

EXAMINER LES APPROCHES SOCIALEMENT RESPONSABLES POUR LA RÉADAPTATION DES ENFANTS CHEZ LES COMMUNAUTÉS, LES FAMILLES ET LES ENFANTS AUTOCHTONES

Alison Gerlach, Ph. D.



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES FAMILLES



© 2018 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.

Acknowledgements

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.

L'auteure souhaite reconnaître et remercier le Centre de collaboration national de la santé autochtone pour le financement et l'appui au développement de cette publication. L'auteure aimerait également remercier les ergothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes de tout le Canada qui ont partagé leurs expériences et leurs points de vue sur la prestation de leurs services auprès des communautés, des familles et des enfants autochtones.

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: *Exploring socially-responsive approaches to children's rehabilitation with Indigenous communities, families, and children.*

Référence : Gerlach, A. (2018). *Examiner les approches socialement responsables pour la réadaptation des enfants chez les communautés, les familles et les enfants autochtones.* 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
Télé. : 250-960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (imprimée) : 978-1-77368-177-1
ISBN (en ligne) : 978-1-77368-178-8

TABLE DES MATIÈRES



1.0 INTRODUCTION	5
2.0 DEFICIENCE ET READAPTATION DANS LE CONTEXTE DES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA	7
2.1 La diversité des familles autochtones	7
2.2 L'absence de visibilité des enfants autochtones atteints d'une déficience	8
2.3 Points de vue différents sur la « déficience » et la réadaptation	9
2.4 Les conséquences débilatantes de la colonisation	11
3.0 THEMES EMERGENTS AU SUJET DE LA READAPTATION DES ENFANTS AUPRES DES COMMUNAUTES, DES FAMILLES ET DES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA	15
3.1 Répondre aux droits à l'autodétermination des communautés	16
3.2 Apprendre de la « communauté »	17
3.3 Cibler les forces et le bien-être	19
3.4 Investir dans les relations	20
3.5 Faire de la place au savoir et aux langues autochtones	21
3.6 Utiliser les évaluations avec précaution	22
3.7 Sensibiliser les communautés des régions rurales et du Nord	24
4.0 CONCLUSION	27
4.1 Renseignements sur les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes au Canada	28
BIBLIOGRAPHIE (anglais seulement)	29



Download publications at
nccah.ca/34/Publication_Search



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks



S'efforcer d'assurer aux enfants autochtones les opportunités, les parcours de développement de vie et de santé, ainsi qu'une qualité de vie et un bien-être au cours de leur vie comparables à ceux dont bénéficient l'ensemble des enfants au Canada nécessite un examen critique de la réadaptation des enfants.

1.0 INTRODUCTION



Jordan River Anderson était un jeune garçon des Premières Nations de la Nation des Cris de Norway House, située dans le nord du Manitoba, né avec un trouble musculaire rare qui a entraîné des besoins médicaux complexes. Après avoir passé les deux premières années de sa vie à l'hôpital, le jeune garçon a été renvoyé à la maison par les médecins. Cependant, les gouvernements provincial et fédéral se sont disputés à savoir qui devrait payer pour les soins et les ressources nécessaires pour que Jordan puisse vivre à la maison. Jordan est décédé à l'hôpital en 2005, sans jamais avoir passé une seule journée dans sa maison familiale ou dans sa communauté. En 2017, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité le «principe de Jordan» : le principe de l'enfant d'abord visant à mettre fin à la discrimination raciale des enfants des Premières Nations en tenant responsable tous les paliers de gouvernement pour le traitement équitable de tous les enfants autochtones¹, peu importe où ils habitent (Canadian Human Rights Tribunal, 2016; Jordan's Principle Working Group, 2015)².

En raison d'un sous-financement chronique et de confusion et de conflits de financement administratif et juridictionnel potentiellement rectifiables, de nombreux enfants autochtones se voient refuser l'accès opportun à des soins de santé critiques et à des services sociaux comparables à ceux dont bénéficient l'ensemble des enfants au Canada. Le travail continu des chefs, des associations et des communautés autochtones au Canada afin de s'assurer que l'intention principale du principe de Jordan soit mise en œuvre pour *tous* les enfants autochtones, peu importe où ils habitent, a retenu l'attention sur la scène nationale et internationale comme façon de traiter des droits des communautés et des familles autochtones à un accès équitable aux programmes et aux services sociaux essentiels pour la santé et la réadaptation des enfants (Canadian Human Rights Tribunal, 2016; Canadian UNICEF Committee, 2009).

S'efforcer d'assurer aux enfants autochtones les opportunités, les parcours de développement de vie et de santé, ainsi qu'une qualité de vie et un bien-être au cours de

leur vie comparables à ceux dont bénéficient l'ensemble des enfants au Canada nécessite un examen critique de la réadaptation des enfants³. Partout au Canada, la prestation de réadaptation des enfants dans leur collectivité repose principalement sur trois disciplines différentes⁴ : l'ergothérapie, l'orthophonie et la physiothérapie. Le thème central de la réadaptation des enfants tourne autour du fait qu'en raison de la plasticité neuronale de leur cerveau, plus l'intervention commence tôt chez les jeunes enfants, plus elle sera bénéfique (Hadders-Algra, 2004; Hebbeler et al., 2007). Dans la population en général, la réadaptation des enfants s'est révélée très bénéfique pour optimiser la croissance et le développement, de la naissance jusqu'à leur entrée à l'école, des enfants qui ont, ou qui sont à risque d'avoir des retards ou des déficiences de développement (Landa, Holman, O'Neill, & Stuart, 2011; National Early Childhood Technical Assistance Center, 2011). Il y a actuellement un manque de documentation sur la réadaptation des enfants auprès des communautés, des familles et des enfants autochtones au Canada.

¹ Dans cette publication, le terme Autochtone a un sens large et global qui désigne collectivement les premiers peuples du Canada, y compris les Premières Nations, les Inuit et les Métis. Dans la mesure du possible, nous ferons mention de groupes autochtones spécifiques.

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

³ Dans certaines parties du Canada, la réadaptation des enfants est aussi appelée « thérapie d'intervention précoce ».

⁴ Les définitions de ces différentes disciplines, ainsi que de l'information sur celles-ci, sont fournies en annexe.

La présente publication est destinée aux communautés et aux associations autochtones, ainsi qu'aux intervenants en réadaptation des enfants, y compris les organismes de financement gouvernementaux, qui se demandent comment soutenir la santé et le bien-être des enfants autochtones ayant des troubles ou des déficiences de développement⁵, ainsi que des problèmes de santé complexes, par la prestation de services et de programmes communautaires de réadaptation des enfants. Les principaux objectifs de la présente publication sont les suivants :

- 1) étudier la pertinence des concepts de «troubles» et de «réadaptation» dans le contexte colonial du Canada;
- 2) mettre en évidence les thèmes émergents dans les publications sur la réadaptation des enfants autochtones au Canada, et
- 3) cerner les lacunes actuelles dans les connaissances et les domaines de recherche futurs.

Afin de pallier au manque de documentation actuellement publiée sur le sujet, l'auteure⁶ a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'University of Northern British Columbia pour

réaliser un petit nombre d'entrevues semi-structurées. À l'automne 2016, l'auteure a fait circuler un courriel avec de l'information pour participer à une entrevue téléphonique auprès de divers organismes nationaux, dont l'Association nationale des centres d'amitié, l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, la Société canadienne de pédiatrie et les trois associations nationales qui représentent les ergothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes au Canada. Le Centre national de collaboration de la santé des autochtones et le SEFPN ont aussi publié cette information sur leur page Facebook. La stratégie de recrutement n'a pas obtenu de réponse de la part des associations autochtones nationales et, malheureusement, la poursuite d'autres stratégies de recrutement dépassait le cadre du projet.

Cette stratégie a eu du succès pour le recrutement d'un petit groupe de thérapeutes en réadaptation interdisciplinaire comme informateurs clés : cinq ergothérapeutes, cinq orthophonistes et deux physiothérapeutes, situés dans huit provinces et territoires différents au pays⁷. La majorité des thérapeutes s'identifiaient comme euroCanadiens ou Canadiens français. Un seul des

thérapeutes a indiqué avoir des ancêtres autochtones⁸. L'âge et l'expérience des thérapeutes variaient grandement (entre 18 mois et 20 ans), à travailler auprès de familles et d'enfants autochtones dans diverses collectivités rurales et urbaines. Les thérapeutes étaient employés par diverses associations générales et autochtones.

Après avoir signé un consentement, toutes les entrevues ont été enregistrées et un sommaire anonymisé a été envoyé par courriel à chaque participant afin de vérifier ou de compléter le contenu. Les données narratives, qui représentent les opinions de thérapeutes en réadaptation principalement eurocanadiens, sont utilisées dans la présente publication afin de contribuer à contextualiser les thèmes identifiés dans la documentation.



⁵ Comme discuté dans la présente publication, le lien entre les conditions de santé et les «troubles» est compliqué, et il est déterminé par de multiples facteurs contextuels (World Health Organization, 2015).

⁶ L'auteure des présentes est ergothérapeute et chercheuse eurocanadienne qui a eu le privilège de travailler et d'apprendre auprès des communautés et des familles autochtones et des associations de la petite enfance, surtout en Colombie-Britannique au cours des 18 dernières années.

⁷ Ils provenaient du Nouveau-Brunswick, des Territoires du Nord-Ouest, de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Manitoba, du Québec, de l'Ontario et du Yukon.

⁸ Nous ne savons pas combien de thérapeutes en réadaptation au Canada s'identifient comme ayant des ancêtres autochtones, car ces données ne sont pas recueillies. Des données non scientifiques indiquent qu'il s'agit d'un petit pourcentage. La majorité des thérapeutes en réadaptation au Canada ont des ancêtres européens variés et ils ont des connaissances limitées de l'histoire coloniale du Canada, ainsi qu'une expérience de travail limitée avec les communautés et les familles autochtones.



2.0 DEFICIENCE ET READAPTATION DANS LE CONTEXTE DES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA



2.1 La diversité des familles autochtones

Les enfants autochtones au Canada grandissent dans des familles, des secteurs et des collectivités géographiques et socioculturels extrêmement variés. Selon le recensement de 2016, le nombre de personnes autochtones qui se déclarent membres des Premières Nations, Inuits et Métis au Canada s'élèverait à 1,67 million, soit environ 4,9 % de la population.. Il existe plus de 600 Premières Nations et plus de 70 langues autochtones à l'échelle du Canada. Les Métis ont leur propre histoire, culture et nation uniques, et ils vivent dans toutes les parties du Canada, mais surtout dans les provinces de l'Ouest ou en Ontario. Les Inuit au Canada ont aussi une culture et un système de connaissances uniques. Environ 73 % des familles inuit vivent dans l'Inuit Nunangat⁹ (Statistics Canada, 2017). Même si de nombreuses familles autochtones vivent dans des centres urbains, il y a beaucoup de mobilité, tant au sein des villes qu'entre celles-ci, et d'aller-retour entre les régions urbaines et les Nations ou collectivités rurales (Browne, McDonald, & Elliott, 2009a). La démographie des familles autochtones diffère grandement de celle des familles non autochtones au Canada, avec une population jeune et en croissance rapide, avec de plus grandes familles et des parents plus jeunes (Statistics Canada, 2013, 2017).

⁹ Environ 65 025 Inuit au Canada vivent dans les quatre régions inuit (Inuit Nunangat), qui comprennent le Nunavik (Nord du Québec), le Nunatsiavut (Nord du Labrador), le Nunavut et la région d'Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest, ainsi que d'autres endroits d'un bout à l'autre du pays (Statistics Canada, 2017).



2.2 L'absence de visibilité des enfants autochtones atteints d'une déficience

Il y a actuellement une absence inquiétante de données globales utiles et fiables sur les déficiences et les problèmes de santé chez les populations autochtones au Canada. Les trois troubles neurologiques du développement les plus communs parmi tous les enfants au Canada sont un trouble du spectre de l'autisme, la paralysie cérébrale et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Il n'y a cependant pas de statistiques connues sur le nombre d'enfants autochtones au Canada atteints d'autisme ou de paralysie cérébrale, et presque aucune recherche pertinente sur ces troubles au sein de cette population (Di Pietro & Illes, 2013; Lindblom, 2014). L'absence de données fiables et de recherches sur les déficiences dans

le contexte des enfants autochtones au Canada a été définie comme une préoccupation majeure pendant de nombreuses années (Ball, 2008b; Leitch, 2007). Ce manque de données et de recherches entraîne une absence de données probantes pour informer la prestation de services de réadaptation efficaces et culturellement sûrs des enfants autochtones.

Données nationales¹⁰ disponibles sur les blessures non intentionnelles chez les enfants. Ces données indiquent que les enfants et les jeunes des Premières Nations et des Inuit ont les mêmes types de blessures que le reste de la population, mais à un taux trois à quatre fois plus élevé que la moyenne nationale (Banerji, Canadian Paediatric Society, & First Nations Inuit and Métis Health Committee, 2012). Les données disponibles de 2008 à 2010 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

L'absence de données fiables et de recherches sur les déficiences dans le contexte des enfants autochtones au Canada a été définie comme une préoccupation majeure pendant de nombreuses années

(Ball, 2008b; Leitch, 2007).

révèlent que l'on a diagnostiqué à 7 % des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les communautés du Nord un «problème de santé» susceptible de nuire à leur apprentissage. Les problèmes de santé les plus répandus étaient les troubles de la parole et du langage (58 %), les troubles d'apprentissage (58 %), les troubles déficitaires de l'attention/troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (57 %), les troubles visuels (54 %), la «déficience mentale ou cognitive» (54 %), les troubles de l'audition (54 %) et l'ETCAF (24 %) (First Nations Information Governance Centre, 2012). Des données similaires pour les Inuit, les Métis ou les enfants des Premières Nations ne vivant pas dans des réserves ne sont pas disponibles.

