étant donné le manque de données désagrégées, nationales et récentes tenant compte des différences culturelles liées à différents sous-groupes de la population autochtone et déterminants particuliers, la prudence est de mise au moment d'interpréter les données.

3.1 Profil démographique

Les Autochtones forment le segment le plus jeune de la population canadienne et celui dont la croissance est la plus rapide. Selon les données du recensement de 2016, les enfants de moins de 5 ans sont proportionnellement plus nombreux dans la population autochtone que dans la population non autochtone (CICH Module 7 – Figure 5.1.1; Statistics Canada, 2018a). Les enfants de moins de 5 ans représentent 5,3 % de l'ensemble de la population non autochtone, mais 9,5 % de la population des Premières Nations, 7,2 % de la population métisse

et 11,3 % de la population inuite. La population autochtone s'est gonflée de 42,5 % au cours de la période 2006-2016, un rythme plus de quatre fois plus rapide que celui observé dans la population non autochtone au cours de la même période (Statistics Canada, 2017a). Le taux de croissance le plus rapide a été enregistré chez les Métis (51,2 %), suivis des Premières Nations (39,3 %) et des Inuits (29,1 %) (Statistics Canada, 2017a). Cette croissance est en partie attribuable à une augmentation du nombre de personnes qui se sont nouvellement identifiées comme étant Autochtones lors du recensement, mais elle est aussi le résultat de taux de fécondité accrus (CICH Module 7, Figure 5.1.3; Morency et al., 2015)⁶. Il n'existe pas de données récentes sur la question, mais celles du recensement de 2006 montrent qu'une plus grande proportion de femmes autochtones deviennent mères à l'adolescence, comparativement aux femmes non autochtones : 1,3 % des femmes non autochtones donnent naissance à un enfant à l'adolescence, contre 8 % des femmes autochtones (9 % des femmes des Premières Nations vivant hors réserve et des Inuites, 12 % des femmes des Premières Nations vivant dans une réserve, et 4 % des Métisses) (O'Donnell & Wallace, 2011; see also CICH Module 7 – Fig. 5.1.4).

Les enfants autochtones vivent plus souvent dans une famille monoparentale ou dans une famille d'accueil, et leurs familles sont généralement plus grandes si on les compare aux autres familles canadiennes. Si la plupart des enfants

autochtones vivent dans une famille formée par un couple marié, les jeunes enfants autochtones (moins de 5 ans) affichent une probabilité de deux à trois fois plus élevée de vivre dans un ménage dirigé par un parent seul, comparativement aux enfants non autochtones (CICH Module 7 – Fig. 5.1.5; Statistics Canada, 2017b). Selon les données du recensement de 2016, 34 % de l'ensemble des enfants autochtones de moins de 5 ans vivaient dans un ménage monoparental, contre seulement 13 % des enfants non autochtones. En termes relatifs, les enfants des Premières Nations de moins de 5 ans étaient les plus nombreux à vivre dans un ménage monoparental (38,9 %), suivis des enfants inuits (26,5 %) et des enfants métis (25,5 %), et ces ménages monoparentaux étaient majoritairement dirigés par la mère (Turner, 2016). Les jeunes enfants autochtones sont également proportionnellement plus nombreux à vivre dans un ménage qui comprend les grands-parents ou d'autres membres de la famille élargie, par rapport aux enfants non autochtones (Turner, 2016).

Les jeunes enfants autochtones affichent également une probabilité beaucoup plus grande de vivre dans une famille d'accueil, si on les compare aux enfants non autochtones (CICH Module 7 – Fig. 5.1.5; Statistics Canada, 2017b). En 2016, 3 % de l'ensemble des enfants autochtones de moins de 5 ans vivaient dans une famille d'accueil, contre seulement 0,2 % des enfants non autochtones. Dans ce groupe d'âge, 3,8 % des enfants

des Premières Nations, 2,2 % des enfants inuits et 1,3 % des enfants métis vivaient en famille d'accueil. Les enfants autochtones représentent près de 8 % de l'ensemble des enfants de 0 à 4 ans, mais ils sont largement surreprésentés dans la clientèle des organismes de protection de la jeunesse : environ la moitié des enfants pris en charge sont autochtones dans ce groupe d'âge (Statistics Canada, 2017b). Dans certaines provinces comme le Manitoba et la Saskatchewan, les enfants autochtones représentent plus de 80 % des enfants pris en charge (CICH Module 7 – Fig. 5.10.1; Sinha & Kozlowski, 2013). Il est primordial que les enfants autochtones grandissent dans des foyers autochtones, de surcroît dans leur propre collectivité, non seulement pour qu'ils puissent rester en contact avec leur culture et développer un sentiment de fierté identitaire, mais également pour accroître le bien être des familles et des collectivités de ces enfants (Petten, 2000). Selon les données du recensement de 2016, seulement 44 % de l'ensemble des enfants autochtones qui étaient placés en famille d'accueil vivaient avec au moins un parent d'accueil autochtone (Statistics Canada, 2016a). Cela dit, au cours de la dernière décennie, on a observé que de plus en plus d'enfants des Premières Nations vivant dans une réserve sont pris en charge par un membre de la famille plutôt que placés dans un milieu institutionnel (CICH Module 7 – Fig. 5.10.3; Indigenous and Northern Affairs Canada, 2017).

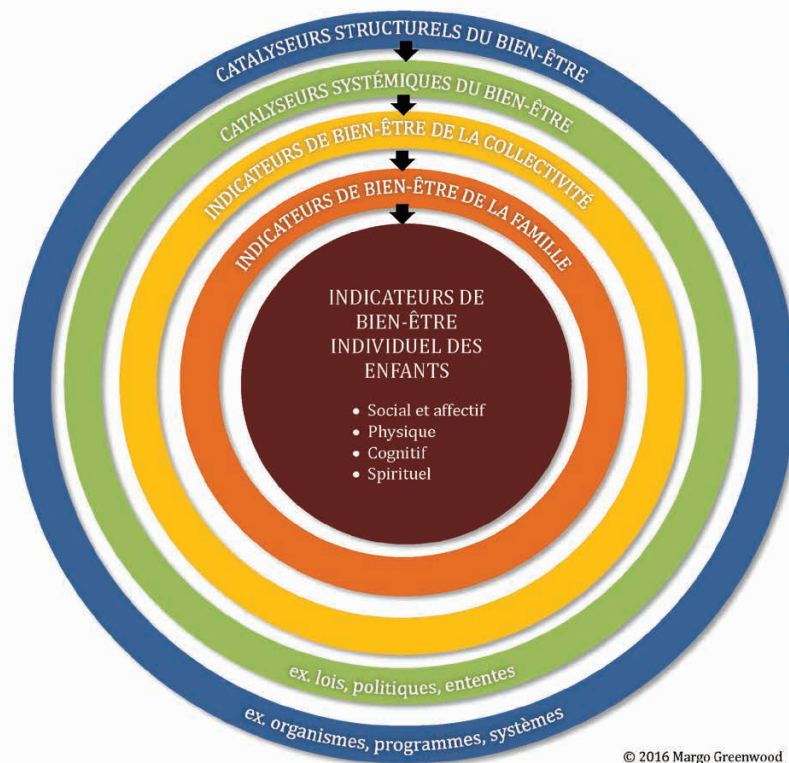
⁶ En 2010-2011, le taux de fécondité des femmes autochtones était de 2,2 enfants par femme, contre 1,6 chez les femmes non autochtones. Les Inuites affichaient le plus haut taux de fécondité (2,8 enfants), suivies des Indiennes inscrites (2,7 enfants), des Métisses (1,8 enfant) et des Indiennes non inscrites (1,5 enfant) (Morency et al., 2015).

La taille, la composition et les caractéristiques des familles autochtones sont des facteurs importants pouvant avoir une incidence sur la santé et le bien-être des enfants autochtones. Les relations et la famille sont au cœur de la culture autochtone, étant source de force et de soutien additionnel pour les jeunes enfants autochtones. Les aînés et d'autres membres de la famille qui ont du vécu transmettent aux enfants le savoir traditionnel et les habiletés fondamentales qui contribuent à en faire des êtres résilients, et ils participent activement à l'éducation des enfants (Lafrance & Collins, 2013). En ce sens, ils contribuent au développement d'une identité forte et au bien-être des enfants. Cela dit, la taille, la composition et les caractéristiques des familles peuvent également accroître les tensions et les difficultés et contribuer aux inégalités observées dans les déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé, jouant ainsi un rôle dans les résultats défavorables observés sur le plan du développement et de la santé chez les jeunes enfants autochtones.

3.2 Les déterminants de la santé et du bien être des jeunes enfants autochtones

La famille, la collectivité et les structures et systèmes sociétaux plus larges influent sur la santé et le bien-être des enfants autochtones (Greenwood, 2016, see CICH Module 7, A determinants of Health Model). La relation entre les inégalités qui touchent les Autochtones sur le plan de la santé, d'une part, et les déterminants sociaux de la santé, d'autre part, est bien connue (Greenwood & de Leeuw, 2012; Smylie, 2013). Pour comprendre ces inégalités que

FIGURE 1 : UNE PERSPECTIVE GLOBALE DE LA SANTÉ ET DU BIEN ÊTRE DES ENFANTS AUTOCHTONES



© 2016 Margo Greenwood

Source: Greenwood (2016), dans Canadian Institute for Children's Health – The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile, Module 7, Indigenous children and youth (<https://cichprofile.ca/module/7/a-determinants-of-health-model/a-determinants-of-health-model/>)

subissent les Autochtones sur le plan de la santé, il importe également de tenir compte des rôles joués par les déterminants qui sont propres aux Autochtones, comme le colonialisme, la langue, la culture, le contact avec la terre et l'autodétermination (Greenwood, de Leeuw, Lindsay, & Reading, 2015); ainsi que des facteurs structurels et systémiques comme les politiques, les lois et les ententes qui soit favorisent soit freinent la mise en place d'environnements sains et positifs pour les enfants, les familles et les collectivités; de même que l'existence de systèmes de santé, d'éducation, de protection de l'enfance et de justice qui soient solides, axés sur la collectivité et accessibles et qui favorisent le bien être (Greenwood,

2016). La figure 1 ci dessous fait état des différents facteurs qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des enfants autochtones à l'échelle de la famille, de la collectivité ainsi que des structures et systèmes sociétaux plus larges dans lesquels vivent ces enfants.

Emploi

Les taux d'emploi, les revenus d'emploi et les niveaux de scolarité des Autochtones ont toujours été nettement inférieurs à ceux observés dans la population générale canadienne, et c'est encore le cas (National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCA], 2017a, 2017b; Wien, 2017). Par exemple, en

2016, 52,1 % des Autochtones de 15 ans et plus occupaient un emploi, comparativement à 60,5 % des non Autochtones (Statistics Canada, 2018c). Par rapport aux Métis, les membres des Premières Nations, en particulier ceux vivant dans une réserve, ainsi que les Inuits se heurtent à des obstacles à l'emploi qui sont plus grands. Dans la même veine, dans le groupe des 15 ans et plus, le revenu d'emploi médian est également moins élevé chez les Autochtones (26 385 \$) que chez les non-Autochtones (34 013 \$), et les Métis s'en tirent mieux que les membres des Premières Nations et que les Inuits à cet égard également (Statistics Canada, 2018d).

Les femmes, qui sont le plus souvent le principal pourvoyeur de soins, choisissent couramment de ne pas occuper d'emploi ou de travailler à temps partiel pour s'acquitter de leurs responsabilités en tant que proches aidantes, c'est pourquoi il est crucial que les pères ainsi que les hommes qui agissent comme principaux pourvoyeurs de soins aient accès aux occasions d'emploi qui leur permettraient d'éviter à leur famille de vivre dans la pauvreté. Souvent, de telles occasions manquent dans les collectivités des Premières Nations.

Éducation

L'emploi et le revenu sont intimement liés à l'éducation. Bien qu'il existe des exceptions, on peut dire qu'en règle générale, plus le niveau de scolarité est élevé, plus la probabilité d'occuper un emploi est grande et plus le revenu est élevé (NCCAH, 2017a). Si les niveaux de

scolairités augmentent régulièrement d'une période de recensement à l'autre, les Autochtones demeurent néanmoins à la traîne par rapport aux non-Autochtones à cet égard. À la lumière des données du recensement de 2016, 33,6 % des Autochtones (38,2 % des Premières Nations, 51,9 % des Inuits et 25,5 % des Métis) n'ont pas terminé d'études secondaires, contre seulement 17,6 % des non Autochtones (Statistics Canada, 2018e). De façon similaire, seulement 8,6 % des Autochtones (7,3 % des Premières Nations, 3,9 % des Inuits et 10,7 % des Métis) ont un certificat, un diplôme, un baccalauréat ou un grade universitaire de niveau supérieur, comparativement à 23,9 % des non Autochtones (Statistics Canada, 2018e). Lorsqu'ils ont fait des études postsecondaires, les Autochtones sont plus souvent titulaires d'un diplôme d'une école de métiers ou d'un collège que d'un diplôme universitaire.

Les résultats de l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations font ressortir que les familles des Premières Nations sont vulnérables à la pauvreté en raison d'occasions d'emploi trop peu nombreuses s'offrant aux principaux pourvoyeurs de soins masculins. Entre 2013 et 2015, seulement 44,3 % des principaux pourvoyeurs de soins masculins des enfants des Premières Nations de moins de 11 ans travaillaient à temps plein, 16,6 % travaillaient à temps partiel et près de 40 % ne travaillaient pas du tout (Module 7 – Fig. 5.2.9; First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2016).

Pauvreté

En conséquence de ces inégalités socioéconomiques, un grand nombre d'enfants autochtones vivent dans la pauvreté (NCCAH, 2009/10; Wien, 2017). En 2015, 16,1 % des enfants non autochtones et des jeunes de moins de 18 ans vivaient dans un ménage à faible revenu, comparativement à 30,4 % de l'ensemble des enfants autochtones (37,9 % des enfants des Premières Nations, 21,5 % des enfants métis et 20,3 % des enfants inuits) (Module 7 – Fig. 5.2.1; Statistics Canada, 2018b). La pauvreté est plus marquée chez les enfants autochtones vivant dans un centre urbain, si on les compare à ceux qui vivent en milieu rural (Module 7 – Fig. 5.2.2; Fig. 5.2.4), et également chez les enfants des Premières Nations qui sont Indiens inscrits, comparativement à ceux qui ne le sont pas (Module 7 – Fig. 5.2.3). Par ailleurs, si le taux de pauvreté infantile a généralement diminué au cours de la période 2005-2010 chez les autres enfants autochtones⁷, il a plutôt augmenté de 4 % chez les enfants des Premières Nations inscrits vivant dans une réserve (Macdonald & Wilson, 2016).

Logement

Les Autochtones sont également plus nombreux, proportionnellement, à vivre dans des logements surpeuplés ou insalubres qui font que les enfants sont davantage exposés aux dangers posés par leur environnement et au risque de souffrir d'un certain nombre de troubles physiques ou de problèmes de santé mentale (Assembly of First Nations [AFN], n.d.; NCCAH, 2017c). Selon les

⁷ MacDonald et Wilson (2016) soulignent qu'on ne sait pas très bien si la baisse des taux de pauvreté infantile observée chez les autres enfants autochtones découle d'une amélioration des circonstances ou plutôt des cas d'identité autochtone récemment mise au jour.

données du recensement de 2016, 45,8 % des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve, 14,4 % des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, 27 % des enfants inuits et 11,9 % des enfants métis de moins de 15 ans occupaient un logement nécessitant des réparations majeures, contre 6,6 % des enfants non autochtones (Module 7 – Fig. 5.4.1; Statistics Canada, 2018f). En outre, 31,1 % des enfants des Premières Nations (35,8 % des Indiens inscrits ou des traités; 17,4 % des Indiens non inscrits), 49,2 % des enfants inuits et 12,3 % des enfants métis de moins de 15 ans occupaient un logement qui ne disposait pas d'un nombre suffisant de chambres à coucher compte tenu de la taille et de la composition du ménage (Module 7 – Fig. 5.4.2; Statistics Canada, 2018g). Les conditions de logement sont particulièrement difficiles dans l'Inuit Nunangat⁸ et dans les collectivités des Premières Nations établies dans une réserve; un grand nombre de familles vivent dans des logements exigus, surpeuplés et mal ventilés. Par ailleurs, les taux de tabagisme sont deux fois plus élevés, en moyenne, chez les Autochtones que dans la population générale (Physicians for a Smoke Free Canada, 2013), si bien que le bon développement des mères, des fœtus et des enfants pourrait être compromis par un risque accru d'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (Kovesi et al., 2006; NCCAH, 2017c). Les conditions dans lesquelles vivent les Inuits et les membres des Premières Nations se sont améliorées depuis le dernier recensement (Statistics Canada, 2017c), mais la proportion d'enfants des Premières Nations vivant dans une réserve qui

occupent un logement surpeuplé augmente de façon régulière depuis 2002-2003 (Module 7 – Fig. 5.4.3; FNIGC, 2016).

Culture et langue

La culture est la fondation sur laquelle se construisent l'identité individuelle et l'identité collective, et son érosion peut nuire à la santé et au bien être des individus et des collectivités (NCCAH, 2016). La langue est le moyen par lequel les connaissances, les valeurs et les compétences d'une culture s'expriment et se perpétuent. La revitalisation des cultures et des langues autochtones est reconnue en tant qu'élément incontournable de guérison et de résilience chez les individus, familles, collectivités et nations autochtones (NCCAH, 2016), et elle est de plus en plus vue comme un facteur important pour aider les jeunes enfants à acquérir une identité culturelle positive. Au cours de la période allant de 2002-2003 à 2013-2015, les pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations de moins de 11 ans vivant dans une réserve ont dit être d'avis que les événements culturels traditionnels sont très importants, et ce, dans une proportion qui est passée de 44,5 % des répondants à près de 60 % d'entre eux (Module 7 – Figure 5.5.7; AFN, 2007; FNIGC, 2012a, 2016). Par contre, au cours de la même période, la proportion des pourvoyeurs de soins qui jugeaient très important que leurs enfants apprennent une langue des Premières Nations n'a pas suivi de tendance similaire (Module 7 – Fig. 5.5.8; AFN, 2007; FNIGC, 2016). Dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-

2010, les principaux pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations de 3 à 5 ans vivant dans une réserve devaient dire qui étaient les personnes qui aidaient leurs enfants à comprendre leur culture (Module 7, Fig. 5.5.4 and 5.5.6; FNIGC, 2012a). Bien que les parents soient ceux qui jouent le plus grand rôle à cet égard, leur participation varie selon leur niveau de scolarité et leur revenu, des niveaux de scolarité et des revenus élevés étant associés à une plus grande participation (Module 7 – Fig. 5.5.6; FNIGC, 2012a). Ce résultat est vraisemblablement attribuable au fait que tant la scolarité que le revenu des parents peuvent influencer sur la qualité de l'environnement dans lequel les enfants apprennent et se développent. L'éducation confère compétences, connaissances et capacités aux parents, les outillant pour mettre en application des stratégies parentales stimulantes et avoir des interactions de qualité avec leurs enfants (Harding, Morris, & Hughes, 2015); à l'opposé, la pauvreté peut restreindre la capacité des parents à faire l'acquisition de matériel, d'expériences et de services qui favorisent l'apprentissage et le développement des enfants, en plus de nuire à leur santé mentale et à leur bien être, ce qui a des répercussions sur leur style parental et sur la qualité de leurs interactions avec les enfants (Gregg, Propper, & Washbrook, 2008). Les membres de la collectivité qui aidaient le plus les enfants à comprendre leur culture étaient les enseignants (44,6 %), les aînés de la collectivité (23,6 %), les amis (12,2 %) et les autres membres de la collectivité (13,8 %) (Module 7 – Fig. 5.5.4).

⁸ L'Inuit Nunangat s'entend de l'Inuit continental, composé de quatre régions du Nord du Canada : la région désignée des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Nunatsiavut (Labrador) et le Nunavik (Québec).

La connaissance des langues autochtones et la participation aux activités traditionnelles varient grandement parmi les enfants inuits, métis et des Premières Nations. Selon les données du recensement de 2016, plus de la moitié des enfants inuits de 0 à 14 ans étaient en mesure d'avoir une conversation dans une langue autochtone, contre 15,8 % des enfants des Premières Nations et 1 % des enfants métis appartenant au même groupe d'âge (Statistics Canada, 2017d). Pour ce qui concerne les langues, les tendances actuelles montrent un déclin de la proportion d'Autochtones qui sont en mesure de soutenir une conversation dans une langue autochtone, mais une hausse de la proportion de ceux qui arrivent à parler une langue autochtone, ce qui laisse supposer un apprentissage des langues autochtones à titre de langues secondes, lequel joue un rôle important dans la revitalisation d'une langue (Statistics Canada, 2017d).

Les données sur la participation des enfants autochtones aux activités culturelles sont rares et dépassées. Selon les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, la majorité des enfants inuits de moins de 6 ans vivant dans les territoires traditionnels prenaient part à des activités culturelles et saisonnières, en plus de chasser, de pêcher et de camper (Module 7 – Fig. 5.5.4; Statistics Canada, 2008a). Les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants inuits (vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat) et les enfants métis étaient proportionnellement moins nombreux à prendre part à ces types d'activités, comparativement aux enfants inuits, quoiqu'un bon nombre d'entre eux s'adonnaient à la chasse, à la pêche et au camping

(proportion allant de 45 % à 53 %). Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 révèlent que la majorité des enfants des Premières Nations (69,1 %) n'ont jamais fait partie d'un groupe ni suivi de cours de chant, de danse ou de tambour traditionnels en dehors des heures de classe (FNIGC, 2012a).

Bien-être de la collectivité

Les enfants doivent pouvoir s'identifier à des modèles positifs autour d'eux et vivre dans une collectivité offrant un environnement propice à un développement optimal sur les plans physique, social et affectif. Le bien être des collectivités peut être mesuré au moyen d'indicateurs tels que la participation et la mobilisation des membres de la collectivité au sein de leur collectivité; leur capacité « de miser sur les forces locales, y compris la culture, pour assurer la gestion des services et l'élaboration de programmes qui sont mieux en mesure de répondre aux besoins de la collectivité » (Module 7 – Fig. 5.5.1, Signification); l'offre d'installations de santé, d'éducation, de loisirs et autres au sein de la collectivité; les attributs culturels qui contribuent à la qualité de vie et sont source de fierté identitaire.

Dans le contexte des collectivités autochtones, les données sur les indicateurs de bien-être de la collectivité sont rares et dépassées. L'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 a exploré les perceptions des parents et des tuteurs des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, des enfants inuits et des enfants métis de moins de 6 ans concernant la participation citoyenne et les actifs

offerts dans la collectivité sur le plan de la santé, de l'éducation, de la culture et des loisirs (Module 7 – Figs. 5.5.1 to 5.5.4; Fig. 5.9.2; Statistics Canada, 2008a). Les résultats de l'enquête mettent en lumière plusieurs aspects qui gagneraient à être améliorés dans les collectivités, notamment pour ce qui est d'avoir des collectivités auxquelles les membres participent activement (Module 7 – Fig. 5.5.1); la qualité des écoles, des garderies éducatives, des programmes d'éducation préscolaire (Module 7 – Fig. 5.5.2); le caractère sûr des collectivités, l'offre d'activités culturelles et l'existence d'installations de loisirs adéquates pour les enfants (Module 7 – Fig. 5.5.3). Règle générale, les niveaux de satisfaction à l'égard des différents aspects des collectivités étaient systématiquement inférieurs chez les parents et pourvoyeurs de soins et supérieurs chez les parents et pourvoyeurs de soins métis, et ce, pour tous les indicateurs mesurés du bien-être de la collectivité (Statistics Canada, 2008a). Les parents et pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations vivant hors réserve et des enfants métis affichaient le niveau de satisfaction le plus bas à l'égard de l'offre d'activités culturelles, alors que les parents et pourvoyeurs de soins des enfants inuits avaient le niveau de satisfaction le plus bas concernant l'offre d'installations de loisirs adéquates (Statistics Canada, 2008a). Aucune étude similaire ne semble avoir été menée auprès des parents et pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve, bien que le peu de ressources communautaires accessibles soit une lacune qui a été cernée dans différentes collectivités des Premières Nations⁹.

⁹ Voir, par exemple, Mason & Koehli (2012), Power Up (2016), et Skinner, Hanning, et Tsuji (2006).

Bien-être de la famille

Les environnements familiaux bienveillants et accueillants favorisent le développement affectif, social, psychologique, physique et cognitif des enfants (Edelman, 2004). Les cultures autochtones accordent une grande valeur au rôle que peuvent jouer les membres de la famille élargie et les membres de la collectivité dans les soins apportés à leurs enfants et dans la socialisation de leurs enfants, une façon de voir les choses qui tranche avec celle de la société canadienne en général, où la famille nucléaire occupe la place centrale (Muir & Bohr, 2014). Les aînés, en particulier, se voient accorder une grande valeur du fait qu'ils contribuent à préserver l'histoire et la culture autochtone. Si la littérature met couramment l'accent sur les aspects négatifs et stigmatisants des relations familiales, y compris des taux élevés de négligence, de violence familiale, de toxicomanie et de prise en charge des enfants dans le système de protection de la jeunesse, la section 5.6 du profil de l'ICSI portant sur la santé des enfants autochtones offre toutefois un aperçu de quelques-uns des aspects plus positifs des familles autochtones sur le plan du bien être; par exemple, la fréquence des discussions ou des périodes de jeu chez les enfants inuits (Module 7 – Fig. 5.6.1), les enfants métis (Module 7 – Fig. 5.6.2) et les enfants des Premières Nations vivant hors réserve de moins de 6 ans (Module 7 – Fig. 5.6.3), ainsi que le niveau de satisfaction des pourvoyeurs de soins à l'égard de leurs réseaux de soutien (Module 7 - Fig. 5.6.4 à 5.6.6). Les données tirées de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 montrent également l'importance des membres de la famille élargie dans la vie des jeunes enfants autochtones,

particulièrement les enfants inuits (Module 7 – Fig. 5.6.1), et elles font ressortir des niveaux élevés de soutien offert par la famille, les amis et d'autres personnes aux principaux pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations vivant hors réserve (Module 7 – Fig. 5.6.4), des enfants inuits (Module 7 – Fig. 5.6.5) et des enfants métis (Module 7 – Fig. 5.6.6) de moins de 6 ans. Des données du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (FNIGC, 2016) font ressortir des niveaux élevés similaires de soutien offert aux principaux pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations de moins de 11 ans vivant dans une réserve (Module 7, Fig. 5.6.7; Statistics Canada, 2008a, 2008b).

Les pensionnats indiens, où de nombreux enfants autochtones ont subi des préjudices physiques, affectifs, psychologiques et spirituels qui ont eu des conséquences intergénérationnelles néfastes, ont laissé des séquelles qui nuisent encore aujourd'hui au bien-être des familles autochtones (Aguilar & Halseth, 2015; Bombay, Matheson, & Anisman, 2009). Les données de l'enquête du CGIPN (FNIGC, 2016) sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi donnent à penser qu'une proportion plutôt élevée d'enfants des Premières Nations de moins de 11 ans vivant dans une réserve ont dans leur famille des personnes qui ont eu une expérience directe des pensionnats. Il s'agit de grands-parents (58,9 %), de la mère ou d'une pourvoyeuse de soins (9,2 %), d'un père ou d'un pourvoyeur de soins (8,0 %). En revanche, 33,9 % des enfants appartenant à ce groupe d'âge n'avaient aucun membre de la famille ayant vécu dans un pensionnat (Module 7 – Fig. 5.6.8).

Apprentissage et garde des jeunes enfants

Le développement optimal de la petite enfance repose sur la nature des expériences d'apprentissage en bas âge. Ces expériences contribuent chez l'enfant à l'acquisition de compétences de base en lecture et en calcul, aux attitudes saines à l'égard de l'apprentissage, à la formation de l'identité, à l'estime de soi et à la conscience de sa propre valeur, ainsi qu'au développement physique, cognitif, affectif et social (Module 7 – Fig. 5.9.1 Implications; Encyclopedia on Early Childhood Development, 2011; Government of Canada, 2011). Selon les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, la majorité des principaux pourvoyeurs de soins des enfants de 2 à 5 ans inuits, métis et des Premières Nations vivant hors réserve ont déclaré que ces enfants exerçaient leurs compétences de base en calcul, lisaient ou regardaient des livres ou écoutaient des histoires chaque jour; par contre, les enfants inuits le faisaient moins souvent que les enfants métis ou des Premières Nations vivant hors réserve (Module 7 – Fig. 5.9.1; Statistics Canada, 2008a). En 2006, la majorité des parents et tuteurs d'enfants des Premières Nations vivant hors réserve et d'enfants métis de moins de 6 ans étaient d'avis que la qualité de leurs écoles, garderies éducatives et programmes d'éducation préscolaire était excellente ou très bonne, contre seulement 45 % des parents et pourvoyeurs de soins inuits (Module 7 – Fig. 5.9.2; Statistics Canada, 2008a/b).

Les services de garde structurés peuvent offrir des occasions de développement aux enfants, en plus de venir en aide aux parents qui travaillent. Selon les données de

l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, moins de la moitié des enfants des Premières Nations vivant hors réserve (47 %), des enfants inuits (40 %) et des enfants métis (48 %) de moins de 6 ans bénéficiaient d'une certaine forme de services de garde¹⁰, contre 51 % des enfants de la population générale canadienne (Module 7 – Fig. 5.9.5; Statistics Canada, 2008b). Les services de garde les plus courants étaient ceux offerts par un centre de la petite enfance (proportion allant de 40 %, dans le cas des enfants métis, à 54 %, dans le cas des enfants inuits) (Module 7 – Fig. 5.9.6; Statistics Canada, 2008a). Si la plupart des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve se faisaient garder à la maison, la proportion de ceux qui fréquentaient un service de garde structuré a toutefois augmenté de près de 8 % depuis 2002-2003 (Module 7 – Fig. 5.9.7; FNIGC, 2012a). Ce résultat pourrait s'expliquer, en partie, par une offre accrue de programmes de services de garde structurés, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) dans les collectivités des Premières Nations. Par exemple, en 2004, on comptait 126 centres du PAPA dans l'ensemble du Canada; seulement un an plus tard, on en dénombrait 140 (Nguyen, 2011). La majorité des parents et pourvoyeurs de soins des enfants des Premières Nations vivant hors réserve (92 %), des enfants inuits (90 %) et des enfants métis de moins de 6 ans ayant participé à l'Enquête

sur les enfants autochtones de 2006 étaient d'avis que les services de garde dont bénéficiaient leurs enfants donnaient à ces derniers l'occasion de prendre part à des activités d'apprentissage, notamment par le chant, les histoires et les jeux éducatifs (Statistics Canada, 2008b; see also Module 7 – Fig. 5.9.7). Cela dit, les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 montrent aussi que si les enfants inuits fréquentaient, dans une courte majorité, un service de garde favorisant les valeurs et coutumes traditionnelles et culturelles ou un service de garde où l'on parlait une langue autochtone¹¹, c'était toutefois le cas de très peu d'enfants des Premières Nations vivant hors réserve et d'enfants métis (Statistics Canada, 2008b). À la connaissance des auteurs, aucune étude similaire n'a été menée pour mesurer l'accès des jeunes enfants des Premières Nations à des services de garde favorisant les valeurs et coutumes traditionnelles et culturelles ou à des services de garde où l'on parle une langue autochtone; cela dit, certaines données existent quant à la proportion des enfants des Premières Nations qui ont accès à un PAPA ou à un autre type de programme de développement de la petite enfance tenant compte de leur culture. Ces données seront présentées plus loin dans le présent rapport, parmi les pratiques exemplaires en matière de développement des jeunes enfants autochtones.

Environnement

L'accès à de l'eau potable demeure un enjeu de santé important, en particulier dans les collectivités des Premières Nations établies dans une réserve. La piètre qualité des réseaux d'aqueduc et d'assainissement et la proximité des sites d'extraction de ressources et d'assainissement exposent certaines collectivités à la contamination de l'environnement par les déchets industriels et la pollution (Module 7 – Fig. 5.11.3). La plupart des avis concernant la qualité de l'eau potable actuellement en vigueur au Canada concernent des collectivités des Premières Nations établies dans une réserve¹². Près de 36 % des adultes des Premières Nations qui ont participé à l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 jugeaient qu'il n'était pas sûr toute l'année de boire l'eau provenant de la principale source d'approvisionnement de leur logement, et une petite minorité des ménages des Premières Nations n'avaient pas accès à de l'eau courante chaude ou froide (FNIGC, 2012a). Bon nombre d'avis concernant l'eau potable sont en vigueur depuis des années. L'eau non potable rend les enfants autochtones à risque de mourir des suites d'une maladie diarrhéique ou de maladies pouvant se propager en présence de conditions d'hygiène inadéquates, comme la grippe. L'accès à de l'eau potable propre est essentiel à l'amélioration de la santé et du bien-être des peuples autochtones,

¹⁰ Cela comprend les garderies, les garderies éducatives ou préscolaires, le programme d'aide préscolaire aux Autochtones, et les services de garde avant et après les classes.

