

Supplément canadien au rapport **LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2009**

**La santé des enfants autochtones :
Pour tous les enfants, sans exception**



**LA CONVENTION RELATIVE
AUX DROITS DE L'ENFANT**





© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

UNICEF Canada
2200 Yonge St.,
bureau 1100
Toronto, ON M4S 2C6
Tél. : 416 482-4444
Télec. : 416 482-8035
info@unicef.ca
www.unicef.ca



REMERCIEMENTS

Chef de file des organismes d'aide à l'enfance, l'UNICEF s'emploie à sauver et à protéger la vie des enfants dans 190 pays et territoires. Dans le monde entier, y compris dans les pays industrialisés comme le Canada, l'UNICEF veille au respect, à la protection et à l'application des droits universels de l'enfant.

L'élaboration du rapport *La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception* n'aurait pu être possible sans la généreuse contribution et le soutien de nombreuses personnes et organisations. UNICEF Canada exprime toute sa reconnaissance :

- au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, pour le rôle majeur qu'il a joué dans la production de ce rapport, grâce à sa collaboration technique et au généreux partage de ses ressources;
- aux auteures collaboratrices dont les résultats de recherche et le savoir acquis par leur expérience sur la santé des enfants autochtones constituent une source de réflexion profonde et d'analyse pour la population canadienne;
- à un donateur visionnaire, qui, comme nous, croit que tous les enfants canadiens méritent le meilleur de nous-mêmes. Merci pour sa généreuse contribution à UNICEF Canada.

Nous vous invitons à visiter le site **www.unicef.ca/nouvellegeneration** pour soutenir les campagnes et activités en cours.

© Comité canadien de l'UNICEF, 2009

Une autorisation est nécessaire pour reproduire quelque partie de cette publication que ce soit. Pour ce faire, veuillez vous adresser au service des communications d'UNICEF Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteures qui ont contribué à sa réalisation et ne reflètent pas nécessairement celles d'UNICEF Canada ou de ses directeurs, directrices, représentants, représentantes, membres du personnel, agents, agentes, donateurs, donatrices, bénévoles, organisations affiliées ou commanditaires.

PHOTO EN PAGE COUVERTURE © UNICEF Canada/2008/Sri Utami

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

Nigel Fisher

SOMMAIRE :

La santé des enfants des Premières Nations et des enfants inuits et métis au Canada

Margo Greenwood et Jessica Place

LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA :

Regard sur les enfants des Premières Nations

Rachel Eni

L'HISTOIRE DE ROSALIE :

Mettre un visage sur les problèmes de santé des mères et des enfants inuits

Selma Ford et Meghan McKenna

LE CANADA NÉGLIGE-T-IL SES ENFANTS MÉTIS?

Étude concernant les obstacles et les défis pour une meilleure santé

Caroline L. Tait

LES ENFANTS AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN AU CANADA :

Établir des bases solides pour assurer la prospérité et le changement

Geraldine King

L'HISTOIRE DE JORDAN :

Comment un garçon a inspiré de grands changements

Cindy Blackstock



ii

1

© Avec la permission du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or/ Paul Brindamour

10

21

30

37

46



© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

AVANT-PROPOS

Le nom « Canada » vient du mot wendat (Huronien-Iroquoien) « Kanata » signifiant « village » ou « agglomération »¹. Mais qu'est-ce que le Canada? Qui sommes-nous? Sommes-nous disposés à accepter qu'au Canada, certains enfants risquent sept fois plus de mourir lors de la petite enfance que les autres? Que certains enfants soient cinquante fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour des maladies évitables par la vaccination comme la varicelle? Que ces enfants soient autochtones et vivent dans l'un des pays les plus riches au monde engendre de la colère chez certains et certaines et en préoccupe beaucoup d'entre nous. Mais la colère et l'inquiétude ne suffisent pas.