Nous assumons couramment que l'ETCAF est plus répandu parmi les populations autochtones au Canada. Les communautés autochtones

¹⁰ En raison des données limitées et de la tendance à la décontextualisation des statistiques sur la santé qui perpétuent les stéréotypes orientés vers les troubles, les données sur la santé et le bien-être à l'échelle de la population des enfants autochtones doivent être utilisées avec beaucoup de précautions.

se préoccupent de l'ETCAF; cependant, des données fiables pour les populations des Premières Nations, des Inuit et des Métis ne sont pas disponibles (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2010; Werk, Cui, & Tough, 2013), et il n'y a pas de données concluantes démontrant que les taux de l'ETCAF sont plus élevés chez les enfants autochtones au Canada que dans l'ensemble de la population (Pacey, 2009). L'Enquête régionale sur la santé révèle que 1,8 % des enfants des Premières Nations souffrent de l'ETCAF (First Nations Information Governance Centre, 2012). Des données antérieures de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 indiquent que les enfants des Premières Nations de l'Ouest du Canada et des Territoires du Nord-Ouest sont plus susceptibles que les enfants Métis de recevoir un diagnostic de l'ETCAF (Werk et al., 2013). De plus, les taux de diagnostic sont, semble-t-il, légèrement plus élevés chez les enfants vivant dans familles à faible revenu où il y a de l'insécurité alimentaire, et beaucoup plus élevés chez les enfants qui sont dans le système de placement familial. L'enquête révèle également que seulement 50 % des enfants des Premières Nations qui reçoivent un diagnostic de l'ETCAF ont profité d'une intervention.

Des renseignements à jour et fiables au sujet de la prévalence des troubles de la parole et du langage, ainsi que de l'audition chez les enfants autochtones sont

insuffisants. Cependant, nous avons la preuve qu'en comparaison avec l'ensemble de la population d'enfants au Canada, les enfants des Premières Nations et des Inuit ont une prévalence globale plus élevée d'otites moyennes chroniques (inflammation de l'oreille moyenne) et de pertes auditives concomitantes qui peuvent nuire au développement de la parole et du langage (Ayukawa, Bruneau, Proulx, Macarthur, & Baxter, 2004; Bowd, 2005). De la même manière, les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 révèlent qu'environ 13 % des enfants des Premières Nations âgés de 2 à 5 ans ne vivant pas dans une réserve ont été signalés par leurs parents comme ayant un retard de développement de la parole et du langage, en comparaison avec la moyenne nationale de 4 % de l'ensemble des enfants au Canada (Findlay & Kohen, 2013).

La façon dont « déficience » et « réadaptation » sont comprises influence la manière dont les services sont conçus et dispensés, ainsi que leur pertinence potentielle et leur sûreté culturelle pour les populations autochtones.

2.3 Points de vue différents sur la « déficience » et la réadaptation

La façon dont « déficience » et « réadaptation » sont comprises influence la manière dont les services sont conçus et dispensés, ainsi que leur pertinence potentielle et leur sûreté culturelle pour les populations autochtones. Au cours des dernières années, deux modèles prédominants et interconnectés de déficiences ont influencé la réadaptation des enfants : le modèle individuel/biomédical¹¹ et le modèle social¹². Les points de vue individuels et biomédicaux sur les déficiences sont renforcés et reproduits par la recherche, l'éducation, le financement, les politiques et les structures organisationnelles et professionnelles, et par les interventions thérapeutiques qui



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 820969226

¹¹ Les points de vue biomédicaux individualisés « situent d'abord le « problème » de la déficience au niveau de l'individu et, deuxièmement, ils perçoivent les causes du problème comme découlant des limitations fonctionnelles ou des pertes psychologiques qui sont censées accompagner la déficience » (Oliver, 1996, p. 32).

¹² Un modèle social repère les déficiences dans le corps physique, mais il met l'accent sur la façon dont les préjugés et la discrimination individuels et institutionnels, les politiques d'exclusion et les environnements inaccessibles influencent les expériences des déficiences vécues des individus et un processus étouffant « d'invalidité » (Kulnik & Nikoletou, 2017).

sont surtout axées sur l'enfant et sur l'unité familiale (Gerlach, Teachman, Laliberte Rudman, Huot, & Aldrich, 2017b). Dans plusieurs provinces et territoires au Canada, l'accès à un financement spécifique ou à des services ou ressources spécifiques dépend du processus individualisé et biomédical d'identification et d'attribution d'une étiquette diagnostique ou de maladie à un enfant. Cette structure demeure axée sur l'enfant, peu importe la façon dont sa vie familiale quotidienne est façonnée différemment par les déterminants sociaux et structureaux (Miller & Rosenbaum, 2016). Pour les enfants autochtones, l'attribution de troubles, de retards, de déficiences peut représenter une autre étiquette de déficit pour une population qui a déjà un passé de catégorisation et de stigmatisation comme étant «inférieure» (Ellison, 2008).

La résistance à l'individualisation et à la médicalisation de la déficience par les personnes qui ont vécu des expériences de déficience a mené à l'émergence d'un modèle social au Royaume-Uni à la fin des années 1980 (Oliver, 1996). Au lieu de se concentrer sur le «traitement» de la déficience, de ce point de vue, la réadaptation est axée sur la promotion de l'inclusion sociale, de l'égalité des droits, et elle traite des inégalités structurelles socio-économiques et politiques (Gilroy, Donnelly, Colmar, & Parmenter, 2013). Dans une tentative de combiner les approches individuelles et sociales des déficiences et de créer un cadre conceptuel international reconnu, l'Organisation mondiale

de la Santé (OMS) a lancé en 2001 la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé¹³ (CIF). La capacité du cadre de la CIF de faire avancer la recherche, l'éducation et la pratique de la réadaptation au Canada au-delà des points de vue individuels, orientés vers un déficit et décontextualisés continue d'être débattue (Leplege, Barral, & McPherson, 2015; Miller & Rosenbaum, 2016).

Dans des contextes coloniaux globaux, les modèles individuels et sociaux, et les discours sur la déficience axés sur les droits de la personne ont été critiqués comme privilégiant le langage et les concepts eurocentriques et occidentaux, individualistes et orientés vers un déficit, et ne tenant pas compte ou n'étant pas représentatifs de l'énorme diversité de points de vue et d'expériences des Autochtones en matière de déficience (Elder, 2015; Gilroy et al., 2013; Hollinsworth, 2014; Meekosha, 2011; Phillips & Higgins, 2013). Dans le contexte canadien, au lieu de critiquer ou de se concentrer sur les maladies ou sur le langage et les concepts de déficience, les communautés et les organismes de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis ont adopté des points de vue distincts sur la santé qui partagent bien souvent des objectifs de bien-être, d'équilibre, d'harmonie et de guérison (Graham & Leeseberg Stamler, 2010; Métis National Council, 2017; National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2013; Tagalik, 2015).

Le bien-être implique souvent un équilibre des aspects mental, physique, spirituel et émotionnel pour l'individu, la famille et la collectivité ou la Première Nation. Atteindre l'équilibre et le bien-être est souvent un processus relationnel réalisé grâce à un lien avec, et entre la terre, le monde spirituel et la communauté (Greenwood, de Leeuw, Lindsay, & Reading, 2015).

Un cadre de déficience infantile orienté sur les droits de la personne est utilisé par l'Assemblée des Premières Nations et par la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations pour tenir le gouvernement fédéral responsable de fournir des programmes sociaux et de soins de santé équitables pour tous les enfants autochtones, peu importe où ils habitent, et de mettre en œuvre le principe de Jordan dans sa totalité (Canadian Human Rights Tribunal, 2016). Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU fournit un cadre pour les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels des enfants, et cela a été le premier traité de droits de la personne à faire spécifiquement référence aux enfants autochtones dans un certain nombre de dispositions en reconnaissant qu'ils avaient besoin de «mesures spéciales» de législation et de politiques afin d'assurer leurs droits individuels et collectifs (United Nations Committee on the Rights of the Child, 2009). En particulier, l'article 30 tient le gouvernement du Canada responsable d'assurer que «tous les enfants autochtones aient l'opportunité de vivre, d'apprendre

¹³ Dans le cadre de la CIF, «la déficience est considérée comme un continuum dynamique, influencée par la biologie, les facteurs sociaux, les conditions environnementales, les services de santé et les préférences personnelles» (Halfon, Houtrow, Larson, & Newacheck, 2012, p. 16).

Atteindre l'équilibre et le bien-être est souvent un processus relationnel réalisé grâce à un lien avec, et entre la terre, le monde spirituel et la communauté

(Greenwood, de Leeuw, Lindsay, & Reading, 2015).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 480636417

et de profiter de leur langue, de leur culture et de leur religion» (Greenwood, 2016, p. 20). Ces droits sont interdépendants de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, 2007), qui a été pleinement soutenue par le gouvernement du Canada en 2016. Cette Déclaration fait référence aux « besoins spéciaux » des enfants autochtones et sa mise en œuvre complète est la principale recommandation de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada de 2015 (CVR).

2.4 Les conséquences débilantes de la colonisation

Il existe de solides données probantes selon lesquelles les premières relations, les expériences et les environnements d'un enfant ont un énorme impact sur sa santé et sur son bien-être au cours de sa vie, ainsi que sur la prévalence et l'étendue des retards de développement, des déficiences et des problèmes de santé (Shonkoff & Phillips, 2000). Cependant, les points

de vue dominants sur la déficience ignorent largement les multiples conséquences handicapantes de la colonisation sur la santé et sur le bien-être des familles et des enfants autochtones (Gilroy et al., 2013). De plus, même si la prestation de services de réadaptation aux enfants tient souvent compte du contexte immédiat de la vie des familles, les pratiques et les structures organisationnelles de la réadaptation tendent à se soucier des interventions individuelles au niveau des familles et des enfants, et elles ne savent pas encore tout à fait comment réagir aux effets historiques et continus de la colonisation sur la vie quotidienne des communautés, des familles et des enfants autochtones. La section suivante met en évidence le caractère indissociable des conséquences multiples de la colonisation sur la vie des communautés et des familles autochtones, ainsi que sur l'accès par leurs enfants à des résultats équitables sur leur santé, leur bien-être et leur parcours de développement.

Avant la colonisation, de nombreuses communautés et familles des Premières Nations et Inuit élevaient, prenaient soin de leurs

enfants et les éduquaient dans le cadre d'un système de relations étendues et interdépendantes qui contribuait à assurer leur sécurité et leur bien-être. (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014; Irvine, 2009). La colonisation est décrite comme « le déterminant le plus vaste et le plus fondamental de la santé et du bien-être des Autochtones dans les pays où le pouvoir colonial continue de dominer » (de Leeuw, Lindsay, & Greenwood, 2015, p. xii). Le « principal facteur et le plus dévastateur » dans l'effondrement des cultures et des communautés autochtones a été le système des pensionnats (Armstrong, 1996). Pendant plus de 100 ans, de multiples générations de jeunes enfants ont été retirées de leurs familles, souvent de force, et de leur collectivité, pour passer leur enfance dans des pensionnats dirigés par l'Église. Bon nombre d'entre eux ont reçu des punitions corporelles, ont été traumatisés émotionnellement, victimes d'agressions sexuelles et privés de la possibilité d'avoir une relation affectueuse avec leurs frères et sœurs, leurs parents et leur famille élargie. En conséquence, devenus adultes, nombre d'entre eux ont de la difficulté à prendre soin d'eux-

Aggravant la surreprésentation des enfants autochtones dans le système de protection de l'enfance, il y a la persistance des discours patriarcaux et racialisés qui laissent entendre que les femmes autochtones ne font pas de « bonnes mères » et que leurs enfants sont « à risque »

(Cull, 2006; de Leeuw, 2009, 2014).



© Crédit : Aboriginalimages.ca, réf. 0918

mêmes et de leurs enfants (Fournier & Crey, 1997; Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996; TRC, 2015). Le dernier pensionnat indien a fermé ses portes en 1996.

Dans la deuxième moitié du 20^e siècle, le gouvernement a mis en place une nouvelle approche pour l'assimilation des enfants autochtones, communément appelée « la rafle des années soixante »¹⁴. Entre 1960 et 1990, on estime à plus de 11 000 le nombre d'enfants qui ont été adoptés par des familles non autochtones qui vivaient souvent dans une autre province ou parfois même dans un autre pays (Trocmé, Knoke, & Blackstock, 2004). L'intervention gouvernementale dans la vie des familles et des enfants autochtones persiste aujourd'hui par l'intermédiaire des services provinciaux et territoriaux de protection de l'enfance, avec plus d'enfants qui sont retirés de leur

foyer qu'au plus fort du système de pensionnats indiens (McKenzie, Varcoe, Browne, & Day, 2016). Il y a aussi des données probantes selon lesquelles des familles habitant dans des collectivités rurales des Premières Nations doivent « volontairement » placer leurs enfants dans le système de protection de l'enfance pour avoir accès à des services de santé et de réadaptation (Nishnawbe Aski Nation, 2016).

Aggravant la surreprésentation des enfants autochtones dans le système de protection de l'enfance, il y a la persistance des discours¹⁵ patriarcaux et racialisés qui laissent entendre que les femmes autochtones ne font pas de « bonnes mères » et que leurs enfants sont « à risque » (Cull, 2006; de Leeuw, 2009, 2014). Les expériences des mères autochtones ou leurs craintes d'être racialisées dans leurs interactions avec les institutions

grand public influencent leur accès aux programmes de santé et d'intervention précoce pour leurs enfants, et leur utilisation de ceux-ci (Gerlach, Browne, & Greenwood, 2017a; Health Council of Canada, 2011). Ainsi, non seulement la santé des enfants autochtones est-elle compromise par la législation racialisée qui limite leur accès équitable à des services sociaux et de soins de santé essentiels comparables à ceux dont bénéficient les autres enfants au Canada (Canadian Human Rights Tribunal, 2016), mais elle l'est aussi par les discours racialisés et la stigmatisation au sein des institutions grand public et de la société en général (Loppie, Reading, & de Leeuw, 2014).