¹¹ Ces taux étaient encore plus élevés chez les enfants inuits qui vivaient dans les territoires traditionnels : 70 % des enfants inuits fréquentaient un service de garde favorisant les valeurs et coutumes traditionnelles et culturelles, et 82 % fréquentaient un service de garde où l'on parlait la langue inuite (Statistics Canada, 2008a).

¹² Par exemple, le 31 août 2017, 103 avis à long terme et 41 avis à court terme étaient en vigueur concernant l'eau potable dans 98 collectivités des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle (Government of Canada, 2017a), et le 30 septembre 2017, 15 avis de faire bouillir l'eau et quatre avis de non-consommation de l'eau étaient en vigueur en Colombie Britannique (First Nations Health Authority, 2017).

et il devrait s'agir d'un droit fondamental pour tous les Canadiens (Human Rights Watch, 2016).

Dans certaines collectivités autochtones, on s'inquiète également des effets que peut avoir une exposition aux toxines dans les aliments traditionnels contaminés par les métaux lourds, les pesticides et d'autres produits chimiques sur le développement des fœtus et des jeunes enfants (Downie & Fenge, 2003; Module 7 – Figs. 5.11.3 and 5.11.6). À titre d'exemple, il existerait un lien entre l'exposition aux toxines environnementales et les retards de croissance, les insuffisances neurodéveloppementales, les fausses couches, les malformations congénitales, un risque accru de mortalité fœtale ou néonatale et les naissances prématurées (Mattison, 2010), et également un lien avec d'autres problèmes de santé touchant la peau, l'appareil respiratoire et les systèmes rénal, cardiovasculaire, nerveux, immunitaire et hépatique¹³, ainsi que l'appareil reproducteur (Agency for toxic Substances and Disease Registry, n.d.; Bose-O'Reilly, McCarty, Steckling, & Lettmeier, 2010). Si les aliments traditionnels demeurent une source importante d'éléments nutritionnels dans le régime alimentaire des jeunes enfants autochtones et de leurs familles (Earle, 2013; Halseth, 2015), la recherche montre une forte ingestion de contaminants dans certaines populations autochtones, surtout chez les Inuits qui consomment des mammifères marins et du poisson en grande quantité¹⁴.

Du fait de l'étroite relation qu'ils entretiennent avec l'environnement et ses ressources, les peuples autochtones sont également exposés aux effets des changements climatiques (Module 7 – Fig. 5.11.4), et c'est particulièrement le cas des jeunes enfants autochtones, dont le corps et le système immunitaire sont encore en développement, qui sont moins en mesure de s'adapter à la chaleur et autres conditions climatiques, qui sont plus à risque de contracter des maladies infectieuses à transmission vectorielle ou de mourir des suites de ces maladies, et qui sont plus exposés au risque de mourir ou d'être blessés lors de mauvaises conditions météorologiques extrêmes (Module 7, Fig. 5.11.4; Intergovernmental Panel on Climate Change, 2013; United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues, n.d.; Williams, 2012).

Facteurs structurels

La qualité et l'accessibilité des systèmes d'éducation, de santé et de protection de l'enfance s'offrant aux jeunes enfants autochtones et à leurs familles peuvent à la fois favoriser le développement des enfants et lui nuire (Greenwood, 2016; Module 7 – A Determinants of Health Model). Des systèmes solides, axés sur la collectivité et accessibles peuvent soutenir les jeunes enfants autochtones et leurs familles; or, il se peut que dans de nombreuses collectivités autochtones, de tels systèmes soient inexistantes ou sous-financés ou répondent mal aux besoins et aux préférences des

enfants autochtones et de leurs familles (NCCAH, 2011a; 2017a). Par exemple, le Tribunal canadien des droits de la personne a récemment conclu que le gouvernement fédéral avait fait preuve de discrimination à l'endroit des enfants des Premières Nations en ne finançant pas suffisamment les services d'aide sociale à l'enfance, faisant valoir que ces services devaient moins s'attarder à retirer les enfants à leur famille et davantage chercher à prévenir les prises en charge et à réunir les familles (Barrera, 2018). De façon similaire, le plafonnement du financement des programmes d'Affaires autochtones et du Nord destinés aux Premières Nations et aux Inuits a restreint l'accès aux programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, et ce, en dépit d'une demande croissante. En 2011, 67 % des collectivités des Premières Nations disposaient de tels programmes, mais seulement 22 % des enfants des Premières Nations pouvaient en bénéficier en raison de longues listes d'attente (Chiefs Assembly on Education [CAE], 2012). Par ailleurs, le racisme et la discrimination vécus au sein de ces différents systèmes peuvent nuire au bien être des peuples autochtones et agir comme obstacle de taille à l'accès aux services (Loppie, Reading, & de Leeuw, 2014).

Facteurs systémiques

Les facteurs systémiques comme les lois, les politiques et les ententes peuvent soit favoriser le développement des jeunes enfants autochtones soit lui nuire, en

¹³ Le système hépatique transporte le sang depuis le tractus gastro-intestinal jusqu'au foie. Il transforme et emmagasine les substances nutritives et nettoie le corps des toxines dont il n'a pas besoin.

¹⁴ De fortes concentrations de contaminants issus de l'environnement ont été détectées dans le sang, les cheveux et le lait maternel des femmes enceintes et des jeunes mères inuites (voir, par exemple, Dewailly, Nantel, Weber, & Meyer, 1989; Muckle, Ayotte, Dewailly, Jacobson, & Jacobson, 2001).

contribuant aux environnements familiaux et communautaires (mal) sains (Module 7 – A Determinants of Health Model; Greenwood, 2016). Les lois et les ententes qui appuient l'autodétermination ou l'exercice autonome des pouvoirs¹⁵ peuvent favoriser le bien-être et la guérison des collectivités en accroissant leur capacité et en les habilitant, ce qui peut mener à des programmes et services plus efficaces et mieux adaptés à la situation des peuples autochtones (Chino, & DeBruyn, 2006; Ladner, 2009; Cornell & Kalt, 1995; Wilson, 2015). Par exemple, le projet Harvard a révélé comment l'autodétermination a pu transformer des collectivités autochtones en crise et dynamiser leur développement économique (Cornell, 2006; Cornell & Kalt, 1995); Chandler et Lalonde (1998, 2008) ont souligné le rôle du pouvoir accordé aux collectivités dans la prestation de services de santé, d'éducation, de protection de l'enfance et de police et de certaines mesures d'autonomie administrative en tant que facteurs offrant une protection contre le suicide et contribuant au bien-être et à la résilience des collectivités. Toutefois, pour stimuler efficacement le bien être des collectivités, l'autodétermination doit être assortie de ressources fiscales et humaines adéquates (Papillon, 2008).

Il y a également lieu d'éliminer les zones grises entourant le partage des compétences entre les ordres de gouvernement (fédéral ou provincial) au regard de la prestation et du financement des services aux peuples autochtones. Par exemple,

le gouvernement fédéral est chargé de fournir des services de soins de santé aux membres inscrits des Premières Nations vivant dans une réserve et aux Inuits vivant dans leurs territoires traditionnels. Cette responsabilité incombe principalement à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada¹⁶, qui travaille avec les organismes des Premières Nations et des Inuits pour :

- mener des activités de promotion et de protection de la santé;
- fournir du financement aux fins de la prestation de programmes de santé communautaires;
- offrir les médicaments, soins dentaires et autres services de santé prévus dans le cadre du Programme des services de santé non assurés;
- fournir des soins de santé primaires dans les réserves situées dans des régions éloignées et isolées où les services de la province ne sont pas facilement accessibles (NCCAH, 2011a).

Le gouvernement fédéral fournit également du financement pour la réalisation d'activités de promotion de la santé auprès des populations autochtones vivant hors réserve, principalement par la voie de l'Agence de la santé publique du Canada; cela dit, les Inuits et les Métis se tournent principalement vers les services de santé généraux

financés par les provinces. Un arrêt clé rendu récemment par la Cour suprême du Canada (l'arrêt Daniels), qui étend aux Métis et aux Indiens non inscrits les droits prévus par la Constitution (Supreme Court of Canada, 2016), pourrait donner lieu à des services plus équitables, pour autant que ceux-ci sont déployés adéquatement. La responsabilité de la prestation des soins de santé a été dévolue ou transférée aux collectivités des Premières Nations et aux collectivités inuites conformément à la Politique de transfert en matière de santé et par la voie de traités et d'ententes d'autonomie gouvernementale (NCCAH, 2011b). Ce passage a mené à une répartition inégale des services entre les collectivités et également entre les provinces, et il n'offre que très peu de possibilités de hausse du financement (Lavoie et al., 2005). Ce régime de soins de santé complexe a donné lieu à des flous juridictionnels et à des différends entre les ordres de gouvernement, qui ne s'entendent pas sur la question de savoir à qui revient de payer les différents services de santé, ce qui a des effets désastreux sur la santé et le bien être de certains enfants autochtones (Blackstock, Prakash, Loxley, & Wien, 2005; NCCAH, 2011a). Pour les enfants autochtones dans le besoin, le principe de Jordan¹⁷ entendait limiter les retards, interruptions et refus de services pouvant émaner de différends juridictionnels sur la question du financement (Government of Canada, 2018).

¹⁵ Ce qui peut comprendre des traités visant les terres et des ententes de prestations de services de santé.

¹⁶ En 2017, le gouvernement du Canada a annoncé la division d'Affaires autochtones et du Nord Canada en deux ministères : Services aux Autochtones Canada et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. C'est Services aux Autochtones Canada qui assure désormais l'administration de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, auparavant administrée par Santé Canada.

¹⁷ Le principe de Jordan a été adopté par la Chambre des Communes en 2007 puis par la plupart des provinces et des territoires, mais sa mise en œuvre a été limitée et inégale (Canadian Paediatric Society, 2016).



4.0 LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES ENFANTS AUTOCHTONES



Il n'y a pas suffisamment de données exhaustives, que l'on peut comparer, concernant la plupart des indicateurs de la santé et du bien être des jeunes enfants autochtones. Celles qui existent montrent que les enfants autochtones sont généralement en moins bonne santé que les autres enfants au Canada (Kohen, Bougie, & Guèvremont, 2015; Findlay & Janz, 2012; FNIGC, 2012a). Si la plupart des enfants autochtones seraient en bonne santé, en très bonne santé ou en excellente santé aux yeux de leurs pourvoyeurs de soins (Module 7 – Fig. 5.8.1; Smylie & Adomako, 2010; FNIGC, 2012a; see also Egeland, Faraj, & Osborne, 2010a; Findlay & Janz, 2012), il n'en demeure pas moins que ces enfants s'en tirent moins bien que les autres enfants canadiens au regard de différents indicateurs de santé importants, y compris sur le plan de la nutrition, de l'allaitement, de l'obésité, des problèmes de santé chroniques, de la sécurité alimentaire, de la santé buccodentaire, des otites moyennes, de la santé pulmonaire, de la santé maternelle et de l'issue des grossesses.

4.1 Nutrition et sécurité alimentaire

Avoir un régime alimentaire équilibré est essentiel pour rester en bonne santé et avoir un développement optimal dans l'enfance. De nombreux enfants autochtones n'ont pas accès à des aliments sains et abordables en magasin, principalement en raison des contraintes géographiques ou de la pauvreté, ou les deux, de sorte qu'ils n'obtiennent pas les vitamines et minéraux essentiels pour grandir en santé, ce qui les rend plus à risque d'avoir des problèmes de santé liés à l'alimentation, comme l'obésité et le diabète (Downs, Arnold, Marshall, & McCargar, 2009; El Hayek, Egeland, & Weiler, 2010; Kolahdooz, Sadeghirad, Corriveau, & Sharma, 2017). Les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 ont révélé que la plupart des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, des enfants métis et, dans une moindre mesure, des enfants inuits de 2 à 5 ans avaient généralement un

apport suffisant de lait et de produits laitiers, de poisson, de viande ou d'œufs, et de fruits et légumes, mais qu'une forte proportion des enfants autochtones ne consommaient pas suffisamment de céréales et d'oléagineux (Module 7 – Table 5.3.1; Langlois, Findlay, Kohen, 2013). Selon les répondants, environ 57 % des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve avaient toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif; cependant, le régime alimentaire d'une proportion importante des enfants ne respectait pas les portions quotidiennes de lait et produits laitiers, de fruits et légumes et de protéines recommandées par Bien manger avec le Guide alimentaire canadien (FNIGC, 2012a). Les enfants autochtones vivant dans les régions les plus rurales ou éloignées consommaient moins de fruits et légumes, de lait et produits substituts, comparativement à ceux vivant en milieu urbain, ce qui a peut-être à voir avec un accès plus difficile à des aliments de qualité en magasin, et avec l'offre moindre de tels produits, dans ces régions (Langlois et al., 2013). Par ailleurs, les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 ont fait ressortir que les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants inuits et les enfants métis de 2 à 5 ans consommaient fréquemment des aliments peu recommandés pour la santé tels malbouffe, aliments transformés, boissons gazeuses, jus, collations salées, sucreries et desserts (Module 7 – Table 5.3.2; Langlois et al., 2013). Les

aliments peu recommandés pour la santé occupaient également une place importante dans le régime alimentaire des enfants des Premières Nations, selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 et les résultats d'études de moindre envergure qui ont porté sur la nutrition de certaines populations des Premières Nations (FNIGC, 2012a; Johnson-Down, & Egeland, 2010; Langlois et al., 2013; Kuhnlein, McDonald, Spiegelski, Vittrekwa, & Erasmus, 2013; Nakano, Fediuk, Kassi, Egeland, & Kuhnlein, 2005a/b).

Un lien a été établi entre les aliments traditionnels et un meilleur apport nutritionnel chez les jeunes enfants autochtones. Par contre, ces aliments ont un poids beaucoup moins grand dans le régime alimentaire des enfants que dans celui des adultes (Kuhnlein et al., 2013; Kuhnlein & Receveur, 2007; Nakano et al., 2005a/b). L'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 a fait ressortir des taux élevés de consommation d'aliments traditionnels ou prélevés dans la nature chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve (70,3 %), les enfants inuits (90 %) et les enfants métis (62,4 %) de 2 à 5 ans (Module 7, Fig. 5.3.3; Langlois et al., 2013). Bien qu'il n'existe pas de données semblables concernant les jeunes enfants des Premières Nations en particulier, on sait qu'au cours des 12 mois qui ont précédé l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, environ 30 % des enfants des Premières Nations ont souvent eu accès à des aliments traditionnels

partagés avec leur ménage, et 55,1 % ont eu accès à l'occasion à des aliments traditionnels partagés avec leur ménage, ce qui représente une légère hausse par rapport aux résultats obtenus lors de l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003 (FNIGC, 2012a). Parmi les aliments traditionnels consommés par les enfants des Premières Nations, on trouve plutôt couramment des animaux terrestres, des poissons d'eau douce, des baies ou autres végétaux sauvages et de la bannique. La promotion des aliments traditionnels est un élément clé des interventions en santé publique qui ont pour but d'améliorer la santé des jeunes enfants autochtones.

Allaitement

L'allaitement favorise la création de liens d'attachement solides qui sont essentiels à la santé émotionnelle et au bien être psychosocial; joue un rôle crucial en offrant aux nourrissons les éléments nutritifs dont ils ont besoin pour un bien se développer sur les plans physique, cérébral et social; est associé à une diminution de différentes maladies¹⁸ (Badets, Hudon, & Wendt, 2017; Maggi, Irwin, Siddiqi, & Hertzman, 2010; Stanley et al., 2007). À l'heure actuelle, l'allaitement exclusif est recommandé au moins au cours des six premiers mois de vie des nourrissons au Canada (Government of Canada, 2015a). Les données existantes sur l'allaitement donnent à penser que les taux d'allaitement sont plus bas chez les nourrissons autochtones que chez les nourrissons

¹⁸ Des études ont montré que le fait d'avoir été allaité est associé à une prévalence moindre d'otites moyennes aiguës, de gastroentérites non spécifiques, d'infections graves des voies respiratoires inférieures, d'asthme, de dermatite atopique, d'obésité, de diabète de type 1 et 2, de leucémie infantile, du syndrome de la mort subite du nourrisson et d'entérocolite nécrosante, quoique les liens entre allaitement et maladies cardiovasculaires et entre allaitement et mortalité infantile ne soient pas nets (Badets, et al., 2017; Stanley et al., 2007).

non autochtones, mais que la durée de l'allaitement varie grandement et pourrait être plus longue chez les nourrissons inuits (Egeland et al., 2010a; FNIGC, 2012a; McIsaac, Lou, Sellen, & Young, 2014; McIsaac, Sellen, Lou, & Young, 2015). L'enquête régionale sur la santé de 2008-2010 a révélé que 60,2 % des mères des Premières Nations avaient déjà allaité leur enfant, alors que des taux d'allaitement de plus de 90 % avaient été observés en 2006-2007 dans la population générale (FNIGC, 2012a), et également que plus les mères étaient âgées à la naissance de l'enfant, plus la durée de l'allaitement était longue (Module 7 – Fig. 5.7.7). Environ les deux tiers des mères inuites ayant fait l'objet de l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut de 2007-2008 avaient commencé à allaiter (McIsaac et al., 2015), et elles semblent avoir allaité au-delà de la période recommandée de six mois¹⁹ (Egeland et al., 2010a; McIsaac, Stock, & Lou, 2017). Au cours de la période 2007-2010, les taux d'allaitement soutenu observés chez les femmes autochtones qui vivaient hors réserve et avaient donné naissance au cours des cinq années précédentes étaient plutôt faibles (Module 7 – Fig. 5.7.6; Statistics Canada, 2016b). Au vu des bienfaits bien documentés de l'allaitement pour le développement de l'enfant, il y aurait lieu de mettre en place des mesures adaptées à la culture pour faire la promotion de l'allaitement et soutenir les femmes autochtones dans les efforts qu'elles

entreprennent pour commencer à allaiter et pour poursuivre l'allaitement aussi longtemps qu'il est recommandé. Comme point de départ à cet égard, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2014) propose différentes stratégies pouvant être adaptées au contexte culturel et communautaire.

Sécurité alimentaire

Des niveaux d'instruction et d'emploi moindres, et les écarts de revenu qui y correspondent, font que les familles autochtones sont plus exposées au risque d'insécurité alimentaire et aux effets néfastes que celle-ci peut avoir sur la santé (Health Canada, 2007a). Par le passé, des études ont montré que les taux d'insécurité alimentaire étaient disproportionnellement élevés dans la population autochtone en général ou chez certains ménages Autochtones ou des Premières Nations vivant hors réserve, ménages inuits et ménages métis (Arriagada, 2017; Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada [EPSKFSNC], 2014; FNIGC, 2012a; Skinner, Hanning, & Tsuji, 2014; Statistics Canada, 2015; Tarasuk, Mitchell, & Dachner, 2016). Ces études ont aussi mis en exergue des taux élevés d'insécurité alimentaire chez les Inuites enceintes (Teh, Pirkle, Furgal, Fillion, & Lucas, 2017) et chez les enfants des Premières Nations, les enfants inuits et les enfants métis de tous les âges

(Bhawra, Cook, Guo, & Wilk, 2017; Pirkle et al., 2014; Ruiz-Castell et al., 2015). Très peu d'études mettent particulièrement l'accent sur les ménages comportant des enfants autochtones d'âge préscolaire, et celles qui le font ont fait ressortir des taux élevés d'insécurité alimentaire. Selon les données obtenues auprès des pourvoyeurs de soins d'enfants inuits de 3 à 5 ans qui ont pris part à l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut de 2007-2008, plus de la moitié de ces enfants vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire (Module 7 – Fig. 5.3.7; Egeland, Pacey, Cao, & Sobol, 2010b; McIsaac et al., 2017). La majorité des pourvoyeurs de soins qui faisaient partie d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire grave ont dit qu'il arrivait à leurs enfants de sauter des repas, de souffrir de la faim ou de passer une journée entière sans manger; par ailleurs, la majorité des pourvoyeurs de soins faisant partie d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire modérée ont affirmé avoir peur de manquer de nourriture, servir des aliments peu coûteux à leurs enfants ou ne pas donner suffisamment à manger à leurs enfants à cause d'un manque d'argent ou d'aliments (Module 7 – Fig. 5.3.8; Egeland et al., 2010b). En outre, dans le cadre de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, près de 25 % des pourvoyeurs de soins d'enfants autochtones d'âge préscolaire vivant hors réserve ont déclaré que leurs enfants avaient déjà connu la faim (Findlay, Langlois,

¹⁹ Que leur ménage était en situation de sécurité alimentaire ou d'insécurité alimentaire, les mères inuites affichaient une probabilité égale d'allaiter au-delà de la période recommandée de six mois, mais celles qui faisaient partie d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire allaitaient généralement plus longtemps que celles faisant partie d'un ménage en situation de sécurité alimentaire (moyenne de 21,4 mois, contre 16,8 mois) (McIsaac et al., 2017).

& Kohen, 2013). Près de 45 % des pourvoyeurs de soins d'enfants des Premières Nations de moins de 18 ans ont affirmé que leur ménage vivait de l'insécurité alimentaire (Module 7 – Fig. 5.3.6; FNIGC, 2012a). Le fait de vivre dans une région nordique ou éloignée, où le coût des aliments et les dépenses ménagères autres peuvent être élevés, peut accroître le risque de souffrir de la faim (Findlay et al., 2013)²⁰.

4.2 Obésité

L'insécurité alimentaire et la mauvaise alimentation contribuent à un nouveau problème de santé publique dans certaines collectivités autochtones, qui prend la forme de taux élevés d'obésité et de surpoids chez les enfants autochtones d'âge préscolaire, en particulier les enfants d'âge préscolaire inuits et des Premières Nations. L'obésité est un facteur de risque de problèmes de santé divers, dont les maladies du cœur et les accidents cérébrovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète, certains cancers, les troubles de la vésicule biliaire, l'ostéoartrite, la goutte, les difficultés respiratoires et l'asthme, et elle nuit à la santé mentale et à la qualité de vie (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Bien que peu d'études fassent une comparaison du poids corporel des enfants autochtones et des enfants non autochtones, la recherche existante révèle des taux de surpoids et d'obésité systématiquement plus

élevés chez les enfants autochtones (Module 7 – Fig. 5.8.7, Signification). Selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, plus de 20 % des enfants des Premières Nations de 2 à 11 ans vivant dans une réserve étaient considérés comme étant en surpoids, et 42,2 % étaient considérés comme étant obèses (Module 7 – Fig. 5.8.7; FNIGC, 2012a)²¹. Galloway et ses collègues (2012) ont signalé que la prévalence de l'obésité chez les enfants inuits d'âge préscolaire, en 2007-2008, se situait entre 26,9 % au Nunavik et 50,8 % au Nunavut, ce qui s'explique probablement par les différents degrés de sécurité alimentaire et les faibles niveaux de revenu, d'emploi et de scolarité. Les proportions élevées d'enfants inuits de 3 à 5 ans à risque de surpoids (Module 7 – Fig. 5.8.8; Egeland et al. 2009) et la prévalence accrue d'obésité chez les enfants des Premières Nations de 2 à 11 ans vivant dans une réserve depuis 2002-2003 (FNIGC, 2012a) sont tout particulièrement alarmantes dans une perspective de santé publique, car elles signalent qu'une crise pourrait se dessiner et mener à une multiplication des cas de maladie chronique comme le diabète dans ces populations.

4.3 Problèmes de santé chroniques

Les taux élevés de problèmes de santé chroniques chez les jeunes enfants autochtones ont d'ores et

déjà été documentés. Les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 ont montré que 30 % des enfants inscrits des Premières Nations et 28 % des enfants non inscrits des Premières Nations et des enfants inuits et métis de moins de 6 ans avaient un problème de santé chronique (Module 7 – Fig. 5.8.4; Smylie & Adomako, 2010). L'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 a dégagé des taux élevés similaires de problèmes de santé chroniques chez les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans vivant dans une réserve. Les données de cette enquête ont révélé qu'environ 33 % de ces enfants s'étaient vu diagnostiquer au moins un problème de santé chronique par un professionnel de la santé (FNIGC, 2012a).

Le diabète de type 2 est un problème de santé chronique de plus en plus présent chez les Autochtones, non seulement chez les adultes, mais également dans la population pédiatrique (Canadian Paediatric Society, 2005). Il a été établi que les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve sont à haut risque de développer le diabète de type 2 (Dean, 1998; Harris, Perkins, Whalen-Brough, 1996; Li, 2015). Outre les facteurs de risques courants sur lesquels on peut agir et qui sont liés au régime alimentaire et au mode de vie, ce risque accru pourrait également s'expliquer par un taux élevé d'exposition au diabète in utero (résultant à la fois des taux élevés de diabète de type 2 chez les

²⁰ En mars 2015, il en coûtait entre 328,23 \$ et 499,16 \$ pour nourrir une famille de quatre personnes dans les collectivités nordiques admissibles à Nutrition Nord Canada, un programme qui offre des subventions pour compenser les coûts élevés de l'acheminement d'aliments sains dans les collectivités isolées (Government of Canada, 2016a).

²¹ Des taux élevés similaires ont été observés chez les enfants des Premières Nations dans le cadre d'études menées à plus petite échelle, à savoir des taux combinés de surpoids et d'obésité allant de 39 % à plus de 80 % (Hanley et al., 2000; Shields, 2005; Willows, Johnson, & Ball, 2007; Young, Dean, Flett, & Wood-Steiman, 2000).

membres des Premières Nations en général et des taux élevés de diabète gestationnel) et par la possible existence d'un polymorphisme génétique associé à une production d'insuline moindre dans certaines populations des Premières Nations (Amed et al., 2012; Byrne & Nkongolo, 2012; Mendelson et al., 2011; Millar & Dean, 2012; Osgood, Dyck, & Grassman, 2011; Sellers, Triggs-Raine, Rockman-Greenberg, & Dean, 2002). L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de 2008-2010 a révélé que 35,2 % des enfants diabétiques des Premières Nations de 0 à 11 ans vivant dans une réserve recevaient un traitement contre la maladie, comparativement à une proportion de 50,7 % en 2002-2003 (Module 7 – Fig. 5.8.6; FNIGC, 2012a). Les causes qui expliquent ce déclin sont inconnues, cela donne à penser qu'il faudrait cerner et éliminer tout obstacle pouvant nuire au traitement du diabète chez les enfants des Premières Nations.

4.4 Santé buccodentaire

Les populations autochtones continuent d'avoir une santé buccodentaire moins bonne que celle de la population générale (Association dentaire canadienne, s.d.). L'accès aux services de soins dentaires peut être très difficile pour les Autochtones vivant dans les régions rurales et éloignées. Selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, 74,3 % des enfants des Premières Nations avaient consulté un

professionnel de la santé dentaire dans les 12 mois ayant précédé l'enquête (FNIGC, 2012b), et selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, seulement 56 % des Inuits l'avaient fait (Wallace, 2014). L'accès insuffisant aux professionnels de la santé dentaire est un facteur qui explique les taux supérieurs de dents cariées non traitées et de dents absentes, et les résultats inférieurs en ce qui concerne la santé buccodentaire autodéclarée et l'état de santé buccodentaire (Health Canada et al., 2011).

Une mauvaise santé buccodentaire peut se répercuter sur la santé générale, la qualité de vie et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants, et entraîner notamment de la douleur, de la difficulté à manger et à dormir, des problèmes d'élocution et une piètre image de soi (Baghdadi, 2016). Les données exhaustives sur la prévalence de la carie de la petite enfance chez les enfants autochtones font défaut; toutefois, l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 révèle que 86 % des enfants des Premières Nations de 3 à 5 ans ont des caries (FNIGC, 2012b). La prévalence de la carie de la petite enfance chez les enfants des Premières Nations de moins de 6 ans vivant dans une réserve a augmenté depuis 2002-2003, surtout parmi ceux de moins de 3 ans (Module 7 – Fig. 5.8.12; FNIGC, 2012a). Environ 18,7 % des nourrissons des Premières Nations de la naissance à 2 ans souffraient de la carie du biberon (FNIGC, 2012b).

L'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits (Inuit Oral Health Survey, 2008-2009) a révélé que 85,4 % des enfants inuits d'âge préscolaire (de 3 à 5 ans) avaient déjà eu au moins une carie au moment de l'enquête et que, dans l'ensemble, 8,22 de leurs dents temporaires (dents de lait) étaient cariées, absentes ou obturées (Health Canada et al., 2011)²².

Les enfants autochtones risquent davantage d'être affectés par la carie de la petite enfance en raison de la présence accrue de facteurs de risque, notamment le faible statut socioéconomique, les taux supérieurs de tabagisme maternel et le manque de services de santé (Baghdadi, 2016). Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les jeunes enfants autochtones consomment souvent des boissons sucrées, ce qui accroît le risque de carie de la petite enfance (Module 7 – Fig. 5.8.13; FNIGC, 2012a; Egeland et al., 2009). Fait encourageant, les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 montrent que l'accès aux services dentaires s'est nettement amélioré pour les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans vivant dans une réserve; comparativement aux résultats de 2002-2003, une proportion accrue d'entre eux se sont rendus chez un dentiste pour des examens de routine, des nettoyages, des restaurations et des traitements au fluor (Module 7 – Fig. 5.8.15; FNIGC, 2012a).

Certaines mesures de prévention peuvent diminuer le risque de carie

²² Des études de moindre envergure ont montré des taux de prévalence de la carie de la petite enfance aussi élevés chez les enfants autochtones d'âge préscolaire, allant de 50 % à 100 % dans les collectivités et les populations sélectionnées (Baghdadi, 2016; Lawrence et al., 2004, 2009; Leake, Jozzy, & Uswak, 2008; Peressini, Leake, Mayhall, Maar, & Trudeau, 2004; Schroth, Moore, & Brothwell, 2005; Schroth, Smith, Whalen, Lekic, & Moffatt, 2005).

de la petite enfance. Par exemple, selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont été exclusivement allaités pendant 6 mois et allaités ensuite de façon complémentaire jusqu'à 2 ans étaient proportionnellement moins nombreux à souffrir de la carie de la petite enfance que ceux qui avaient été nourris au biberon (Module 7 – Fig. 5.8.14; FNIGC, 2012a). L'enquête montre également que les enfants des Premières Nations de poids normal ou insuffisant risquaient moins d'être touchés par la carie de la petite enfance que les enfants obèses. Ces constatations font ressortir la nécessité de proposer des mesures de promotion de la santé adaptées à la culture, qui encouragent l'allaitement et favorisent la saine alimentation et l'activité physique chez les enfants. Ces mesures peuvent comprendre l'utilisation de suppléments de vitamine D et de fluorure, le recours aux vernis fluorés et la prestation de conseils adaptés à la culture à l'intention des mères.

4.5 Perte auditive et otite moyenne

Une perte auditive peut nuire au développement cognitif et à la capacité d'apprendre, et ses effets se font sentir tout au long de la vie. La perte auditive peut découler d'une otite moyenne chronique, c'est à dire

la présence d'inflammation dans la caisse du tympan, qui se produit souvent dans la petite enfance. La prévalence de l'otite moyenne est élevée chez les enfants autochtones d'âge préscolaire dans certains milieux (Harris, Glazier, Eng, & McMurray, 1998; MacIntyre et al., 2010; Thomson, 1994). D'après les résultats de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, 6 % des enfants des Premières Nations souffraient d'une infection de l'oreille chronique (Module 7 – Fig. 5.8.5; FNIGC, 2012a). Toutefois, les recherches limitées réalisées jusqu'à maintenant donnent à penser que les enfants inuits ont une probabilité plus élevée que les autres enfants autochtones d'avoir une otite moyenne ou une infection chronique de l'oreille. Les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 révèlent que les enfants inuits de 1 à 5 ans vivant hors réserve ont une probabilité d'avoir une infection de l'oreille chronique plus de deux fois plus élevée que les enfants métis et des Premières Nations vivant hors réserve (Badets et al., 2017). Les infections de l'oreille semblent très fréquentes chez les enfants inuits d'âge préscolaire (Egeland et al., 2009; Findlay & Janz, 2012). Dans la population générale, les taux d'otite moyenne et de perte auditive tendent à reculer nettement après la première année de vie, et ces problèmes deviennent relativement rares chez les enfants de 7 ans et plus, mais des taux élevés d'otite moyenne et de perte

auditive sont signalés même chez les enfants inuits et des Premières Nations d'âge scolaire (Harris Langan, Sockalingam, Caissie, & Corsten, 2007). Les facteurs de risque de l'otite moyenne chronique et récurrente comprennent le tabagisme au foyer, le faible statut social, la présence d'allergie, les antécédents d'otite moyenne aiguë du patient et une infection des voies respiratoires supérieures (Zhang, Xu, Zhang, Zeng, Wang, & Zheng, 2014), de même que les piètres infrastructures des milieux communautaires et domestiques et le surpeuplement (Jervis-Bardy, Sanchez, & Carney, 2014). Comme dans le cas de la carie de la petite enfance, l'allaitement est considéré comme une importante mesure de prévention primaire (Karunanayake et al., 2016; Thomson, 1994).