Le statut socio-économique des familles autochtones au Canada varie énormément (Place, 2012). Environ 43 % des ménages de Premières Nations survivent avec

¹⁴ En 1959, 1 % des enfants qui étaient sous la tutelle légale de l'État étaient autochtones. À la fin des années 1960, ce nombre était passé à entre 30 et 40 % (Fournier & Crey, 1997).

¹⁵ La racialisation peut être consciente et délibérée, un acte de racisme qui fait ouvertement preuve de discrimination, ou elle peut être inconsciente et accidentelle. La racialisation entraîne la marginalisation d'individus et de groupes de population en fonction de supposées différences biologiques, physiques ou génétiques (Browne, 2005).

moins de 20 000 \$ par année (First Nations Information Governance Centre, 2012). Chez les Inuit du Nunavut, le revenu total annuel moyen se situe entre 21 000 \$ et 47 000 \$ (Statistics Canada, 2016). Des données probantes à l'échelle internationale renforcent le lien entre le fait de grandir dans la pauvreté et l'incidence et la gravité des retards de développement et des déficiences précoces, de même que des conséquences sur la santé physique et mentale, et sur l'apprentissage précoce (Blackburn, Spencer, & Read, 2013; McPherson & McGibbon, 2010; Raphael, 2011). Les statistiques sur la santé disponibles pour les enfants autochtones qui indiquent des taux élevés de mortalité infantile, de problèmes respiratoires, d'obésité infantile et de diabète, ainsi que de blessures et de mort accidentels, qui ont tous été liés aux conséquences multiples de grandir dans des conditions de pauvreté (Office of the Provincial Health Officer, 2009; Public Health Agency of Canada, 2001, 2011; Saylor, 2004; Smylie, Fell, & Ohlsson, 2010).

La santé et le parcours de développement des enfants autochtones peuvent aussi être grandement influencés par des inégalités structurelles qui sont en dehors du ressort immédiat de leur communauté ou de leur famille. Plus précisément, le manque chronique de financement et la structure organisationnelle implantée de longue date des services de santé et de réadaptation pour les enfants des communautés autochtones au Canada continuent de créer un accès inéquitable à ces services dans les régions urbaines et rurales, ce qui a un effet néfaste sur la santé, le bien-être et le développement potentiel

des enfants autochtones ayant des troubles du développement et des déficiences, en plus de violer leurs droits de la personne (Canadian Human Rights Tribunal, 2016). Il y a aussi eu un manque d'investissement de la part du Canada et sur la scène internationale en vue de comprendre comment les modèles de politiques, de pratiques et de prestation de services de réadaptation pour les enfants peuvent aller au-delà d'une orientation principalement biomédicale et individualiste pour devenir inclusifs et plus réceptifs aux réalités historiques, aux contextes socio-économiques et communautaires actuels, ainsi qu'aux forces et aux priorités des communautés et des familles autochtones (Ball & Lewis, 2014; DiGiacomo, Davidson, & Abbott, 2013).

Dans la prochaine section, les thèmes récurrents dans la documentation disponible sur la prestation de services de réadaptation pour enfants auprès des communautés, des familles et des enfants autochtones dans le contexte canadien fournissent un point de départ pour explorer les pratiques transformatrices et les modèles de prestation des services. Tous les thèmes sont alignés sur les principes sous-jacents et sur les motifs de la sûreté culturelle. Ces thèmes fournissent des points de discussion pour des dialogues et des recherches plus approfondis, et toute généralisation doit être traitée avec prudence. Ces thèmes sont enrichis par les narrations des entrevues avec les informateurs clés.





Le contexte de méfiance né de l'expérience des familles avec l'excès de surveillance historique et actuelle sanctionné par le gouvernement, de même que du racisme et de la discrimination systémiques, peut entraîner la réticence des parents autochtones à accéder aux programmes avec leurs enfants

(Gerlach et al., 2017a; Health Council of Canada, 2011).

3.0 THEMES EMERGENTS AU SUJET DE LA READAPTATION DES ENFANTS AUPRES DES COMMUNAUTES, DES FAMILLES ET DES ENFANTS AUTOCHTONES AU CANADA



Le contexte de méfiance né de l'expérience des familles avec l'excès de surveillance historique et actuelle sanctionné par le gouvernement, de même que du racisme et de la discrimination systémiques, peut entraîner la réticence des parents autochtones à accéder aux programmes avec leurs enfants (Gerlach et al., 2017a; Health Council of Canada, 2011). Selon Ball (2008a), il y a des indications que les familles autochtones ne se sentent pas en sécurité pour accéder aux services pour leurs enfants : le faible taux d'utilisation des services disponibles, le « déni » des suggestions qu'il y a un problème et les réticences dans leurs interactions avec les professionnels de la santé.

La sécurité culturelle a été conceptualisée pour la première fois en Aotearoa/Nouvelle-Zélande par des infirmières en chef māoris, afin de contrer les discours culturalistes des politiques et des pratiques en soins de santé qui incitaient les personnes à retarder ou à éviter d'y avoir accès en raison d'un sentiment d'insécurité. Des relations éthiques dans le domaine des soins de santé fondées sur le respect et la confiance, et des points de vue relationnels de la santé qui comprennent les effets historiques et continus de la colonisation sur l'accès des peuples autochtones à des soins

de santé équitables sont au cœur de la sécurité culturelle (Papps & Ramsden, 1996; Ramsden, 1993).

Je pense que l'un des obstacles est que les familles ne font pas confiance aux gens de l'extérieur ou aux thérapeutes en intervention précoce, car elles craignent d'être jugées pour leur rôle parental et elles se demandent si le fait d'être étiqueté pourrait nuire à leurs enfants, que ceux-ci seront stigmatisés, ou que les services de protection de l'enfance pourraient leur retirer leur enfant en raison de leurs compétences parentales... Je pense qu'il y a beaucoup d'obstacles à la confiance. Je ne vois pas beaucoup d'organismes extérieurs saisir les occasions de bâtir la confiance; ils ne viennent pas passer de temps dans les communautés des Premières Nations, et ils partagent l'information sur leurs programmes de façon fort discrète (Ergothérapeute, Ontario).

Dans les programmes de la petite enfance, lorsque les parents ne montrent pas d'intérêt pour les programmes de réadaptation ou qu'ils ne se conforment pas aux exigences, ils sont étiquetés comme désintéressés ou non conformes. Décrire les parents ainsi suggère un déficit en relation avec le parent au

lieu de se concentrer sur les obstacles au sein même des programmes (Day, 2013). Une importante répercussion de la sécurité culturelle est que plutôt que d'insinuer qu'il y a un problème avec une famille, les dirigeants des organismes et les fournisseurs doivent comprendre comment des politiques et des pratiques que l'on tient pour acquises peuvent représenter des obstacles à l'accès aux programmes lorsqu'ils ne tiennent pas compte des contextes sociaux et des complexités de la vie quotidienne des familles autochtones (Gerlach et al., 2017a). Par exemple, Peltier (2011), orthophoniste de la Première Nation Mnjikaning en Ontario, affirme que :

Un modèle de prestation de services qui présente plus d'une occasion d'évaluation et qui offre de multiples visites et rendez-vous à la maison et à la clinique peut aussi faciliter l'engagement et soutenir le développement d'une approche d'évaluation et d'intervention qui réponde le mieux aux besoins du client. C'est surtout pertinent pour les membres des populations autochtones qui retournent de façon saisonnière sur leur territoire traditionnel pour chasser, pour des fins de rituels ou pour des visites chez des membres de la famille, car les communautés sont souvent très éloignées. (p. 133)

Dans une enquête nationale auprès des orthophonistes qui travaillent avec les communautés des Premières Nations et Inuit, Ball et Lewis (2011) concluent que si la participation au programme est un problème, il revient au thérapeute de résoudre le problème avec les familles et d'adapter son modèle de prestation de service en conséquence. Cependant, il est de plus en plus reconnu que la sécurité culturelle doit être exercée et soutenue au niveau du financement et de l'organisation (Greenwood, Lindsay, King, & Loewen, 2017).

Nous avons une politique en vertu de laquelle trois absences entraînent un congé du programme, mais je peux être flexible à cet égard lorsque je sais qu'il s'agit d'une famille qui a des difficultés, comme le chômage ou le manque de transport, je serai beaucoup plus indulgent avec des rappels téléphoniques et la replanification des rendez-vous.

Les membres du personnel doivent comprendre qu'ils doivent s'adapter (plutôt que d'exiger que ce soit les familles qui le fassent). Nous devons nous adapter aux familles et leur demander leur rétroaction (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

Actuellement, au Canada, la sécurité culturelle est intégrée à certains des mandats, des politiques et des lignes directrices des pratiques professionnelles pour les soins aux peuples autochtones (Aboriginal Nurses Association of Canada, 2009; Greenwood et al., 2017; Indigenous Physicians Association of Canada & The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009). De plus, divers programmes universitaires



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 482726333

de réadaptation et d'associations nationales et régionales explorent comment répondre aux appels à l'action de la CVR, surtout en ce qui concerne le recrutement de plus d'étudiants autochtones et la fourniture d'un enseignement efficace de l'histoire et des droits des Autochtones, de la sécurité culturelle et des compétences antiracistes dans le cadre des programmes universitaires et de l'éducation permanente (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists [CSSLPA], 2010; Gasparelli et al., 2016; Restall, Gerlach, Valavaara, & Phenix, 2016). Il y a une reconnaissance croissante dans la documentation interdisciplinaire internationale sur la réadaptation que la sécurité culturelle est un aspect important d'une réadaptation efficace chez les peuples autochtones (Gerlach, 2007, 2012; Gray & McPherson, 2005; Kendall & Marshall, 2004; Main, McCallin, & Smith, 2006; Stedman & Thomas, 2011). Il subsiste toutefois un manque de données empiriques sur la prestation d'une réadaptation culturelle sécuritaire aux communautés

et aux familles autochtones au Canada et ailleurs dans le monde.

Dans la section suivante, de nombreux principes fondamentaux de sécurité culturelle sont intégrés à des thèmes interdépendants repérés dans la documentation. Pour des lectures complémentaires sur la sécurité culturelle, voir Browne et al. (2009b), Gerlach (2012), Greenwood et al. (2017), Conseil canadien de la santé (Health Council of Canada, 2012), et le Centre de collaboration national de la santé autochtone (National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2013).

3.1 Répondre aux droits à l'autodétermination des communautés

Les articles de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, 2007) qui affirment leurs droits fondamentaux à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale, et à être activement impliqués dans

le «développement et la définition» des programmes sociaux et de santé qui, autant que possible, doivent être administrés par des associations autochtones, sont des plus pertinents lorsqu'il s'agit de concevoir et de fournir des services de réadaptation des enfants aux familles et aux communautés autochtones. Cette Déclaration est conforme aux appels à l'action de la CVR (TRC, 2015) et aux appels répétés des communautés et des associations autochtones en faveur de l'autodétermination par les communautés des programmes de soins de santé afin qu'ils soient informés par l'histoire, les ressources actuelles, les préoccupations, les priorités et les aspirations de ces communautés et y soient sensibles (Canadian Human Rights Tribunal, 2016; Inuit Tapiriit Kanatami, 2014; Nishnawbe Aski Nation, 2016; Vives et al., 2017).

Les communautés doivent déterminer les besoins en formation... Je prévois passer du temps dans les garderies pour faire des recommandations spécifiques basées sur leur configuration et sur leurs façons de faire les choses. Cela a été bien accueilli et ils semblent emballés par le projet. Le besoin pour ce type de formation a été cerné par le gestionnaire de la garderie pendant les discussions de groupe [communauté] et j'assure le suivi (Ergothérapeute, Ontario).

L'autodétermination est inséparable de la planification des programmes communautaires et du bien-être de la communauté, du quartier ou de la nation dans son ensemble

(National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2016; Nishnawbe Aski Nation, 2016; Tagalik, 2010). La propriété et la prise de décisions communautaires sont également au cœur des programmes efficaces de promotion de la santé des nourrissons et des enfants autochtones (Smylie et al., 2015). Par ailleurs, en déterminant les pratiques prometteuses pour le renforcement des familles autochtones vivant dans des centres urbains au Canada, Scott (2012) met en évidence «l'engagement communautaire, la responsabilisation et la prise en charge qui mènent à des solutions à long terme, maximisent l'apprentissage par procuration et assurent que les services sont pertinents et efficaces» (p. 7).

Une approche dirigée et inspirée par la communauté à la prestation de services reflète les grands principes de la «réadaptation basée dans la communauté» comme proposée par l'Organisation mondiale de la Santé, qui vise à mettre en œuvre la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (World Health Organization, 2010). À l'heure actuelle, le potentiel d'un point de vue des droits de la personne pour informer et éventuellement modifier et élargir la portée des programmes de réadaptation auprès des familles et des enfants autochtones demeure inadéquatement exploré. On anticipe toutefois que la transformation et l'adaptation des programmes de réadaptation d'un point de vue des droits de la personne nécessiteront le démantèlement et la redistribution des relations de pouvoir à

mesure que l'autodétermination de la communauté deviendra prédominante dans la prestation des services (Gibson, Butler, Henaway, Dudgeon, & Curtin, 2015).

3.2 Apprendre de la «communauté»

Un récent rapport sur l'amélioration des services de réadaptation pour les enfants des Premières Nations du Nord et du Nord-Ouest de l'Ontario affirme que «les voix des parents des Premières Nations et des fournisseurs de services [doivent se faire entendre] à tous les niveaux de la planification pour [les enfants qui ont] des besoins spéciaux» (Nishnawbe Aski Nation, 2016, p. 10). Plutôt que de considérer les membres de la communauté comme des bénéficiaires des services, la mise en œuvre d'un processus d'autodétermination de la communauté accorde de l'importance aux points de vue et aux expériences des familles locales, des aînés¹⁶, des fournisseurs de soins de santé, des services à la petite enfance et des services sociaux comme étant une source précieuse de connaissances qui sont essentielles au codéveloppement d'une réadaptation efficace et durable auprès des communautés et des familles autochtones (Ball & Lewis, 2014; Ball & Pence, 2006; Raining-Bird, 2014).

L'importation d'une approche ou d'un modèle de réadaptation prédéterminé dans une communauté risque de causer l'échec des services et des programmes à respecter les connaissances, les ressources et les

¹⁶ Les aînés sont «ceux qui ont fait preuve de sagesse et de leadership dans les affaires culturelles, spirituelles et historiques dans leurs communautés, sans nécessairement être âgés». Les aînés représentent une connexion essentielle avec le passé; ils sont les gardiens des connaissances de la communauté et les partisans de son esprit de collectivité (King & Gracey, 2009, p. 82).

programmes existants dans chaque communauté, à y être sensibles et à miser dessus. Il n'y a pas d'approche unique; les programmes de réadaptation efficaces s'adaptent plutôt au contexte de chaque communauté ou famille (Zeidler, 2011). Lorsqu'un thérapeute arrive dans une communauté pour la première fois, avant même de rencontrer les familles, il doit se demander de qui suit «qu'est-ce que je devrais connaître au sujet de cette communauté et à qui dois-je m'adresser?» En étant présents et en passant du temps dans les communautés, y compris de manières qui vont au-delà de leur rôle professionnel, les thérapeutes sont plus en mesure de tisser des relations avec les membres de la communauté, y compris les aînés, les gestionnaires de la santé, les infirmières, les enseignants ou les éducateurs de la petite enfance, et d'apprendre d'eux au sujet de leur culture et de leurs protocoles, ainsi qu'au sujet des histoires, des événements, des lieux, des familles et des relations qui ont façonné la communauté (Raining-Bird, 2014).

Apprendre des communautés nécessite que les thérapeutes soient à l'aise de sortir du modèle d'expert et de se positionner en tant qu'apprenant, et de prendre part avec le temps aux activités, aux rassemblements et aux célébrations communautaires (Peltier, 2011; Zeidler, 2011). Les partenariats avec des personnes qui possèdent beaucoup de connaissances, comme

les aînés, les familles et les membres de la communauté qui partagent une même vision, encouragent également la création conjointe de programmes de réadaptation socialement responsables. Par exemple, en partageant la même vision, les parents, les communautés des Premières Nations et les fournisseurs de services de réadaptation au Manitoba travaillent ensemble pour examiner le préjugé qui accompagne l'ETCAF au moyen de l'éducation et de la recherche (Manitoba FASD Coalition, 2017).

La collaboration avec les associations communautaires locales soutient également la prestation de services de réadaptation des enfants aux endroits où les familles se sentent les bienvenues, acceptées, où elles ont un sentiment d'appartenance et où elles peuvent déjà accéder à divers programmes et ressources (Ball, 2005; Hughes, 2013; Lynam, Scott, Loock, & Wong, 2011). Mentionnons par exemple les centres d'amitié en milieu urbain, les centres de santé des Premières Nations et des Inuit ou les programmes Head Start pour les Autochtones vivant ou non dans une réserve. Au moyen de partenariats avec communautés et les associations autochtones, les thérapeutes en réadaptation peuvent aussi partager leurs connaissances et leurs compétences de façon plus efficace avec les travailleurs, les paraprofessionnels et les aides-thérapeutes en milieu communautaire¹⁷. Les orthophonistes au Canada ont

ainsi fait état de la façon dont ils soutiennent les initiatives communautaires en matière de développement du langage chez les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi qu'en milieu scolaire, en s'associant aux programmes et aux intervenants des Premières Nations et des Inuit (Ball & Lewis, 2011; CASLPA, 2010; Gardener & McCrick, 2010).

J'ai commencé à aller aux réunions du personnel du programme autochtone Head Start tous les deux mois afin de passer en revue les objectifs pour les enfants, ce qui me permet de voir des améliorations chez des enfants en particulier, ainsi que les moyens et les trucs qui fonctionnent et ce qu'il [le personnel] fait pour que cela fonctionne... Une telle approche augmente également la communication directe entre le personnel et moi... cela aide à renforcer les compétences et les connaissances existantes du personnel au sujet de la parole et du langage, et à ajouter à ce qu'il fait déjà au lieu de le changer (orthophoniste, Colombie-Britannique).



¹⁷ Les aides désignés en thérapies peuvent recevoir une formation en cours d'emploi dans les communautés au moyen de formations continues sous la supervision d'un thérapeute en réadaptation. Actuellement au Canada, il semble y avoir un besoin pour des programmes pour les aides-généralistes en thérapie qui se spécialisent dans le travail auprès des communautés autochtones.

3.3 Cibler les forces et le bien-être

J'ai travaillé avec des gens qui pensent ne pas savoir grand-chose; «vous devez nous écouter» — au lieu d'avoir l'esprit ouvert et de travailler avec les familles, et de mettre l'accent sur une approche axée sur les forces plutôt que sur les déficiences (Ergothérapeute, Manitoba).

Il y a une tendance pour le langage et les axes de réadaptation à se concentrer sur les déficits et les problèmes, et à s'appliquer à déterminer ce que les enfants ne peuvent pas faire (King, 2009). Cette seule fixation peut détourner l'attention des thérapeutes et les empêcher d'explorer d'autres possibilités, besoins et espoirs avec les familles qui pourraient soutenir le bien-être de leurs enfants. Les discours axés sur les déficits contrastent vivement avec les valeurs et les points de vue autochtones qui mettent plutôt de l'avant des approches orientées sur les forces afin de favoriser la santé et le bien-être individuel et collectif (First Nations Health Authority, 2015a; Irvine, 2009; Stout, 2012). Scott (2012) souligne comment cette approche permet une transformation fondamentale «dans le discours sur les forces inhérentes des communautés et des familles autochtones au

Canada où l'orientation consiste à trouver des solutions et à célébrer l'innovation» (p. 7). Le fait de mettre l'accent sur les forces permet d'atteindre le succès rapidement, de reconnaître la préparation au changement et de favoriser la prise en charge du processus de guérison par les parents (Scott, 2012).

J'aime mieux me concentrer sur «ce qui est important pour vous au sein de la famille et sur la façon dont nous pouvons y travailler ensemble». Cela revient à la santé de toute la famille. Quels sont les préoccupations, les souhaits et les rêves du point de vue des familles et travailler avec elles afin qu'elles reconnaissent qu'elles ont les réponses et la capacité de fournir ce dont leurs enfants ont besoin, et l'équipe est présente pour offrir un soutien (Physiothérapeute, Yukon).

Le bien-être de la collectivité ou de la communauté est essentiel pour de nombreuses cultures autochtones (Greenwood et al., 2015). Se concentrer sur le bien-être au niveau de la communauté cadre parfaitement avec les appels émergents dans la documentation sur la réadaptation pour un changement radical qui aille au-delà du «modèle de retrait»¹⁸ individualisé de prestation de services au sein de la communauté et les approches et interventions axées sur la santé de la population (Ball & Lewis, 2011; CASLPA, 2010;

Gerlach et al., 2017b). Cela peut comprendre, par exemple, travailler avec les communautés pour : faire une demande de subvention afin d'améliorer les occasions de jouer à l'extérieur pour les jeunes enfants; la collaboration pour stimuler le développement du langage ou des compétences d'alphabétisation précoce avec une garderie locale et des programmes préscolaires, ou la création de plus grandes occasions d'activité physique.

Il y aura des enfants qui auront besoin d'un soutien très spécialisé en physiothérapie, mais il est tout à fait logique que le partenariat avec les Premières Nations implique un physiothérapeute afin de développer de plus grande chance de participation à des activités physiques dans la communauté pour tous les enfants et les adolescents (Physiothérapeute, Yukon).

Au lieu de se concentrer sur les déficiences, la réadaptation efficace des enfants faite dans le respect de culture cherche à bâtir sur les forces et les capacités existantes des communautés et des familles (Gerlach, 2007; Peltier, 2011; Zeidler, 2011). En ce qui concerne les orthophonistes, Zeidler (2011) déclare :

Les peuples autochtones sont souvent confrontés à des statistiques et à de l'information négatives au sujet de leur bien-être et de leurs aptitudes parentales et à mener une vie saine...

¹⁸ Cette approche reconnaît qu'un petit nombre d'enfants peut encore avoir besoin de soutien individuel personnalisé.

Les professionnels doivent être sensibles à l'effet qu'une étiquette diagnostique, comme celle qu'un orthophoniste¹⁹ appliquerait pour décrire les compétences linguistiques d'un enfant, peut avoir sur les membres d'une famille (p. 141).

De plus, en combinant les points de vue occidentaux et des Anishinaabe, Peltier, orthophoniste des Premières Nations (2011) en Ontario note :

J'ai choisi de l'encadrer [orthophonie] dans le cadre éducatif plus que dans une approche clinique axée sur la déficience. C'est plus conforme avec la vision des Autochtones telle que nous la connaissons, qui accorde de la valeur aux forces que chacun d'entre nous possède et qui encadre les enfants de façon à ce qu'ils développent leurs talents. Cette approche s'est révélée gratifiante et valorisante pour les enfants et les parents (p. 130).

Les enfants ont besoin de nourriture, d'un logement, de plus de sommeil et parfois la thérapie n'est pas une priorité... J'ai pensé faire la promotion des logements, parfois quand j'écris un rapport pour mon directeur, j'ajoute que nous n'avons pas vu beaucoup d'enfants, car ils n'avaient pas mangé ou ils étaient trop fatigués, juste pour l'informer que c'est la réalité. Parfois, bien au chaud chez nous et le ventre plein, nous l'oublions (orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

En tenant compte du bien-être parental/maternel, les réseaux de soutien familial et le contexte du foyer élargissent la portée des programmes de réadaptation des enfants en réponse aux forces, aux préoccupations et aux priorités des familles afin de répondre à leurs besoins globaux (Head & Abbeduto, 2007). Des recherches émergentes sur les programmes d'intervention en petite enfance chez les Autochtones vivant en milieu urbain en Colombie-Britannique soulignent comment l'accent mis sur le bien-être familial déplace l'attention vers le soutien des familles afin d'améliorer leur accès aux déterminants de la santé, comme la nourriture et la sécurité du logement, avant de se concentrer sur le développement individuel des enfants (Gerlach, Browne, & Suto, 2016).

3.4 Investir dans les relations

Il doit y avoir une plus grande reconnaissance du fait que la façon dont nous interagissons avec une personne a sans doute plus d'impact que quoi que ce soit d'autre que nous faisons. Vos connaissances ne sont qu'une petite partie comparativement à votre capacité de gagner la confiance des familles et de tisser des relations avec elles (Physiothérapeute, Yukon).

L'investissement en temps pour tisser des relations non critiques, respectueuses, équitables et à long terme est essentiel pour la sécurité culturelle et pour la réussite de la réadaptation des communautés

et des familles autochtones. Les modèles de réadaptation de prestation de services qui sont rapides avec des délais serrés rendent difficile la création de relations fondées sur la confiance. Au lieu de se concentrer sur le «travail à accomplir», les thérapeutes doivent être ouverts à ralentir et à alléger leur calendrier professionnel; prendre le temps et l'espace pour tisser des relations avec les intervenants de la communauté, les aînés et les membres de leur famille élargie. Lors des premières interactions avec les communautés et les familles, il est important de partager, d'apprendre à connaître, la nourriture et l'humour sont des éléments clés pour bâtir des relations positives; de plus, il faut passer du temps dans la salle du personnel, dans les bureaux et dans les espaces communautaires afin de devenir une figure connue et de confiance (Ball & Lewis, 2011; CASLPA, 2010; Zeidler, 2011).

Vous devez être prêt à vous investir et à tisser des relations; notre travailleur communautaire m'a emmené à la cuisine communautaire et à tous les différents événements pour me faire sortir et pour rencontrer les familles, cela a fait toute la différence; je ne sais pas si j'aurais la même participation de la part des parents sans cela (Orthophoniste, Colombie-Britannique).

¹⁹ Il est courant au Canada et ailleurs de faire référence aux professionnels formés pour traiter les troubles de l'élocution et du langage comme étant des «orthophonistes». Zeidler (2011) préfère toutefois le titre de «thérapeute de l'élocution et du langage» reconnaissant que de mettre l'emphase sur le terme pathologique peut créer un obstacle à la participation des familles et des communautés.

Le soutien du bien-être de la communauté et des familles nécessite également que les organismes de réadaptation et les thérapeutes aient d'étroites relations de travail avec les programmes autochtones locaux de la petite enfance, comme les programmes d'aide préscolaire autochtones, ainsi qu'avec un continuum de services, de ressources et de programmes locaux et régionaux intersectoriels (Peltier, 2011). Fournir des programmes et des services au sein d'une équipe communautaire collaborative est un élément essentiel de pratiques prometteuses pour favoriser la santé des enfants autochtones (First Nations Health Authority, 2015a). Déplacer l'objectif vers le bien-être de la communauté et des familles peut également avoir une incidence sur la composition des équipes communautaires au-delà des fournisseurs de services aux enfants. Par exemple, avec l'intégration de spécialistes en santé mentale des adultes et d'intervenants communautaires dans les divers programmes sociaux et de santé.

Nous sommes connus dans la communauté. Nous avons participé à un pow-wow et nous essayons de faire partie de la communauté autant que possible. Le bouche-à-oreille et la confiance dont nous jouissons ont permis d'élargir les services à d'autres communautés (orthophoniste et ergothérapeute, Québec).

Mettre l'accent sur l'établissement de relations nécessite aussi que les gestionnaires et les thérapeutes en réadaptation reconnaissent l'importance de la façon dont leurs relations avec les communautés

et les familles autochtones sont irrémédiablement façonnées par la nature coloniale et paternaliste plus large de la relation entre les peuples autochtones et le gouvernement du Canada, et qu'ils prennent le temps d'y réfléchir. En adéquation avec la sécurité culturelle et les appels à l'action de la CVR, toutes les personnes impliquées dans la prestation de services de réadaptation doivent être soutenues afin de «se regarder eux-mêmes», de réfléchir à leur position d'autorité et de privilège dans la société canadienne et de quelle façon leurs principes, leurs préjugés et leurs jugements influencent leurs interactions et leurs relations avec les communautés et les familles autochtones (Gerlach, 2012; Gerlach, Sullivan, Valavaara, & McNeil, 2014).