4.6 Maladies respiratoires

Les jeunes enfants autochtones (et plus particulièrement les enfants inuits et des Premières Nations) semblent touchés de façon disproportionnée par des infections respiratoires aiguës et chroniques comme la bronchiolite virale, la grippe, les infections des voies respiratoires inférieures, la pneumonie et la tuberculose (Alaghehbandan, Gates, & MacDonald, 2007; Alharbi et al., 2012; Banerji et al., 2001; Kovesi, 2012; Kovesi, Cao, Osborne, & Egeland, 2011).



Les taux d'hospitalisation pour problèmes respiratoires des enfants autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux des autres enfants (Guèvremont, Carrière, Bougie, & Kohen, 2017; He et al., 2017; Young, Kandola, Mitchell, & Leamon, 2007)²³. Par exemple, selon les résultats de l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut de 2007-2008, plus de 40 % des enfants inuits de 3 à 5 ans avaient dû être conduits dans un centre de santé au cours des 12 mois précédents en raison d'un problème respiratoire (Module 7 – Fig. 5.8.11; Egeland et al., 2009, 2010a).

Les problèmes respiratoires fréquents qui semblent toucher les jeunes enfants inuits de manière disproportionnée sont, d'après des études réalisées à petite échelle, les infections des voies respiratoires inférieures et la pneumonie (Alaghehbandan et al., 2007; Kovesi et al., 2011; Young et al., 2007). Selon les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, les problèmes respiratoires chroniques fréquemment diagnostiqués chez les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans vivant dans une réserve sont l'asthme et la bronchite. Les taux de

ces deux problèmes respiratoires se sont légèrement améliorés depuis l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003 (Module 7 – Fig. 5.8.5; FNIGC, 2012a). Les taux d'asthme sont toutefois généralement moins élevés chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens (Chang, Beach, & Senthilselvan, 2012; Gao, Rowe, Majaesic, O'Hara, & Senthilselvan, 2008; Kovesi et al., 2011). Ces taux inférieurs s'expliquent peut-être par un sous-diagnostic de l'asthme chez les enfants autochtones, attribuable au piètre accès aux soins de santé ou à la sous-utilisation de ces services allant de pair avec les obstacles géographiques, culturels ou socioéconomiques (Crighton, Wilson, & Senécal, 2010). Les taux de tuberculose demeurent aussi nettement élevés chez les enfants inuits et des Premières Nations vivant dans une réserve (Halverson, Ellis, Gallant, & Archibald, 2014; Health Canada, 2012; Kovesi, 2012)²⁴. Parmi les facteurs qui contribueraient au risque accru de problème respiratoire ou à la gravité des problèmes respiratoires chez les jeunes enfants autochtones, mentionnons la pauvreté, l'exposition à la fumée du tabac

(y compris in utero), les logements surpeuplés ou de piètre qualité, l'absence d'allaitement prolongé, le faible poids à la naissance, la dénutrition, la carence en vitamine D, l'absence d'eau courante, l'obésité et les troubles médicaux sous-jacents (Banerji et al., 2009a; Carrière, Garner, & Sanmartin, 2017; Chang et al., 2012; Kovesi et al., 2009; McNally et al., 2009; Paes, Mitchell, Banerji, Lanctôt, & Langley, 2011; Roth, Jones, Prosser, Robinson, & Vohra, 2008; Sin et al., 2004; Ye, Mandhane, & Senthilselvan, 2012).

Étant donné les coûts élevés de l'hospitalisation, il est crucial d'adopter des stratégies de prévention pour réduire la prévalence des problèmes respiratoires chez les enfants autochtones. Les stratégies qui sont préconisées dans la littérature pour les populations vulnérables comme les jeunes enfants autochtones comprennent la promotion de l'allaitement prolongé (Mai, Becker, Sellers, Liem, & Kozyrskyi, 2007; Ye et al., 2012), l'utilisation de ventilateurs-récupérateurs de chaleur pour améliorer la qualité de l'air (Kovesi et al., 2009), l'interdiction de fumer à l'intérieur (Kovesi, 2012),

²³ Selon une étude nationale (qui excluait le Québec) réalisée de 2006 à 2009, les enfants autochtones étaient hospitalisés en raison de problèmes respiratoires à des taux de 1,7 à 2,5 fois supérieurs à ceux des enfants non autochtones (Guèvremont et al., 2017). Les résultats d'une étude réalisée au Québec ont révélé que les taux d'hospitalisation en raison de maladies du système respiratoire comme la bronchiolite et la pneumonie aiguës des nourrissons inuits et des Premières Nations étaient sensiblement élevés (Premières Nations, 124,8 pour 1000; Inuits, 129,1 pour 1000; non Autochtones, 47,2 pour 1000) (He et al., 2017). Les taux d'hospitalisation en raison d'infections des voies respiratoires inférieures les plus élevés dont fait état la littérature concernaient les nourrissons inuits au Nunavut de 2000 à 2004 (Young et al., 2007). Selon une étude réalisée au Nunavut, le tiers des enfants inuits d'âge préscolaire avaient eu une infection des voies respiratoires inférieures grave avant l'âge de 2 ans (Kovesi et al., 2011).

²⁴ Par exemple, le taux d'incidence de la tuberculose chez les enfants autochtones nés au Canada qui avaient moins de 5 ans en 2010 était de 18,8 pour 100 000 habitants (Halverson et al., 2014). Bien que les données ne soient pas directement comparables, le taux d'incidence chez les enfants de 0 à 14 ans au Canada en 2015 était d'environ 2 pour 100 000 habitants (Gallant, Duvvuri, & McGuire, 2017).

²⁵ Il est actuellement recommandé d'utiliser le palivizumab seulement dans des situations mettant en jeu des enfants vulnérables; c'est à dire les enfants en bas âge souffrant d'une maladie pulmonaire chronique de la prématurité qui ont besoin d'une thérapie continue, les enfants ayant une cardiopathie congénitale importante sur le plan hémodynamique âgés de moins de 24 mois au début de la saison du virus respiratoire syncytial (VRS), et les prématurés âgés de moins de 6 mois au début de la saison du VRS (Robinson, 2011). Toutefois, Banerji et autres (2009b) soutiennent que l'utilisation du palivizumab est plus rentable que l'hospitalisation pour les enfants inuits de moins de 6 mois vivant dans les collectivités rurales de l'Arctique canadien.

l'administration de palivizumab²⁵, un anticorps coûteux, mais efficace (Banerji et al., 2009b; Robinson, 2011), le recours aux suppléments de vitamine D (Leis et al., 2012), et l'utilisation optimale des vaccins contre la grippe et d'autres vaccins (Robinson, le Saux, & the Canadian Paediatric Society, 2015). En outre, il faut s'attaquer aux disparités socioéconomiques liées à la pauvreté, au logement, à l'éducation et à l'accès aux services de santé, notamment.

4.7 Taux de vaccination

Dans la stratégie de prévention des maladies évitables par la vaccination du Canada, il est recommandé d'administrer une dose du vaccin contre la rougeole²⁶ aux jeunes enfants avant l'âge de 2 ans, la couverture vaccinale visée étant de 97 % (Health Canada, 2015). Malgré l'absence de données nationales sur la vaccination dans les populations autochtones, les données d'évaluation des programmes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada de 2008 à 2012 indiquent qu'environ 80 % des nourrissons des Premières Nations vivant dans une réserve avaient reçu la dose recommandée du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, et que le taux de vaccination semblait augmenter au fil du temps (Health Canada, 2015). Par comparaison, 90 % des enfants de 2 ans sont vaccinés dans la population générale. Il ne semble pas y avoir d'autres données désagrégées sur la couverture vaccinale la polio, la grippe, la tuberculose, la varicelle,

les problèmes respiratoires et autres maladies évitables par la vaccination parmi les jeunes enfants autochtones.

4.8 Santé maternelle

La santé et le bien être pendant la grossesse peuvent influencer sur la croissance du fœtus, l'issue de l'accouchement et le départ dans la vie des nourrissons, facteurs qui peuvent en retour agir sur la santé et le bien être pendant toute la vie (Maggi et al., 2010). La présente section porte sur les facteurs de la santé maternelle qui jouent un rôle dans le sain développement du fœtus, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool, la nutrition prénatale et l'accès à des soins prénataux.

Tabagisme

Les recherches ont montré que l'exposition à la fumée de tabac in utero prive le fœtus d'oxygène et de nutriments, ce qui laisse aux nourrissons des ressources insuffisantes pour se maintenir en santé et accroît le risque qu'ils développent certains types de cancer et de troubles comportementaux plus tard (Maggi et al., 2010), et peut mener à des issues défavorables de la grossesse et de l'accouchement : retard de croissance intra utérine, faible poids à la naissance, accouchement prématuré, mortinaissance et syndrome de mort subite du nourrisson (Collins et al., 2012). Les taux de tabagisme pendant la grossesse sont beaucoup plus élevés chez les femmes inuites, métisses

et des Premières Nations que chez les femmes non autochtones. Le rapport du CGIPN (FNIGC, 2012a) indique que 46,9 % des mères des Premières Nations avaient fumé au cours de leur grossesse (Module 7 – Fig. 5.7.1) selon l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010, contre 23 % des mères non autochtones selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010 (Cui, Shooshtari, Fortet, Clara, & Cheung, et al., 2014). Si les taux de tabagisme pendant la grossesse semblent reculer chez les Canadiennes en général (Al-Sahab, Saqib, Hauser, & Tamim, 2010; Brown & Wilk, 2014; PHAC, 2016), ce serait tout le contraire chez les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve (FNIGC, 2012a). L'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 révèle que l'âge, le niveau de scolarité et le revenu sont associés au tabagisme pendant la grossesse chez les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve : les femmes jeunes (Module 7 – Fig. 5.7.2), celles qui ont un bas niveau de scolarité (Module 7 – Fig. 5.7.3) et celles dont le revenu familial est faible (Module 7 – Fig. 5.7.4) sont proportionnellement plus nombreuses à fumer pendant la grossesse (FNIGC, 2012a). Les taux de tabagisme pendant la grossesse sont particulièrement élevés chez les Inuites, où ils se situent entre 60 % et plus de 90 % (Egeland et al., 2010a; Mehaffey et al., 2010; Muckle et al., 2011; PHAC, 2008a).

²⁶ Le vaccin contre la rougeole est habituellement administré en combinaison avec soit le vaccin contre les oreillons et la rubéole, soit le vaccin contre les oreillons et la varicelle (Government of Canada, 2016c).

Consommation d'alcool

L'exposition prénatale à l'alcool peut causer des problèmes de santé chez la mère et le fœtus en développement, notamment une issue défavorable de la grossesse, comme la mortinaissance, l'avortement spontané, la naissance prématurée, le retard de croissance intra-utérine, le faible poids à la naissance, le syndrome d'alcoolisation fœtale et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, et se solder par des déficits sur le plan du développement qui auront des conséquences la vie durant (Popova, Lange, Probst, Purunashvili, & Rehm, 2017). Les conclusions des études sur la consommation d'alcool chez les femmes autochtones sont quelque peu contradictoires. Si l'Assemblée des Premières Nations (Assembly of First Nations, 2007) et le CGIPN (FNIGC, 2012a) indiquent que les femmes des Premières Nations sont proportionnellement moins nombreuses à boire de l'alcool que les autres femmes, mais plus nombreuses à boire de façon excessive, les données portant expressément sur la consommation d'alcool et la consommation excessive d'alcool pendant la grossesse révèlent toutefois que ces deux types de consommation sont beaucoup plus fréquents chez les femmes autochtones enceintes (Fortin et al., 2016; Muckle et al., 2011; Office of the Provincial Health Officer, 2009; Popova et al., 2017)²⁷.

Bien que les données soient rares et désuètes, il est reconnu que le syndrome d'alcoolisation fœtale et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale ont d'importantes conséquences pour certaines collectivités inuites et des Premières Nations, surtout dans le Nord (FAS/FAE Technical Working Group, 1997; Pacey, 2009a). Selon l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003, environ 1,8 % des enfants des Premières Nations de moins de 12 ans souffraient des effets de l'alcoolisation fœtale (Assembly of First Nations, 2007), et selon l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, 0,7 % des enfants autochtones de moins de 6 ans vivant hors réserve avaient reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (Module 7 – Fig. 5.8.17; Werk, Cui, & Tough, 2013). Seulement la moitié de ces enfants autochtones vivant hors réserve avaient reçu les traitements requis. Les données regroupées des quelques études réalisées jusqu'ici indiquent que le syndrome d'alcoolisation fœtale et le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale sont peut-être beaucoup plus fréquents parmi les populations autochtones au Canada que dans la population générale, leurs taux étant de 41,6 et 86,8 pour 1 000 respectivement chez les Autochtones, comparativement à 1,1 et 5,3 pour 1 000 respectivement dans la population générale (Popova, et al., 2017).

Nutrition

Les carences nutritionnelles peuvent avoir des effets néfastes pour la mère et le fœtus. Peu d'études ont porté sur les carences nutritionnelles des femmes autochtones enceintes, mais certaines ont évalué les carences nutritionnelles des femmes autochtones en âge de procréer. Des carences nutritionnelles, notamment en magnésium, en vitamine A, en folate (acide folique), en vitamine C et en vitamine E, ont été documentées chez les femmes enceintes et allaitantes de l'Arctique canadien (Berti, Soueida, & Kuhnlein, 2008), tandis que des carences en vitamine D ont été documentées chez les femmes des Premières Nations enceintes en Saskatchewan (Lehotay, Smith, Krahn, Etter, & Eichhorst, 2013) et au Manitoba (Lebrun et al., 1993). Certaines carences nutritionnelles ont été documentées chez les femmes autochtones en âge de procréer, notamment des carences en vitamine D chez les femmes inuites et inuvialuit (Kolahdooz et al., 2013; Waiters, Godel, & Basu, 1999) et dans un petit échantillon de femmes autochtones au Manitoba (Weiler, Leslie, Krahn, Wood Steiman, & Metge, 2007). Si les suppléments vitaminiques ont été préconisés pour les femmes autochtones enceintes, surtout dans le Nord (Egeland et al.,

²⁷ En se fondant sur des données regroupées repérées dans le cadre d'un examen systématique de la littérature, Popova et ses collègues (2017) ont estimé que 36,5 % des femmes autochtones au Canada avaient consommé de l'alcool pendant leur grossesse, contre 10 % des femmes dans la population générale, et que 22,1 % des femmes autochtones avaient consommé de l'alcool de façon excessive pendant leur grossesse, contre 3,3 % des femmes dans la population générale. Muckle et autres (2011) et Fortin et autres (2016) ont signalé des taux élevés semblables parmi des échantillons de femmes inuites du Nouveau Québec, où 60,5 % des femmes inuites enceintes avaient continué de boire pendant leur grossesse et 62 % avaient consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois. Par contre, les données de l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut de 2007-2008 montrent des taux relativement inférieurs de consommation d'alcool (24,2 %) ou de consommation d'alcool excessive (8,6 %) pendant la grossesse chez les femmes inuites (Egeland et al., 2010a).

2010a; Waiters et al., 1999)²⁸, rares sont les études qui se sont penchées sur la prise de tels suppléments dans cette population. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut de 2007-2008 (Egeland et al., 2010a), la prise de vitamines prénatales est peu fréquente parmi les femmes inuites. De même, une étude présentant les résultats de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (Canadian Maternity Experiences Survey, 2006-07) a révélé que les femmes autochtones étaient moins nombreuses à connaître les avantages de l'acide folique (51,5 %) et à l'utiliser selon les lignes directrices recommandées (39,4 %) que les femmes non autochtones (79,6 % et 60,2 % respectivement) (Nelson, Keon, & Evans, 2014). Étant donné la fréquence de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté parmi les populations autochtones au Canada, les femmes autochtones enceintes ont besoin de suppléments de vitamines et de minéraux, surtout dans les collectivités nordiques et éloignées, pour optimiser le sain développement de leurs enfants à naître.

Diabète durant la grossesse

Le diabète durant la grossesse peut avoir des effets défavorables sur le nourrisson, notamment un poids élevé à la naissance, l'hyperbilirubinémie, l'hypoglycémie et l'hypocalcémie (Godwin, Muirhead, Huynh, Helt, & Grimmer,

1999; Liu, Shah, Naqshbandi, Tran, & Harris, 2012), dont les conséquences pourraient se faire sentir pendant toute la vie. On pense qu'il s'agit d'un important facteur de l'épidémie de diabète de type 2 qui frappe les Premières Nations au Canada (Oster, King, Morrish, Mayan, & Toth, 2014a; Sellers et al., 2016). Comparativement aux femmes non autochtones, les femmes des Premières Nations ont un risque accru de développer le diabète durant la grossesse en raison des taux supérieurs de diabète antérieur à la grossesse et de la prévalence plus élevée des facteurs de risque du diabète sucré gestationnel, dont l'obésité, l'accouchement précédent d'un bébé de poids élevé à la naissance, l'âge (le risque augmente avec l'âge), des antécédents de diabète sucré gestationnel lors d'une précédente grossesse, un gain de poids excessif durant la grossesse et des antécédents familiaux de diabète (Aljohani et al., 2008; Dyck, Klomp, Tan, Turnell, & Boctor, 2002; Godwin et al., 1999; Harris, Bhattacharyya, Dyck, Naqshbandi Haward, & Toth, 2013; First Nations Health Centre, 2009). D'après des études isolées, le diabète sucré gestationnel a été diagnostiqué chez une minorité importante des femmes des Premières Nations (Godwin et al., 1999; Harris, Caulfield, Sugamori, Whalen, & Henning, 1997; Johnson, Martin, & Sarin, 2002; Mohamed & Dooley, 1998), et les taux de diabète sucré gestationnel sont sensiblement plus élevés chez

les femmes des Premières Nations (Aljohani et al., 2008; Oster et al., 2014a, 2014b; Shen et al., 2016) et les femmes autochtones (Dyck et al., 2002) que chez les femmes non autochtones²⁹. Parmi les femmes qui ne sont pas membres des Premières Nations, les taux de diabète sucré gestationnel sont plus élevés chez les résidentes des régions urbaines que chez les résidentes des régions rurales, mais c'est plutôt l'inverse qui se produit parmi les femmes des Premières Nations (Aljohani et al., 2008; Shen et al., 2016). Toutefois, si la prévalence du diabète sucré gestationnel est disproportionnellement élevée chez les femmes des Premières Nations, les taux croissent peut-être plus rapidement chez les femmes qui ne sont pas membres des Premières Nations (Oster et al., 2014a). Étant donné le risque accru de diabète parmi les femmes autochtones, le dépistage du diabète sucré gestationnel devrait se faire plus tôt au cours de la grossesse, et non pas dans la plage recommandée actuellement, à savoir de la 24^e à la 28^e semaine de grossesse (Chamberlain et al., 2011, 2013). Il faut également mettre en place de toute urgence des programmes de suivi et de prévention à l'intention des femmes autochtones qui développent le diabète sucré gestationnel pendant leur grossesse et de leurs enfants en vue de prévenir le diabète de type 2 (Harris et al., 2016; Mohamed & Dooley, 1998).

²⁸ Les carences en vitamines sont plus graves dans le Nord en raison de l'accès moindre à des aliments de grande qualité et abordables en magasin et de l'absence d'ensoleillement durant les mois d'hiver (Halseth, 2015).

²⁹ Le diagnostic de diabète sucré gestationnel a été posé chez une importante minorité des femmes criées des marais (8,5 %) du Manitoba de 1987 à 1995 (Godwin et al., 1999), des femmes oji-criées (8,4 %) du Nord-Ouest de l'Ontario de 1990 à 1993 (Harris, Caulfield, Sugamori, Whalen, & Henning, 1997), des Indiennes inscrites vivant dans une réserve (28 pour 1 000 naissances vivantes) de la Colombie Britannique en 1997 (Johnson, Martin, & Sarin, 2002), et des femmes des Premières Nations de la zone de Sioux Lookout de 1985 à 1995 (Mohamed & Dooley, 1998).

Issues de la grossesse

Bon nombre de femmes autochtones ne reçoivent pas de soins adéquats pendant et après leur grossesse en raison de certains obstacles géographiques, socioéconomiques, culturels et systémiques, ce qui contribue aux issues défavorables de la grossesse (Lalonde, Butt, & Bucio, 2009; Riddell, Hutcheon, & Dahlgren, 2016; Smylie, 2014). Ces obstacles comprennent le nombre moins élevé de visites prénatales, le recours moins fréquent à l'échographie et aux autres interventions obstétriques, et le nombre accru de femmes qui doivent se rendre dans des collectivités éloignées de leur maison et du soutien de leur famille pour donner naissance (Lalonde et al., 2009; Liu, Shah, Naqshbandi, Tran, & Harris, 2012; Smylie, 2014; Riddell et al., 2016). Des soins prénataux inadéquats, combinés à des comportements à risque élevé et à des disparités socioéconomiques, peuvent accroître le risque d'issues défavorables de la grossesse (Shah, Zao, Al-Wassia, Shah, & the Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births, 2011). Les données sur les issues de la grossesse ne sont pas disponibles à l'échelle nationale, car dans la plupart des provinces, les formulaires d'enregistrement des naissances ne comprennent pas d'indicateurs de l'identité autochtone (Luo et al., 2010a); toutefois, des études isolées mettent en lumière des disparités persistantes touchant les issues de la grossesse chez les populations inuites et des Premières Nations, par

comparaison avec les populations non autochtones (Chen et al., 2015; Gilbert, Auger, & Tjepkema, 2015; Health Canada, 2011; Elias, Hart, & Martens, 2014; Luo et al., 2004a/b, 2010a/b/c/d; Smylie & Adomako, 2010; Xiao et al., 2016).

Mortalité infantile

Les données limitées sur la mortalité infantile semblent révéler des taux beaucoup plus élevés de mortalité chez les nourrissons inuits et des Premières Nations. Les taux de mortalité infantile des nourrissons des Premières Nations sont d'environ 1,5 à plus de 2 fois supérieurs à ceux des autres nourrissons (Chen et al., 2015; Luo et al., 2010b; Simonet et al., 2010), les disparités étant plus grandes parmi les nourrissons du Nord que parmi ceux du Sud (Luo et al., 2010d). Les taux de mortalité infantile³⁰ sont particulièrement élevés parmi les populations inuites, où ils sont d'environ 2 à plus de 4 fois plus élevés que dans le reste du Canada (Chen et al., 2015; Luo et al., 2004b; Luo et al., 2010a, 2010d; Simonet et al., 2010; Statistics Canada, 2012). Le risque de décès postnéonatal est élevé chez les femmes inuites et des Premières Nations, par comparaison avec les femmes non autochtones (Luo et al., 2004b). Collins et autres (2012) ont déterminé que les cas de mort inattendue constituaient la majorité des décès de nourrissons survenus au Nunavut entre 1999 et 2011, les principales causes étant la mort subite du nourrisson (48 % des décès de nourrissons) et les infections (21 %). La mortalité infantile excessive, attribuable surtout aux décès postnéonataux,

chez les femmes autochtones des régions rurales et nordiques indique qu'il faut non seulement améliorer les soins néonataux et médicaux ainsi que les soins aux nourrissons dans ces régions, mais aussi agir sur les conditions socioéconomiques et les conditions de vie des familles ayant des enfants en bas âge, et s'attaquer aux taux élevés de tabagisme dans ces ménages (Luo et al., 2004b; 2010d).

Naissances prématurées et poids à la naissance

Les données existantes indiquent que la probabilité de naissance prématurée et de poids élevé à la naissance est plus grande chez les nourrissons autochtones que chez les autres nourrissons, et qu'une proportion supérieure de nourrissons des Premières Nations sont gros pour l'âge gestationnel. En 2006, les mères inuites, métisses et des Premières Nations vivant hors réserve étaient proportionnellement un peu plus nombreuses que les mères dans la population générale à avoir des bébés de faible poids à la naissance, tandis que les mères métisses et des Premières Nations étaient plus nombreuses à avoir des bébés de poids élevé à la naissance (Module 7 – Fig. 5.8.2; Smylie & Adomako, 2010). De même, selon le CGIPN (FNIGC, 2012a), 4,8 % des nourrissons des Premières Nations avaient un faible poids à la naissance et 19,8 %, un poids élevé à la naissance, comparativement à 6 % et 11,7 %, respectivement, des nourrissons dans la population générale, d'après les données de 2007 de Statistique Canada. Les taux de naissances prématurées étaient

³⁰ Y compris les mortinaissances et la mortalité infantile attribuable à l'immatunité.

sensiblement plus élevés chez les Inuites dans les régions où vivent les Inuits de 1990 à 2000 (Luo et al., 2010a) et au Québec (Chen et al., 2015; Luo et al., 2004b, 2010d), et chez les femmes des Premières Nations au Manitoba (Luo et al., 2010b), par comparaison avec les taux observés dans la population non autochtone. Toutefois, si les Inuites dans les régions où vivent les Inuits étaient à peine un peu plus nombreuses que les femmes non autochtones à avoir eu des bébés de poids faible ou élevé à la naissance (Luo et al., 2010a), les naissances de bébés de poids élevé et de bébés gros pour l'âge gestationnel étaient plus fréquentes chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes non autochtones (Chen et al., 2015; Luo et al., 2004b; 2010b, 2010d). La prévalence plus élevée de la macrosomie (poids de naissance supérieur à 4 000 grammes ou au 90e centile du poids selon l'âge gestationnel) peut s'expliquer par des facteurs environnementaux, comme le tabagisme maternel (Module 7 – Fig. 5.8.3); toutefois, il faudrait pousser les recherches pour déterminer ce qui explique les différences dans la prévalence de la macrosomie chez les nourrissons des Premières Nations (Luo et al., 2010d).

Le poids faible ou élevé à la naissance pose des risques pour la santé tant à court terme qu'à long terme. Les nourrissons de faible poids à la naissance ont un risque de décès plus grand que ceux dont le poids est élevé, et une probabilité supérieure d'avoir de piètres résultats en matière de santé, notamment en ce qui concerne la mortalité et la morbidité fœtales et infantiles, l'inhibition de la croissance et du développement cognitif, et les maladies chroniques

plus tard dans la vie (Health Canada, 2011). Les nourrissons de poids élevé à la naissance ont un risque accru de surpoids et d'obésité pendant l'enfance, et un risque accru de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2 plus tard (Harder, Rodekamp, Schellong, Dudenhausen, & Plagemann, 2007; Ong, 2006). La forte proportion de nourrissons autochtones n'ayant pas un poids santé à la naissance souligne une fois encore la nécessité de s'attaquer aux facteurs socioéconomiques et environnementaux qui contribuent vraisemblablement à ces résultats.

4.9 Conséquences de la violence familiale sur le bien être des enfants

La violence familiale est un important facteur qui compromet la santé et le bien être des enfants autochtones, dont les conséquences d'ordre psychologique, physique et affectif peuvent persister toute la vie. Les recherches indiquent que les Autochtones sont presque deux fois plus nombreux à avoir subi de la violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire actuel ou d'un ancien partenaire, par rapport aux non-Autochtones (Brennan, 2011). Les enfants qui sont témoins de violence familiale risquent davantage d'éprouver des problèmes sociaux, psychosociaux et comportementaux pouvant par la suite mener à des comportements parentaux qui perpétuent le cycle intergénérationnel de la violence (Bopp, Bopp, & Lane 2003; Hughes, Chau, & Poff, 2011). La violence familiale à la maison étant catégorisée comme une forme de violence psychologique (Rossiter, 2011), elle constitue un important facteur qui pousse les

autorités de protection de l'enfance à intervenir en retirant les enfants autochtones de leur famille.

La violence familiale subie par la femme enceinte peut entraîner pour le bébé à naître une issue défavorable de la grossesse dont les conséquences néfastes se prolongeront peut-être à l'âge adulte. Les issues défavorables comprennent la naissance prématurée, un petit poids de naissance selon l'âge gestationnel ou un faible poids à la naissance (Donovan, Spracklen, Schweizer, Ryckman, & Saftlas, 2016). Les données de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité de 2006-2007 montrent que les mères autochtones ont une probabilité presque trois fois plus élevée que les autres mères de subir de la violence de la part de leur partenaire pendant leur grossesse (Daoud et al., 2012, 2013; Kingston et al., 2016).

De plus, les enfants autochtones sont disproportionnellement nombreux à subir de la violence physique ou sexuelle, ce qui peut mener à une faible estime de soi, à des troubles d'agressivité et de comportement, et à des changements d'attitudes cognitives (Hughes et al., 2011), et accroître le risque de démêlés avec les systèmes de justice pénale et d'aide sociale (Turpel-Lafonde & Kendall, 2009). Les données de plusieurs cycles de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants font ressortir la représentation disproportionnée des enfants autochtones visés par des enquêtes du système de protection de l'enfance et pris en charge par le système à la suite de signalements de cas de violence et de négligence à leur endroit (Fallon et al., 2013; Trocmé, Knoke, & Blackstock, 2004). C'est

plus particulièrement le cas des enfants des Premières Nations, qui font de 2 à 6 fois plus souvent l'objet d'enquêtes que les enfants non autochtones pour les diverses formes de mauvais traitements, dont la négligence, le risque de subir des mauvais traitements, la violence psychologique, physique et sexuelle, et l'exposition à la violence familiale (Sinha, Trocmé, Fallon, & MacLaurin, 2013).

Le renforcement des relations familiales est donc essentiel pour améliorer la santé et le bien être des jeunes enfants autochtones, et les bienfaits se prolongeront à l'âge adulte. Il s'agit notamment d'améliorer les connaissances et les compétences parentales, de favoriser des relations parent enfant empathiques et attentives, d'enseigner des stratégies de gestion du comportement appropriées, et de s'attaquer aux problèmes de toxicomanie et de santé mentale en vue de briser le cycle de la violence familiale dans les collectivités autochtones. Étant donné la reconnaissance croissante des avantages pour les deux parties d'une participation active des pères dans les soins apportés aux enfants, il faut également mettre en place des politiques et des programmes qui visent expressément les besoins des pères autochtones (Ball, 2010).

4.10 Lacunes dans les connaissances

Les données sur les indicateurs et les déterminants de la santé des jeunes enfants autochtones posent encore problème en raison de difficultés qui persistent depuis longtemps. Il est donc difficile de comprendre les résultats en matière de santé et de prendre de bonnes

décisions concernant les enfants autochtones, tant sur le plan des politiques que des programmes. Les difficultés comprennent :

- l'absence de données désagrégées sur des sous ensembles particuliers de la population autochtone, notamment les données sur les enfants autochtones de moins de 6 ans, les enfants autochtones vivant en milieu urbain, et les enfants inuits, métis et des Premières Nations vivant hors réserve, qui mène à des généralisations à l'échelle de tous les enfants autochtones et à l'incapacité de saisir les différences entre les groupes;
 - l'absence de données longitudinales, qui empêche l'évaluation des progrès accomplis au fil du temps;
 - l'absence de données fondées sur des indicateurs et des déterminants de la santé adaptés à la culture, notamment la participation aux activités traditionnelles, l'utilisation de langues autochtones, la mobilisation de la collectivité, les actifs de la collectivité, la participation de membres de la famille élargie et de la collectivité à la socialisation des enfants autochtones, la disponibilité des systèmes de soutien et la satisfaction à leur égard;
 - la surreprésentation de certaines régions (comme l'Inuit Nunangat, l'Ontario, le Québec et le Manitoba) et la sous représentation d'autres régions (comme les Maritimes, le Yukon et les Territoires du Nord Ouest);
- l'absence de données exhaustives et déclarées systématiquement à l'échelle nationale sur des questions de santé précises, le recours aux soins de santé, les traitements et les mesures de prévention (vaccins);
 - la possibilité de généralisation limitée attribuable aux enquêtes régionales réalisées à petite échelle reposant sur des échantillons de taille inadéquate ou des registres incomplets;
 - l'absence de données sur l'accès des enfants autochtones et de leur famille à des programmes et à des services destinés à la petite enfance qui soient sûrs et adaptés à la culture, notamment des programmes d'éducation préscolaire et de garde d'enfants, et sur l'abordabilité de ces programmes et services;
 - l'absence (ou l'utilisation non uniforme) des indicateurs de l'identité autochtone dans les dossiers des hôpitaux provinciaux et territoriaux, les enquêtes sur la santé, les registres des naissances et les statistiques de l'état civil;
 - le manque d'uniformité des méthodes de collecte des données sur certaines populations particulières, qui empêche l'établissement de comparaisons utiles.