Une chose avec laquelle j'ai de la difficulté lorsque je travaille avec les familles est de me souvenir de mes propres préjugés, privilèges, éducation et expériences de vie. Chaque personne est différente, mais dans certaines communautés, ces différences sont plus prononcées; j'essaie de ne surtout pas l'oublier lorsque je tisse des relations et que je fournis des recommandations. Je dois me rappeler que ce que je crois important n'est pas forcément la seule chose qui importe (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).



3.5 Faire de la place au savoir et aux langues autochtones

Les aînés et les détenteurs des savoirs traditionnels sont les seuls qui peuvent utiliser les connaissances et les pratiques de guérison des Autochtones. Le savoir autochtone est tribal, basé sur le territoire et sur la langue, extrêmement diversifié, et il ne peut pas être généralisé (Greenwood et al., 2017). Fondamentalement, de nombreuses connaissances et valeurs autochtones reflètent une vision relationnelle. La nature dynamique et relationnelle des connaissances autochtones est transmise par Greenwood (2005) comme suit :

Les fondements de l'indigénisme englobent donc, en partie, des valeurs qui privilégient les interrelations entre le spirituel, le naturel et le soi, qui reflètent une orientation sacrée des lieux et de l'espace, qui englobent une fluidité dans l'échange du savoir entre le passé, le présent et l'avenir, permettant ainsi une croissance et un échange constant et dynamique du savoir, et qui honorent la langue et l'oralité comme moyens importants de transmission du savoir. (p. 554)

L'intégration du savoir et des pratiques autochtones à tous les programmes avec les familles et les enfants autochtones est de plus en plus reconnue comme étant essentielle à l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants au cours de leur vie et de l'avenir de la santé et du bien-être collectif de leurs communautés et de leurs nations (Greenwood & Jones, 2015; Reading & Wien, 2013). En Alberta, par exemple, des recherches auprès de jeunes de la Première Nation des Dénés Couteaux-Jaunes ont

permis de cerner une approche à l'activité physique fondée sur le bien-être et sur les forces qui va au-delà du soccer et de la course pour inclure des jeux et des activités traditionnelles, en étant sur le terrain et en contribuant activement à leur communauté (Tang & Jardine, 2016).

Dans plusieurs communautés urbaines des Premières Nations, des Inuit et des Métis, les aînés locaux, les membres des familles et les travailleurs de la petite enfance contribuent au système complexe de la transmission du savoir afin de favoriser l'identité des enfants, les connaissances et les langues ancestrales, de même que leurs relations avec le monde spirituel et naturel (McIvor, Napoleon, & Dickie, 2009; Smylie et al., 2009; Tagalik, 2015). Les pratiques et les systèmes du secteur de la petite enfance qui reconnaissent et renforcent les cultures et les langues autochtones sont très valorisés par de nombreux parents autochtones et ils représentent la base d'un nombre croissant de programmes autochtones spécifiques à la petite enfance partout au Canada (Gray Smith, 2015; Greenwood, 2006).

Le développement de relations avec le temps et la collaboration avec les aînés et les gardiens du savoir dans une communauté, et l'apprentissage auprès de ceux-ci, peuvent soutenir l'intégration du savoir, des langues et des pratiques autochtones liés à la santé et à la guérison, à la vie familiale et à l'éducation des enfants. Ce savoir est fondamental pour transformer la conception et la prestation de programmes et de services de réadaptation des enfants afin qu'ils soient respectueux, qu'ils aient un sens et qu'ils soient vécus

comme étant culturellement sûrs par les communautés et les familles autochtones (Ball & Lewis, 2011; Peltier, 2011). Par exemple, grâce à ses relations de longue date à titre d'orthophoniste auprès de la Nation Lil'wat dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique, Zeidler a collaboré avec le personnel du centre culturel de la communauté et avec les parents locaux pour élaborer une vision commune du développement de la sensibilisation des parents au développement de leurs enfants, en misant sur les manières positives dont ils interagissent avec leurs enfants. Cette collaboration a permis la création conjointe du programme «Talk, Learn and Grow Together» ou «Ri7p» axé sur les forces et qui intègre la danse et le tambour, des histoires traditionnelles locales, la langue ancestrale et des célébrations (CASLPA, 2010).

3.6 Utiliser les évaluations avec précaution

Au début du processus de réadaptation, les thérapeutes utilisent régulièrement des outils et des procédures d'évaluation normalisés, fondés sur des hypothèses universelles du «développement normal», afin d'aider à informer et à planifier leurs interventions et leurs recommandations (McLaughlin, Goodley, Clavering, & Fisher, 2008). La compréhension de la déficience dans le contexte des relations de pouvoir inévitables qui persistent dans une société coloniale telle que le Canada est essentielle pour comprendre comment les pratiques de réadaptation tenues pour acquises d'utilisation d'évaluations normatives du développement peuvent être complices, bien que par

inadvertance, de la perpétuation des discours coloniaux qui marginalisent et infériorisent le rôle parental et les enfants autochtones.

Se concentrer sur les forces et les capacités des enfants est un facteur essentiel pour assurer que les évaluations soient prises en charge de façon à respecter la culture (British Columbia Aboriginal Child Care Society, 2013a). Il y a aussi des indications émergentes que les jalons importants pourraient être différents pour les enfants autochtones. Par exemple, les données amassées sur les domaines du développement dans l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006 indiquent que les enfants Inuit, Métis et ceux des Premières Nations ne vivant pas dans une réserve atteignent des compétences de motricité globale et de langage plus tard comparativement à l'ensemble de la population infantile (Findlay, Kohen, & Miller, 2014).

Certaines familles ont déclaré être d'accord pour que je travaille avec leurs enfants, mais elles ne voulaient pas qu'ils passent de tests (Orthophoniste, Colombie-Britannique).

Des communautés des Premières Nations et Inuit ont exprimé des inquiétudes au sujet de l'utilisation des évaluations normatives du développement, et elles ont indiqué le besoin d'outils d'évaluation et de dépistage pour la petite enfance appropriés à leur culture (British Columbia Aboriginal Child Care Society, 2013; Inuit Tapiriit Kanatami, 2014; Nishnawbe Aski Nation, 2016).

Je pense que nous n'évaluons pas les enfants sur les aspects importants et fonctionnels. [Il y a aussi] des défis quant aux différences de dialecte et au manque d'outils d'évaluation. Par exemple, un test de vocabulaire qui comprend le terme branche, alors que les arbres ne figurent pas dans la vie de l'enfant (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

Le concept même d'évaluer et de classer le développement d'un enfant peut sembler choquant pour des parents qui valorisent et acceptent les différences de leurs enfants et qui préfèrent se concentrer sur leurs capacités et attendre qu'ils soient plus vieux avant d'y porter attention (Gerlach, 2007; Greenwood & de Leeuw, 2007). De plus, les perceptions des évaluations normatives de développement ayant comme résultat «la réussite ou l'échec» soulignent les inquiétudes des parents que la capacité d'un enfant à atteindre certains jalons de développement soit implicitement liée à un jugement de leur rôle parental et utilisée pour justifier une plus grande surveillance par les services de protection de l'enfance (de Leeuw, 2014).

Les orthophonistes²⁰ partout au Canada questionnent aussi la nature culturellement tendancieuse et peu adaptée du contenu et de la structure de leurs outils de sélection et d'évaluation, et la «manière souvent

impersonnelle et autoritaire» avec laquelle ils sont utilisés avec les enfants des Premières Nations et des Inuit (Dench, Cleave, Tagak, & Beddard, 2011; Peltier, 2011). Les orthophonistes sont aussi inquiets de la validité et de la fiabilité des outils occidentaux d'évaluation de l'élocution et du langage, qui ne comptent pas d'enfants autochtones dans leurs échantillons de référence et qui ne tiennent pas compte des différences culturelles dans les modèles d'élocution ou dans l'utilisation atypique du français ou de l'anglais. Leur utilisation peut entraîner des différences diagnostiquées comme des troubles du langage chez les enfants autochtones, de même que la sous- ou surdétermination de troubles de communication (Ball & Berhardt, 2008; Gould, 2008; Peltier, 2009).

Au préscolaire, je fais des évaluations avec le personnel qui parle la langue ancestrale; je ne fais pas d'évaluation en classes ressources; si l'enfant veut étiqueter quelque chose dans sa langue, je le reconnais pour cela. J'aimerais voir plus de mesures d'évaluation normalisées pour différents dialectes anglais, donc plus de modèles fonctionnels pour mesurer les dialectes utilisés dans les communautés seraient utiles (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

L'utilité de l'évaluation dépend en grande partie de la façon dont les informations sont partagées et discutées avec les parents, les membres de la famille élargie et les intervenants impliqués dans la communauté. Comme nous l'avons dit plus tôt, la prestation de services de réadaptation efficaces se déroule dans le contexte de relations; cela comprend le processus d'évaluation, qui doit être favorable, sécuritaire et non critique pour toutes les personnes impliquées; en utilisant un langage clair, positif et axé sur les forces (Gerlach, 2007; Goelman et al., 2011; Zeidler, 2011). Les points de vue et les commentaires des parents d'un enfant, de sa famille et des autres personnes impliquées dans sa vie sont des éléments essentiels de l'évaluation et leur participation est critique avant, pendant et après toute évaluation (British Columbia Aboriginal Child Care Society, 2013; Goelman et al., 2011).

Je pense que les thérapeutes doivent passer plus de temps à écouter les parents et à trouver quelles sont leurs priorités générales. Autrement, je pense qu'il y a une forte probabilité qu'ils ne découvrent pas les activités qui ont un sens pour la famille, telles que la participation à des cérémonies... Je pense que les thérapeutes doivent maintenir un dialogue ouvert sans poser de questions structurées spécifiques et sans donner l'impression qu'ils doivent couvrir tout cela dès la première rencontre (Ergothérapeute, Ontario).

²⁰ Alors que la majorité de la documentation actuelle sur l'utilisation des évaluations chez les enfants autochtones au Canada s'appuie sur la documentation des orthophonistes, les préoccupations et les stratégies soulevées par la profession sont considérées comme très pertinentes pour les professions d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes, et pour les évaluations axées sur d'autres domaines du développement.



L'augmentation de la pertinence et de l'utilité des évaluations nécessite aussi que le processus d'évaluation et les résultats renforcent la capacité des intervenants et des programmes éducatifs et communautaires dans lesquels les familles ou les enfants sont impliqués (Pei, Job, Poth, & Atkinson, 2013). Des recommandations supplémentaires pour entreprendre une évaluation normalisée des enfants autochtones comprennent notamment : avoir un parent ou des membres de la fratrie présents, la participation de la famille élargie ou de travailleurs de la petite enfance qui connaissent la famille et l'enfant, observer l'enfant pendant des activités de jeu libres, écouter activement et faire participer l'enfant à des activités et à des sujets avec lesquels il est déjà familier. Par ailleurs, les thérapeutes peuvent omettre ou reporter les entrevues initiales officielles et les évaluations liées au développement, et préférer se concentrer sur l'établissement de relations afin d'apprendre à connaître la famille et l'enfant au moyen d'observations et de conversations informelles (Ball & Lewis, 2011; Gould, 2008; Peltier, 2011).

3.7 Sensibiliser les communautés des régions rurales et du Nord

Dans les années 1990, je travaillais dans les communautés uniquement accessibles par avion et j'étais vraiment frustré d'avoir à m'y rendre et à mettre sur pied ces beaux plans de traitement et d'y apporter de l'équipement, pour m'apercevoir à la visite suivante que rien n'avait été fait et que l'équipement dormait au fond de la cour. Je me disais qu'il devait y avoir un meilleur moyen de fonctionner (Ergothérapeute, Manitoba).

Comme nous l'avons déjà mentionné, pour de nombreux membres des Inuit et des Premières Nations des régions rurales, l'accès rapide et équitable à la réadaptation des enfants est, au mieux, retardé et le plus souvent inexistant (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014; Jordan's Principle Working Group, 2015). De nombreuses familles Inuit et

des Premières Nations vivant dans des communautés rurales doivent conduire de longues distances ou prendre l'avion pour avoir accès à un programme de réadaptation pour enfants basé dans un centre urbain. Les services de réadaptation sont aussi offerts dans certaines communautés rurales au moyen d'un modèle de service mobile, soit par automobile ou par avion. Dans ce contexte, les relations équitables et le partage de connaissances réciproques entre les thérapeutes en réadaptation et le personnel local de la petite enfance ou de santé des enfants, et entre la communauté et les membres de la famille sont essentiels pour fournir une intervention précoce respectueuse et significative (Zeidler, 2011).

Ce qui a bien fonctionné à Inuvik était le fait d'avoir un physiothérapeute généraliste et de voir des personnes de tous les âges; cela nécessite un physiothérapeute qui est à l'aise dans ses compétences générales, l'accès éventuel à un physiothérapeute spécialiste et savoir quand consulter (Physiothérapeute, Yukon).

Fournir des services dans des localités rurales peut aussi nécessiter que les thérapeutes deviennent généralistes tout en ayant un vaste champ de pratique intergénérationnel (Roots, Brown, Bainbridge, & Li, 2014). S'attaquer aux forces et aux priorités particulières des communautés des Premières Nations et Inuit vivant en région justifie également un plus grand dialogue national et un investissement dans nos alliés pour la santé des autochtones ou

les aides en thérapie²¹ au Canada. Une recherche récente entreprise en collaboration avec la Première Nation Pinaymootang et avec Nanaandawewigamig, ainsi qu'avec le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba recommande ce qui suit :

L'investissement dans le développement des capacités doit se faire sur-le-champ. Ces investissements devraient soutenir le développement des capacités à court terme (p. ex. formation supplémentaire sur les notions de base de l'élocution et du langage pour les intervenants qui travaillent déjà dans la communauté) et à long terme (p. ex. financer la formation des intervenants locaux des Premières Nations pour les professions alliées de la santé. (Vives et al., 2017, p. 15)

Les technologies de l'information et des communications sont de plus en plus utilisées par un nombre croissant de communautés des Premières Nations et Inuit des régions rurales et du Nord au Canada afin d'aider à remédier aux obstacles liés aux finances et aux déplacements impliqués dans la prestation de soins de santé et de soutenir les activités de développement communautaire qui favorisent le bien-être de la communauté (Canada's Health Informatics Association, 2013; Molyneaux & O'Donnell, 2009). Comme les

communautés des régions rurales et du Nord bénéficient d'une capacité Internet accrue, il y a plus de possibilités pour les programmes de réadaptation d'utiliser la réadaptation à distance²² pour élargir leur portée aux communautés et aux familles géographiquement isolées. Dans les régions rurales et le Nord du Canada, les tablettes électroniques comme le iPad® sont utilisées comme plateforme pour les tests d'audiologie chez les enfants (Rourke, Kong, & Bromwich, 2016).

En Colombie-Britannique, l'Autorité sanitaire des Premières Nations (2015b), en collaboration avec le programme de dépistage précoce de la Colombie-Britannique, utilise le matériel de télésanté pour relier les familles des Premières Nations en régions rurales aux services de tests d'audiologie et d'élocution et de langage pour leurs nourrissons. Ce service permet aux familles d'obtenir un diagnostic audiologique rapidement pour leur nourrisson ainsi que des évaluations et des interventions pour l'élocution et le langage, sans avoir à se déplacer sur de longues distances et sans quitter leurs communautés.

Parfois, c'est tout le système Internet d'une communauté qui sera coupé parce que nous occupons toute la largeur de bande. Il faut des soutiens structureux (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

Les informateurs clés ont aussi indiqué un éventail de technologies de communication qu'ils utilisent en ce moment pour fournir la réadaptation à distance aux communautés autochtones, y compris : FaceTime et Skype, des tablettes électroniques qui peuvent être utilisées dans les familles et dans les milieux communautaires, et plus de matériel de télésanté fixe qui est souvent installé dans les centres de santé dans les hôpitaux locaux. Même si l'accès à Internet dans les communautés autochtones vivant en régions rurales s'améliore (Canada's Health Informatics Association, 2013), plusieurs informateurs clés de différentes régions du Canada ont signalé que la largeur de bande demeure un important facteur restreignant dans de nombreuses communautés.

La prestation de la télésanté auprès des communautés autochtones est basée sur les principes d'autodétermination et de partenariat des communautés tels que discuté précédemment. Au lieu d'une forme distincte d'intervention, passer du temps dans la communauté et avoir des relations établies sont des facteurs clés pour le succès de l'utilisation de la technologie disponible comme complément aux services existants (Eriks-Brophy, Quittenbaum, Anderson, & Nelson, 2008).

²¹ Au Canada, on est passé d'aides-thérapeutes qui recevaient une formation en cours d'emploi à des programmes accrédités de diplôme d'assistant en réadaptation, et à un nombre limité de programmes spécifiques à la profession, par exemple, aide-orthophonistes.

²² La réadaptation à distance fait référence aux technologies de l'information et des communications et aux technologies connexes qui peuvent accroître la capacité et l'accessibilité à la réadaptation en offrant des interventions à distance (Seelman & Hartman, 2009).

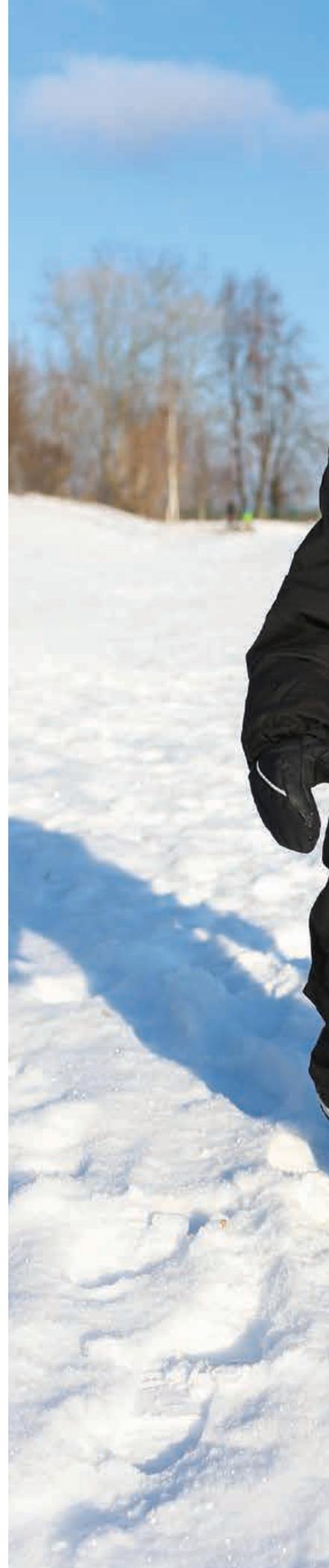
Avoir une relation déjà établie avant de commencer à utiliser la télésanté fait une grande différence pour que le processus soit efficace (Orthophoniste, Territoires du Nord-Ouest).

Une enquête à l'échelle nationale auprès des orthophonistes qui travaillent avec des communautés des Premières Nations a conclu qu'il est préférable de faire les évaluations en personne une fois qu'une relation est établie au lieu d'utiliser la technologie pour les faire à distance (CASLPA, 2010). Cependant, une recherche effectuée par le Réseau de recherche canadien sur l'ETCAF au Manitoba impliquant des professionnels de la santé, des services sociaux et de l'éducation, et des parents/tuteurs d'enfants ayant reçu un diagnostic de l'ETCAF indique que les évaluations diagnostiques et les suivis peuvent être entrepris à distance en partenariat avec les intervenants, dans le cadre du modèle intégré de prestation de service (Ens, Hanlon-Dearman, Cox Millar, & Longstaffe, 2010; Hanlon-Dearman, Edwards, Schwab, Cox Millar, & Langstaffe, 2014).

Les gens ont déclaré avoir apprécié de ne pas avoir à se déplacer [en ville] pour obtenir une évaluation et un suivi; qu'ils peuvent rester dans leurs communautés... Mon suivi est fait par télésanté maintenant, c'est la nouvelle façon de faire. Les gens étaient un peu sceptiques au début... mais ils nous disent qu'ils apprécient beaucoup ce service (Ergothérapeute, Manitoba.)

Une fois les relations établies, la réadaptation à distance a beaucoup de valeur entre les visites, surtout lorsqu'elle est effectuée par une technologie transportable qui permet aux thérapeutes de donner une consultation et une formation dans les milieux communautaires, et de participer avec les intervenants communautaires concernés (Ens et al., 2010; Molyneaux & O'Donnell, 2009). La réadaptation à distance peut aussi être utilisée pour soutenir et améliorer l'éducation et le développement professionnel des intervenants de la communauté, et comme encadrement pour les membres de la famille (CASLPA, 2010; Eriks-Brophy et al., 2008). Cependant, d'autres recherches sont nécessaires pour explorer entièrement le potentiel de réadaptation à distance du point de vue des membres des familles, des jeunes et des enfants autochtones de différentes régions du Canada.

Une jeune fille inuit de 10 ans a été vue au grand hôpital pour enfant et elle est revenue nous voir pour un suivi, alors nous avons commencé le programme d'exercices postopératoires. Je l'avais vue avant qu'elle ne retourne dans la région côtière et nous avons pu ensuite vérifier ses progrès toutes les deux semaines [en utilisant la télésanté]... Je pouvais l'observer en train de marcher et de faire différents mouvements avec ses jambes, et nous pouvions augmenter les exercices en fonction de mes observations. C'était une façon pour nous de vérifier et une motivation pour elle (Physiothérapeute, Terre-Neuve-et-Labrador).





4.0 CONCLUSION



Pour que la réadaptation des enfants réponde aux attentes des réalités vécues par les communautés et les familles autochtones, les modèles de prestation de services, les politiques et les pratiques doivent reposer sur la compréhension d'une déficience en relation aux effets multiples, historiques et actuels de la colonisation. Les données disponibles, comme nous l'avons mentionné dans la présente publication, pointent vers un changement radical dans la prestation des services qui est fondé sur l'autodétermination et sur les droits de la personne des Autochtones, caractérisé par la prépondérance à bâtir des relations et des partenariats avec la communauté; le respect et l'inclusion du savoir, des langues et des pratiques autochtones; et la capacité de répondre aux besoins particuliers des communautés rurales qui comprennent la capacité de bâtir avec les alliés paraprofessionnels de la santé et la réadaptation à distance. La documentation actuelle met l'accent sur les forces, sur les capacités et sur le bien-être, ainsi que sur l'utilisation prudente des évaluations de développement et des outils de dépistage. Il n'y a pas d'approche panautochtone, car les programmes de réadaptation des enfants sont conçus pour chaque communauté distincte et pour chaque contexte familial.

Il faut espérer que la présente publication contribuera à un meilleur dialogue entre les associations autochtones, les chefs et les intervenants des communautés, et les organismes de financement du gouvernement, les associations de réadaptation et les thérapeutes quant à la conception et à la prestation de services de réadaptation pour les enfants et de programmes communautaires socialement responsables et respectueux de la culture. À l'heure actuelle, la documentation sur la réadaptation des enfants des communautés et des familles autochtones, et les perspectives et expériences des thérapeutes en réadaptation qui ont participé aux entrevues pour les besoins de la présente publication, représentent surtout les visions euro-occidentales du monde. Des recherches supplémentaires axées sur les points de vue, les expériences, les valeurs et les préoccupations des intervenants, des parents, des aînés, des enfants et des jeunes autochtones sont fondamentales pour la transformation de la réadaptation concrète et durable des enfants.

4.1 Renseignements sur les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes au Canada

Ergothérapie

L'ergothérapie est un type de soins de santé qui contribue à résoudre les problèmes qui nuisent à la capacité d'une personne à faire les choses qui lui sont importantes - les activités de tous les jours comme les soins personnels, s'habiller, manger, se déplacer dans la maison, être productif - se rendre au travail ou à l'école, participer aux activités de la communauté, aux activités de loisirs - les sports, le jardinage, les activités sociales. L'ergothérapie peut également prévenir un problème ou en réduire les effets au minimum (https://www.caot.ca/site/aboutot/whatisot?language=fr_FR&nav=sidebar).

Associations nationales

Association canadienne des ergothérapeutes (CAOT)
https://www.caot.ca/?language=fr_FR&nav=home
Téléphone : 613 523-2268
Sans frais : 800 434-2268

ÉNONCÉ DE PRINCIPE

Ergothérapie et santé des autochtones (2011). [https://www.caot.ca/document/4205/L%20-%20Lergoth%C3%A9rapie%20et%20la%20sant%C3%A9%20autochtone%20\(2011\).pdf](https://www.caot.ca/document/4205/L%20-%20Lergoth%C3%A9rapie%20et%20la%20sant%C3%A9%20autochtone%20(2011).pdf)

Pour des énoncés de principe supplémentaires sur la CAOT :
http://caot.in1touch.org/site/pt/caot_posn_stmt?language=fr_FR&

Physiothérapie

Les physiothérapeutes sont principalement des professionnels de la santé ayant un rôle important dans la promotion de la santé et dans le traitement des blessures et des maladies. Ils combinent leurs connaissances approfondies du corps humain et de son fonctionnement avec des compétences cliniques pratiques pour évaluer, diagnostiquer et traiter des symptômes de maladies, de blessures et de déficiences (<https://physiotherapy.ca/fr/about-physiotherapy>).

Associations nationales

Association canadienne de physiothérapie
<https://physiotherapy.ca/fr>
Téléphone : 613 564-5454
Sans frais : 800 387-8679
Courriel : information@physiotherapy.ca

ÉNONCÉ DE PRINCIPE

Le rôle du physiothérapeute dans les soins de santé des autochtones
https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/le-rol-de-la-physiotherapie-dans-les-soins-de-sante-aux-autochtones_1.pdf

Santé de la population
https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/population-health_fr.pdf

L'activité physique pour les enfants et les jeunes
https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/physical-activity-and-youth_fr.pdf

Orthophonistes et audiologistes

Les orthophonistes sélectionnent, évaluent, déterminent et traitent les problèmes d'élocution, de langage, de voix, de fluidité (bégaiement), de déglutition et d'alimentation pour tous les groupes d'âge en plus de prôner la prévention de ces troubles.

Les audiologistes sélectionnent, évaluent, déterminent et traitent la perte auditive, les troubles de l'information auditive, l'acouphène et les autres troubles de l'audition, ainsi que différents problèmes d'équilibre chez les gens de tous les âges. Les audiologistes prônent également la prévention de ces troubles. Les aides en santé de la communication jouent un rôle important et valorisé en soutenant le travail des audiologistes et des orthophonistes.