Ces difficultés se traduisent par de nombreuses lacunes dans les connaissances sur la santé et le bien être des jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations, lacunes qui concernent notamment :

- les effets immunologiques, comportementaux, neurologiques, cardiovasculaires et endocriniens des contaminants environnementaux sur la santé des enfants autochtones (Singh, Bjerregaard, & Man Chan, 2014);
- les effets des changements climatiques sur la santé et le bien être des jeunes enfants autochtones;
- la prévalence des issues défavorables de la grossesse et de l'accouchement (naissance prématurée, poids à la naissance et taille à la naissance) dans toutes les régions du Canada et pour tous les groupes autochtones;
- l'ampleur de la couverture vaccinale contre la polio, la grippe, la varicelle, le rotavirus, la tuberculose, les maladies respiratoires et autres maladies évitables par la vaccination chez les enfants inuits, métis et des Premières Nations;
- la prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale et du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale chez les jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations (Pacey, 2009b);
- la prévalence de l'obésité et de certaines maladies chez les jeunes enfants autochtones, dont le diabète, le cancer, la perte auditive, l'otite moyenne, les maladies respiratoires, les maladies chroniques chez les jeunes enfants autochtones;
- la prévalence des troubles d'apprentissage et des déficiences physiques chez les jeunes enfants autochtones;
- la prévalence des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants autochtones;
- l'utilisation de suppléments vitaminiques chez les femmes enceintes et les jeunes enfants autochtones, et leur efficacité;
- les régimes alimentaires et les carences nutritionnelles des enfants inuits, métis et des Premières Nations, par comparaison avec ceux des autres enfants canadiens, et la mesure dans laquelle les aliments traditionnels aident à combler les carences;
- la mesure dans laquelle le recours aux suppléments de fluor, aux vernis fluorés et à d'autres mesures de prévention a été mis en œuvre en vue de remédier aux problèmes de santé buccodentaire chez les jeunes enfants autochtones (Pacey, Nancarrow, & Egeland, 2010);
- les données sur l'utilisation des services de santé et sur les traitements pour les enfants autochtones, y compris la durée de l'hospitalisation, la qualité des soins, les interventions hospitalières, l'utilisation de médicaments, qui permettraient de comparer la qualité des soins que reçoivent les enfants autochtones et les autres enfants canadiens;
- les données sur l'utilisation des services de santé prénataux et postnataux par les femmes enceintes et les nouvelles mères autochtones, y compris le nombre de visites prénatales, le recours aux interventions obstétriques et les interventions lors de l'accouchement, qui permettraient de comparer la qualité des soins que reçoivent les femmes autochtones et les autres Canadiennes;
- l'ampleur réelle de l'insécurité alimentaire chez les enfants autochtones au Canada;
- le rôle joué par divers aspects du bien être familial et communautaire dans la santé et le bien être des jeunes enfants autochtones;
- le rôle joué par divers aspects de l'utilisation de la langue et de la culture dans la santé et le bien être des jeunes enfants autochtones.

Ces problèmes posés par les données montrent qu'il faut établir de meilleures stratégies de vaccination et de surveillance (Kovesi, 2012), et utiliser de façon plus méthodique les indicateurs de l'identité autochtone dans les divers registres des provinces et des territoires (Luo et al., 2010a). À cette fin, les gouvernements devront coopérer pour assurer l'uniformité des types de données qui sont recueillies et des méthodes de collecte des données, et pour établir des mécanismes qui leur permettront de communiquer ces renseignements entre eux. Il est également urgent de travailler en partenariat avec les intervenants inuits, métis et des Premières Nations pour rehausser la qualité et le champ d'application des données et de l'information (Smylie & Adomako, 2010). La collecte des données sur les Autochtones devrait respecter les principes de la propriété, du contrôle, de l'accès et de la possession, lesquels confèrent aux Autochtones la propriété et le contrôle des processus de collecte des données réalisés dans leurs collectivités dans le but de mettre fin aux relations coloniales de longue date, à la vulnérabilité ressentie par rapport aux décideurs, aux revendications en matière de compétence et aux préoccupations entourant le droit collectif à la protection de la vie privée (Bruhn, 2014, p. 1).



5.0 INTERVENTIONS INTERSECTORIELLES VISANT LA SANTÉ DES ENFANTS AUTOCHTONES



Du point de vue de la santé des enfants autochtones, les interventions intersectorielles qui donnent de bons résultats sont planifiées, conçues et pilotées par les collectivités autochtones de manière à ce qu'elles cadrent avec les valeurs et le vécu des collectivités. Elles comprennent des façons autochtones d'aborder la santé et le bien être; adoptent des démarches globales qui consistent à agir sur les nombreux déterminants de la santé des Autochtones; tiennent compte des cultures, des langues et des valeurs autochtones; et incluent des programmes qui visent non seulement le bien être des enfants autochtones, mais également celui de leur famille et de leur collectivité (Public Policy Forum, 2015). La présente section décrit de manière générale l'importance des mesures intersectorielles lorsqu'il s'agit de traiter les déterminants de la santé des enfants autochtones, les racines de la résilience, notamment les modèles et les approches autochtones, la façon dont les interventions et les programmes autochtones de développement de la petite enfance sont financés et gérés par le gouvernement fédéral, des exemples d'interventions et de programmes de développement de la petite enfance couronnés de succès, et les mesures concrètes prises à l'égard des déterminants de la santé des enfants autochtones au Canada.

5.1 Collaboration intersectorielle, déterminants de la santé et développement de la petite enfance chez les Autochtones

Les disparités sur le plan de la santé des Autochtones prennent racine dans les conditions inéquitables dans lesquelles les Autochtones naissent, vivent, travaillent et vieillissent, du fait de leur accès inégal au pouvoir et aux ressources (King, Smith, & Gracey, 2009). Selon les conclusions du rapport de 2002 de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, les conditions de vie des Autochtones sont d'une pauvreté inacceptable; des approches intersectorielles et multilatérales sont nécessaires en vue de remédier à ces conditions et d'améliorer la santé et le bien être des Autochtones, surtout ceux qui vivent dans des régions rurales et éloignées où les ressources sont limitées (Romanow, 2002). La Commission préconisait le regroupement du financement et des ressources provenant de l'ensemble des secteurs et des sources dans le but d'établir de nouvelles façons d'améliorer la santé des Autochtones.

La collaboration intersectorielle s'entend des mesures collectives prises dans une gamme de secteurs, notamment la santé, le logement, l'éducation, le transport et l'aide sociale, par une diversité d'organisations et d'organismes, y compris le gouvernement fédéral, les provinces et les municipalités, et par des acteurs non étatiques, comme le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les universités, les organismes de recherche et les groupes communautaires, qui

cherchent ensemble à agir sur les déterminants sociaux de la santé (Danaher, 2011). Les avantages de la collaboration intersectorielle au niveau structurel comprennent généralement une réponse plus complète aux problèmes touchant les collectivités, la fragmentation moindre des services, une meilleure communication entre les secteurs et les acteurs, l'utilisation plus efficace des ressources, l'exploitation des forces de multiples secteurs et la réduction des chevauchements et des décalages (Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH], 2013; Ministerial Advisory Council on Rural Health [MACRH], 2002; Woodhead, 2014). Ces avantages sont particulièrement pertinents étant donné le cadre complexe du partage des compétences en matière de prestation de programmes et de services à l'intention des Autochtones, et compte tenu de l'infrastructure et des ressources limitées qui sont disponibles pour agir sur les facteurs économiques, sociaux et environnementaux influant collectivement sur la santé et le bien être des jeunes enfants dans certaines collectivités autochtones.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi il est utile d'adopter des démarches intersectorielles pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Étant donné que les résultats inéquitables des Autochtones sur le plan de la santé prennent racine dans les structures plus profondes de l'inégalité socioéconomique, il faut s'y attaquer à différents niveaux, depuis la planification des programmes et la prestation de services dans les collectivités jusqu'à la modification des macropolitiques sociales et économiques de haut niveau (Danaher, 2011, p. 3).

En outre, dans le contexte des problèmes sociaux et de santé complexes frappant les collectivités autochtones, où bon nombre des facteurs influant sur la santé ne sont pas du ressort du secteur de la santé, la collaboration et la coordination intersectorielles sont essentielles, car les mesures prises par un secteur en particulier ou par le secteur de la santé à lui seul auraient une efficacité limitée. Toutefois, si la collaboration intersectorielle est désormais considérée comme un élément essentiel des stratégies visant à agir sur les disparités en matière de santé et sur les déterminants de la santé, les recherches sur les types de collaboration intersectorielle qui fonctionnent et sur le contexte dans lequel ils fonctionnent font actuellement défaut (Danaher, 2011; Ndumbe-Eyoh, & Moffatt, 2013; Public Health Agency of Canada, 2008b).

La collaboration intersectorielle convient parfaitement pour les interventions et les programmes de développement de la petite enfance, car cette démarche reconnaît que la vie de ces jeunes enfants (et celle de leurs parents) est vécue de manière globale et non sectorielle (Woodhouse, 2014). Dans les premières années de sa petite enfance, l'enfant traverse une période de croissance accélérée, et les expériences qu'il vit pendant cette période peuvent avoir d'importants effets sur son développement physique, cognitif, affectif et social (CCSDH, 2017). Les facteurs qui jouent sur le sain développement de l'enfant sont complexes et globaux, et comprennent entre autres les dimensions de la santé, de la nutrition, de la protection de l'enfance, de l'apprentissage, de la formation de l'identité et de la socialisation, qui subissent l'influence

de multiples facteurs à l'échelle de la famille, de la collectivité et de la société élargie (Maggie et al., 2010). De nombreux secteurs de politiques et de programmes et leurs acteurs sont donc concernés (aide sociale, systèmes scolaires, services de santé, services à l'enfance et services communautaires), ainsi que divers intervenants étatiques et non étatiques.

Woodhead (2014) cerne différentes voies de collaboration intersectorielle dans les interventions de développement de la petite enfance tout au long des diverses étapes du développement des jeunes enfants, chacune concernant de multiples secteurs. À l'étape qui précède la conception et à celle qui va de la conception à la naissance, l'objectif principal consiste à optimiser la santé et le bien être des filles et des femmes, avant et pendant la grossesse, de manière à réduire le plus possible les conséquences que l'état de santé de la mère pourrait avoir sur le développement du fœtus. Ainsi, la collaboration intersectorielle pourrait se manifester notamment dans les programmes de planification familiale, les programmes de protection sociale visant à atténuer les effets de la pauvreté sur les femmes enceintes, les interventions en matière de santé et de nutrition à l'intention des filles et des futures mères, les services prénataux, les pratiques d'accouchement sans risque, et les interventions d'éducation et de promotion de la santé visant le soin des nouveau nés et leur développement. À l'étape qui va de la naissance à deux ans, l'accent est mis essentiellement sur la santé et la sécurité des nourrissons, ce qui comprend les vérifications de l'alimentation et du développement des nourrissons, la stimulation et les interactions

précoces, et le soutien des parents. La collaboration intersectorielle pourrait passer entre autres par l'enregistrement des naissances en vue de garantir l'admissibilité des parents aux prestations et l'accès aux services de base, les cadres juridiques et stratégiques qui prévoient des congés parentaux ou soutiennent la participation des femmes au marché du travail, et les initiatives qui appuient la bonne alimentation des nourrissons, réduisent les maladies chez les enfants, favorisent des milieux sains et sécuritaires pour les enfants et leur famille, et renforcent les compétences et les connaissances parentales. L'étape préscolaire est axée davantage sur l'éducation et l'apprentissage des enfants, et sur la mobilisation accrue du secteur de l'éducation. La collaboration intersectorielle pourrait notamment avoir lieu dans les interventions préscolaires en centre, les programmes de garde en milieu familial ou communautaire, les interventions de soutien et d'éducation des parents, les services intégrés de développement de la petite enfance. À la dernière étape, l'accent est mis sur le passage à l'école obligatoire et la préparation à l'école, du point de vue des enfants, des parents et de l'école (Woodhead, 2014). Les voies de collaboration intersectorielle pourraient inclure des stratégies qui facilitent l'entrée des enfants à l'école, mettent en place un environnement scolaire sain, ou soutiennent un milieu d'apprentissage bienveillant et favorable pour les enfants à la maison.

Les modèles intersectoriels de développement de la petite enfance offrent de possibles avantages très diversifiés pour les enfants, les familles et la société (Haddad, 2002). En répondant aux besoins de base

des enfants, y compris l'alimentation, la protection, les soins de santé, la stimulation intellectuelle, l'interaction humaine bienveillante et l'affection, les programmes complets de développement de la petite enfance peuvent aider les enfants à rehausser leur estime de soi, à bâtir leur identité individuelle et collective, à renforcer leurs capacités d'apprentissage et de communication, et à développer leurs habiletés sociales et leurs compétences en résolution de problèmes, facteurs qui contribuent collectivement à la capacité des enfants à faire preuve de résilience face à l'adversité. Ces programmes peuvent renforcer les milieux de vie des enfants en offrant aux parents et aux pourvoyeurs de soins la possibilité de chercher un emploi, de bâtir leurs réseaux de soutien, et d'obtenir les outils et les compétences dont ils ont besoin pour jouer leur rôle parental. Pour les populations autochtones qui subissent encore des iniquités prenant racine dans des inégalités historiques, les interventions complètes de développement de la petite enfance peuvent agir comme un puissant égalisateur en aidant les familles autochtones à s'acquitter de leurs responsabilités et à concrétiser les aspirations qu'ils ont pour leurs enfants (BCACCS, 2014). En fait, les démarches de ce genre font partie des moyens jugés les plus efficaces pour aider les enfants, les familles, les collectivités et les nations à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté (Haddad, 2002). Les modèles novateurs de collaboration sectorielle, y compris au chapitre du développement de la petite enfance, ont montré leurs avantages pour les peuples et les collectivités autochtones, dont la satisfaction accrue à l'endroit des services, une meilleure coordination et des coûts

réduits, et ont augmenté le degré de préparation à l'école des enfants (CCSDH, 2013). Des difficultés compliquent toutefois l'établissement de systèmes intégrés et efficaces de développement de la petite enfance, surtout en contexte de ressources relativement faibles, mais de besoins élevés, ce qui rend parfois impossible la pleine intégration. Par conséquent, la collaboration intersectorielle doit s'adapter à chaque contexte (Woodhouse, 2014).

5.2 Les racines de la résilience : démarches et modèles autochtones

Les démarches et les modèles autochtones doivent englober les valeurs et les principes que les Autochtones jugent importants pour avoir des enfants en santé, heureux et résilients aux différentes étapes de la vie. Comme la santé et le bien être des enfants autochtones subissent l'influence des déterminants socioéconomiques, culturels et environnementaux de la santé, les démarches et les modèles doivent aussi être globaux et tenir compte des aspects affectifs, physiques, psychologiques et spirituels de la santé et du bien être des jeunes enfants autochtones dans le contexte de la santé et du bien être de leur famille et de leur collectivité. Ils doivent également aborder les nombreux obstacles que doivent franchir les jeunes enfants autochtones et leurs familles pour avoir accès aux programmes et aux services. Des programmes très variés sont nécessaires pour répondre aux besoins distincts des enfants inuits, métis et des Premières Nations, et de leur famille, notamment des programmes qui peuvent produire les résultats suivants :

- améliorer le développement cognitif, social, comportemental et physique des enfants, de manière à les préparer pour l'école et pour une vie d'adulte pleinement engagé;
- créer des milieux familiaux favorables;
- créer des relations parents-enfants efficaces et bienveillantes;
- améliorer les compétences parentales et interactionnelles des parents et leur connaissance du développement des enfants, et, plus particulièrement, inciter les pères à participer davantage aux soins à donner à leurs enfants;
- amener les parents à soutenir l'apprentissage de leurs enfants, à l'intérieur et à l'extérieur des milieux d'apprentissage préscolaire officiels;
- remédier aux effets persistants de la colonisation qui pèsent encore sur les parents autochtones et leur rôle parental, notamment le racisme et la stigmatisation sociale sous jacente, d'après laquelle on continue de considérer les parents autochtones comme de « mauvais parents » ou de blâmer les personnes pour des circonstances, des difficultés et des tensions qui souvent sont fausses ou échappent à leur contrôle (Kline, 1993).

Les interventions et les programmes autochtones de développement de la petite enfance sont d'importants terrains où promouvoir la résilience des enfants autochtones. Dans le cadre de ces interventions, il peut être possible d'améliorer certains aspects du bien être affectif et psychosocial des enfants et de les

aider à acquérir les compétences et les attributs dont ils auront besoin pour conjurer l'adversité tout au long de leur vie (Newman, 2002; Reynolds, & Ou, 2003). Plus précisément, les interventions et les programmes de développement de la petite enfance peuvent accroître la résilience des enfants :

- en donnant aux enfants la possibilité de se doter de bonnes compétences sociales et de renforcer leur estime de soi, leur confiance en leurs capacités, leur sentiment d'empathie envers les autres et leur lieu de contrôle interne;
- en transmettant aux parents et aux pourvoyeurs de soins les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour mettre en place un environnement bienveillant et sain où leurs enfants peuvent s'épanouir;
- en modifiant ou en réduisant l'exposition au risque des enfants, par exemple en offrant de la nourriture aux enfants des ménages souffrant d'insécurité alimentaire ou en donnant des possibilités d'apprentissage à des enfants qui n'y auraient pas accès autrement;
- en interrompant la réaction en chaîne d'événements négatifs pouvant pousser les enfants d'âge préscolaire sur une voie qui les mènera un jour à la délinquance, par la création de liens entre la maison et l'école qui fourniront aux enfants et aux parents le soutien dont ils ont tant besoin;
- en créant des occasions de changement par l'établissement de réseaux sociaux ou de relations interpersonnelles favorables (Newman, 2002).

Les notions de résilience des Autochtones reposent sur des concepts de la personne qui sont distincts du point de vue de la culture, des concepts qui créent des liens entre les gens, la collectivité et l'environnement, l'importance de l'histoire collective, la richesse des langues et des traditions autochtones, de même que la capacité d'agir et l'activisme individuels et collectifs (Kirmayer, Dandeneau, Marshall, Kahenttonni Phillips, & Williamson, 2011, p. 84). Ainsi, les principaux facteurs qui renforcent la résilience des Autochtones et réduisent les résultats défavorables avec lesquels ceux-ci sont aux prises sur le plan de la santé comprennent les liens avec la terre, la spiritualité, les activités et les aliments traditionnels, l'utilisation de la langue et l'autodétermination. Les recherches ont montré que l'enculturation (la mesure dans laquelle les personnes sont intégrées à leur culture) peut contribuer au bien-être des enfants autochtones de nombreuses façons. L'enculturation peut augmenter l'estime de soi de ces enfants, ce qui peut contribuer à la réussite scolaire et joue un rôle important dans le renforcement de la résilience face au racisme et à la discrimination; elle peut protéger les enfants contre la délinquance et prévenir la toxicomanie, et favoriser la guérison affective et psychologique (Chandler & Lalonde, 1998, 2008; Fleming & Ledogar, 2008a/b; McIvor, 2005; McIvor, Napoleon, & Dickie, 2009; Zimmerman, et al., 1998). Les liens des enfants autochtones avec la famille et la collectivité sont un important facteur qui renforce leur résilience. De forts réseaux familiaux et des collectivités vigoureuses offrent des sources de soutien et sont essentiels à la transmission des protocoles culturels, des traditions et d'un système de valeurs ou de

croances aux enfants, ce qui aide ces derniers à se construire une identité positive et à être fiers d'eux (Irvine, 2009; Pilisuk & Froland, 2004), et contribue en définitive à leur santé mentale et à leur bien-être.

Les programmes de développement de la petite enfance comportent certaines caractéristiques communes qui, selon les chercheurs et les professionnels de la petite enfance travaillant dans les collectivités autochtones, constituent des pratiques exemplaires en milieu autochtone. Ces programmes sont axés sur la culture, et visent à revitaliser et à protéger les langues et les cultures autochtones pour aider à rétablir l'identité des Autochtones. Ils sont planifiés, conçus et pilotés par les collectivités, et intègrent une démarche globale qui répond aux besoins affectifs, cognitifs, spirituels et physiques des enfants et des familles autochtones (Public Policy Forum, 2015). De plus, les programmes de développement de la petite enfance axés sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants doivent incorporer des façons d'élever les enfants traditionnelles et contemporaines ancrées dans les connaissances, les cultures et les visions du monde des Autochtones, réaffirmer les principes autochtones de la collectivité et intégrer la pédagogie autochtone (BCACCS, 2014; Holland Stairs & Bernhard, 2002; Preston, Cottrell, Pelletier, & Pearce, 2012).

Les façons de savoir et d'apprendre occidentales et autochtones comportent des différences fondamentales devant être prises en considération dans les programmes de développement de la petite enfance orientés sur l'apprentissage des jeunes enfants. La communication orale, les histoires

et les contes font partie intégrante de la culture et de l'apprentissage des Autochtones, et permettent aux adultes de transmettre leur histoire, leur savoir, leurs valeurs et leurs croyances aux enfants. Par ailleurs, l'apprentissage des enfants autochtones est fondé sur la pratique et l'expérience, et repose sur le contexte (Hogue, 2016). Ces différences transparaissent dans les résultats concernant le développement des enfants inuits, métis et des Premières Nations ayant participé à l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 (Findlay, Kohen, & Miller, 2014). Cette enquête a révélé que les enfants des trois groupes autochtones développent leur motricité globale et leur autonomie plus rapidement que ne le prévoient les normes établies à l'échelle du monde par l'Organisation mondiale de la santé, tandis qu'ils acquièrent leurs aptitudes langagières un peu plus tard que les enfants canadiens en général. L'enquête a souligné l'importance de dégager des normes adaptées à la culture, plutôt que de se fier à celles dérivées des populations en général (p. 241). Findlay et Kohen (2013) ont déterminé que les déficits de la parole et du langage étaient une forme courante de retard de développement chez les enfants autochtones vivant hors réserve, et avancent à titre d'explication que les enfants autochtones font peut-être l'apprentissage du langage différemment des enfants non autochtones (p. 14). Par conséquent, il est important d'établir des moyens d'enseigner et d'évaluer le langage adaptés à la culture.

Il faut également réaliser des interventions qui agissent sur les obstacles que doivent franchir les enfants autochtones et leurs familles pour avoir accès aux

services de développement de la petite enfance. Le Forum des politiques publiques (Public Policy Forum, 2015) préconise l'intégration des programmes et des services actuels de développement de la petite enfance qui soutiennent les familles et les collectivités autochtones au Canada, de manière à ce que les fournisseurs de services puissent collaborer en vue d'offrir des services continus et mieux coordonnés. En outre, les programmes de développement de la petite enfance doivent être accessibles, abordables, facultatifs et centrés sur la famille de manière à élargir leur portée (Public Policy Forum, 2015), et disposer d'éducateurs autochtones compétents en quantité suffisante (Preston et al., 2012).

5.3 Évolution des programmes et des politiques autochtones de développement de la petite enfance

À la fin des années 1990, le gouvernement fédéral a commencé à établir un certain nombre de politiques, de programmes et de services de développement de la petite enfance propres aux Autochtones afin de donner aux enfants autochtones des chances de s'épanouir semblables à celles des autres enfants (Greenwood, 2009). En 1992, il a lancé un plan d'action national quinquennal pour favoriser la santé et le bien être des enfants autochtones, intitulé *Grandir ensemble*, lequel comportait un volet pour soutenir les enfants et les familles des Premières Nations vivant dans une réserve (*Grandir ensemble*), et un volet pour soutenir les enfants et les familles autochtones vivant hors réserve ou à l'extérieur

des collectivités inuites (Programme d'action communautaire pour les enfants). En 1995, le gouvernement fédéral a mis sur pied l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits, qui visait à créer des programmes de garde en milieu communautaire pour les jeunes enfants vivant dans une réserve dans le but de permettre aux parents d'entrer sur le marché du travail ou de poursuivre leurs études. Cette initiative a été suivie l'année d'après par le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, une initiative d'intervention précoce conçue pour répondre aux besoins des enfants autochtones à risque vivant dans de grandes collectivités urbaines et nordiques, au moyen de programmes préscolaires enrichis. En 1998, ce programme a été élargi et offert également aux collectivités établies dans les réserves. À la suite de l'annonce du Plan d'action national pour les enfants, en 1997, et de la reconnaissance par le gouvernement du Canada de l'importance du développement de la petite enfance à titre de priorité nationale, en 2000, une attention accrue a été portée aux programmes et aux services officiels de développement de la petite enfance destinés aux enfants autochtones (Health Canada, First Nations, Inuit and Aboriginal Health, n.d.). En 2002, un engagement de financement de 320 millions de dollars sur cinq ans a été annoncé à l'appui d'une stratégie de développement de la petite enfance autochtone. Cette stratégie favorisait un modèle de « guichet unique » pour les programmes de développement de la petite enfance en vue d'assurer la coordination des programmes fédéraux en la matière, et d'accroître l'efficacité en réduisant les chevauchements

et les recoupements entre les programmes et les services existants (Greenwood, 2009). Puis, une somme de 45 millions de dollars sur trois ans assortie d'un financement permanent de 14 millions de dollars par la suite a été accordée aux programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants vivant dans une réserve (Indian and Northern Affairs Canada, 2008c). Ces programmes devaient être adaptés à la culture des collectivités inuites et des Premières Nations et pilotés par ces collectivités. Si les projets pilotes de prestation de services selon le modèle du guichet unique ont commencé en avril 2007, ce modèle global n'a toutefois pas été largement accepté à l'échelle des politiques et des programmes. Depuis 2005, le soutien accordé aux programmes autochtones de développement de la petite enfance n'a pas beaucoup changé (BCACCS, 2014).

Quatre ministères fédéraux participent à l'élaboration de politiques de soutien des enfants et des familles qui touchent la grossesse en santé, le rôle parental et le soutien familial, le développement de la petite enfance, la garde des jeunes enfants et le soutien communautaire. Services aux Autochtones Canada finance les programmes et les services à l'intention des Premières Nations établies dans les réserves et des collectivités inuites, dont le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, *Grandir ensemble*, le Programme canadien de nutrition prénatale – volet Premières Nations et Inuits, l'Initiative de santé buccodentaire des enfants, l'Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale – volet Premières Nations et Inuits, et le Programme de soins de santé maternelle et infantile. L'Agence de la santé publique du

Canada finance les programmes et les services à l'intention des Inuits, des Métis et des Premières Nations hors réserve, dont le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et l'Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada³¹ offre des programmes de garderie aux Premières Nations dans les réserves en Ontario de même qu'aux Indiens inscrits et aux Métis vivant habituellement dans une réserve en Alberta. Emploi et Développement social Canada³² finance l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits (Public Policy Forum, 2015). Certains de ces programmes sont conçus pour répondre aux besoins des adultes, comme le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme de soins de santé maternelle et infantile, qui offrent des services et des ressources en vue de favoriser la santé des femmes enceintes et des nourrissons, ainsi que la santé et le bien être des familles ayant de jeunes enfants. D'autres programmes visent à répondre aux besoins particuliers des enfants, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui stimule le développement spirituel, affectif, intellectuel et physique des enfants autochtones. Ces programmes ne sont pas tous conçus expressément pour les enfants et les familles autochtones. Par exemple, le

Programme d'action communautaire pour les enfants s'adresse à tous les enfants désavantagés des collectivités urbaines et n'a pas pour objet de répondre aux besoins culturels et particuliers des enfants autochtones. Tout le financement des programmes de développement de la petite enfance à l'intention des Autochtones est acheminé dans le cadre de l'initiative *Early Childhood Development and Early Learning and Child Care – Strategy for First Nations and other Aboriginal children* (BCACCS, 2014). À l'heure actuelle, le gouvernement du Canada fait participer les Autochtones et d'autres intervenants à l'élaboration du nouveau Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones à l'intention des enfants inuits, métis et des Premières Nations de l'ensemble du Canada³³. Aucun soutien à l'échelle fédérale n'est actuellement accordé aux interventions et aux programmes de développement de la petite enfance propres aux Métis (Public Policy Forum, 2015).

5.4 Exemples d'interventions et de programmes fructueux de développement de la petite enfance à l'intention des Autochtones

Plusieurs exemples de façons prometteuses d'aborder le développement de la petite enfance en milieu autochtone sont présentés ci-dessous. Ces méthodes reposent sur des approches globales à l'égard des besoins globaux, et intègrent

bon nombre des facteurs qui sont importants pour favoriser la résilience et le sain développement des enfants inuits, métis et des Premières Nations. La plupart de ces méthodes sont conçues et pilotées par la collectivité, et mettent en jeu la collaboration intersectorielle ou des services intégrés.

Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones

Les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones sont des initiatives fondées sur la collectivité qui offrent des services d'éducation de la petite enfance axés sur la culture en vue de favoriser la croissance spirituelle, affective, intellectuelle et physique des enfants autochtones vivant dans une réserve ou hors réserve, et de soutenir les parents et les gardiens dans leur rôle de principaux éducateurs. Ces programmes ont d'abord été mis en œuvre au Canada en 1995 dans les centres urbains et les grandes collectivités nordiques du Canada (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques [PAPACUN]), puis offerts également aux collectivités autochtones dans les réserves (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves [PAPAR]) en 1998. L'Agence de la santé publique du Canada finance et administre le PAPACUN, tandis que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada a la responsabilité du PAPAR. Les programmes d'aide

³¹ Au moment où la recherche a été menée, c'est Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) qui supervisait ces programmes de garderie. Cependant, en raison de la récente dissolution d'AADNC, qui a été divisé en deux nouveaux ministères, il était impossible de déterminer lequel de ces deux ministères assumait cette responsabilité au moment de la publication.

³² Autrefois Développement des ressources humaines Canada (DRHC).

³³ Voir gouvernement du Canada (Government of Canada, 2017b).

préscolaire aux Autochtones appuient le développement de la petite enfance au moyen de stratégies et de programmes conçus, mis en œuvre et exécutés par les collectivités à l'intention des jeunes enfants (de 0 à 6 ans), les enfants de 3 à 5 ans étant visés plus particulièrement. Chaque programme doit soutenir au moins un des six volets suivants : éducation, promotion de la santé, culture et langue, nutrition, soutien social, et participation des parents et de la famille (Public Policy Forum, 2015). Toutefois, comme les programmes sont conçus par les collectivités, chacun d'eux se concentre sur les besoins et les désirs de la collectivité individuelle, laquelle peut ainsi mettre en relief la culture, la langue et l'identité qui lui sont propres en vue d'outiller les enfants et de les rendre plus fiers d'eux mêmes et de leur collectivité (Williams, n.d.). Ces programmes s'adaptent également à la population qu'ils servent en embauchant du personnel autochtone (Office of Audit and Evaluation, 2017). Veiller à ce que les programmes soient adaptés à la culture et à ce qu'ils soient sûrs, et faire participer les parents à l'éducation des enfants et aux soins qui leur sont donnés sont des mesures qui peuvent aider les parents et les pourvoyeurs de soins autochtones à surmonter les craintes et la méfiance qu'ils éprouvent peut être envers l'éducation en raison de leur expérience du régime des pensionnats indiens.

Les programmes se déroulent habituellement à raison d'une demi-journée, cinq jours par semaine. Ils intègrent les pratiques culturelles traditionnelles et une approche globale de l'apprentissage et du développement de la petite enfance, notamment des cours de langue

pour aider les enfants à mieux maîtriser leur propre langue, des activités d'apprentissage préscolaire pour améliorer la préparation à l'école, de même que des activités d'éducation et de sensibilisation en matière de santé portant sur la santé buccodentaire, la vaccination, la nutrition, l'activité physique, les choix de vie sains et les pratiques culturelles traditionnelles (Health Canada, 2007b). Les programmes ont aussi pour but de renforcer les compétences et les connaissances parentales et d'améliorer les relations familiales en vue de soutenir le développement optimal des enfants; pour ce faire, ils encouragent les parents à participer à l'éducation de leurs enfants, apportent des ressources et du soutien social aux parents, et offrent diverses activités spécialement conçues pour les parents, notamment des ateliers sur le rôle de parent, des séances d'information sur l'hygiène dentaire et la nutrition, et des cours de préparation d'aliments traditionnels. Les programmes sont subventionnés par le gouvernement fédéral de sorte qu'ils sont offerts gratuitement et, dans bien des cas, le transport à destination et en provenance du centre où est dispensé le programme est fourni (Indian and Northern Affairs Canada, 2008a). En 2015, le PAPACUN se déroulait dans 134 centres au Canada et offrait des services à 4700 ou 4800 enfants, tandis que le PAPAR se déroulait dans 356 centres et offrait des services à plus de 11 300 enfants (Office of Audit and Evaluation, 2017). Toutefois, l'accès à ces programmes est limité. L'Agence de la santé publique du Canada (PHAC, 2017) indique qu'à l'heure actuelle, 88 projets en cours offrent des services surtout à des enfants des Premières Nations (desservant

environ 55 % de la population hors réserve des Premières Nations), 57 projets offrent des services surtout à des enfants métis (desservant environ 19 % de la population métisse), et 31 projets offrent des services surtout à des enfants inuits (desservant environ 21 % de la population inuite).