Associations nationales

Orthophonie et Audiologie Canada (SAC)
<https://www.oac-sac.ca>
Téléphone : 613 567-9968
Sans frais : 800 259-8519
Courriel : info@sac-oac.ca

Associations provinciales

<https://www.oac-sac.ca/ressources-professionnelles/associations-provinciales-territoriales>

ÉNONCÉ DE PRINCIPE

Les services de l'élocution, du langage et de l'audition pour les enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada en mettant l'accent sur les enfants âgés de 0 à 6 ans
<https://www.oac-sac.ca/sites/default/files/ressources/FNIM%20A%20Project%20Summary%20Report%20-%20French.pdf>

Utilisation de la pratique à distance pour les orthophonistes et les audiologistes OAC (2006)
https://www.oac-sac.ca/sites/default/files/ressources/sac_telepractice_position_paper_french.pdf

Pour des énoncés de principe OAC supplémentaires, des documents et des lignes directrices, cliquez ici :
<https://www.oac-sac.ca/oac-%C3%A0-loeuvre/%C3%A9xpos%C3%A9s-de-positions-et-lignes-directrices>



BIBLIOGRAPHIE

(anglais seulement)



- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2009). *Cultural competence and cultural safety in nursing education: A framework for First Nations, Inuit and Metis nursing*. Ottawa, ON: Aboriginal Nurses Association of Canada.
- Armstrong, J. (1996). Invocation: The real power of Aboriginal women. In C. Miller & P. M. Chuchryk (Eds.), *Women of the First Nations: Power, wisdom and strength* (pp. ix-xii). Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Ayukawa, H., Bruneau, S., Proulx, J.F., Macarthur, J., & Baxter, J. (2004). Otitis media and hearing loss among 12–16 year old Inuit of Inukjuak, Quebec, Canada. *Circumpolar Health*, 63(2), 312-314.
- 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*, 1(2), 36-50.
- Ball, J. (2008a). Promoting equity and dignity for Aboriginal children in Canada. *IRP Choices*, 14(7), 4-27.
- Ball, J. (2008b). *Cultural safety in practice with children, families and communities*. Victoria, BC: Early Childhood Development Intercultural Partnerships. Retrieved June 13, 2017 from: [http://www.ecdip.org/docs/pdf/Cultural Safety Poster.pdf](http://www.ecdip.org/docs/pdf/Cultural%20Safety%20Poster.pdf)
- Ball, J., & Berhardt, M.B. (2008). First Nations English dialects in Canada: Implications for speech-language pathology. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(8), 570-588. doi: 10.1080/02699200802221620
- Ball, J., & Lewis, M. (2011). 'An altogether different approach': Roles of speech-language pathologists in supporting Indigenous children's language development. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 35(2), 144-158.
- Ball, J., & Lewis, M. (2014). First Nations Elders' and parents' views on supporting their children's language development. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 38(2), 224-237.
- Ball, J., & Pence, A. (2006). *Supporting Indigenous children's development*. Vancouver, BC: UBC Press.
- Banerji, A., Canadian Paediatric Society, & First Nations Inuit and Métis Health Committee. (2012). Preventing unintentional injuries in Indigenous children and youth in Canada. *Paediatric Child Health*, 17(7), 1-8.
- Blackburn, C.M., Spencer, N.J., & Read, J.M. (2013). Is the onset of disabling chronic conditions in later childhood associated with exposure to social disadvantage in earlier childhood? A prospective cohort study using the ONS longitudinal study for England and Wales. *BMC Pediatrics*, 13(101). doi: 10.1186/1471-2431-13-101
- Bowd, A.S. (2005). Otitis media: Health and social consequences for aboriginal youth in Canada's north. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, 5-15.
- British Columbia Aboriginal Child Care Society [BCACCS]. (2013). *Aboriginal early childhood development assessment: Issues and insights in a cultural context*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved December 16, 2013, from http://www.acc-society.bc.ca/files_2/documents/ChildDevelopmentScreeningandAssessmentFINAL.pdf
- Browne, A.J. (2005). Discourses influencing nurses' perceptions of First Nations patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4), 62-87.
- Browne, A.J., McDonald, H., & Elliott, D. (2009a). *First Nations urban Aboriginal health research discussion paper*. Ottawa, ON: A report for the First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization. Retrieved July 1, 2012, from <http://www.naho.ca/documents/fnc/english/UrbanFirstNationsHealthResearchDiscussionPaper.pdf>
- Browne, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M.J., & Wong, S. (2009b). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167-179.
- Canada's Health Informatics Association. (2013). *Canadian telehealth report: Based on the 2012 telehealth survey*. Toronto, ON; Author. Retrieved June 13, 2017 from <https://www.coachorg.com/en/communities/resources/TeleHealth-Public-FINAL-web-062713-secured.pdf>
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (CASLPA). (2010). *Speech, language and hearing services to First Nations, Inuit and Metis children in Canada, with a focus on children 0-6 years of age*. Retrieved June 13, 2017 from [http://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/Complete report - English.pdf](http://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/Complete%20report%20-%20English.pdf)
- Canadian Human Rights Tribunal [CHRT]. (2016). First Nations Child and Family Caring Society of Canada and Assembly of First Nations and Canadian Human Rights Commission and Attorney General of Canada and Chiefs of Ontario and Amnesty International Decision, Decision. File No. T1340/7008. Retrieved June 13, 2017 from <http://decisions.chrt-tcdp.gc.ca/chrt-tcdp/decisions/en/127700/1/document.do>
- Cull, R. (2006). Aboriginal mothering under the state's gaze. In D.M. Lavell-Harvard & J. Corbiere Lavell (Eds.), *Until our hearts are on the ground: Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth* (pp. 141-156). Toronto, ON: Demeter Press.
- Day, S. (2013). "Terms of engagement" not "hard to reach parents." *Educational Psychology in Practice*, 29(1), 36-53. doi: 10.1080/02667363.2012.748649

- de Leeuw, S. (2009). 'If anything is to be done with the Indian, we must catch him very young': Colonial constructions of Aboriginal children and the geographies of Indian residential schooling in British Columbia, Canada. *Children's Geographies*, 7(2), 123-140. doi: 10.1080/14733280902798837
- de Leeuw, S. (2014). State of care: The ontologies of child welfare in British Columbia. *Cultural Geographies*, 21(1), 59-78. doi: 10.1177/1474474013491925
- de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Greenwood, M. (2015). Introduction: Rethinking determinants of Indigenous peoples' health in Canada. In M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay, & C. L. Reading (Eds.), *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social* (pp. xi-xxix). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Dench, C., Cleave, P.L., Tagak, J., & Beddard, J. (2011). The development of an Inuktitut and English language screening tool in Nunavut. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 35(2), 168-176.
- Di Pietro, N., & Illes, J. (2014). Disparities in Canadian Indigenous health research on neurodevelopmental disorders *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 35(1), 74-81.
- DiGiacomo, M., Davidson, P.M., & Abbott, P. (2013). Childhood disability in Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). doi: 10.1186/1475-9276-12-7
- Elder, H. (2015). Te waka organga: Bringing indigenous knowledge forward. In K. McPherson, B.E. Gibson, & A. Leplege (Eds.), *Rethinking rehabilitation: Theory and practice* (pp. 227-247). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Ellison, C. (2008). *A history of special needs discourse*. Thunder Bay, ON: Centres of Excellence for Children's Well-being, Children and Adolescents with Special Needs. Retrieved May 2, 2012 from http://www.unbc.ca/assets/centrec/eng/ellison_special_needs_discourse_final.pdf
- Ens, C., Hanlon-Dearman, A., Cox Millar, M., & Longstaffe, S. (2010). Using telehealth for assessment of fetal alcohol spectrum disorder: The experience of two Canadian rural and remote communities *Telemedicine and e-Health*, 872-877. doi: 10.1089/tmj.2010.0070
- Eriks-Brophy, A., Quittenbaum, J., Anderson, D., & Nelson, T. (2008). Part of the problem or part of the solution? Communication assessments of Aboriginal children residing in remote communities using videoconferencing. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(8), 589-609. doi: 10.1080/02699200802221737
- Findlay, L., & Kohen, D. (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. *Paediatric Child Health*, 19(5), 241-246.
- First Nations Health Authority. (2015a). *Promising practices in First Nations and Aboriginal maternal and child health programs: Community perspectives on what works. A report on the findings from the BC Tripartite First Nations and Aboriginal maternal and child health working group*. Retrieved June 13, 2017 from: <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/MCH-Promising-Practices-Report-September-2015.pdf>
- First Nations Health Authority. (2015b). Telehealth brings speech language therapy to a young girl in remote Hartley Bay, November 13. Retrieved June 13, 2017 from: <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/telehealth-brings-speech-language-therapy-to-a-young-girl-in-remote-hartley-bay>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2012). *F First Nations regional health survey (RHS): Phase 2 (2008/10) National report for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 13, 2017 from http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/first_nations_regional_health_survey_rhs_2008-10_-_national_report.pdf
- Fournier, S., & Crey, E. (1997). *Stolen from our embrace: The abduction of First Nations children and the restoration of Aboriginal communities*. Vancouver, BC: Douglas & McIntyre.
- Gardener, A., & McCrick, H. (2010). *A speech-language pathology support personnel pilot project for Aboriginal communities on the west coast of Vancouver Island*. Therapy BC. Retrieved June 14, 2017 from: http://www.therapybc.ca/pdf/TA_docs/WCVIACSM.pdf
- Gasparelli, K., Crowley, H., Fricke, M., McKenzie, B., Oosman, S., & Nixon, S. (2016). Mobilizing reconciliation: Implications of the Truth and Reconciliation Commission Report for physiotherapy in Canada. *Physiotherapy Canada*, 68(3), 211-212. doi: 10.3138/ptc.68.3.GEE
- Gerlach, A.J. (2007). *Steps in the right direction: Connecting and collaboration in early intervention therapy with Aboriginal families and communities in British Columbia*. West Vancouver, BC: BC Aboriginal ChildCare Society. Retrieved June 14, 2017 from https://www.acc-society.bc.ca/files_2/documents/StepsintheRightDirection2007.pdf
- Gerlach, A.J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79, 151-158. doi: 10.2182/cjot.2012.79.3.4
- Gerlach, A.J., Browne, A.J., & Greenwood, M. (2017a). Engaging Indigenous families in a community-based early childhood program in British Columbia, Canada: A cultural safety perspective. *Health & Social Care in the Community*. doi: 10.1111/hsc.12450
- Gerlach, A.J., Browne, A.J., & Suto, M.J. (2016). Relational approaches to fostering health equity for Indigenous children through early childhood intervention. *Health Sociology Review*. doi: 10.1080/14461242.2016.1231582
- Gerlach, A.J., Sullivan, T., Valavaara, K., & McNeil, C. (2014). Turning the gaze inward: Relational practices with Aboriginal peoples informed by cultural safety. *Occupational Therapy Now*, 16(1), 20-21.
- Gerlach, A.J., Teachman, G., Laliberte Rudman, D., Huot, S., & Aldrich, R. (2017b). Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. doi: 10.1080/11038128.2017.1327616

- Gibson, C., Butler, C., Henaway, C., Dudgeon, P., & Curtin, M. (2015). Indigenous peoples and human rights: Some considerations for the occupational therapy profession in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 214-218. doi: 10.1111/1440-1630.12185
- Gilroy, J., Donnelly, M., Colmar, S., & Parmenter, T. (2013). Conceptual framework for policy and research development with Indigenous people with disabilities. *Australian Aboriginal Studies*, 2, 42-58.
- Goelman, H., Ford, L., Pighini, M.J., Dahinten, V.S., Harris, S., Synnes, A., Tse, L. et al. (2011). What we learned about identification and screening. In H. Goelman, J. Pivik, & M. Guhn (Eds.), *The CHILDP Project: New approaches for research in child development: Rules, rituals, and realities*. New York, NY: MacMillan.
- Gould, J. (2008). Language difference or language disorder: Discourse sampling in speech pathology assessments for Indigenous children. In J. Simpson & G. Wigglesworth (Eds.), *Children's language and multiculturalism* (pp. 194-215). London, UK: Continuum.
- Graham, H., & Leeseberg Stamler, L. (2010). Contemporary perceptions of health from an Indigenous (Plains Cree) perspective. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 6-17.
- Gray, M., & McPherson, K. (2005). Cultural safety and professional practice in occupational therapy: A New Zealand perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(1), 34-42.
- Gray Smith, M. (2015). *Aboriginal Head Start: The next generation, then and now*. Vancouver, BC: Aboriginal Head Start Association of BC. Retrieved June 14, 2017 from: http://www.ahsabc.com/images/docs/reflections_paper_linked_web.pdf
- Greenwood, M. (2005). Children as citizens of First Nations: Linking indigenous health to early childhood development. *Pediatric Child Health*, 10(9), 553-555.
- Greenwood, M. (2006). Children are a gift to us: Aboriginal-specific early childhood programs and services in Canada. *Canadian Journal of Native Education*, 29(1), 12-28.
- Greenwood, M. (2016). Language, culture, and early childhood: Indigenous children's rights in a time of transformation. *Canadian Journal of Children's Rights*, 3(1), 16-31.
- Greenwood, M., & de Leeuw, S. (2007). Teachings from the land: Indigenous people, our health, our land, and our children. *Canadian Journal of Native Education*, 30(1), 48-53,189.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Reading, C.L. (Eds.). (2015). *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., & Jones, E. (2015). Being at the interface: Early childhood as a determinant of health. In M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay, & C.L. Reading (Eds.), *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social* (pp. 64-77). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., Lindsay, N., King, J., & Loewen, D. (2017). Ethical spaces and places: Indigenous cultural safety in British Columbia health care. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 13(3), 179-189. doi:10.1177/171717810414117171
- Hadders-Algra, M. (2004). General movements: A window for early identification of children at high risk for developmental disorders. *Journal of Pediatrics*, 145, 112-118. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.05.017 PMID:15238899
- Halfon, N., Houtrow, A., Larson, K., & Newacheck, P.W. (2012). The changing landscape of disability in childhood. *The Future of Children*, 22, 13-42.
- Hanlon-Dearman, A., Edwards, C., Schwab, D., Cox Millar, M., & Langstaffe, S. (2014). 'Giving voice': Evaluation of an integrated telehealth community care model by parents/guardians of children diagnosed with fetal alcohol spectrum disorder in Manitoba. *Telemedicine Journal and e-Health*, 20(5), 478-484. doi: 10.1089/tmj.2013.0161
- Head, L.S., & Abbeduto, L. (2007). Recognising the role of parents in developmental outcomes: A systems approach to evaluating the child with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 293-301.
- Health Council of Canada. (2011). *Understanding and improving Aboriginal maternal and child health in Canada: Conversations about promising practices across Canada*. Toronto, ON: Author. Retrieved October 20, 2012, from http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/ccs-hcc/H174-23-2011-eng.pdf
- Health Council of Canada. (2012). *Empathy, dignity, and respect: Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care*. Toronto, ON: Author. Retrieved January 6, 2014, from [http://www.naccho.org.au/download/aboriginal-health/CandaAboriginal_Report-Cultural safety.pdf](http://www.naccho.org.au/download/aboriginal-health/CandaAboriginal_Report-Cultural%20safety.pdf)
- Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., & Singer, M. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes. Final report of the National Early Intervention Longitudinal Study*. Menlo Park, CA: SRI International. Retrieved June 14, 2017 from https://www.sri.com/sites/default/files/publications/neils_finalreport_200702.pdf
- Hollinsworth, D. (2014). Decolonizing Indigenous disability in Australia. *Disability & Society*, 28(5), 601-615. doi: 1080/09687599.2012.717879
- Hughes, T., Hon. (2013). *The legacy of Phoenix Sinclair: Achieving the best for all our children, Volume One*. Winnipeg, MB: Commission of Inquiry into the Circumstances Surrounding the Death of Phoenix Sinclair. Retrieved June 14, 2017 from http://www.phoenixsinclairinquiry.ca/rulings/ps_volume1.pdf
- Indigenous Physicians Association of Canada & the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2009). *Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit and Metis patients: A core curriculum for residents and physicians*. Winnipeg, MB & Ottawa, ON: PAC-RCPCSC Family Medicine Curriculum Development Working Group.