Le PAPACUN et le PAPAR ont été évalués officiellement à l'échelle nationale. Toutefois, seul le PAPACUN semble avoir une évaluation nationale distincte et facilement accessible; pour sa part, le PAPAR a été évalué collectivement en tant qu'élément du réseau de programmes fédéraux qui portent directement sur l'apprentissage et le sain développement des jeunes enfants des Premières Nations vivant dans une réserve, bien que plusieurs évaluations régionales ou locales soient facilement accessibles. Ces évaluations ont révélé d'importants gains dans tous les aspects du développement des enfants. L'évaluation du PAPACUN de 2011-2012 à 2015-2016 montre de nettes améliorations dans toutes les mesures de la préparation à l'école, y compris le langage, les habiletés motrices, l'aptitude aux études, les compétences sociales, la communication, le comportement et les attitudes, et la maturité affective, la plupart des enfants ayant bien réussi leur entrée à l'école (Office of Audit & Evaluation, 2017). Près des trois quarts des parents et des pourvoyeurs de soins affirment que leur enfant a appris des mots autochtones et 71 % disent que leur enfant connaît mieux les cultures autochtones par suite de la participation au Programme. Les évaluations propres à chaque centre, comme l'évaluation du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

de Little Red Spirit, montrent également que la participation à des activités culturelles ne procure pas des avantages aux enfants seulement : grâce au programme, 62 % des familles font plus d'activités autochtones et traditionnelles, et 44 % utilisent leur langue autochtone plus souvent. Certains répondants affirment que cette participation leur a donné le sentiment de se prendre en main comme jamais auparavant.

L'évaluation du PAPACUN fait aussi ressortir des avantages pour les parents : au moins 67 % d'entre eux ont assisté à une activité parentale ou plus durant l'année, 68 % affirment que leurs compétences parentales se sont améliorées, et 76 % disent savoir mieux comment garder leurs enfants en santé. En outre, les données qualitatives montrent que les parents et les pourvoyeurs de soins ont reçu régulièrement du soutien social dans les centres du PAPACUN, soutien qui s'est révélé inestimable dans leur processus de guérison et qui a contribué à faire d'eux de meilleurs aidants. Les relations que ces parents ont créées ont permis de réduire leur isolement, d'accroître leur socialisation et d'améliorer leur santé mentale; les centres du PAPACUN ont donc aidé ces parents à rehausser leur estime de soi et leur confiance, à acquérir une meilleure connaissance d'eux-mêmes et du rôle qu'ils jouent dans la vie de leurs enfants, et de mieux comprendre le rôle de parent.

L'évaluation du PAPACUN a cependant mis en lumière des obstacles à l'accès. Au cours de la période d'évaluation de cinq ans, la portée du PAPACUN n'a pas pu s'élargir en raison de certains facteurs, dont les changements démographiques, l'emplacement géographique, les niveaux de financement statiques, le transport et la capacité limitée d'offrir des services aux enfants ayant des besoins particuliers. Le PAPACUN offre des services à seulement 98 (56 %) des 175 collectivités autochtones hors réserve ayant une masse critique d'enfants autochtones (les collectivités dont la superficie est inférieure à 500 km² et comptant au moins 200 enfants autochtones). Le Programme d'action communautaire pour les enfants est présent dans 34 des collectivités n'ayant pas de centre du PAPACUN, de sorte qu'environ 25 % des 175 collectivités n'accueillent ni l'un ni l'autre de ces programmes (Office of Audit and Evaluation, 2017). En 2015-2016, 40 % des centres du PAPACUN avaient des listes d'attente, où étaient inscrits en moyenne 15 enfants. La capacité de ces centres de répondre à la demande de services diminue depuis le lancement du programme en 1995. Le financement n'a pas augmenté au rythme de la croissance rapide de la population autochtone, et les coûts de fonctionnement des centres ont augmenté, surtout les coûts de la formation et des

ressources pour les enfants ayant des besoins particuliers en raison de problèmes comme l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, les difficultés d'élocution et de langage, le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, les retards de développement et les problèmes de santé mentale. L'évaluation a également mis en lumière les difficultés additionnelles des centres du PAPACUN éloignés et isolés lorsqu'il s'agit d'obtenir des fonds et des contributions en nature dans le cadre de partenariats de collaboration, de respecter les exigences d'agrément du personnel, de répondre aux besoins de formation en matière d'éducation de la petite enfance et de besoins particuliers, de maintenir le personnel en poste, de faire participer les parents et les pourvoyeurs de soins aux programmes et de les mobiliser. Dans certains cas, des partenariats de collaboration ont été mis en place pour permettre aux étudiants et aux praticiens en développement de la petite enfance d'obtenir la qualification dont ils ont besoin sans avoir à quitter leur collectivité, par exemple les partenariats conclus par l'Université de Victoria avec les collectivités des Premières Nations en Colombie Britannique (Ball & Pence, 2006).



Les statistiques sur l'utilisation du PAPAR par les jeunes enfants des Premières Nations vivant dans une réserve et les enfants inuits sont plus limitées et très dépassées. Selon les renseignements obtenus sur le site Web du PAPAR³⁴, 14 000 enfants des Premières Nations vivant dans une réserve ont participé au PAPAR (exception faite de la Colombie Britannique), et selon le CGIPN (FNIGC, 2012a), environ 36 % de tous les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans qui vivaient dans une réserve et étaient visés par l'Enquête régionale sur la santé de 2008-2010 avaient participé à un programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Les données d'Affaires indiennes et du Nord canadien (Indian and Northern Affairs, 2008b) révèlent que 354 centres du PAPAR avaient reçu du financement cette année là et offert des services à 383 collectivités des Premières Nations et à 9 000 jeunes enfants. Ces données limitées montrent certains avantages pour les enfants et les familles. Les enfants qui avaient participé à un programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont obtenu de meilleurs résultats à l'école élémentaire que les autres enfants, à en juger par le nombre d'élèves qui ont redoublé une année (FNIGC, 2012a). Bien qu'il soit impossible de dire si les programmes s'inscrivaient expressément dans le cadre du PAPAR, le CGIPN (FNIGC, 2015) fait état de compétences en communication améliorées chez les enfants des Premières Nations ayant participé à des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants : 48 % des répondants ont indiqué que les

autres pouvaient comprendre leur enfant lorsqu'il parlait, 64 % ont dit qu'ils pouvaient comprendre leur enfant lorsqu'il parlait, et 73 % ont affirmé que leur enfant pouvait les comprendre lorsqu'ils parlaient, contre 24 %, 41 % et 58 % des parents dont les enfants d'âge préscolaire n'avaient pas participé à un tel programme. De même, les enfants des Premières Nations de moins de 6 ans qui avaient participé à un programme d'éducation de la petite enfance conçu pour les enfants des Premières Nations pouvaient comprendre leurs pourvoyeurs de soins et étaient compris par leurs pourvoyeurs de soins dans une plus grande proportion que ceux qui n'avaient pas participé à un tel programme (Module 7 – Fig. 5.9.3; FNIGC, 2015). Par ailleurs, le Forum des politiques publiques (Public Policy Forum, 2015) signale une hausse d'environ 8 % de la proportion d'enfants qui lisent chaque jour et chaque semaine parmi les participants aux programmes de ce genre.

Les données des évaluations régionales et locales du PAPAR révèlent des avantages semblables pour les enfants, les parents et les pourvoyeurs de soins, mais aussi certaines différences en ce qui concerne les difficultés. Par exemple, l'évaluation du PAPAR au Manitoba de 2010-2011 a fait ressortir des points forts et des avantages très diversifiés pour les enfants. Ces points forts et avantages comprennent les mesures de la préparation à l'école, dont la littératie, la numératie et la motricité, le développement social et les

compétences en communication, le désir d'apprendre de nouvelles choses; dont la langue et les composantes culturelles autochtones; l'accès accru aux services de santé, dont la vaccination, les services de santé buccodentaire et les examens physiques; et un programme se déroulant dans des milieux sûrs et favorables (Kaplan & Komishen, 2011). Les avantages pour les parents comprennent l'accès à de l'information sur le sain développement des enfants ainsi qu'à des ressources et à du soutien en matière de rôle parental, l'accès accru aux ressources et au soutien communautaires et un meilleur aiguillage à cet égard, une augmentation du temps passé avec les enfants et une participation accrue à diverses activités familiales par suite de la participation au programme. Toutefois, l'évaluation a montré que les enfants avaient de piètres capacités en langues autochtones à la fin de l'année, situation qui serait attribuable au manque de connaissance des langues autochtones du personnel du PAPAR, et elle a cerné des difficultés touchant le programme, comme le besoin de soutien accru de la part de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (surtout en ce qui concerne le financement, la formation et le perfectionnement du personnel, les installations et l'infrastructure), la nécessité de faire participer les parents plus activement aux réunions et aux activités du programme, et l'absence de ressources et d'organismes communautaires. Une étude de cas portant sur un programme d'aide préscolaire aux

³⁴ Voir <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/sante-familiale/developpement-enfants-sante/programme-aide-prescolaire-autochtones-sante-premieres-nations-inuits-fiche-information-sante-canada.html>.

Autochtones en Ontario a souligné d'autres avantages pour les parents et les pourvoyeurs de soins, notamment un meilleur état de santé autodéclaré, l'engagement envers la revitalisation culturelle et linguistique, un nombre accru de visites rendues à un travailleur social autochtone offrant du soutien, l'amélioration de la santé mentale, la réduction du tabagisme, une meilleure connaissance des saines habitudes de vie, et de meilleures connaissances et compétences parentales démontrées dans les interactions avec les enfants (Mashford-Pringle, 2012).

BC Aboriginal Childcare Society

Fondée en 1996 pour administrer le volet de la Colombie Britannique de l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits, la BC Aboriginal Childcare Society (BCACCS) est un organisme à but non lucratif qui s'emploie à aider les collectivités des Premières Nations de la Colombie Britannique à mettre sur pied des services communautaires de garde d'enfants intégrés de grande qualité et culturellement adaptés pour favoriser le développement des enfants des Premières Nations (BCACCS, 2016a). La BCACCS déploie ses efforts dans le cadre d'activités de recherche, de sensibilisation et d'éducation des collectivités pour défendre les intérêts des enfants autochtones de la Colombie Britannique et leur assurer l'accès à des services et à des ressources de développement de la petite enfance enrichissantes, culturellement pertinents et de grande qualité, en plus d'organiser des ateliers de formation en partenariat avec divers intervenants.

En 2016-2017, la BCACCS a noué un partenariat avec un certain nombre

d'organisations, organismes et gouvernements autochtones et non autochtones à l'échelle régionale, provinciale et nationale. Ensemble, ils ont collaboré avec l'Assemblée des Premières Nations, le gouvernement du Canada et d'autres membres régionaux des Premières Nations à un groupe de travail qui avait pour mandat d'établir un cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones axé sur l'inclusion des responsabilités traditionnelles (BCACCS, 2017). Ils se sont associés à la Provincial Health Services Authority, à la First Nations Health Authority, à des chercheurs de diverses universités, à des organismes autochtones et non autochtones de santé, de développement de la petite enfance et d'aide à l'enfance, à des institutions de transfert des connaissances, à des administrations municipales et à des organismes à but non lucratif pour fournir des occasions de formation, renforcer la capacité de leadership, renouveler les formes du curriculum traditionnel, et créer et mettre en commun des ressources qui leur permettent de mieux défendre les intérêts des enfants autochtones et de leur offrir le soutien et les ressources nécessaires en matière de développement de la petite enfance et de services de garde. Ils continuent de travailler en partenariat avec le ministère du Développement des enfants et des familles de la Colombie Britannique pour fournir des services d'information, notamment de l'information et des consultations sur les services de garde, sur l'élaboration du curriculum, sur les questions d'agrément et sur les évaluations de programme (BCACCS, 2016b/c). Ils agissent aussi comme organisme hôte pour deux écoles préscolaires autochtones situées en milieu urbain à Vancouver qui participent

au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, et ont conçu le programme de développement de la parole et du langage intitulé Moe the MouseMD, une ressource pour les enfants autochtones, leurs parents et les éducateurs de la petite enfance qui utilisent des jouets et des récits liés à la culture autochtone pour favoriser le développement du langage chez les enfants de 3 à 5 ans. Les programmes, les services et les ressources en matière de développement de la petite enfance s'adressent aux enfants, aux parents et aux éducateurs de la petite enfance, et sont abordables, souples, accessibles et globaux. Par exemple, des ateliers sont offerts sur demande et sur place aux groupes et aux collectivités vivant dans les réserves et hors réserve. Les ateliers s'adaptent aux horaires des participants et peuvent être donnés le jour, le soir ou les fins de semaine, et leur contenu peut également être condensé pour respecter des échéanciers plus serrés.

Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits

L'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits (ISGPNI) est un programme fédéral de 50 millions de dollars qui soutient l'offre de plus de 8 500 places en garderie (principalement de niveau préscolaire) dans 486 collectivités inuites et des Premières Nations au Canada (Government of Canada, 2016b). Elle est un volet de la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones (SFCEA), financée par Emploi et Développement social Canada, qui vise à donner aux Autochtones des possibilités d'emploi. La SFCEA utilise une

approche intégrée pour offrir des programmes et des services qui répondent à trois priorités : soutenir le perfectionnement des compétences axé sur la demande; promouvoir la formation de partenariats avec le secteur privé et avec les gouvernements provinciaux et territoriaux; mettre l'accent sur la responsabilisation et les résultats. Le financement de cette initiative est accordé par le gouvernement fédéral aux signataires d'entente autochtone responsables de la conception et de la prestation de programmes et de services d'emploi répondant aux besoins de leur clientèle (Government of Canada, 2016b). Les programmes et les services comprennent entre autres le perfectionnement des compétences, la formation liée aux emplois pour lesquelles la demande est forte, la recherche d'emploi, l'accès aux services de garde d'enfants, et des programmes à l'intention des jeunes, des citoyens et des Autochtones handicapés.

Il est difficile de trouver une évaluation nationale exhaustive portant sur l'ISGPNI; toutefois, une évaluation effectuée en 2014 par Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) a fait ressortir l'effet produit par l'initiative dans l'Inuit Nunangat. D'après les conclusions de l'évaluation, l'initiative a été [TRADUCTION] « déterminante pour les programmes de garde d'enfants dans l'Inuit Nunangat » et elle a eu une incidence économique positive sur les familles, les collectivités et les régions (ITK, 2014). Plus particulièrement, le programme a financé la construction de centres de la petite enfance dans chaque région de l'Inuit Nunangat : entre 1995 et 2014, leur nombre est passé de 8 à 59. L'accès accru aux centres de la petite enfance

pour les enfants inuits et leurs familles a notamment permis à de nombreux parents inuits d'intégrer le marché du travail. L'initiative a contribué aux économies locales de façon directe et indirecte, d'abord par l'entremise de la rémunération versée aux employés des centres de la petite enfance, qui a totalisé plus de 3 millions de dollars dans l'Inuit Nunangat en 2013 seulement, et par l'augmentation de la proportion d'Inuits au sein de la population active (ITK, 2014). De plus, la structure de l'ISGPNI dans l'Inuit Nunangat confère aux Inuits l'entière responsabilité de l'élaboration des programmes de la petite enfance, qui reposent sur [TRADUCTION] « les connaissances, les cultures et les langues inuites et sur la participation des aînés » (ITK, 2014, p. 4).

Toutefois, l'évaluation a aussi mis en lumière des difficultés persistantes. Dans certaines régions, l'écart se creuse entre le financement disponible pour les programmes de garde d'enfants, d'une part, et les coûts opérationnels qui augmentent, d'autre part. Malgré l'existence de programmes de subvention, les frais de garderie quotidiens varient énormément à l'échelle de l'Inuit Nunangat. En effet, les frais pour les familles sont les plus élevés au Nunavut et les plus bas au Nunavik où le gouvernement du Québec s'est engagé à financer à long terme les services universels de garde d'enfants. En 2014, les frais pour les familles allaient de 0 \$ dans trois centres de la petite enfance administrés par la Société régionale inuvialuit et financés par de multiples sources, dont l'ISGPNI et le gouvernement des Territoires du Nord Ouest, à un somme allant de 15 \$ à 54 \$ pour les familles de la région de Qikiqtaaluk (soit

environ 58 % du revenu personnel médian) et de 25 \$ à 50 \$ par jour pour les familles vivant dans la région de Kitikmeot (soit 57 % du revenu personnel médian) (ITK, 2014). Dans une région où bon nombre de ménages sont monoparentaux et où le revenu personnel médian est nettement inférieur à celui du reste du Canada, ces frais peuvent représenter un obstacle important à l'accès aux services de garde d'enfants pour bien des familles inuites.

Dans un contexte d'accroissement démographique et de hausse de la demande de programmes de la petite enfance culturellement adaptés, de nombreuses régions ont du mal à satisfaire aux besoins, car elles ne disposent pas des fonds qui leur permettraient de créer de nouvelles places en garderie. Par exemple, en 2014, dans la région de Qikiqtaaluk, on comptait 23 centres financés par l'ISGPNI qui offraient 220 places financées; néanmoins, 910 enfants étaient sur une liste d'attente (ITK, 2014). Les fonds sont également insuffisants pour entretenir les centres ou en construire de nouveaux. Par exemple, 14 des 19 centres au Nunavik devaient être rénovés, et quatre sites à Qikiqtaaluk ont dû être fermés pour des questions d'infrastructure. Il est nécessaire d'accroître le financement pour régler un certain nombre de problèmes, notamment pour atteindre la parité salariale entre les éducateurs de la petite enfance et les enseignants, pour soutenir la formation continue et le perfectionnement professionnel, pour maintenir l'infrastructure, pour répondre à la demande croissante de places en garderie, et pour

soutenir les programmes inuits de développement de la petite enfance ancrés dans la culture, la langue, la vision du monde et les connaissances inuites (ITK, 2014, p. 4).

Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, Première Nation de Walpole Island

En 1990, le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario a annoncé le lancement du projet expérimental longitudinal de recherche portant sur les politiques de prévention intitulé « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur ». Ce projet étalé sur 25 ans visait les enfants (de 0 à 4 ans et de 4 à 8 ans) à faible revenu vivant dans un quartier à risque élevé au regard des problèmes de développement. Les collectivités défavorisées sur le plan socioéconomique qui ont été retenues ont obtenu des subventions pour l'élaboration de programmes de grande qualité visant à :

- réduire les problèmes d'ordre affectif et comportemental chez les jeunes enfants;
- promouvoir leur développement social, affectif, comportemental, physique et éducationnel;
- offrir des services intégrés aux enfants et aux familles;
- amener les parents et les dirigeants des collectivités à collaborer avec les fournisseurs de services dans le processus de planification, de conception et de mise en œuvre du projet (Better Beginnings, Better Futures, 2018; CCSDH, 2017; Peters et al., 2000).

Bien que le programme ne s'adressait pas précisément aux enfants des Premières Nations, un projet a

été financé à Walpole Island, une réserve des Premières Nations située dans le sud ouest de l'Ontario, à la frontière entre l'Ontario et l'État américain du Michigan. Les projets réalisés englobaient de nombreuses composantes jugées essentielles au développement de la résilience chez les enfants autochtones et leurs familles, dont les suivants : des partenariats intersectoriels, des éléments exhaustifs et holistiques portant sur tous les aspects du développement de l'enfant, l'intégration des services permettant d'assurer un soutien ininterrompu, des programmes conçus et gérés par les collectivités reflétant les besoins des enfants et des familles et collectivités dans lesquelles ils résident, et l'habilitation des parents et des citoyens. Dans le cas de Walpole Island, le projet a aussi permis d'établir un ensemble de valeurs et de principes d'action propres à la collectivité, fondés sur la culture traditionnelle (Peters et al., 2000).

Une évaluation du programme a été menée pour examiner les résultats sur le plan du développement chez les enfants participants et les incidences sur la santé de leurs parents (Peters et al., 2000). Dans l'évaluation, les résultats obtenus dans les lieux où la cohorte était du groupe d'âge le plus jeune, dont faisait partie la cohorte de la Première Nation de Walpole, ont été comparés à ceux obtenus dans les lieux où la cohorte était plus âgée. Des résultats positifs ont été obtenus pour l'enfant, les parents, la famille et le quartier dans tous les sites où la cohorte était la plus jeune, y compris dans la Première Nation de Walpole. Les résultats positifs pour l'enfant comprenaient la diminution des troubles affectifs évalués par les enseignants de prématernelle,

l'amélioration de l'attention et de la mémoire auditives, un plus grand nombre de vaccinations en temps opportun à 18 mois et, pour Walpole Island en particulier, l'amélioration du développement langagier et moteur et du développement de l'attention et de la mémoire. Les résultats positifs pour les parents et la famille comprenaient un meilleur accès aux professionnels de la santé au besoin, la fréquence accrue de la pratique d'activités physiques pendant la grossesse, la diminution du nombre de signalements de violence familiale (bien que cela ne s'est pas maintenu tout au long de la période de cinq ans) et, pour Walpole Island en particulier, une nette amélioration de la qualité des interactions entre les parents et les enfants et une diminution du stress et des tensions vécus par les parents et la famille. Cela dit, l'évaluation a fait ressortir la nécessité d'intensifier la sensibilisation à l'égard de l'allaitement et de lancer des programmes sur l'exercice physique et la nutrition pour améliorer la santé des femmes enceintes et leurs nouveau nés dans l'ensemble des lieux.

Programme Grandir ensemble

Le programme Grandir ensemble, lancé en 1992, est un programme communautaire de promotion et de prévention en santé conçu à l'intention des collectivités inuites et des Premières Nations (Government of Canada, 2013). Il fonctionne selon une approche globale pour soutenir les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations, et les activités et les services offerts dans l'une ou l'autre des cinq composantes – santé mentale, développement de l'enfant, rôle parental, bébés en santé, et prévention des blessures

– sont coordonnés et reliés entre eux (Government of Canada, 2013). Les collectivités autochtones ont la souplesse voulue pour décider des composantes du programme qu'elles offriront dans leurs services ou leurs activités, du type d'activités et de services fournis et de l'intégration des valeurs et des traditions propres aux cultures des Premières Nations et des Inuits. Une telle démarche permet d'assurer que le programme répond aux besoins de la collectivité. La composante de la santé mentale a pour objet de promouvoir le développement de collectivités en santé grâce à des services et à des activités qui favorisent la santé de la collectivité, comme les services de consultation et les activités liées au bien être. La composante du développement de l'enfant est axée sur des activités qui favorisent le développement affectif, social, physique et cognitif des enfants dans un environnement propice à l'épanouissement. La composante du rôle parental vise à promouvoir des aptitudes parentales adaptées à la culture au moyen d'ateliers sur le rôle parental, de programmes de formation sur l'art d'être parent (p. ex. le programme d'acquisition de compétences parentales « Y'a personne de parfait ») et de groupes de soutien à l'intention des parents d'enfants souffrant d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. La composante des bébés en santé a pour but d'améliorer la santé et le bien être des mères, de leur fœtus et de leur nouveau né, au moyen de services avant et après la grossesse et d'activités de sensibilisation liées à la grossesse, axées notamment sur l'importance de l'allaitement, sur les soins durant la grossesse, sur la santé et la nutrition. La composante de la prévention des blessures finance des activités visant à prévenir les blessures, par exemple des formations en secourisme et en

réanimation cardiorespiratoire, des ateliers sur la sécurité aquatique, sur la sécurité incendie et sur la sécurité à bicyclette, et des campagnes de sensibilisation sur l'utilisation des ceintures de sécurité à bord des véhicules automobiles. Dans chacune de ces composantes, les collectivités des Premières Nations et les collectivités inuites sont libres d'adopter des stratégies et de proposer des activités qui sont adaptées à leurs cultures. Bon nombre de collectivités ont établi des partenariats à l'échelle communautaire avec d'autres agents de prestation de programmes et de services, tandis que certaines ont noué des partenariats avec d'autres collectivités autochtones. Dans de plus rares cas, des partenariats ont été conclus avec des hôpitaux locaux ou des conseils régionaux de santé, et avec des organisations et des organismes provinciaux.

Le programme *Grandir ensemble* ne semble pas avoir récemment fait l'objet d'une évaluation qui soit accessible. Une évaluation réalisée en 2005 a fait ressortir la pertinence continue du programme et ses effets positifs sur les collectivités et leurs membres (Auguste Solutions and Associates, Inc., 2005). En effet, les initiatives mises en œuvre dans les collectivités adoptaient une approche globale qui embrassait tous les aspects de la santé et reconnaissait le fait que les individus, les familles, les collectivités et l'environnement étaient tous interreliés, elles offraient un modèle de prestation de services intégrés, elles mettaient de l'avant les cultures et l'identité autochtones, et elles combinaient les philosophies traditionnelles et occidentales en matière de santé. La majorité des collectivités participantes faisaient régulièrement intervenir les aînés dans le cadre du programme, 37,6 % orientaient régulièrement les

bénéficiaires vers des guérisseurs traditionnels, et une minorité de collectivités affectaient des ressources aux activités d'éducation portant sur l'histoire, la culture, les pratiques médicinales et les langues propres à la collectivité. La majorité des programmes avaient aussi mis en œuvre des volets sur le bien être de la collectivité qui traitaient tant de la santé physique que de la santé mentale.

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le PCNP, lancé en 1995, est un programme communautaire financé par le gouvernement fédéral qui vise à améliorer la santé et le bien être des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leurs bébés de moins d'un an qui vivent des situations difficiles. Ces situations comprennent la pauvreté, la grossesse à l'adolescence, l'isolement social et géographique, la toxicomanie et la violence familiale (Government of Canada, 2015b). Le programme aborde la prestation des services compte tenu de six principes qui cadrent bien avec les éléments que la littérature a jugés importants aux fins des programmes sur le développement de la petite enfance en contexte autochtone. Ces principes sont les suivants :

- 1) la santé et le bien être des mères et des bébés sont d'une importance primordiale;
- 2) le programme doit être équitable et accessible à l'ensemble des femmes enceintes et des nouvelles mères partout au Canada;
- 3) le programme doit être planifié, conçu, exécuté et évalué par les collectivités elles mêmes;

- 4) l'objectif est de renforcer le soutien offert aux parents et aux familles;
- 5) les partenariats et la collaboration sont essentiels à l'élaboration du programme;
- 6) le programme doit être assez souple pour répondre aux différents besoins des femmes de chaque collectivité, qui peuvent varier selon les conditions de vie dans les collectivités.

Le programme adopte une approche globale et soutient un large éventail d'éléments : prestation de conseils en nutrition, vitamines prénatales, nourriture et bons d'achat d'aliments, sensibilisation à l'importance d'un mode de vie sain, sensibilisation et soutien à l'allaitement, formation sur la préparation des repas, soutien à l'accouchement, soutien familial et social, connaissance du développement de l'enfant, sécurité de l'enfant, santé mentale des mères, pratiques parentales positives, éducation et aide en matière de soins des nourrissons et de développement de l'enfant, aiguillage vers d'autres organismes et services pouvant offrir un soutien supplémentaire.

S'il ne vise pas précisément les femmes enceintes autochtones ou les nouvelles mères autochtones et leurs nourrissons, le programme a toutefois été mis en œuvre à l'intention précise des Autochtones au sein des collectivités inuites et des Premières Nations dans le cadre du volet Premières Nations et Inuits du PCNP. Services aux Autochtones Canada finance et administre les programmes s'adressant aux femmes vivant dans les réserves, tandis que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) finance et administre

252 programmes visant les femmes autochtones en milieu urbain. Dans bon nombre de ces programmes, la vaste majorité des bénéficiaires sont autochtones, compte tenu de la composition démographique locale, tandis que d'autres programmes, dont l'Aboriginal Perinatal Outreach and Education Program à Ottawa et l'Aboriginal Prenatal Nutrition Program à Fort Erie, s'adressent exclusivement aux populations autochtones. Comme il est souple, le PCNP peut tenir compte des priorités locales et répondre aux besoins des différentes régions.

Les programmes qui visent les Autochtones sont conçus pour s'adapter à la culture des bénéficiaires et ils fournissent de l'information sur l'accouchement traditionnel, sur les méthodes traditionnelles d'éducation des enfants, sur l'inclusion des aliments traditionnels et sur d'autres éléments visant à renforcer l'identité culturelle. Ils offrent aussi de la formation en vue d'accroître les compétences et la sensibilisation culturelles des fournisseurs de services sociaux et de santé (PHAC, 2007). Pour tenir compte des réalités locales, ils peuvent également offrir d'autres mesures de soutien que ne proposent pas nécessairement les autres programmes, entre autres au chapitre des soins aux enfants, des services de transport et du développement des compétences langagières et de l'alphabétisation. En 2013-2014, 16 projets du PCNP ont été financés dans des réserves (Office of Audit and Evaluation, 2016).

Les résultats obtenus à plusieurs évaluations ont montré des effets positifs sur la santé des nourrissons, des mères et de la collectivité. Selon les résultats exploratoires d'une analyse sur les niveaux de service, les niveaux de participation

plus élevés étaient associés à une augmentation du nombre de bébés ayant un poids adéquat à la naissance et à des taux accrus de démarrage de l'allaitement. Une étude comparative a pour sa part révélé que les taux de démarrage de l'allaitement étaient près de deux fois plus élevés chez les mères participant au PCNP que chez celles n'y participant pas (PHAC, 2007). Parmi les avantages retirés par les mères ayant participé au programme, mentionnons un meilleur accès aux services, une diminution de l'isolement, une meilleure alimentation, une meilleure santé durant la grossesse et une amélioration de l'issue de la grossesse, la diffusion de plus amples informations sur l'allaitement, un accroissement des compétences parentales, une diminution du stress et un renforcement de la confiance en soi (PHAC, 2007, p. 17). Les données de recherche laissent aussi penser que les projets financés par le PCNP contribuent à renforcer la capacité des collectivités grâce à la collaboration et aux partenariats. Une évaluation effectuée en 2003 par Santé Canada a montré que les projets sont bien intégrés dans les collectivités, ce qui permet de mobiliser des ressources auprès des professionnels de la santé, des entreprises, des organismes à but non lucratif, des écoles, des autres ordres de gouvernement et des organisations autochtones (PHAC, 2007). Par exemple, en 2005-2006, 40 % des projets du PCNP mis en œuvre dans les collectivités inuites et des Premières Nations ont obtenu des fonds supplémentaires de 6,5 millions de dollars auprès des autres ordres de gouvernement, près de 49 % du nombre total d'heures de travail requises pour l'exécution des programmes ont été offertes gracieusement par les organisations partenaires, et 97 % des projets ont

reçu au moins une contribution en nature, que ce soit sous la forme de locaux, de matériaux, d'aliments, de transports ou d'autres biens (p. 18). En améliorant le sort des femmes autochtones défavorisées, le PCNP met vraiment en évidence les avantages des collaborations intersectorielles.

Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)

Le PACE, lancé en 1993, est semblable au PCNP car il s'agit d'un programme communautaire national visant à favoriser la santé et le développement social des enfants vulnérables de 6 ans et moins et de leurs familles. Financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les projets chapeautés par ce programme adoptent aussi une approche globale et offrent un large éventail d'activités touchant les domaines suivants : apprentissage dans la petite enfance, développement du langage et alphabétisation, santé et développement des enfants, compétences parentales, soutien en matière de nutrition, soutien familial, activité physique, services d'approche et visites à domicile (Government of Canada, 2015c). Même si le programme n'est pas axé spécifiquement sur les enfants des Premières Nations ou sur les enfants inuits ou métis, 178 projets ont été lancés dans des endroits comportant une importante population autochtone, y compris dans des centres urbains, et un grand nombre de projets ne visent que les enfants autochtones, dont plusieurs s'adressent exclusivement aux enfants inuits ou métis. En outre, selon une évaluation effectuée en 2013-2014, 16 projets financés dans le cadre du PACE ont été menés dans des réserves (Office of Audit

and Evaluation, 2016). Comme le PCNP, le PACE mise fortement sur l'établissement de partenariats avec d'autres secteurs et organisations, sur le renforcement des capacités communautaires et sur une offre d'activités et de mesures de soutien adaptées aux besoins des populations visées par les programmes.

Dans le cadre d'une évaluation du programme réalisée en 2015, les parents et les pourvoyeurs de soins qui ont répondu à un sondage ont exprimé des commentaires extrêmement favorables sur les programmes et ont souligné leurs effets hautement positifs sur le perfectionnement des connaissances et des compétences et sur l'adoption de saines habitudes de vie pour eux mêmes, leurs enfants et leur famille (PHAC, 2015). La vaste majorité des répondants estimaient être traités avec dignité et respect, se sentir bienvenus et acceptés, et avoir l'impression que le personnel répondait à leurs préoccupations et les aidait à obtenir les ressources dont ils avaient besoin pour leurs enfants. Les programmes ont aidé les participants à acquérir des connaissances et des compétences parentales afin qu'ils soient mieux en mesure de préserver la sécurité et la santé de leurs enfants et de favoriser leur développement et qu'ils sachent vers qui se tourner pour obtenir plus de renseignements et de soutien. La vaste majorité des répondants étaient plus aptes à composer avec le stress et à répondre aux besoins de base de leur famille, avaient une meilleure relation avec leur enfant et mettaient en pratique ce qu'ils avaient appris sur la nutrition, l'apprentissage des jeunes enfants et les autres aspects du rôle parental. Le sondage a aussi mis en lumière les bienfaits retirés par les enfants, soit une autonomie accrue,

un renforcement de la confiance, une augmentation des capacités langagières, de la littératie et de la numératie, ainsi qu'une amélioration de la communication et des aptitudes sociales. Le sondage a aussi révélé que les enfants et les familles présentant certaines caractéristiques qui les rendaient à risque, dont les enfants et les familles autochtones, avaient systématiquement retiré davantage de bienfaits de la participation au programme.

Success by 6^{MD}, Colombie-Britannique

Success by 6 est une initiative collaborative qui repose sur un partenariat conclu entre les organismes de Centraide, les caisses de crédit de la Colombie-Britannique, le ministère du Développement des enfants et des familles de la province, et des leaders autochtones et communautaires. L'objectif de l'initiative est de soutenir les enfants pour que ceux-ci puissent grandir en santé dans un milieu sans danger et devenir de bons apprenants, socialement engagés et responsables. Pour y parvenir, l'initiative mise sur le renforcement de la capacité communautaire, sur le soutien et l'amélioration des services existants et sur l'ajout de mesures de soutien pour élargir la gamme de services de développement de la petite enfance en Colombie-Britannique (Success by 6, n.d.a). Des coordonnateurs de 21 régions collaborent avec des conseils de planification sur le développement de la petite enfance dans plus de 550 collectivités de la Colombie-Britannique, et des intervenants locaux issus de multiples secteurs, dont la santé, l'éducation, les services de garde, les loisirs et les bibliothèques travaillent de concert à l'amélioration de la

prestation des services aux jeunes enfants et à leurs familles. L'initiative vise à créer des collectivités adaptées aux enfants et aux familles en encourageant la participation citoyenne et aussi par l'entremise de programmes de financement axés sur l'amélioration du développement social, affectif, physique et cognitif des jeunes enfants de moins de 6 ans. Les projets peuvent porter sur les activités et les ressources culturelles, sur la littératie, sur la nutrition, sur la garde des jeunes enfants, sur les jeux des enfants, sur le rôle parental et le perfectionnement des compétences. Parmi les activités collaboratives financées dans le cadre du programme, mentionnons les initiatives d'appui à l'intégration des services, la définition des obstacles et des lacunes au chapitre de la conception des services à la petite enfance, la mise sur pied de campagnes de sensibilisation du public, la tenue de salons locaux sur le thème de la santé, la création de ressources sur les langues et cultures autochtones, la planification d'activités culturelles autochtones et l'aménagement de nouvelles aires de jeux ou de carrefours communautaires de services de la petite enfance.

L'initiative reconnaît les besoins particuliers des enfants autochtones et de leurs familles de diverses façons. Premièrement, un volet de financement distinct est consacré à la mobilisation des Autochtones. Deuxièmement, les coordonnateurs autochtones travaillent avec les collectivités autochtones aux moyens d'améliorer la prestation de services. Troisièmement, les programmes communautaires sont axés sur les priorités des collectivités et les décisions de financement sont prises à l'échelle locale, de sorte que les collectivités autochtones peuvent affecter les

ressources en fonction de leurs besoins prioritaires. Quatrièmement, le volet autochtone de *Success by 6* fonctionne selon des principes directeurs précis, qui consistent à :

- reconnaître pleinement la diversité des populations autochtones en Colombie Britannique, y compris des populations autochtones et métisses en milieu urbain;
- soutenir les enfants autochtones et leurs familles en reconnaissant leur droit à l'autodétermination et à des approches adaptées aux besoins de leurs collectivités;
- soutenir les progrès réalisés par les collectivités, les initiatives locales et l'équipe de mise en œuvre provinciale;
- miser sur les points forts des relations et des partenariats existants (Success by 6, n.d.b).

De plus, *Success by 6* a mis en œuvre une stratégie sur la mobilisation des Autochtones comportant quatre grandes priorités :

- 1) accroître la participation et la représentation des Autochtones à l'initiative;
- 2) travailler avec les collectivités autochtones pour favoriser le renforcement des capacités communautaires;
- 3) accroître la sensibilisation aux réalités culturelles autochtones dans le contexte du développement de la petite enfance;
- 4) promouvoir et mieux faire connaître l'importance du développement de la petite enfance.

Conformément à cet engagement, les intervenants de *Success by 6* collaborent avec les populations et les collectivités autochtones en respectant leurs protocoles et leur diversité. Ils ne cherchent pas à leur « vendre » le programme, mais plutôt à travailler avec elles pour déterminer si *Success by 6* correspond à leurs propres priorités d'appui aux enfants et aux familles (Success by 6, n.d.c).

Success by 6 travaille à l'élaboration d'un outil d'évaluation utilisant des mesures communes, ce qui représente un défi étant donné la diversité des activités et des services financés à l'échelle de la Colombie-Britannique. En fait, à ce jour, une seule évaluation préliminaire a été entreprise pour évaluer l'expérience des parents à l'égard des services et activités offerts, et l'utilité générale d'un cadre d'évaluation commun. L'exercice a montré que les programmes répondaient bien aux objectifs qui étaient évalués. Sur l'ensemble des répondants au questionnaire d'évaluation, 89 % des participants aux programmes axés sur les parents et 85 % des participants aux programmes axés sur les enfants estimaient que le personnel des programmes faisait preuve de pratiques relationnelles et participatives; 92 % des participants aux programmes axés sur les parents et 90 % des participants aux programmes axés sur les enfants estimaient pouvoir facilement obtenir l'information dont ils avaient besoin auprès du personnel des programmes la plupart du temps; 84 % des participants aux programmes portant sur le rôle parental avaient noté une amélioration de leurs compétences parentales, et 74 % des participants aux programmes axés sur les parents ont vu augmenter leur soutien social

(Munro, 2010). Des évaluations distinctes ont été menées pour mesurer le renforcement des capacités communautaires à la suite de *Success by 6*. Par exemple, une évaluation réalisée en 2013 à laquelle ont participé des gestionnaires et des intervenants a fait ressortir des progrès au chapitre de la planification communautaire, les intervenants ayant fait état d'une amélioration de la capacité à cerner et à combler les besoins de la collectivité, d'un niveau accru de collaboration entre les partenaires communautaires, et d'une coordination plus efficace des tables de planification en matière de développement de la petite enfance (Success by 6, 2013). La majorité des tables de planification en matière de développement de la petite enfance comprenaient des activités mises en œuvre pour améliorer la coordination dans la prestation de services et éliminer les obstacles à l'accès aux services pour les enfants et les familles. Environ 60 % des répondants ont estimé que les services et le soutien au chapitre du développement de la petite enfance s'étaient améliorés pour les familles autochtones; toutefois, seulement 28 % ont fait état d'améliorations quant à l'accès à la nourriture et 18 % ont noté une amélioration du transport vers les activités des programmes et les services pour les familles à faible revenu.

Modèles de « guichets uniques » intégrés

Si la plupart des collectivités au Canada maintiennent une approche individuelle et non intégrée aux services à l'enfance et aux familles, un certain nombre de collectivités autochtones se sont tournées vers un modèle intégré parce qu'elles estiment que l'approche non intégrée

traite les besoins ou les problèmes de façon isolée au lieu de porter sur le fonctionnement de la personne dans son intégralité et sur le bien être de la famille entière (Ball, 2004). Ces modèles intègrent la santé et le développement de l'enfant sur place dans leurs programmes de services de garde et établissent des liens clairs avec d'autres programmes de santé ou programmes culturels ou sociaux utiles aux enfants et à leurs familles, comme les programmes sur le rôle parental, les services de traitement de la toxicomanie, et la formation professionnelle. Par exemple, la Tl'azt'en Nation, située près de Prince George, en Colombie Britannique, a combiné ses services de garde agréés et ses programmes d'aide préscolaire aux Autochtones, offerts à l'école primaire locale, avec l'accès à d'autres services spécialisés comme les services de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'orthophonistes (Ball, 2009). De même, la Première Nation de Lil'wat a mis au point un modèle global de services intégrés dans le cadre duquel elle offre des services de garde de poupons et de jeunes enfants, des services de garde après l'école, un programme préscolaire et l'accès à un éventail de spécialistes du développement de l'enfant, situés au même endroit, qui comprend aussi une cuisine communautaire, une aire d'information et de sensibilisation en matière de santé, des bureaux de services de santé et un éventail de services à la famille, entre autres des services de counselling en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, de réduction du tabagisme, de prévention du diabète, et des programmes de soutien aux parents. Un tel modèle se prête bien à un partage du personnel et des ressources qui permet de réaliser des gains d'efficacité, et fournit un point de rencontre et un carrefour

pour les familles et les pourvoyeurs de soins attirés par les services de garde de qualité qui y sont offerts et par la possibilité d'avoir accès, par l'entremise des services sociaux et de santé, à d'autres activités, mesures de soutien et services dont ils ne se seraient pas nécessairement prévalus s'ils n'avaient pas été aussi accessibles. Ces modèles contribuent aussi au bien être des familles et des collectivités en favorisant la participation et le bénévolat des parents, en améliorant les compétences parentales, en transmettant des connaissances culturelles, en renforçant l'identité et la fierté culturelles, et en fournissant des services adaptés à la réalité culturelle. Cependant, la collaboration intersectorielle est essentielle pour obtenir de bons résultats, car pour les collectivités, elle permet d'alléger le fardeau associé aux multiples demandes de financement et aux exigences à respecter en matière de reddition de comptes, il serait indiqué d'aménager des installations pouvant accueillir une multitude de services et d'adopter un modèle intégré de gestion des cas à l'échelle des divers services (Ball, 2004).

Bon nombre de programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants favorisent par ailleurs l'habilitation des parents et des pourvoyeurs de soins en répondant par d'autres moyens aux besoins des parents et des collectivités (Ball, 2005; Benzies, Tough, Edwards, Mychasiuk, & Donnelly, 2011; Preston et al., 2012). Par exemple, Ball (2005) fait valoir que les programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants devraient servir de carrefour pour les collectivités autochtones, car ils peuvent être le point d'accès à un éventail de services communautaires

et sociaux qui favorisent le bien être des familles et le mieux être global des collectivités dans leur ensemble. Ils peuvent fournir aux femmes enceintes des conseils et de l'information sur la nutrition prénatale et sur la santé, aider à parfaire les compétences parentales et améliorer le bien être de la collectivité, et aussi porter sur d'autres aspects du développement de l'enfant, outre la préparation à l'école, comme l'inculcation de bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire, de saines habitudes alimentaires et des comportements sains. Toutefois, Benzies et ses collègues (2011) font observer que, pour parvenir au cœur des difficultés profondément enracinées dans les familles et les collectivités autochtones, les programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants qui prévoient des interventions auprès des pourvoyeurs de soins et des enfants « gagneraient à s'attarder davantage sur la guérison spirituelle et affective que sur la modification d'aspects précis des comportements parentaux » (p. 317).

Enseignement à domicile pour les parents de jeunes enfants d'âge préscolaire (HIPPY) – Programme HIPPY pour les Autochtones

Le programme d'enseignement à domicile pour les parents de jeunes enfants d'âge préscolaire (HIPPY), qui existe depuis 1999, est le principal programme du Mothers Matter Centre (Mothers Matter Centre, 2016a). Ce programme d'apprentissage à domicile s'adresse aux nouvelles arrivantes à faible revenu et aux femmes autochtones et autres femmes canadiennes qui ont des enfants âgés de 3 à 5 ans. Il offre à plus de 10 000 d'entre elles des leçons structurées et de l'information

pratique, en plus de les aider à établir des liens avec la collectivité pour qu'elles puissent perfectionner leurs compétences parentales. Le programme se déroule pendant 30 semaines dans l'année et consiste en visites hebdomadaires effectuées par des intervenantes qui ont autrefois bénéficié du programme en tant que mères. Au cours des visites, celles-ci encadrent l'enfant dans la réalisation d'activités de grande qualité adaptées à lui. Le programme prévoit aussi des réunions de groupe mensuelles qui favorisent l'intégration sociale des mères et leur permet de commencer à établir des réseaux de soutien. Le programme d'apprentissage comprend neuf livres de contes, des livres d'activités hebdomadaires et des fournitures de base, accompagnés de plans de leçons faciles à suivre pour les parents. Les habiletés et les notions sont présentées progressivement au parent et à l'enfant au moyen d'un large éventail d'activités amusantes qui comprennent la lecture, l'écriture, le dessin, le chant, les rimes, les jeux, les casse-têtes, la cuisine et la pâtisserie.

Le programme HIPPY pour les Autochtones a été lancé en 2002 et il s'adresse aux familles autochtones vivant en milieu urbain au Canada. Il utilise un programme d'études culturellement pertinent conçu pour « maximiser le potentiel éducatif et global des enfants autochtones » et pour rétablir le rôle des Autochtones en tant que parents et leur rôle traditionnel comme enseignants de leurs propres enfants (Mothers Matter Centre, 2016b, para. 2). Comme le programme est conçu en collaboration avec des intervenants, il offre une formation et un soutien de grande qualité, culturellement adaptés à

la réalité autochtone et pertinents pour les enfants autochtones, leurs parents ou leurs pourvoyeurs de soins et leurs collectivités au Canada. Le programme d'études repose sur les principes et les valeurs autochtones suivantes :

- le respect des modes d'acquisition des connaissances autochtones;
- les connaissances et l'apprentissage autochtones sont le fondement de leur travail;
- l'engagement à favoriser un apprentissage continu ancré dans les modes d'acquisition des connaissances autochtones;
- l'écoute attentive pour favoriser le dialogue constructif et la prise de décisions;
- l'intégrité du processus décisionnel et des autres processus autochtones;
- l'adoption d'un mode de fonctionnement axé sur la collectivité;
- la coopération selon une dynamique d'échange collaboratif, de responsabilité partagée et de partenariat;
- la durabilité assurée par une planification responsable au profit des générations futures (Mothers Matter Centre, 2016b, para. 3).

Le programme consiste aussi à embaucher des parents autochtones et à leur donner une formation en bonne et due forme pour qu'ils puissent à leur tour donner le programme HIPPY à domicile, à raison d'une séance hebdomadaire d'environ une heure et demie avec le parent. Les familles autochtones s'engagent à y participer pendant

30 à 40 semaines par année durant au moins deux ans. Les parents passent de 15 à 20 minutes par jour à travailler avec leur enfant, en leur enseignant les leçons du programme au moyen de jeux de rôle. Comme les parents autochtones peuvent encore ressentir les effets néfastes du colonialisme, entre autres ceux des pensionnats et des pratiques d'aide à l'enfance, le contenu de tout le matériel pédagogique est adapté à un niveau de lecture équivalant à celui d'un élève de troisième année.

Les données de recherche font état de plusieurs effets positifs chez les enfants, les mères et les intervenantes à domicile. Les bienfaits pour les enfants comprennent l'amélioration du rendement scolaire, des résultats positifs au chapitre de la préparation à l'école, de l'aptitude à la lecture et du comportement à l'école, ainsi que le renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (Mothers Matter Centre, 2016a). Les bienfaits retirés par les mères comprennent l'amélioration des relations parent enfant, un renforcement de la confiance en soi, une diminution de l'isolement, des occasions accrues d'élargir leur réseau social et leur réseau de soutien, l'acquisition de compétences parentales, une confiance accrue en leur rôle d'enseignante de leur propre enfant, l'amélioration des compétences linguistiques, une participation accrue à l'apprentissage de leur enfant et davantage de temps passé avec celui-ci dans le cadre d'activités d'apprentissage (Mothers Matter Centre, 2016a). Les avantages retirés par les intervenantes à domicile comprennent l'obtention d'un emploi, la formation en milieu de travail et un appui à l'établissement d'objectifs et à la recherche d'emploi pour soutenir leur transition vers

d'autres emplois ou vers la poursuite d'études supérieures (Mothers Matter Centre, 2016a). Pour les familles autochtones, le modèle HIPPY a contribué à éliminer certains obstacles culturels et sociaux à la participation aux programmes d'apprentissage pour les jeunes enfants. Ses retombées positives ont été observées au chapitre de la santé, des résultats scolaires et sur le plan social pour les enfants et les parents, et en ce qui concerne l'amélioration des compétences parentales (Mothers Matter Centre, 2016b).

Y'a personne de parfait

Le programme Y'a personne de parfait est un programme communautaire de formation axée sur les compétences parentales. Il s'adresse aux parents d'enfants âgés de 5 ans et moins et il est conçu pour répondre aux besoins des parents qui sont chefs de famille monoparentale, jeunes, seuls, socialement ou géographiquement isolés, et qui ont peu d'années de scolarité ou un faible revenu (Government of Canada, 2017b). Mis au point par Santé Canada dans les années 1980, en partenariat avec les ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique, le programme relève de l'Agence de la santé publique du Canada et il est offert aux collectivités de l'ensemble du Canada en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec des organismes à but non lucratif. Les objectifs du programme sont les suivants : accroître les capacités des parents à préserver et à favoriser la santé de leurs jeunes enfants à l'aide d'information et de soutien visant à encourager les pratiques parentales positives; accroître les connaissances des parents sur la santé, la

sécurité et les comportements des enfants; permettre aux parents de perfectionner leurs compétences parentales et d'en acquérir de nouvelles; améliorer l'estime de soi des parents et leur aptitude à faire face aux difficultés; accroître la débrouillardise et le soutien mutuel chez les parents; mettre les parents en contact avec les services et les ressources communautaires; prévenir la violence familiale (Government of Canada, 2017b). Le programme est conçu pour être souple, accessible et adapté aux besoins des parents et des organisations qui le parrainent. Il est généralement offert en série de séances de groupe d'environ deux heures, données sur une période de six à huit semaines; cependant, il peut aussi être offert sous forme de séances individuelles. Le contenu des séances est axé sur les besoins des parents, et les séances offrent à ceux-ci un lieu sûr où ils peuvent faire part de leurs champs d'intérêt et de leurs préoccupations.

Le programme de formation au rôle de parent Y'a personne de parfait a été organisé et mis en œuvre par un certain nombre de collectivités et d'organisations autochtones à l'échelle du Canada, notamment dans le cadre de programmes de la petite enfance tels que les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et Grandir ensemble, de même que par des centres de services à l'enfance et à la famille. Par exemple, un rapport annuel de 2016-2017 sur le programme Y'a personne de parfait au Manitoba montre que le programme a été mis en œuvre entre autres dans les collectivités et aux endroits suivants : All Nations Family Resource Centre, Birdtail Sioux

Health Centre, Première Nation de Black River, programme d'aide préscolaire aux Autochtones de Little Red Spirit; Fédération des Métis du Manitoba (région du sud ouest), Peguis Family Centre, Sagkeeng Health Centre, Sandy Bay Child and Family Services, programme d'aide préscolaire aux Autochtones de Waywayseecappo, école Niji Mahkwa (Paterson-Payne, 2017).

Les parents qui ont participé à ces programmes ont acquis une confiance en leurs compétences parentales, amélioré leur aptitude à composer avec le stress et à résoudre les problèmes, accru leur faculté de résilience, augmenté la fréquence de leurs interactions positives avec leurs enfants et de leur recours à des techniques de discipline positive, et amélioré leur accès à un soutien social et communautaire et à un soutien par les pairs (Kennett, Chislett, & Olver, 2012; Skrypnek, & Charchun, 2009). Le programme ne s'adresse pas aux familles en crise, mais les changements positifs qu'il opère chez les parents peuvent contribuer à réduire le risque de survenue de crise au sein des familles.

Programme Triple P à l'intention des Autochtones

Le programme Triple P – Programme de pratiques parentales positives est considéré comme l'un des programmes d'éducation parentale les plus efficaces au monde. Il fournit un soutien parental et familial axé sur la prévention et le traitement des problèmes comportementaux et affectifs des enfants. Il vise à rehausser le niveau de compétences et de confiance des parents et des pourvoyeurs de soins en vue de les outiller à régler les problèmes familiaux à mesure qu'ils surviennent, de façon à maintenir un milieu familial sain et positif qui optimise le développement de l'enfant (Triple P Positive Parenting Program, n.d.; CCSDH, 2017). Le programme a prouvé sa compétence au chapitre de l'amélioration des problèmes comportementaux, de l'établissement de relations positives et de l'adoption d'attitudes et de comportements positifs. Le programme est offert aux parents d'enfants âgés de 12 ans et moins (un volet peut aussi être offert aux parents d'adolescents). Le programme est souple et prévoit des modes de prestation multiples, notamment des versions adaptées aux préférences d'un éventail de familles.

Un programme Triple P spécial a été mis au point à l'intention des Autochtones, en consultation avec

des aînés, des professionnels et des parents issus des collectivités autochtones en région éloignée et en milieu urbain. Des mesures ont été prises pour veiller à ce que le programme soit accepté au sein des collectivités autochtones et dirigé par les collectivités, entre autres la mise sur pied d'un groupe consultatif dans les régions visées pour négocier les différentes composantes du programme, les procédures d'évaluation, les ressources et les structures de supervision, et la mise à profit des systèmes de connaissances autochtones et non autochtones en matière de relations saines, de rôle parental, d'apprentissage par observation, de discipline, d'inclusion et de guérison (Turner, Hodge, Forster, & McIluff, 2017). Le programme a donné des résultats positifs pour les enfants et les familles. Il a notamment entraîné une diminution des problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants, une baisse du nombre de cas de maltraitance d'enfants et de placements d'enfants à l'extérieur du foyer, une baisse du nombre de consultations à l'hôpital d'enfants victimes de sévices, de même qu'une diminution de la dépression, du stress parental et du recours aux méthodes parentales contraignantes (Nowak, & Heinrichs, 2008; Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009; Sanders et al., 2008). Compte tenu de sa souplesse et de son efficacité avérée pour promouvoir des dynamiques parent enfant adaptées aux divers contextes culturels, le programme Triple P est une excellente mesure d'intervention préventive pour les enfants à risque de présenter des troubles d'extériorisation (Toth, Petrenko, Gravener-Davis, & Handley, 2016; Turner, Richards, & Sanders, 2007).





6.0 CONCLUSION ET DOMAINES D'ACTION



Les jeunes enfants autochtones présentent de nombreuses disparités au regard de la santé, qui sont en grande partie liées au contexte socioéconomique, environnemental, politique et historique dans lequel ils vivent et à ses répercussions à l'échelle de la famille, de la collectivité et des structures et systèmes sociétaux plus larges. Les programmes de développement et de soins des jeunes enfants de grande qualité, globaux et culturellement adaptés constituent une voie prometteuse pour traiter la problématique des disparités au regard de la santé, car ils optimisent le développement physique, affectif, psychologique, cognitif et spirituel des enfants autochtones, et ils améliorent les milieux familiaux et collectifs dans lesquels ils vivent. Ces programmes assurent ainsi aux enfants le meilleur départ possible dans la vie et ils contribuent à améliorer la santé et le bien-être des familles et des collectivités autochtones à long terme. Toutefois, il existe des lacunes dans les services offerts aux enfants autochtones vivant dans les plus petites collectivités qui ne disposent pas des ressources ni des capacités nécessaires pour lancer ou maintenir de tels programmes. Les défis que doivent relever ces collectivités ont trait notamment à la nécessité pour les enseignants qui interviennent auprès de jeunes enfants d'acquérir des titres de compétence normalisés et d'obtenir un brevet, aux coûts prohibitifs rattachés à l'obligation d'assurer ces programmes satisfaisant aux normes liées aux infrastructures et aux exigences en matière de personnel, aux vastes distances géographiques qui séparent les collectivités autochtones des établissements postsecondaires offrant de la formation en éducation de la petite enfance (Preston et al., 2012); le manque de financement adéquat et durable, ainsi que le manque de capacités, de services et de ressources à l'échelle locale. Des lacunes au chapitre des services sont aussi observées dans les grands centres urbains où l'offre de programmes de développement de la petite enfance peut être abondante, mais pas nécessairement adaptée sur le plan culturel (BCACCS, 2014).

La littérature a fait ressortir un certain nombre de mesures concrètes visant à améliorer les déterminants sociaux de la santé chez les enfants autochtones. Afin de remédier aux séquelles laissées par les pensionnats indiens et de faire progresser le processus de réconciliation, la Commission de vérité et de réconciliation (CVR) (TRC, 2015) a recommandé aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones de prendre des mesures à l'égard des appels à l'action qu'elle a formulés pour veiller à la santé et au bien-être des jeunes enfants autochtones. Ces mesures comprennent les suivantes :

- voir à la pleine mise en œuvre du principe de Jordan (appel à l'action no 3);
- éliminer l'écart entre le financement en matière d'éducation que le gouvernement fédéral verse pour les besoins des enfants des Premières Nations qui fréquentent des écoles dans les réserves et celui qu'il accorde pour les besoins des enfants des Premières Nations qui fréquentent des écoles à l'extérieur des réserves (appel à l'action no 8);
- élaborer de nouvelles dispositions législatives sur l'éducation des Autochtones, avec la pleine participation et le consentement éclairé des peuples autochtones, qui comprendraient un engagement à l'égard d'un financement suffisant pour combler en une génération les écarts en matière d'éducation, et qui intégreraient entre autres les principes clés suivants : élaborer des programmes d'études adaptés à la culture, protéger le droit d'utiliser les langues autochtones, y compris en ce qui touche l'enseignement de telles langues, permettre aux parents de participer pleinement à l'éducation de leurs enfants, voir à ce que les parents et la collectivité puissent assumer la responsabilité et le contrôle du système scolaire qui les concerne, et à ce qu'ils soient tenus de rendre des comptes à cet égard (appel à l'action no 10);
- élaborer des programmes d'éducation de la petite enfance adaptés à la culture des familles autochtones (appel à l'action no 12).

De plus, un grand nombre de mesures additionnelles peuvent être prises pour améliorer les déterminants sociaux de la santé et favoriser le développement sain des jeunes enfants autochtones. Ces mesures sont inspirées des conclusions générales qui peuvent être tirées de l'ensemble de la littérature et des recommandations précises qui y sont formulées. Elles comprennent les suivantes :

- renforcer l'appui aux modèles de prestation de services intégrés et coordonnés, dans la mesure du possible, pour améliorer l'accès à un éventail élargi de services de santé, d'éducation, de bien être de l'enfance et de services sociaux et pour améliorer le soutien aux enfants autochtones et à leur famille;
- travailler en partenariat avec tous les ordres de gouvernement et avec des groupes autochtones pour concevoir une stratégie intégrée de financement dédiée à la petite enfance qui étendrait les programmes d'éducation préscolaire à tous les enfants autochtones, qui favoriserait la participation des parents et leur donnerait la possibilité de choisir les solutions à retenir en matière d'éducation des jeunes enfants, et qui rendrait le financement accessible (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996);
- donner accès à une grande variété de programmes répondant aux besoins diversifiés des familles et des collectivités, notamment des programmes visant à améliorer le développement cognitif, social, comportemental et physique des jeunes enfants, à favoriser un climat sain au sein des familles, des interactions

parent enfant positives et le mieux être des collectivités autochtones (Kline, 1993);

- assurer que les programmes sont axés sur les besoins et les priorités des familles et des collectivités autochtones et qu'ils tiennent compte de leur culture, de leur langue, de leurs valeurs et de leurs visions du monde de façon à contribuer à rétablir l'identité et le bien être des Autochtones;
- assurer que les programmes sont suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales des populations et des collectivités autochtones, qui disposent de ressources limitées, notamment sur le plan du financement, du transport, de la capacité locale et des programmes et des services sociaux, de santé et d'éducation;
- conférer aux Autochtones un contrôle optimal sur la planification, la conception et la prestation des programmes pour accroître l'autonomie des personnes et renforcer la capacité locale à cerner les problèmes locaux et à trouver des solutions plus efficaces;
- élargir la portée des programmes de développement de la petite enfance aux enfants autochtones et à leur famille en éliminant les obstacles liés à l'accès, notamment en assurant que les programmes sont accessibles, abordables, facultatifs et centrés sur la famille et qu'ils sont dotés d'éducateurs autochtones compétents en quantité suffisante;
- soutenir les collectivités autochtones pour qu'elles prennent part aux soins et à l'éducation de leurs enfants, conformément aux appels à

l'action de la CVR et à l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Office of Audit and Evaluation, 2017);

- intégrer dans les programmes d'éducation de la petite enfance les programmes d'éducation et les méthodes pédagogiques pensés par les Autochtones et adaptés à leur culture (Nguyen, 2011);
- réorienter la politique en matière d'investissements fédéraux dans les services de garde de façon à mettre l'accent sur les avantages du développement de l'enfant ou sur la réduction des inégalités au sein de la population générale, plutôt que sur le marché du travail, afin d'améliorer tous les aspects du développement des enfants (Williams, n.d.);
- concevoir un programme de formation en éducation de la petite enfance à l'intention des Autochtones qui repose sur les visions du monde et les connaissances autochtones en matière d'éducation des jeunes enfants et sur les langues autochtones (ITK, 2014);
- investir dans la production de matériel éducatif propre aux Autochtones (Best Start Resource Centre, 2010);
- réaliser des évaluations de suivi auprès des parents et des enfants ayant participé aux programmes de développement de la petite enfance pour examiner les effets produits sur le développement des enfants et sur l'identité culturelle au cours de la vie de chaque enfant, en vue de mieux cerner les améliorations à apporter aux programmes.

Le financement nécessaire pour suivre le rythme de croissance de la population et l'inflation accroît encore les lacunes dans les programmes et les services de développement de la petite enfance à l'intention des Autochtones. En 2017, le gouvernement fédéral a affecté seulement 0,3 % de son PIB à l'éducation préscolaire, ce qui est bien en deçà du point de référence de 1 % établi par le Fonds international des Nations Unies pour l'enfance, et le financement fédéral accordé au PAPACUN et au PAPAN n'a pas augmenté depuis le lancement de ces programmes (Office of Audit and Evaluation, 2017). Il faut accorder plus de fonds pour permettre aux collectivités autochtones de remédier aux difficultés qu'elles ont à financer le lancement et le maintien de programmes de développement de la petite enfance, notamment établir la parité salariale entre les enseignants et les éducateurs de la petite enfance, offrir de la formation et du perfectionnement professionnel en continu, bâtir de nouvelles infrastructures et entretenir celles qui existent, répondre à la demande croissante de places en garderie, et accroître l'accès des enfants autochtones vivant dans une réserve ou hors réserve à des programmes préscolaires propres aux Autochtones (ITK, 2014; Office of Audit and Evaluation, 2017; PHAC, 2017; Public Policy Forum, 2015).

Outre les investissements directs dans le développement et la garde de la petite enfance, il faut également prendre des mesures pour agir plus généralement sur les déterminants sociaux de la santé des enfants autochtones. Tout d'abord, il importe d'adopter une perspective holistique qui intègre des approches multisectorielles et intersectorielles permettant d'élaborer des politiques et des programmes visant à

améliorer les conditions socio-économiques des familles et des communautés autochtones et à favoriser un environnement plus propice à la promotion d'une santé optimale et au bien-être des jeunes Autochtones. Il s'agira donc de s'attaquer aux problèmes liés à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, à l'éducation, à l'emploi, au logement, à la revitalisation culturelle et langagière, à l'auto-détermination communautaire, aux relations parents-enfants, au traumatisme intergénérationnel, à l'accès équitable à des programmes d'éducation préscolaire et à des services de garde de qualité, à la santé de l'environnement ainsi qu'aux obstacles structurels et systémiques inhérents aux systèmes de santé, d'éducation et de bien-être des enfants. Par la suite, il s'agira de cerner et de surmonter les défis associés aux indicateurs de la santé des jeunes Autochtones qui continuent d'influer sur les manières dont les données peuvent éclairer l'élaboration de politiques et de programmes. Pour ce faire, il faut élaborer des stratégies de surveillance améliorées, miser sur la coopération entre les divers ordres de gouvernement pour assurer la cohérence des types de données recueillis et des méthodes de collecte et d'échange de données entre les provinces et les territoires, et mettre sur pied des partenariats avec les intervenants autochtones en vue d'accroître la qualité, la portée et la pertinence culturelle des données et de l'information.



BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)



- Adamson, P. (2013). *Child well-being in rich countries: A comparative overview*. Firenze, IT: Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research – Innocenti. Retrieved January 29, 2017 from http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry. (n.d.). *Health effects of chemical exposure*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control. Retrieved August 10, 2018 from <https://www.atsdr.cdc.gov/emes/public/docs/health%20effects%20of%20chemical%20exposure%20fs.pdf>
- Aguiar, W., & Halseth, R. (2015). *Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Alaghebandan, R., Gates, K.D., & MacDonald, D. (2007). Hospitalization due to pneumonia among Innu, Inuit and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada. *International Journal of Infectious Diseases*, 11(1), 23-28.
- Alharbi, S., Van Caesele, P., Consunji-Araneta, R., Zoubeidi, T., Fanella, S., Souid, A.-K., & Alsuwaidi, A.R. (2012). Epidemiology of severe pediatric adenovirus lower respiratory tract infections in Manitoba, Canada, 1991-2005. *BMC Infectious Diseases*, 12, 55.
- Aljohani, N., Rempel, B.M., Ludwig, S., Morris, M., McQuillen, K., Cheang, M., Murray, R. et al. (2008). Gestational diabetes in Manitoba during a twenty-year period. *Clinical Investigative Medicine*, 31(3), E131-E137.
- Al-Sahab, B., Saqib, M., Hauser, G., & Tamim, H. (2010). Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: A national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 24.
- Amed, S., Hamilton, J.K., Sellers, E.A.C., Panagiotopoulos, C., Hadjiyannakis, S., Shah, B.R., Booth, G.L., et al. (2012). Differing clinical features in Aboriginal vs. non-Aboriginal children presenting with type 2 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 13(6), 470-475.
- Arriagada, P. (2017). Food insecurity among Inuit living in Inuit Nunangat. *Insights on Canadian Society*, Feb., 1-12.
- Assembly of First Nations [AFN]. (n.d.). *Children and environmental health*. Ottawa, ON: Author. Retrieved October 12, 2017 from http://www.afn.ca/uploads/files/env/ns_-_children_and_environmental_health.pdf
- Assembly of First Nations [AFN]. (2007). *Longitudinal Health Survey (RHS): Our voice, our survey, our reality*. Selected results from RHS Phase 1 (2002/03). Ottawa, ON: Authors.
- Auguste Solutions and Associates Inc. (2005). *Evaluation of the Brighter Futures and Building Healthy Communities initiatives*. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved February 19, 2018 from http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H14-158-2006-eng.pdf
- Badets, N., Hudon, T., & Wendt, M. (2017). Association between breastfeeding and select chronic conditions among off-reserve First Nations, Métis and Inuit children in Canada. *Insights on Canadian Society*, March, 1-14.
- Baghdadi, Z.D. (2016). Early childhood caries and Indigenous children in Canada: Prevalence, risk factors, and prevention strategies. *Journal of International Oral Health*, 8(7), 830-837.
- Ball, J. (2004). *Early childhood care and development programs as hook and hub for community development: Promising practices in First Nations*. Victoria, BC: University of Victoria, School of Child and Youth Care, Early Childhood Development Intercultural Partnerships Program.
- Ball, J. (2005). Early childhood care and development programs as hook and hub for inter-sectoral service delivery in First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health*, 2(1): 36-53.
- Ball, J. (2009). Centring community services around early childhood care and development: Promising practices in Indigenous communities in Canada. *Child Health and Education*, 1(4), 183-206.
- Ball, J. (2010). Father involvement in Canada: An emerging movement. *Journal of Childhood Education*, 87(2), 113-118.
- Ball, J., & Pence, A. (2006). *Supporting Indigenous children's development: Community-University Partnerships*. Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- Banerji, A., Bell, A., Mills, E.L., McDonald, J., Subbarao, K., Stark, G., Eynon, N., et al. (2001). Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island. *Canadian Medical Association Journal*, 164(13), 1847-50.

- Banerji, A., Greenberg, D., Forsberg White, L., Macdonald, W.A., Saxton, A., Thomas, E., Sage, D. et al. (2009a). Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: A case-control study. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(8), 697-701.
- Banerji, A., Lanctôt, K.L., Paes, B.A., Masoud, S.T., Derrick, T., Macdonald, W.A., & Roberts, A. (2009b). Comparison of the cost of hospitalization for respiratory syncytial virus disease versus palivizumab prophylaxis in Canadian Inuit infants. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(8), 702-706.
- Barrera, J. (2018). Ottawa to increase funding for First Nations child welfare services. *CBC News [online]*, February 1. Retrieved February 1, 2018 from <http://www.cbc.ca/news/indigenous/ottawa-fnchildwelfare-tribunal-1.4513951>
- Benzies, K., Tough, S., Edwards, N., Mychasiuk, R., & Donnelly, C. (2011). Aboriginal children and their caregivers living with low income: Outcomes from a two-generation preschool program. *Journal of Child & Family Studies*, 20, 311-18.
- Berti, P.R., Soueida, R., & Kuhnlein, H.V. (2008). Dietary assessment of Indigenous Canadian Arctic women with a focus on pregnancy and lactation. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(4), 349-62.
- Best Start Resource Centre. (2010). *Founded in culture: Strategies to promote early learning in First Nations children in Ontario*. Toronto, ON: Author.
- Better Beginnings, Better Futures. (2018). Homepage, <http://bbbf.ca/Home/tabid/520/language/en-US/Default.aspx>
- Bhawra, J., Cooke, M.J., Guo, Y., & Wilk, P. (2017). The association of household food security, household characteristics and school environment with obesity status among off-reserve First Nations and Métis children and youth in Canada: Results from the 2012 Aboriginal Peoples Survey. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 37(3), 77-86.
- Blackstock, C., Prakash, T., Loxley, J., & Wien, F. (2005). *Wen:de: We are coming to the light of day*. Ottawa, ON: First Nations Child and Family Caring Society of Canada.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations people in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6-47.
- Bopp, M., Bopp, J., & Lane, P. (2003). *Aboriginal domestic violence in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Boss-O'Reilly, S., McCarty, K.M., Steckling, N., & Lettmeier, B. (2010). Mercury exposure and children's health. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 40(8), 186-215.
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2014). *An environmental scan of public policy and programs for young Aboriginal children in BC: A cold wind blows*. West Vancouver, BC: Authors.
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2016a). *Who we are*. West Vancouver, BC: Author, http://www.acc-society.bc.ca/files_2/who-we-are.php
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2016b). *What we do*. West Vancouver, BC: Author, http://www.acc-society.bc.ca/files_2/what-we-do.php
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2016c). *Aboriginal CCRR Program*. West Vancouver, BC: Author, http://www.acc-society.bc.ca/files_2/aboriginal-ccrr.php
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2017). *BC Aboriginal Child Care Society (BCACCS) annual report, 2016-2017*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved February 16, 2018 from http://www.acc-society.bc.ca/files_2/documents/BCACCSAR_Alt_finalweb.pdf
- Brown, H.K., & Wilk, P. (2014). Changes in smoking during pregnancy in Ontario, 1995 to 2010: Results from the Canadian Community Health Survey. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 36(10), 878-884.
- Bruhn, J. (2014). Identifying useful approaches to the governance of Indigenous data. *The International Indigenous Policy Journal*, 5(2), Article 5.
- Byrne, C., & Nkongolo, K.K. (2012). Genetic susceptibility for type 2 diabetes mellitus among North American Aboriginals. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 4(10), 220-231.
- Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH]. (2017). *Implementing multi-sectoral healthy child development Initiatives: Lessons learned from community-based interventions*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH] (2013). *Roots of resilience: Overcoming inequities in Aboriginal communities*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Dental Association. (n.d.). *Position paper on access to oral health care for Canadians*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 12, 2016 from http://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/accessToCarePaper.pdf
- Canadian Paediatric Society. (2005). Risk reduction for type 2 diabetes in Aboriginal children in Canada. *Paediatrics Child Health*, 10(1), 49-52.
- Canadian Paediatric Society. (2016). Jordan's Principle. In *Are we doing enough? A status report on Canadian public policy and child and youth health*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 22, 2018 from <https://www.cps.ca/en/status-report/jordans-principle>
- Carrière, G.M., Garner, R., & Sanmartin, C. (2017). Housing conditions and respiratory hospitalizations among First Nations people in Canada. *Health Reports*, 28(4), 9-15.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *The health effects of overweight and obesity*. Atlanta, GA: Authors. Retrieved February 24, 2018 from <https://www.cdc.gov/healthyweight/effects/index.html>
- Chamberlain, C., McNamara, B., Williams, E.D., Yore, D., Oldenburg, B., Oats, J., & Eades, S. (2013). Diabetes in pregnancy among Indigenous women in Australia, Canada, New Zealand and the United States: A systematic review of the evidence for screening in early pregnancy. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 29(4), 241-256.

- Chamberlain, C., Yore, D., Li, H., Williams, E., Oldenburg, B., Oats, J., McNamara, B., & Eades, S. (2011). Diabetes in pregnancy among Indigenous women in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A method for systematic review of studies with different designs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 104.
- Chandler, M., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Chandler, M., & Lalonde, C. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons*, 10(1), 68-72.
- Chang, J.-J., Beach, J., & Senthilselvan, A. (2012). Prevalence of and risk factors for asthma in off-reserve Aboriginal children and adults in Canada. *Canadian Respiratory Journal*, 19(6), e68-e74.
- Chen, L., Xiao, L., Auger, N., Torrie, J., Gros-Louis McHugh, N., Zougrana, H., & Luo, Z.-C. (2015). Disparities and trends in birth outcomes in Aboriginal vs. non-Aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada, 1996-2010. *PLoS One*, 10(9), e0138562.
- Chiefs Assembly on Education [CAE]. (2012). *A portrait of First Nations and education*. Gatineau, QC: Palais des Congrès de Gatineau, October 1-3. Retrieved February 1, 2017 from http://www.afn.ca/uploads/files/events/fact_sheet-ccoe-3.pdf
- Chino, M., & DeBruyn, L. (2006). Building true capacity: Indigenous models for Indigenous communities. *American Journal of Public Health*, 96(4), 596-599.
- Collins, S.A., Surmala, P., Osborne, G., Greenberg, C., Williamson Bathory, L., Edmunds-Potvin, S., & Arbour, L. (2012). Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1991-2011. *BMC Pediatrics*, 12, 190.
- Cornell, S. (2006). *Indigenous peoples, poverty and self-determination in Australia, New Zealand, Canada and the United States*. Tucson, AZ: The Native Nations Institute for Leadership, Management, and Policy, University of Arizona, Joint Occasional Papers on Native Affairs.
- Cornell, S., & Kalt, J. (1995). *Cultural evolution and constitutional public choice: Institutional diversity and economic performance on American Indian Reserves*. Cambridge, MA: The Harvard Project on American Indian Economic Development.
- Cui, Y., Shooshtari, S., Fortet, E.L., Clara, I., & Cheung, K.F. (2014). Smoking during pregnancy: Findings from the 2009-2010 Canadian Community Health Survey. *PLoS One*, 9(1) e84640. DOI: a0.1371/journal.pone0084640.
- Crighton, E.J., Wilson, K., & Senècal, S. (2010). The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2), 138-150.
- Danaher, A. (2011). *Reducing health inequities: Enablers and barriers to inter-sectoral collaboration*. Toronto, ON: Wellesley Institute.
- Daoud, N., Smylie, J., Urquia, M., Allan, B., & O'Campo, P. (2013). The contribution of socio-economic position to the excesses of violence and intimate partner violence among Aboriginal versus non-Aboriginal women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 104(4), e278-283.
- Daoud, N., Urquia, M.L., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P.A., Smylie, J., & Thiessen, K. (2012). Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1893-1901.
- Dean, H.J. (1998). NIDDM-Y in First Nation children in Canada. *Clinical Pediatrics*, 37, 89-96.
- Dewailly, E., Nantel, A., Weber, J.P., & Meyer, F. (1989). High levels of PCBs in breast milk of Inuit women from Arctic Quebec. *Bulletin of Environmental Contamination & Toxicology*, 43(5), 641-6.
- Donovan, B.M., Spracklen, C.N., Schweizer, M.L., Ryckman, K.K., & Saftlas, A.F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123, 1289-99.
- Downie, D.L., & Fenge, T. (Eds.). (2003). *Northern lights against POPs: Combatting toxic threats in the Arctic*. Kingston, ON & Montreal, QC: McGill-Queen's University Press.
- Downs, S.M., Arnold, A., Marshall, D., & McCargar, L.J. (2009). Associations among the food environment, diet quality and weight status in Cree children in Québec. *Public Health Nutrition*, 12(9), 1504-1511.
- Dyck, R., Klomp, H., Tan, L.K., Turnell, R.W., & Boctor, M.A. (2002). A comparison of rates, risk factors and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and non-Aboriginal women in the Saskatoon health district. *Diabetes Care*, 25(3), 487-493.
- Earle, L. (2013). *Traditional Aboriginal diets and health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Edelman, L. (2004). A relationship-based approach to early intervention. *Resources and Connections*, 3(2), 1-9.
- Egeland, G.M., Faraj, N., & Osborne, G. (2010a). Cultural, socioeconomic, and health indicators among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Rural and Remote Health*, 10, 1365.
- Egeland, G.M., & the Qanuipitali Steering Committee. (2009). *Qanuipitali? The International Polar Year Nunavut Inuit Child Health Survey 2007-2008*. Ste-Anne-de-Bellevue, QC: Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE) & School of Dietetics and Human Nutrition, McGill University.
- Egeland, G.M., Pacey, A., Cao, Z., & Sobol, I. (2010b). Food insecurity among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 243-8.
- El Hayek, J., Egeland, G., & Weiler, H. (2010). Vitamin D status of Inuit preschoolers reflects season and vitamin D intake. *Journal of Nutrition*, 140, 1839-45.
- Elias, B., Hart, L., & Martens, P. (2014). "Just get on with it." Linking data systems to report on infant mortality and the First Nations population in Manitoba (Canada). *Statistical Journal of the LAOS*, 30(3), 285-295.

- Encyclopedia on Early Childhood Development. (2011). *Importance of early childhood development*, <http://www.child-encyclopedia.com/importance-early-childhood-development>
- Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada [EPSKFNSNC]. (2014). *Aboriginal food security in northern Canada: An assessment of the state of knowledge*. Ottawa, ON: Council on Canadian Academies.
- Fallon, B., Chabot, M., Fluke, J., Blackstock, C., MacLaurin, B., & Tonmyr, L. (2013). Placement decisions and disparities among Aboriginal children: Further analysis of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – part A: Comparisons of the 1998 and 2003 surveys. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 47-60.
- FAS/FAE Technical Working Group. (1997). *It takes a community: Framework for the First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects Initiative*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Findlay, L.C., & Janz, T.A. (2012). The health of Inuit children under age 6 in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 71(1), 18580.
- Findlay, L.C., & Kohen, D.E. (2013). Measures of language outcomes using the Aboriginal Children's Survey. *Health Reports*, 24(1), 10-16.
- Findlay, L., Kohen, D., Miller, A. (2014). Developmental milestones among Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*, 19(5), 241-5.
- Findlay, L.C., Langlois, K.A., & Kohen, D.E. (2013). Hunger among Inuit children in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 20324. DOI: 10.3402/ijch.v72i0.20324
- First Nations Health Authority. (2017). *Drinking water advisories*. West Vancouver, BC: Author, <http://www.fnha.ca/what-we-do/environmental-health/drinking-water-advisories>
- First Nations Health Centre. (2009). *Gestational diabetes and First Nations women*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2012a). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: Authors.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2012b). *Report on the findings of the First Nations Oral Health Survey (FNOHS) 2009-2010: National Report*. Ottawa, ON: Authors.
- First Nations Information Governance Center (2015). *Early Childhood Education in First Nations Communities* (poster providing stats re early childhood education). Ottawa, ON: Author. Retrieved January 29, 2018 from http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/reces_1_lifepath_childhood_0.pdf
- First Nations Information Governance Centre. (2016). *Our data, our stories, our future: The national report of the First Nations Regional Early Childhood, Education and Employment Survey, 2016*. Ottawa, ON: Author.
- Fleming, J., & Ledogar, R. (2008a). Resilience and Indigenous spirituality: A literature review. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2), 47-64.
- Fleming, J., & Ledogar, R. (2008b). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2), 7-23.
- Fortin, M., Muckle, G., Anassour-Laouan-Sidi, E., Jacobson, S.W., Jacobson, J.L., & Bélanger, R.E. (2016). Trajectories of alcohol use and binge drinking among pregnant Inuit women. *Alcohol and Alcoholism*, 51(3), 339-346.
- Gallant, V., Duvvuri, V., & McGuire, M. (2017). Tuberculosis in Canada – Summary 2015. *Canadian Communicable Diseases Report*, 43(3), 77-82.
- Galloway, T., Niclasen, B.V.L., Muckle, G., Young, K., & Egeland, G.M. (2012). Growth measures among preschool-age Inuit children living in Canada and Greenland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 712-17.
- Gao, Z., Rowe, B.H., Majaesic, C., O'Hara, C., & Senthilselvan, A. (2008). Prevalence of asthma and risk factors for asthma-like symptoms in Aboriginal and non-Aboriginal children in the northern territories of Canada. *Canadian Respiratory Journal*, 15(3), 139-145.
- Gilbert, N.L., Auger, N., & Tjepkema, M. (2015). Stillbirth and infant mortality in Aboriginal communities in Quebec. *Health Reports*, 26(2), 3-8.
- Godwin, M., Muirhead, M., Huynh, J., Helt, B., Grimmer, J. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among Swampy Cree women in Moose Factor, James Bay. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9), 1299-1302.
- Government of Canada. (2011). What do we know about the well-being of young Aboriginal children in Canada. In *The well-being of Canada's young children* (pp. 71-76). Ottawa, ON: Human Resources and Skills Development Canada, the Public Health Agency of Canada, and Indian and Northern Affairs.
- Government of Canada. (2013). *Brighter futures and building healthy communities*. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/first-nations-inuit-health/health-promotion/mental-health-wellness/brighter-futures-building-healthy-communities.html>
- Government of Canada. (2015a). *Nutrition for healthy term infants: Recommendations from six to 24 months*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 25, 2018 from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html>
- Government of Canada. (2015b). *Canada Prenatal Nutrition Program*. Ottawa, ON: Author. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp.html>

- Government of Canada. (2015c). *Community Action Program for Children*. Ottawa, ON: Author. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/community-action-program-children-capc.html>
- Government of Canada. (2016a). *Cost of the Revised Northern Food Basket in 2014-2015*. Ottawa, ON: Author. <http://www.nutritionnorthcanada.gc.ca/eng/1458130696862/1458130716818>
- Government of Canada. (2016b). *Aboriginal Skills and Employment Training Strategy*. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/indigenous/asets.html>
- Government of Canada. (2016c). Part 4 – Active vaccines. In *Canadian Immunization Guide*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 23, 2018 from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-20-rubella-vaccine.html>
- Government of Canada. (2017a). *Drinking water advisories: First Nations south of 60*. Ottawa, ON: Author. <https://www.canada.ca/en/health-canada/topics/health-environment/water-quality-health/drinking-water/advisories-first-nations-south-60.html>
- Government of Canada. (2017b). *Engaging Canadians on Indigenous early learning and child care*. Ottawa, ON: Author, https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/indigenous-early-learning/consultation-indigenous-early-learning.html?utm_campaign=not-applicable&utm_medium=vanity-url&utm_source=canada-ca_indigenous-early-learning
- Government of Canada. (2017b). *Nobody's Perfect*. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/parent/nobody-perfect.html>
- Government of Canada. (2018). *Jordan's Principle*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 1, 2018 from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/first-nations-inuit-health/jordans-principle.html>
- Greenwood, M. (2009). *Places for the good care of children: A discussion of Indigenous cultural considerations and early childhood in Canada and New Zealand*. Vancouver, BC: PhD dissertation, Faculty of Graduate Studies, Cross-Faculty Inquiry in Education, UBC.
- Greenwood, M. (2016). Determinants of health module. *Module 7 - The health of Canada's children and youth – A CICH Profile*. Ottawa, ON: Canadian Institute of Children's Health. Retrieved February 1, 2018 from <https://cichprofile.ca/module/7/a-determinants-of-health-model/a-determinants-of-health-model/>
- Greenwood, M.L., & de Leeuw, S.N. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*, 17(7), 381-384.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Reading, C. (eds.). (2015). *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Gregg, P., Propper, C., & Washbrook, E. (2008). *Understanding the relationship between parental income and multiple child outcomes: A decomposition analysis*. Bristol, UK: The Centre for Market and Public Organization, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol, Working Paper No. 08/193.
- Guèvremont, A., Carrière, G., Bougie, E., & Kohen, D. (2017). Acute care hospitalization of Aboriginal children and youth. *Health Reports*, 28(7), 11-17.
- Haddad, L. (2002). *An integrated approach to early childhood education and care*. Paris: UNESCO Early Childhood and Family Policy Series, no. 3. Retrieved January 30, 2018 from <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001279/127983e.pdf>
- Halseth, R. (2015). *The nutritional health of the First Nations and Métis of the Northwest Territories: A review of current knowledge and gaps*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Halverson, J., Ellis, E., Gallant, V., & Archibald, C.P. (2014). Chapter 1 – Epidemiology of tuberculosis in Canada. In Public Health Agency of Canada, *Canadian Tuberculosis Standards, 7th edition*. Ottawa, ON: Author.
- Hanley, A.J., Harris, S.B., Gittelsohn, J., Wolever, T.M., Saksvig, B., & Zinman, B. (2000). Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: Prevalence and associated factors. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 693–700.
- Harder, T., Rodekamp, E., Schellong, K., Dudenhausen, J.W., & Plagemann, A. (2007). Birth weight and subsequent risk of type 2 diabetes: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 165(8), 849-857.
- Harding, J.F., Morris, P.A., & Hughes, D. (2015). The relationship between maternal education and children's academic outcomes: A theoretical framework. *Journal of Marriage and Family*, 77, 60-76.
- Harris, S.B., Bhattacharyya, O., Dyck, R., Naqshbandi Haward, M., & Toth, E.L. (2016). Type 2 diabetes in Aboriginal peoples. In *Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines* (ch. 38). Toronto, ON: Diabetes Canada.
- Harris, S.B., Bhattacharyya, O., Dyck, R., Naqshbandi Haward, M., & Toth, E.L. (2013). Type 2 diabetes in Aboriginal peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(suppl 1), S1-S212.
- Harris, S.B., Caulfield, L.W., Sugamori, M.E., Whalen, E.A., & Henning, B. (1997). The epidemiology of diabetes in pregnant native Canadians: A risk profile. *Diabetes Care*, 20(9), 1422-1425.
- Harris, S.B., Glazier, R., Eng, K., & McMurray, L. (1998). Disease patterns among Canadian Aboriginal children: Study in a remote rural setting. *Canadian Family Physician*, 44, 1869-1877.
- Harris, S.B., Perkins, B.A., & Whalen-Brough, E. (1996). Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children. New entity among First Nations people of Northwestern Ontario. *Canadian Family Physician*, 42, 869-76.
- He, H., Xiao, L., Torrie, J.E., Auger, N., Gros-Louis McHugh, N., Zoungrana, H., & Luo, Z.-C. (2017). Disparities in infant hospitalizations in Indigenous and non-Indigenous populations in Quebec, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(21), e739-e746.

- Health Canada. (2007a). *Canadian Community Health Survey Cycle 2.2. Nutrition: Income-related household food security in Canada*. Ottawa, ON: Office of Nutrition Policy and Promotion, Catalogue Number H164-42/2007E.
- Health Canada. (2007b). *First Nations and Inuit health program compendium*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Health Canada. (2011). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada: Vital statistics for Atlantic and Western Canada, 2001/2002*. Ottawa, ON: Authors.
- Health Canada. (2012). *Epidemiology of tuberculosis in First Nations living on-reserve in Canada, 2000-2008*. Ottawa, ON: Author.
- Health Canada. (2015). *Evaluation of the First Nations and Inuit Health Branch Communicable Disease Control and Management Programs 2008-2009 to 2013-2014*. Ottawa, ON: Author.
- Health Canada, First Nations, Inuit and Aboriginal Health (n.d.). *Early Childhood Development Strategy for Aboriginal Children*. Ottawa, ON: Author. Retrieved April 29, 2009 from http://www.hc-sc.gc.ca/fni/ah-spnia/famil/preg-gros/ece-dpe_strateg-eng.php
- Health Canada, Nunavut Tunngavik Incorporated, Nunatsiavut Government, Inuvialuit Regional Corporation, & Inuit Tapiriit Kanatami. (2011). *Inuit oral health survey report, 2008-2009*. Ottawa, ON: Authors.
- Hogue, M.M. (2016). Aboriginal ways of knowing and learning, 21st Century learners, and STEM success. *In Education*, 22(1), 161-172.
- Holland Stairs, A., & Bernhard, J.K. (2002). *Considerations for evaluating 'good care' in Canadian Aboriginal early childhood settings*. Toronto, ON: Ryerson University, Early Childhood Education Publications and Research paper 7.
- Hughes, J., Chau, S., & Poff, D.C. (2011). "They're not my favourite people": What mothers who have experienced intimate partner violence say about involvement in the child protection system. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1084-89.
- Human Rights Watch. (2016). *Make it safe: Canada's obligation to end the First Nations water crisis*. New York, NY: Author.
- Indian and Northern Affairs Canada (2008a). *Early childhood development*. Ottawa, ON: Author. Retrieved December 18, 2009 from <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/ece/index-eng.asp>
- Indian and Northern Affairs Canada. (2008a). *Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities*. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada. Retrieved April 6, 2010 from <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/ece/unc-eng.asp>
- Indian and Northern Affairs Canada. (2008b). *Aboriginal Head Start On Reserve*. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada. Retrieved April 6, 2010 from <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/ece/ahs-eng.asp>
- Indigenous and Northern Affairs Canada. (2017). *First Nations Child and Family Services*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 22, 2018 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100035204/1100100035205>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2013). Summary for policymakers. In T.F. Stocker et al. (Eds.), *Climate change 2013: The physical science basis. Contribution of Working Group 1 to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Inuit Tapiriit Kanatami [ITK]. (2014). *Assessing the impact of the First Nations and Inuit Child Care Initiative (FNICCI) across Inuit Nunangat*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 15, 2018 from https://itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/2014_Report_FNICCI_Impacts_Inuit_Nunangat.pdf
- Irvine, K. (2009). *Supporting Aboriginal parents: Teachings for the future*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Jervis-Bardy, J., Sanchez, L., & Carney, A.S. (2014). Otitis media in Indigenous Australian children: Review of epidemiology and risk factors. *The Journal of Laryngology & Otology*, 128(S1), S16-S27.
- Johnson-Down, L., & Egeland, G.M. (2010). Adequate nutrient intakes are associated with traditional food consumption in Nunavut Inuit children aged 3-5 years. *The Journal of Nutrition*, 140, 1311-16.
- Johnson, S., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia, Canada. Part 3. Prevalence of diagnosed cases. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(3), 260-264.
- Kaplan, G., & Komishin, S. (2011). *Evaluation Aboriginal Head Start on Reserve 2010-2011: "A place of our own"*. Winnipeg, MB: Kaplan Research Associates. Retrieved February 9, 2018 from <http://www.fnhca.ca/wp-content/uploads/2014/05/AHSOR-EVALUATION-1.pdf>
- Karunanayake, C.,P., Albritton, W., Rennie, D.C., Lawson, J.A., McCallum, L., Gardiply, P.J., Seesecequasis, J. et al. (2016). Ear infection and its associated risk factors in First Nations and rural school-aged Canadian children. *International Journal of Pediatrics*, Article ID 1523897
- Kennett, D.J., Chislett, G., & Olver, A.L.S. (2012). A reappraisal of the Nobody's Perfect Program. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 228-236.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *Lancet*, 374, 76-85.
- Kingston, D., Heaman, M., Urquia, M., O'Campo, P., Janssen, P., Thiessen, K., & Smylie, J. (2016). Correlates of abuse around the time of pregnancy: Results from a national survey of Canadian women. *Maternal & Child Health Journal*, 20, 778-789.
- Kirmayer, L.J., Dandeneau, S., Marshall, E., Kahentonni Phillips, M., & Jessen Williamson, K. (2011). Rethinking resilience from Indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 84-91.
- Kline, M. (1993). Complicating the ideology of motherhood: Child welfare law and First Nation women. *Queen's Law Journal*, 18(2), 306-342.
- Kohen, D.E., Bougie, E., & Guèvremont, A. (2015). Housing and health among Inuit children. *Health Reports*, 26(11), 21-27.

- Kolahdooz, F., Barr, Z., Roache, C., Sheehy, T., Corriveau, A., & Sharma, S. (2013). Dietary adequacy of vitamin D and calcium among Inuit and Inuvialut women of child-bearing age in Arctic Canada: A growing concern. *PLoS One*, *8*(11), e78987.
- Kolahdooz, F., Sadeghirad, B., Corriveau, A., & Sharma, S. (2017). Prevalence of overweight and obesity among Indigenous populations in Canada: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, *57*(7), 1316-1327.
- Kovesi, T. (2012). Respiratory disease in Canadian First Nations and Inuit children. *Paediatrics Child Health*, *17*(7), 376-380.
- Kovesi, T.A., Cao, Z., Osborne, G., & Egeland, G.M. (2011). Severe early lower respiratory tract infection is associated with subsequent respiratory morbidity in preschool Inuit children in Nunavut, Canada. *Journal of Asthma*, *48*(3), 241-47.
- Kovesi, T., Creery, D., Gilbert, N.L., Dales, R., Fugler, D., Thompson, B., Randhawa, N., & Miller, J.D. (2006). Indoor air quality risk factors for severe lower respiratory tract infections in Inuit infants in Baffin Region, Nunavut: A pilot study. *Indoor Air*, *16*, 266-75.
- Kovesi, T., Zaloum, C., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Ni, A., Barrowman, N., Barrowman, N., et al. (2009). Heat recovery ventilators prevent respiratory disorders in Inuit children. *Indoor Air: International Journal of Indoor Environment and Health*, *19*(6), 489-499.
- Kuhnlein, H.V., McDonald, M., Spiegelski, D., Vittrekwa, E., & Erasmus, B. (2013). Gwich'in traditional food and health in Tetlit Zheh, Northwest Territories, Canada: Phase II. In *Indigenous Peoples' Food Systems and Well-being interventions and policies for healthy communities*, H.V. Kuhnlein et al. (eds.), pp. 101-120. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations and Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment.
- Kuhnlein, H.V., & Receveur, O. (2007). Local cultural animal food contributes high levels of nutrients for Arctic Canadian Indigenous adults and children. *The Journal of Nutrition*, *137*(4), 1110-4.
- Ladner, K.L. (2009). Understanding the impact of self-determination on communities in crisis. *Journal of Aboriginal Health*, *5*(2), 88-101.
- Harris Langan, L.A., Sockalingam, R., Caissie, R., & Corsten, G. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary school children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, *31*(4), 178-185.
- Lafrance, J., & Collins, D. (2013). Residential schools and Aboriginal parenting: Voices of parents. *Native Social Work Journal*, *4*(1), 104-125.
- Lalonde, A.B., Butt, C., & Bucio, A. (2009). Maternal health in Canadian Aboriginal communities: Challenges and communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *31*(10), 956-962.
- Langlois, K.A., Findlay, L.C., & Kohen, D.E. (2013). Dietary habits of Aboriginal children. *Health Reports*, *24*(4), 3-7.
- Lavoie, J.G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., et al. (2005). *The evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer policy. Final report: Vol. 1, Executive summary*. Winnipeg, MB: Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba.
- Lawrence, H.P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R., & Reade, M. (2009). Oral health inequalities between young Aboriginal and non-Aboriginal children living in Ontario, Canada. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *37*(6), 495-508.
- Lawrence, H.P., Romanetz, M., Rutherford, L., Cappel, L., Binguis, D., & Rogers, J.B. (2004). Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal children in northern Ontario. *Probe*, *38*(4), 172-90.
- Leake, J., Jozzy, S., & Uswak, G. (2008). Severe dental caries, impacts and determinants among children 2-6 years of age in Inuvik region, Northwest Territories, Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*, *74*(6), 519a-519g.
- Lebrun, J.B., Moffatt, M.E., Mundy, R.J., Sangster, R.K., Postl, B.D., Dooley, J.P., Dilling, L.A. et al. (1993). Vitamin D deficiency in a Manitoba community. *Canadian Journal of Public Health*, *84*(6), 394-6.
- Lehotay, D.C., Smith, P., Krahn, J., Etter, M., & Eichhorst, J. (2013). Vitamin D levels and relative insufficiency in Saskatchewan. *Clinical Biochemistry*, *46*(15), 1489-1492.
- Leis, K.S., McNally, J.D., Montgomery, M.R., Sankaran, K., Karunanayake, C., & Rosenberg, A.M. (2012). Vitamin D intake in young children with acute lower respiratory infection. *Transnational Pediatrics*, *1*(1), 6-14.
- Li, A. (2015). *Type II diabetes: Aboriginal children and youth in Canada. Fact sheet no. 6*. Healthy Weights Connection. Retrieved January 23, 2018 from <http://www.healthyweightsconnection.ca/ModuleFile/resource?id=3370>
- Liu, S.L., Shah, B.R., Naqshbandi, M., Tran, V., & Harris, S.B. (2012). Increased rates of adverse outcomes for gestational diabetes and pre-pregnancy diabetes in on-reserve First Nations women in Ontario, Canada. *Diabetic Medicine*, *29*(8), e180-e183.
- Loiselle, M., & Laretta, M. (2006). The wellness wheel: An Aboriginal contribution to social work. *Breaking barriers and creating common ground through a holistic approach: The medicine wheel*. Waterloo, ON: Paper for a workshop conducted at the First North-American Conference on Spirituality and Social Work, May 27. Retrieved October 17, 2017 from <http://www.reseaudialog.qc.ca/Docspdf/LoiselleMcKenzie.pdf>
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Aboriginal experiences with racism and its impacts*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Luo, Z.-C., Kierans, W.J., Wilkins, R., Liston, R.M., Uh, S.-H., & Kramer, M.S. (2004a). Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: Temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000. *International Journal of Epidemiology*, *33*(6), 1252-1259.