- Inuit Tapiriit Kanatami. (2014). *Social determinants of Inuit health in Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 26, 2017 from https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf
- Irvine, K. (2009). *Supporting Aboriginal parents: Teachings for the future*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Jordan's Principle Working Group. (2015). *Without denial, delay, or disruption: Ensuring First Nations children's access to equitable services through Jordan's Principle*. Ottawa, ON: Assembly of First Nations. Retrieved June 14, 2017 from http://www.afn.ca/uploads/files/jordans_principle-report.pdf
- Kendall, E., & Marshall, C. (2004). Factors that prevent equitable access to rehabilitation for Aboriginal Australians with disabilities: The need for culturally safe rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 49*(1), 5-13. doi: 10.1037/0090-5550.49.1.5
- King, G. (2009). A relational goal-oriented model of optimal service delivery to children and families. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 29*(4), 384-408. doi: 10.3109/01942630903222118
- King, M., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet, 374*, 76-85. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60827-8
- Kulnik, S.T., & Nikolettou, D. (2017). A qualitative study of views on disability and expectations from community rehabilitation service users. *Health and Social Care in the Community, 25*(1), 43-53. doi: 10.1111/hsc.12180
- Landa, R.J., Holman, K.C., O'Neill, A.H., & Stuart, E.A. (2011). Intervention targeting development of socially synchronous engagement in toddlers with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(1), 13-21. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02288.x
- Leitch, K. (2007). *Reaching for the top: A report by the Advisor on Healthy Children and Youth*. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved from June 26, 2017 from http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf
- Leplege, A., Barral, C., & McPherson, K. (2015). Conceptualizing disability to inform rehabilitation: Historical and epidemiological perspectives In K. McPherson, B.E. Gibson, & A. Leplege (Eds.), *Rethinking rehabilitation: Theory and practice* (pp. 21-43). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Lindblom, A. (2014). Under-detection of autism among First Nations children in British Columbia, Canada. *Disability & Society, 29*(8), 1248-1259. doi: 10.1080/09687599.2014.923750
- Loppie, S., Reading, C.L., & de Leeuw, S. (2014). *Aboriginal experiences with racism and its impacts*. Prince George, BC: National Collaborating Centre of Aboriginal Health.
- Lynam, J., Scott, L., Looock, C., & Wong, S. (2011). The RICHER social pediatrics model: Fostering access and reducing inequities in children's health *Healthcare Quarterly, 14*, 41-46.
- Main, C., McCallin, A., & Smith, N. (2006). Cultural safety and cultural competence: What does this mean for physiotherapists? *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 34*(3), 160-166.
- Manitoba FASD Coalition. (2017). *Looking after each other: A dignity promotion project*. Manitoba: Author. Retrieved June 14, 2017 from: <http://www.fasdcoalition.ca/looking-after-each-other-project/>
- McIvor, O., Napoleon, A., & Dickie, K.M. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health, 5*(1), 6-24.
- McKenzie, H.A., Varcoe, C., Browne, A.J., & Day, L. (2016). Disrupting the continuities among residential schools, the Sixties Scoop, and child welfare: An analysis of colonial and neocolonial discourses. *The International Indigenous Policy Journal, 7*(2), Article 4. doi: 10.18584/iipj.2016.7.2.4
- McLaughlin, J., Goodley, D., Clavering, E., & Fisher, P. (2008). *Families raising disabled children: Enabling care and social justice*. London, UK: Palgrave Macmillan.
- McPherson, C.M., & McGibbon, E.A. (2010). Addressing the determinants of child mental health: Intersectionality as a guide to primary health care renewal. *Canadian Journal of Nursing Research, 42*(3), 50-64.
- Meekosha, H. (2011). Decolonising disability: Thinking and acting globally. *Disability & Society, 26*(6), 667-682. doi: 10.1080/09687599.2011.602860
- Métis National Council. (2017). *Métis Nation holistic health/wellbeing framework*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 26, 2017 from: <http://www.metisportals.ca/healthportal/framework17907.htm>
- Miller, A.R., & Rosenbaum, P. (2016). Perspectives on 'disease' and 'disability' in child health: The case of childhood neurodisability. *Frontiers in Public Health, 4*, 226. doi: 10.3389/fpubh.2016.00226
- Molyneaux, H., & O'Donnell, S. (2009). *ICT and health and wellness in remote and rural First Nations communities: A social determinants of health perspective*. Ottawa, ON: National Research Council of Canada. Retrieved June 14, 2017 from <http://nparc.cisti-icist.nrc-cnrc.gc.ca/eng/view/accepted/?id=f0c9f670-e703-47b3-9389-818d5e427c04>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2013). *Towards cultural safety for Metis: An introduction for health care providers*. Prince George, BC: Author.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2016). *Transforming our realities: The determinants of health and Indigenous peoples - Proceedings report*. Prince George, BC: Author.
- National Early Childhood Technical Assistance Center. (2011). *The importance of early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families*. Chapel Hill, NC: Author. Retrieved June 14, 2017 from <http://www.nectac.org/~pdfs/pubs/importanceofearlyintervention.pdf>
- Nishnawbe Aski Nation. (2016). *Nishnawbe Aski Nation children and youth with special needs: Preliminary engagement report - The forgotten people*. Thunder Bay, ON: Author.

- Office of the Provincial Health Officer. (2009). *Pathways to health and healing: 2nd Report on the health and wellbeing of Aboriginal peoples in British Columbia. Provincial Health Officer's Annual Report 2007*. Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. London, UK: Macmillan Press.
- Pacey, M. (2009). *Fetal alcohol syndrome & fetal alcohol spectrum disorder among Aboriginal peoples: A Review of prevalence*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2010). *Inuit five-year strategic plan for fetal alcohol spectrum disorder 2010-2015*. Ottawa, ON: Author. Retrieved June 26, 2017 from: http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/FASD_5yrPlan_English.pdf
- Pei, J., Job, J. M., Poth, C., & Atkinson, E. (2013). Assessment for intervention of children with fetal alcohol spectrum disorders: Perspectives of classroom teachers, administrators, caregivers, and Allied professionals *Psychology (Savannah, Ga.)*, 4(3A), 325-334. doi: 10.4236/psych.2013.43A047
- Peltier, S. (2009). First Nations English dialect in young children: Assessment issues and supportive interventions. *Encyclopedia of Language and Literacy Development* (pp. 1-10). London, ON: Canadian Language and Literacy Research Network. Retrieved June 14, 2017 from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?sessionid=FE7E87F2973EF826E367061435A1EECB?doi=10.1.1.625.7946&rep=rep1&type=pdf>
- Peltier, S. (2011). Providing culturally sensitive and linguistically appropriate services: An insider construct. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 35(2), 126-134.
- Phillips, H., & Higgins, N. (2013). Growing up Maori and disabled in Aotearoa New Zealand. In N. Higgins & C. Freeman (Eds.), *Childhoods: Growing up in Aotearoa New Zealand* (pp. 126-140). Otago, NZ: Otago University Press.
- Place, J. (2012). *The health of Aboriginal people residing in urban areas*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2001). *Special report: Paediatric tuberculosis in Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved September 12, 2012, from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbcan01/pdf/tbcan_2001_e.pdf
- Public Health Agency of Canada. (2011). *Obesity in Canada*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada and the Canadian Institute for Health Information. Retrieved June 14, 2014 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-eng.pdf>
- Raining-Bird, K. (2014). A resource kit: To assist speech-language pathologists and audiologists in providing informed services to First Nations, Inuit, and Métis People. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 38(2), 238-250.
- Ramsden, I. (1993). Kawa Whakaruruhau: Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nursing Praxis in New Zealand*, 8(3), 4-10.
- Raphael, D. (2011). Poverty in childhood and adverse health outcomes in adulthood. *Maturitas*, 69(1), 22-26. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.02.011
- Reading, C.L., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Restall, G., Gerlach, A. J., Valavaara, K., & Phenix, A. (2016). The Truth and Reconciliation Commission's Call to Action: How will occupational therapists respond? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 264-268. doi: 10.1177/0008417416678850
- Roots, R.K., Brown, H., Bainbridge, L., & Li, L.C. (2014). Rural rehabilitation practice: Perspectives of occupational therapists and physical therapists in British Columbia, Canada. *Rural and Remote Health*, 14(2506).
- Rourke, R., Kong, D., & Bromwich, M. (2016). Tablet audiometry in Canada's north: A portable and efficient method for hearing screening. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 155(3), 1-6. doi: 10.1177/0194599816644407
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Report on the Royal Commission on Aboriginal peoples, volume 1: Looking forward, looking back*. Ottawa, ON: Author.
- Saylor, K. (2004). Injuries in Aboriginal children. *Paediatric Child Health*, 9(3), 312-314.
- Scott, K. (2012). *Strengthening urban Aboriginal families: Exploring promising practices*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Seelman, K.D., & Hartman, L.M. (2009). Telerehabilitation: Policy issues and research tools. *International Journal of Telerehabilitation*, 1, 47-58. doi: 10.5195/ijt.2009.6013
- Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press
- Smylie, J., Fell, D., & Ohlsson, A. (2010). A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: Striking and persistent Aboriginal/Non-Aboriginal inequities. *Canadian Journal of Public Health*, 101(2), 143-148.
- Smylie, J., Kaplan-Myrth, N., McShane, K., Metis Nation of Ontario-Ottawa Council, Pikwakanagan First Nation, & Tungasuvvingat Inuit Family Resource Centre. (2009). Indigenous knowledge translation: Baseline findings in a qualitative study of the pathways of health knowledge in three Indigenous communities in Canada. *Health Promotion Practice*, 10(3), 436-446. doi: 10.1177/1524839907307993
- Smylie, J., Kirst, M., McShane, K., Firestone, M., Wolfe, S., & O'Campo, P. (2015). Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Social Science and Medicine*, 150, 128-143. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.019

- Statistics Canada. (2013). *Aboriginal peoples in Canada: First Nations people, Metis and Inuit, National Household Survey, 2011*. Ottawa, ON: Author, Catalogue #99-011-XWE2011001.
- Statistics Canada. (2016). *Inuit: Fact sheet for Nunavut*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from June 26, 2017 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-656-x/89-656-x2016017-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2017). Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census. *The Daily*, October 25.
- Stedman, A., & Thomas, Y. (2011). Reflecting on our effectiveness: Occupational therapy interventions with Indigenous clients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(1), 43-49. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00916.x
- Stout, M.D. (2012). Ascribed health and wellness, Atikowisi miyw-ayawin, to achieved health and wellness, Kaskitamasowin miyw-ayawin: Shifting the paradigm. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(2), 11-14.
- Tagalik, S. (2010). *Inuit Qaujimajatuqangit: The role of Indigenous knowledge in supporting wellness in Inuit communities in Nunavut*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved June 26, 2017 from http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact_sheets/child_and_youth/Inuit_IQ_EN_web.pdf
- Tagalik, S. (2015). Inuit knowledge systems, Elders, and determinants of health: Harmony, balance, and the role of holistic thinking. In M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay, & C.L. Reading (Eds.), *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social* (pp. 25-32). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Tang, K., & Jardine, C.G. (2016). Our way of life: Importance of indigenous culture and tradition to physical activity practices. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 211-227. doi: 10.18357/ijih11201616018
- Trocmé, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the overrepresentation of Aboriginal children in Canada's child welfare system. *Social Service Review*, 78(4), 577-600. doi: 10.1086/424545
- Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC]. (2015). *Honoring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Winnipeg, MB: Author.
- United Nations. (2007). *UN declaration on the rights of Indigenous peoples*. New York: Author. Retrieved June 14, 2014 from http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_en.pdf
- United Nations Committee on the Rights of the Child [UNCRC]. (2009). *Convention on the rights of the child. General comment No. 11: Indigenous children and their rights under the convention*. Geneva, Switzerland: United Nations.
- Vives, L., Sinha, V., Burnet, E., Lach, L., in collaboration with Pinaymootang First Nation and Nanaandawewigamig, & First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. (2017). *Honouring Jordan's Principle: Obstacles to access to equal health and social services for First Nations children with complex needs living in Fairford, Manitoba*. Fairford, MB: Pinaymootang First Nation. Retrieved February 26, 2018 from http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/pinaymootang_honouring_jordans_principle_web_20170714.pdf
- Werk, C.M., Cui, X., & Tough, S. (2013). Fetal alcohol spectrum disorder among Aboriginal children under six years of age and living off reserve. *First Peoples Child & Family Review*, 8(1), 7-16.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Author.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Community-based rehabilitation guidelines: Towards community-based inclusive development*. Geneva: Author. Retrieved June 26, 2017 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introductory_eng.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Disability and health - Fact sheet*. Geneva: Author. Retrieved June 14, 2017 from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- Zeidler, D. (2011). Building a relationship: Perspectives from one First Nations Community *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 35(2), 136-143.