- Luo, Z.-C., Sénécal, S., Simonet, F., Guimond, E., Penny, C., & Wilkins, R. (2010a). Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 235-242.
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., Heaman, M., Martens, P., Smylie, J., Hart, L., Simonet, F. et al. (2010b). Birth outcomes and infant mortality by the degree of rural isolation among First Nations and non-First Nations in Manitoba, Canada. *The Journal of Rural Health*, 26(2), 175-181.
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., Heaman, M., Martens, P., Smylie, J., Hart, L., Wassimi, S., et al. (2010c). Neighbourhood socioeconomic characteristics, birth outcomes and infant mortality among First Nations and non-First Nations in Manitoba, Canada. *Open Women's Health Journal*, 4, 55-61.
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., Heaman, M., Smylie, J., Martens, P.J., McHugh, N.G.L. Labranche, E., et al. (2010d). Birth outcomes and infant mortality among First Nations, Inuit, and non-Indigenous women by northern versus southern residence, Quebec. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 328-333.
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., Platt, R.W., & Kramer, M.S. (2004b). Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, 1985-97. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(1), 40-50.
- Macdonald, D., & Wilson, D. (2016). *Shameful neglect: Indigenous child poverty in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives.
- MacIntyre, E.A., Karr, C.J., Koehoorn, M., Demers, P., Tamburic, L., Lencar, C., & Brauer, M. (2010). Otitis media incidence and risk factors in a population-based birth cohort. *Paediatrics & Child Health*, 15(7), 437-442.
- Maggi, S., Irwin, L.J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(11), 1-9.
- Mai, X.-M., Becker, A.B., Sellers, E.A.C., Liem, J.J., & Kozyrskyj, L. (2007). The relationship of breast-feeding, overweight, and asthma in preadolescents. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(3), 551-556.
- Mashford-Pringle, A. (2012). Early learning for Aboriginal children: Past, present and future and an exploration of the Aboriginal Head Start Urban and Northern Communities Program in Ontario. *First Peoples Child & Family Review*, 7(1), 127-140.
- Mason, C., & Koehli, J. (2012). Barriers to physical activity for Aboriginal youth: Implications for community health, policy, and culture. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 10(1), 97-108.
- Mattison, D.R. (2010). Environmental exposures and development. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(2), 208-218.
- McCalman, J., Campbell, S.K., Chamberlain, C., Strobel, N.A., Bainbridge, R.G., Wenitong, M., Ruben, A. et al. (2016). Family-centred interventions for Indigenous early childhood well-being by primary healthcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012463.
- McIssac, K.E., Lou, W., Sellen, D., & Young, T.K. (2014). Exclusive breastfeeding among Canadian Inuit: Results from the Nunavut Inuit Child Health Survey. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 229-41. DOI: 10.1177/0890334413515752
- McIsaac, K.E., Sellen, D.W., Lou, W., & Young, K. (2015). Prevalence and characteristics associated with breastfeeding initiation among Canadian Inuit from the 2007-2008 Nunavut Inuit Child Health Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 19(9), 2003-11.
- McIsaac, K.E., Stock, D.C., & Lou, W. (2017). Household food insecurity and breast-feeding duration among Canadian Inuit. *Public Health Nutrition*, 20(1), 64-71.
- McIvor, O. (2005). *Building the nests: Indigenous language revitalization in Canada through early childhood immersion programs*. Unpublished Master's thesis, School of Child and Youth Care, University of Victoria, Victoria, BC, Canada.
- McIvor, O., Napoleon, A., & Dickie, K. M. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 6-25.
- McNally, J.D., Leis, K., Matheson, L.A., Karuananyake, C., Sankaran, K., & Rosenberg, A.M. (2009). Vitamin D deficiency in young children with severe acute lower respiratory infection. *Pediatric Pulmonology*, 44(10), 981-988.
- Mehaffey, K., Higginson, A., Cowan, J., Osborne, G.M., & Arbour, L.T. (2010). Maternal smoking at first prenatal visit as a marker of risk for adverse pregnancy outcomes in the Qikiqtaaluk (Baffin) Region. *Rural & Remote Health*, 10, 1484.
- Mendelson, M., Cloutier, J., Spence, L., Sellers, E., Taback, S., & Dean, H. (2011). Obesity and type 2 diabetes mellitus in a birth cohort of First Nation children born to mothers with pediatric-onset type 2 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 12, 2919-228.
- Miller, K., & Dean, H.J. (2012). Developmental origins of type 2 diabetes in Aboriginal youth in Canada: It is more than diet and exercise. *Journal of Nutrition and Metabolism*, Article ID 127452.
- Ministerial Advisory Council on Rural Health [MACRH]. (2002). *Rural health in rural bands: Strategic directions for rural, remote, northern and Aboriginal communities*. Ottawa, ON: Office of Rural Health. Retrieved February 5, 2018 from <http://www.ruralontarioinstitute.ca/file.aspx?id=29b5ba0b-c6ce-489f-bb07-2febfb576daa>
- Mohamed, N., & Dooley, J. (1998). Gestational diabetes and subsequent development of NIDDM in Aboriginal women in northwestern Ontario. *International Journal of Circumpolar Health*, 57(Suppl 1), 355-358.
- Morency, J.-D., Caron-Malenfant, É., Coulombe, S., Langlois, S., & the Demosim team. (2015). *Projections of the Aboriginal population and households in Canada, 2011 to 2036*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue 91-552-X.
- Mothers Matter Centre. (2016a). HIPPY Program. Vancouver, BC: Author, <http://www.mothersmattercentre.ca/program/>

- Mothers Matter Centre. (2016b). Aboriginal HIPPIY in Canada. Vancouver, BC: Author, <http://www.mothersmattercentre.ca/aboriginal/>
- Muckle, G., Ayotte, P., Dewailly, E., Jacobson, S.W., & Jacobson, J.L. (2001). Prenatal exposure of the northern Québec Inuit infants to environmental contaminants. *Environmental Health Perspectives*, 109(12), 1291-1299.
- Muckle, G., Laflamme, D., Gagnon, J., Boucher, O., Jacobson, J.L., & Jacobson, S.W. (2011). Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1081-91.
- Muir, N., & Bohr, Y. (2014). Contemporary practice of traditional Aboriginal child rearing: A review. *First Peoples Child & Family Review*, 9(1), 66-79.
- Munro, C. (2010). *Monitoring and improving parenting education & support programs in BC: A report on the pilot test of the adapted parenting experiences scale*. Retrieved February 14, 2018 from <https://static1.squarespace.com/static/5786b464bebafb879f1f70a1/t/596e4325e4fcb5b3481c01d9/1500398374680/Pilot+Report+June+24+2010.pdf>
- Nakano, T., Fediuk, K., Kassi, N., Egeland, G.M., & Kuhnlein, H.V. (2005a). Dietary nutrients and anthropometry of Dene/Metis and Yukon children. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(2), 147-56.
- Nakano, T., Fediuk, K., Kassi, N., Egeland, G.M., & Kuhnlein, H.V. (2005b). Food use of Dene/Métis and Yukon children. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(2), 137-46.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2009/10). *Poverty as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. [NCCAHA]. (2011a). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. [NCCAHA]. (2011b). *The Aboriginal health legislation and policy framework in Canada*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2016). *Culture and language as social determinants of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2017a). *Education as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2017b). *Employment as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2017c). *Housing as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. Prince George, BC: Author.
- Ndumbe-Eyoh, S., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: A rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13, 1056.
- Nelson, C.R.M., Leon, J.A., & Evans, J. (2014). The relationship between awareness and supplementation: Which Canadian women know about folic acid and how does that translate into use? *Canadian Journal of Public Health*, 105(1), e40-e46.
- Newman, T. (2002). Promoting resilience: A review of effective strategies for child care services. Exeter, UK: Centre for Evidence Based Social Services, University of Exeter. Retrieved February 6, 2018 from <http://www.cumbria.gov.uk/eLibrary/Content/Internet/537/6942/6944/6954/42191163412.pdf>
- Nguyen, M. (2011). Closing the education gap: A case for Aboriginal early childhood education in Canada, a look at the Aboriginal Headstart program. *Canadian Journal of Education* 34(3), 229-248.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive parenting program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 11, 114-144.
- O'Donnell, V., & Wallace, S. (2011). *First Nations, Métis and Inuit women*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Component of Statistics Canada Catalogue no. 89-503-X.
- Office of Audit and Evaluation. (2016). *Evaluation of the Community Action Program for Children, Canada Prenatal Nutrition Program and associated activities 2010-011 to 2014-2015*. Ottawa, ON: Health Canada and the Public Health Agency of Canada. Retrieved November 8, 2018 from <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/transparency/corporate-management-reporting/evaluation/2010-2011-2014-2015-evaluation-community-action-program-children-canada-prenatal-nutrition-program-associated-activities.html#a21>
- Office of Audit and Evaluation. (2017). *Evaluation of the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities Program 2011-2012 to 21015-2016*. Ottawa, ON: Author. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/transparency/corporate-management-reporting/evaluation/2011-2012-2015-2016-aboriginal-head-start-urban-and-northern-communities-program.html>
- Office of the Provincial Health Officer. (2009). *Pathways to health and healing – 2nd report on the health and well-being of Aboriginal people in British Columbia*. Provincial Health Officer's Annual Report 2007. Victoria, BC: Government of British Columbia, Ministry of Healthy Living and Sport.
- Ong, K.K. (2006). Size at birth, postnatal growth and risk of obesity. *Hormone Research in Paediatrics*, 65, 65-69.
- Osgood, N.D., Dyck, R.F., & Grassman, W.K. (2011). The inter-and intergenerational impact of gestational diabetes on the epidemic of type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*, 101(1), 173-179.
- Oster, R.T., King, M., Morrish, D.W., Mayan, M.J., & Toth, E.L. (2014a). Diabetes in pregnancy among First Nations women in Alberta, Canada: A retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 136.
- Oster, R.T., Mayan, M.J., & Toth, E.L. (2014b). Diabetes in pregnancy among First Nations women. *Qualitative Health Research*, 24(11), 1469-80.

- Pacey, A., Nancarrow, T., & Egeland, G.M. (2010). Prevalence and risk factors for parental-reported oral health of Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Rural and Remote Health*, 10, 1368.
- Pacey, M. (2009a). *Fetal alcohol syndrome & fetal alcohol spectrum disorder among Aboriginal peoples*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Pacey, M. (2009b). *Fetal alcohol syndrome & fetal alcohol spectrum disorder among aboriginal Canadians: Knowledge gaps*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Paes, B.A., Mitchell, I., Banerji, A., Lancôt, K.L., & Langley, J.M. (2011). A decade of respiratory syncytial virus epidemiology and prophylaxis: Translating evidence into everyday clinical practice. *Canadian Respiratory Journal*, 18(2), e10-e19.
- Papillon, M. (2008). Aboriginal quality of life under a modern treaty: Lessons from the experience of the Cree Nation of Eeyou Istchee and the Inuit of Nunavik. *Choices*, 14(9), 1-26.
- Paterson-Payne, C. (2017). *Nobody's Perfect Parenting: Manitoba Annual Report, 2016-2017*. Winnipeg, MB: Youville Centre. Retrieved February 13, 2018 from <http://nobodysperfect.ca/wp-content/uploads/2017/03/2016-2017-NPP-Annual-Report.pdf>
- Peressini, S., Leake, J.L., Mayhall, J.T., Maar, M., & Trudeau, R. (2004). Prevalence of early childhood caries among First Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14(2), 101-110.
- Peters, R. deV., Arnold, R., Petrunka, K., Angus, D.E., Brophy, K., Burke, S.O., Cameron, B. et al. (2000). *Developing capacity and competence in the Better Beginnings, Better Futures communities: Short-term findings report – Executive Summary*. Kingston, ON: Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit Technical Report.
- Petten, C. (2000). Aboriginal foster parents needed. *Raven's Eye*, 3(12). Retrieved January 18, 2018 from <http://www.ammsa.com/publications/ravens-eye/aboriginal-foster-parents-needed>
- Physicians for a Smoke Free Canada. (2013). *Smoking among Aboriginal Canadians – fact sheet*. <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/cchs/aboriginal.pdf>
- Pilisuk, M., & Froland, C. (2004). Kinship, social networks, social support and health. *Social Science and Medicine, Part B: Medical Anthropology*, 12, 273-280.
- Pirkle, C.M., Lucas, M., Dallaire, R., Ayotte, P., Jacobson, J.L., Jacobson, S.W., Dewalily, E. et al. (2014). Food insecurity and nutritional biomarkers in relation to stature in Inuit children from Nunavik. *Canadian Journal of Public Health*, 105(4), e233-8.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Parunashvili, N., & Rehm, J. (2017). Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *European Journal of Medical Genetics*, 60(1), 32-48.
- Power up! Coalition Linking Action and Science for Prevention. (2016). *Promotion of physical activity in rural, remote, northern, and natural settings in Canada: Report on evidence synthesis findings and outcomes from a national priority-setting conference*. Edmonton, AB: School of Public Health, University of Alberta. Retrieved February 7, 2018 from <http://abpolycycoalitionforprevention.ca/wp-content/uploads/2017/02/final-power-up-ra-rural-remote-northern-summary-report.pdf>
- Preston, J.P., Cottrell, M., Pelletier, T.R., & Pearce, J.V. (2012). Aboriginal early childhood education in Canada: Issues of context. *Early Childhood Research*, 10(1), 3-18.
- Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Whitaker, D.J., & Lutzker, J.R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2007). *The Canada Prenatal Nutrition Program: A decade of promoting the health of mothers, babies and communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved February 8, 2018 from http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP10-11-2007-eng.pdf
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2008a). *Canadian Perinatal Health Report, 2008th edition*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspsc/index-eng.php>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2008b). *Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies*. Ottawa, ON: Author.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2014). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: A practical workbook for community-based programs, 2nd edition*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 25, 2018 from http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP15-18-2014-eng.pdf
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2015). *The impact of the Community Action Program for Children (CAPC) on knowledge, skills and positive health behaviours*. Ottawa, ON: Author.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2016). *Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth in Canada – fact sheet*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 24, 2018 from <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/pregnancy-smoking-cessation-grossesse-renoncement-tabac/alt/pregnancy-smoking-cessation-grossesse-renoncement-tabac-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2017). *Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities: Promising practices from Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities*. Toronto, ON: Presentation at the 14th Annual Summer Institute on Early Childhood Development, Addressing Inequity in Canada through Early Childhood Education, June 2. Retrieved January 29, 2018 from http://www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/Events/20170602_Summer_Institute_2017/SI_2017_Presentations/Promising_practices_from_Aboriginal_Head_Start_in_Urban_and_Northern_Communities.pdf

- Public Policy Forum. (2015). *Building leaders: Early childhood development in Indigenous communities*. Ottawa, ON: Authors. Retrieved January 26, 2018 from http://www.ppforum.ca/sites/default/files/Building%20Leaders%20research%20paper%20-%20Final_3.pdf
- Reynolds, A.J., & Ou, S.R. (2003). Promoting resilience through early childhood intervention: Adaptation in the context of childhood adversities. In S.S. Luthar (ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 436-459). New York, NY: Cambridge University Press.
- Riddell, C.A., Hutcheon, J.A., & Dahlgren, L.S. (2016). Differences in obstetric care among nulliparous First Nations and non-First Nations women in British Columbia, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 188(2), E36-E43.
- Robinson, J.L. (2011). Preventing respiratory syncytial virus infections. *Paediatrics & Child Health*, 16(8), 487-488.
- Robinson, J.L., le Saux, N., & the Canadian Paediatric Society. (2015). Preventing hospitalizations for respiratory syncytial virus infection. *Paediatric Child Health*, 20(6), 321-26.
- Romanow, R.J. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada, Final report of the Commission on the future of health care in Canada*. Ottawa, ON: National Library of Canada.
- Rositer, K.R. (2011). *Domestic violence prevention and reduction in British Columbia (2000-2010)*. New Westminster, BC: Centre for the Prevention and Reduction of Violence, Office of Applied Research, Justice Institute of British Columbia.
- Roth, D.E., Jones, A.B., Prosser, C., Robinson, J.L., & Vohra, S. (2008). Vitamin D receptor polymorphisms and the risk of acute lower respiratory tract infection in early childhood. *The Journal of Infectious Diseases*, 197(5), 676-680.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Vols. 1 and 3*. Ottawa, ON: Author.
- Ruiz-Castell, M., Muckle, G., Dewailly, E., Jacobson, J.L., Jacobson, S.W., Ayotte, P., & Riva, M. (2015). Household crowding and food insecurity among Inuit families with school-aged children in the Canadian Arctic. *American Journal of Public Health*, 105(3), e122-38.
- Sanders, M.R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention*, 29, 197-222.
- Schroth, R.J., Moore, P., & Brothwell, D.J. (2005). Prevalence of early childhood caries in 4 Manitoba communities. *Journal of the Canadian Dental Association*, 71(8): 567e-567f.
- Schroth, R.J., Smith, P.J., Whalen, J.C., Lekic, C., & Moffatt, M.E.K. (2005). Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. *Journal of the Canadian Dental Association*, 71(1), 27a-27f.
- Sellers, E.A.C., Dean, H.J., Shafer, L.A., Martens, P.J., Phillips-Beck, W., Heaman, M., Prior, H.J. et al. (2016). Exposure to gestational diabetes mellitus: Impact on the development of early-onset type 2 diabetes in Canadian First Nations and non-First Nations offspring. *Diabetes Care*, 39(12), 2240-46.
- Sellers, E.A.C., Triggs-Raine, B., Rockman-Greenberg, C., & Dean, H.J. (2002). The prevalence of the HNF-1 α G319S mutation in Canadian Aboriginal youth with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(12), 2202-2206.
- Shah, P.S., Zao, J., Al-Wassia, H., Shah, V., & the Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2011). Pregnancy and neonatal outcomes of Aboriginal women: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health Issues*, 21(1), 28-39.
- Shen, G.X., Shafer, L.A., Martens, P.J., Sellers, E., Torshizi, A.A., Ludwig, S., Phillips-Beck, W. et al. (2016). Does First Nations ancestry modify the association between gestational diabetes and subsequent diabetes: A historical prospective cohort study among women in Manitoba, Canada. *Diabetic Medicine*, 33(9), 1245-1252.
- Shields, M. (2005). *Measured obesity: Overweight Canadian children and adolescents*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-620-MWE2004001.
- Simonet, F., Wassimi, S., Heaman, M., Smylie, J., Martens, P., McHugh, N.G.L., Labranche, E. et al. (2010). Individual- and community-level disparities in birth outcomes and infant mortality among First Nations, Inuit and other populations in Quebec. *Open Women's Health*, 1(4), 18-24.
- Sinha, V., Trocmé, N., Fallon, B., & MacLaurin, B. (2013). Understanding the investigation-stage overrepresentation of First Nations children in the child welfare system: An analysis of the First Nations component of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 821-31.
- Sin, D.D., Spier, S., Svenson, L.W., Schlopflocher, D.P., Senthilselvan, A., Cowie, R.L., & Man, P. (2004). The relationship between birth weight and childhood asthma: A population-based cohort study. *Archives of the Pediatric & Adolescent Medicine*, 158(1), 60-64.
- Singh, K., Bjerregaard, P., & Man Chan, H. (2014). Association between environmental contaminants and health outcomes in Indigenous populations of the circumpolar north. *International Journal of Circumpolar Health*, 27, 25808. DOI: 10.3402/ijch.v73.25808.
- Sinha, V., & Kozlowski, A. (2013). The structure of Aboriginal child welfare in Canada. *The International Indigenous Policy Journal*, 4(2), Article 2.
- Skinner, K., Hanning, R., & Tsuji, L. (2006). Barriers and supports for healthy eating and physical activity for First Nations youths in northern Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(2), 148-161.
- Skinner, K., Hanning, R.M., & Tsuji, L.J.S. (2014). Prevalence and severity of household food insecurity of First Nations people living in an on-reserve, sub-Arctic community within the Mushkegowuk Territory. *Public Health Nutrition*, 17(1), 31-39.

- Skrypnec, B.J., & Charchun, J. (2009). *An evaluation of the Nobody's Perfect Parenting Program*. Canadian Association of Family Resource Programs (FRP Canada), prepared for the Public Health Agency of Canada.
- Smylie, J. (2013). *Addressing the social determinants of health of Aboriginal infants, children and families in British Columbia*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Smylie, J. (2014). *Strong women, strong nations: Aboriginal maternal health in British Columbia*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Smylie, J., & Adomako, P. (eds.). (2010). *Indigenous children's health report: Health Assessment in Action*. Toronto, ON: Keenan Research Centre.
- Stanley, I., Chung, M., Raman, G., Chew, P, Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. et al. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Boston, MA: Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, Evidence Report/Technology Assessment, no. 153.
- Statistics Canada. (2008a). *Aboriginal Children's Survey, 2006: Supporting data tables*. Ottawa, ON: Author, Catalogue no. 89-634-X. Retrieved February 1, 2018 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-634-x/89-634-x2008005-eng.htm>
- Statistics Canada. (2008b). *Aboriginal Children's Survey, 2006: Family, community and child care*. Ottawa, ON: Author, Catalogue no. 89-634-X – No. 001.
- Statistics Canada. (2012). Table 102-4512 - Live births, by weeks of gestation and sex, Canada, provinces and territories. CANSIM (database). Ottawa, ON: Author. Retrieved from <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1024512&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid=>
- Statistics Canada. (2015). *Aboriginal Statistics at a Glance, 2nd Edition*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/89-645-x2015001-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2016a). Study: Living arrangements of Aboriginal children aged 14 and under, 2011. *The Daily*, April 13.
- Statistics Canada. (2016b). Table 105-0512. Health indicator profile, by Aboriginal identity, age group and sex, four year estimates, Canada, provinces and territories. *CANSIM database*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 25, 2018 from <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1050512>
- Statistics Canada. (2017a). Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census. *The Daily*, October 25.
- Statistics Canada. (2017b). Diverse family characteristics of Aboriginal children aged 0 to 4. *Census in Brief*, October 25. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016020/98-200-x2016020-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2017c). The housing conditions of Aboriginal people in Canada. *Census in Brief*, October 25.
- Statistics Canada. (2017d). Language for Indigenous children: The Aboriginal languages of First Nations people, Metis and Inuit. *Census in Brief*, October 25.
- Statistics Canada. (2018a). Aboriginal identity (9), age (20), registered or treaty Indian status (3) and sex (3) for the population in private households of Canada, Provinces and Territories, Census Metropolitan Areas and Census Agglomerations, 2016 Census – 25% Sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=4&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GL=-1&GID=1334853&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110668&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=123&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
- Statistics Canada. (2018b). Aboriginal identity (9), individual low-income status (6), low-income indicators (4), Registered or Treaty Indian Status (3), age (6) and sex (3) for the population in private households of Canada, Provinces and Territories, Census Metropolitan Areas and Census Agglomerations, 2016 Census – 25% Sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=2&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=111095&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=1&D4=0&D5=0&D6=0>
- Statistics Canada. (2018c). Aboriginal identity (9), highest certificate, diploma or degree (15), labour force status (8), Registered or Treaty Indian Status (3), residence by Aboriginal geography (10), age (10) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households of Canada, Provinces and Territories, 2016 Census – 25% Sample Data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=4&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1334853&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110668&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=123&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

- Statistics Canada. (2018d). Aboriginal identity (9), employment income statistics (7), highest certificate, diploma or degree (11), major field of study – classification of instructional programs (CIP) 2016 (14), work activity during the reference year (3), age (10) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households of Canada, provinces and territories, 2016 census – 25% sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=110682&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=123&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistics Canada. (2018e). Aboriginal identity (9), highest certificate, diploma or degree (7), school attendance (3), registered or treaty Indian status (3), residence by Aboriginal geography (10), age (13A) and sex (3) for the population aged 15 years and over in private households in Canada, provinces and territories, 2016 census – 25% sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=110666&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=123&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistics Canada. (2018f). Aboriginal identity (9), dwelling condition (4), Registered or Treaty Indian status (3), residence by Aboriginal geography (10), age (12) and sex (3) for the population in private households of Canada, provinces and territories, 2016 census – 25% sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=2&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110519&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=1&D4=0&D5=0&D6=0>
- Statistics Canada. (2018g). Aboriginal identity (9), number of persons per room (5) Registered or Treaty Indian status (3), housing suitability (6), age (12) and sex (3) for the population in private households of Canada, provinces and territories, 2016 census – 25% sample data. *Data tables, 2016 Census*. Ottawa, ON: Author. Retrieved January 18, 2018 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=2&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1341679&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110520&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=1&D2=0&D3=1&D4=0&D5=0&D6=0>
- Success by 6. (n.d.a.). Overview, <http://www.successby6bc.ca/what-we-do/>
- Success by 6. (n.d.b.). Aboriginal engagement: Guiding principles & framework. <http://www.successby6bc.ca/guiding-principles/>
- Success by 6. (n.d.c.). Aboriginal engagement strategy, <https://static1.squarespace.com/static/5786b464bebafb879f1f70a1/t/57be1028d2b85745ca55f5c6/1472073768559/Aboriginal+Engagement+Strategy+Framework.pdf>
- Success by 6. (2013). *Community capacity building for the early years in BC: Highlights of the 2013 progress report*. Retrieved February 14, 2018 from http://www.mysuccessby6.ca/files/u66/Highlights_-_mgr_stakeholder_FINAL.pdf
- Supreme Court of Canada. (2016). Daniels v. Canada (Indian Affairs and Northern Development). *Judgements of the Supreme Court of Canada*. Ottawa, ON: Author, 2016 SCC23, case #35945.
- Tarasuk, V., Mitchell, A., & Dachner, N. (2016). *Household food insecurity in Canada, 2014*. Toronto, ON: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF).
- Teh, L., Pirkle, C., Furgal, C., Fillion, M., & Lucas, M. (2017). Psychometric validation of the household food insecurity access scale among Inuit pregnant women from northern Quebec. *PLoS One*, 12(6), e0178708.
- Thomson, M. (1994). Otitis media. How are First Nations children affected? *Canadian Family Physician*, 40, 1943-1950.
- Toth, S.L., Petrenko, C.L.M., Gravener-Davis, J.A., & Handley, E.D. (2016). Advances in prevention science: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology 3rd edition* (pp. 815-873). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Triple P Positive Parenting Program. (n.d.). Homepage, <http://www.triplep-parenting.ca/can-en/triple-p/>
- Trocmé, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the overrepresentation of Aboriginal children in Canada's child welfare system. *The Social Service Review*, 78(4), 577-600.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Winnipeg, MB: Authors.
- Turner, A. (2016). Living arrangements of Aboriginal children aged 14 and under. *Insights on Canadian Society, April*, 1-13. Retrieved October 17, 2017 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2016001/article/14547-eng.pdf>
- Turner, K.M.T., Hodge, L.M., Forster, M., & McIlduff, C.D. (2017). Working effectively with Indigenous families. In M.R. Sanders & T.G. Mazzunichelli (eds.), *The power of positive parenting: Transforming the lives of children, parents, and communities using the Triple P system* (pp. 321-331). New York, NY: Oxford University Press.
- Turner, K.M.T., Richards, M., & Sanders, M.R. (2007). Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian Indigenous families. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 429-437.
- Turpel-Lafond, M.E., & Kendall, P. (2009). *Joint special report – Kids, crime and care: Health and well-being of children in care: Youth justice experiences and outcomes*. Victoria, BC: Representative of Children and Youth & Office of the Provincial Health Officer.

- United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. (n.d.). *Climate change and Indigenous peoples – Backgrounder*. Retrieved January 22, 2018 from http://www.un.org/en/events/indigenousday/pdf/Backgrounder_ClimateChange_FINAL.pdf
- Wallace, S. (2014). *Inuit health: Selected findings from the 2012 Aboriginal Peoples Survey*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 89-653-X—No. 003.
- Walters, B., Godel, J.C., & Basu, T.K. (1999). Perinatal vitamin D and calcium status of northern Canadian mothers and their newborn infants. *The Journal of the American College of Nutrition*, 18(2): 122-6.
- Weiler, H.A., Leslie, W.D., Krahn, J., Wood Steiman, P., & Metge, C.J. (2007). Canadian Aboriginal women have a higher prevalence of vitamin D deficiency than non-Aboriginal women despite similar dietary vitamin D intakes. *The Journal of Nutrition*, 137(2), 461-465.
- Werk, C.M., Cui, X., & Tough, S. (2013). Fetal alcohol spectrum disorder among Aboriginal children under six years of age and living off reserve, *The First Peoples Child & Family Review*, 8(1), 7-16.
- Wien, F. (2017). *Tackling poverty in Indigenous communities in Canada*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Williams, L. (n.d.). *Aboriginal Head Start Program*. Kahnawake, QC: National Indian and Inuit Community Health Representatives. Retrieved March 16, 2010 from <http://www.niichro.com/Child/child4.html>
- Williams, J. (2012). The impact of climate change on Indigenous people – the implications for the cultural, spiritual, economic and legal rights of Indigenous people. *The International Journal of Human Rights*, 16(4), 648-688.
- Willows, N.D., Johnson, M.S., & Ball, G.D.C. (2007). Prevalence estimates of overweight and obesity in Cree preschool children in northern Quebec according to international and US reference criteria. *American Journal of Public Health*, 97(2): 311-16.
- Wilson, D. (2015). *Better governance, greater wellbeing*. First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. Retrieved February 1, 2018 from http://www.cssspnql.com/docs/default-source/Publications-Gouvernance/css_1509_gouvern_wilson_an_webf.pdf?sfvrsn=2
- Woodhead, M. (2014). *Early childhood development: Delivering inter-sectoral policies, programmes and services in low-resource settings*. Health & Education Advice & Resource Team (HEART). Retrieved January 30, 2018 from <http://oro.open.ac.uk/41552/1/Woodhead%20et%20al%202014%20Early-Childhood-Development-Topic-Guide.pdf>
- Xiao, L., Zhang, D.-L., Torrie, J., Auger, N., Gros-Louis McHugh, N., & Luo, Z.-C. (2016). Macrosomia, perinatal and infant mortality in Cree communities in Quebec, 1996-2010. *PLoS One*, 11(8), e0160766
- Ye, M., Mandhane, P.J., & Senthilselvan, A. (2012). Association of breastfeeding with asthma in young Aboriginal children in Canada. *Canadian Respiratory Journal*, 19(6), 361-366.
- Young, T.K., Dean, H.J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *Journal of Pediatrics*, 136, 365-369.
- Young, M., Kandola, K., Mitchell, R., & Leamon, A. (2007). Hospital admission rates for lower respiratory tract infections in infants in the Northwest Territories and the Kitikmeot region of Nunavut between 2000 and 2004. *Paediatrics & Child Health*, 12(7), 563-6.
- Zhang, Y., Xu, M., Zhang, J., Zeng, L., Wang, Y., & Zheng, Q.Y. (2014). Risk factors for chronic and recurrent otitis media: A meta-analysis. *PLoS One*, 9(1), e86397.
- Zimmerman, M.A., Ramirez-Valles, J., Washienko, K.M., Walter, B., & Dyer, S. (1998). Enculturation hypothesis: Exploring direct and protective effects among Native American youth. In E.A. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson, & J.E. Fromer (Eds.), *Resiliency in Native American and immigrant families* (pp. 199-220). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.