Nous sommes véritablement à l'aube d'une renaissance sociale dans ce pays où les peuples autochtones font preuve d'une vitalité renouvelée. L'héritage de la politique des pensionnats, qui a séparé les quelques dernières générations de familles de leurs enfants et engendré le malaise actuel, commence à s'alléger. Ceux et celles qui ont grandi séparés de leur mère et de leur père apprennent aujourd'hui à devenir parents, et les enfants qui ont survécu aux pensionnats réclament leur legs.

Le Canada a officiellement présenté des excuses aux peuples autochtones, mais respectons-nous vraiment nos obligations envers les survivants et survivantes? En tant que pays, pouvons-nous accepter que seulement la moitié des enfants autochtones terminent leurs études secondaires? Que deux fois plus d'enfants inuits et métis que les autres enfants canadiens vivent dans la pauvreté²? Le Canada que nous voulons est-il ce pays qui manque à combler la différence de financement de 22 pour cent en moyenne³ entre les services d'aide à l'enfance dispensés aux enfants des Premières Nations et ceux dispensés aux enfants canadiens, alors que cette différence permettrait de renforcer les familles au lieu de les séparer? Voulons-nous vivre dans un pays où le résultat de cet écart fait en sorte que plus d'enfants autochtones sont aujourd'hui pris en charge par le gouvernement que dans les pires années de l'époque des pensionnats?

Notre pays est appelé à une plus grande conscientisation. Même si les questions sont plus nombreuses que les réponses, il est temps de se les poser. Quel genre de pays voulons-nous?

En 2009, le monde célébrera le vingtième anniversaire de la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies et fera le point sur les progrès accomplis en matière d'application et de protection des droits de l'enfant. UNICEF Canada soulignera cet anniversaire en publiant ce supplément à la publication annuelle de l'UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde*.

Chaque année, *La Situation des enfants dans le monde* se penche sur un thème important lié aux droits et au bien-être de l'enfant et suit l'évolution d'une vaste gamme d'indicateurs du développement de l'enfant dans les différents pays du monde. Relatant des faits, rassemblant des éléments probants et soulignant les réussites accomplies, le rapport a pour objectif de faire progresser le débat entre ceux et celles qui veulent créer un monde digne des enfants.

Cette année, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* examine la question de la santé maternelle et néonatale dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement. Il souligne qu'un bébé né dans un pays en développement risque 14 fois plus de mourir pendant le premier mois de sa vie qu'un bébé né dans un pays industrialisé. Mais au sein des pays, la santé des enfants marginalisés est déterminée par des conditions de vie qui n'ont souvent rien à voir avec l'image reflétée par les moyennes

« Les États parties devraient veiller à ce que tous les enfants jouissent du meilleur état de santé possible et aient accès à des services de santé. Les enfants autochtones sont souvent en moins bonne santé que les autres en raison, entre autres, de la qualité inférieure des soins de santé dont ils bénéficient, ou des difficultés d'accès aux services de santé. »

Le Comité note avec préoccupation, à la lecture des rapports des États parties, que cela est vrai tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. »

— Comité des droits de l'enfant :
Observation générale n° 11 (2009) :
Les enfants autochtones et leurs droits en vertu de la Convention.

nationales. Dans des communautés des Premières Nations situées dans des réserves, par exemple, le taux de mortalité infantile est de trois à sept fois plus élevé que la moyenne nationale. En fait, presque tous les indicateurs de santé (mesures de la santé des enfants, comme les taux de diabète et les taux de suicide) et les déterminants de la santé et du bien-être (facteurs tels que la pauvreté et l'accès à de l'eau potable) démontrent que les enfants autochtones se situent bien en deçà des moyennes nationales enregistrées chez les enfants canadiens. Vingt ans après l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant portant en elle la promesse de donner le meilleur de nous-mêmes à nos enfants en tant que nation, les conditions de santé des enfants autochtones canadiens ne répondent pas à ce qu'on est en droit d'attendre de l'un des pays les plus nantis du monde. Combler cet écart constitue l'un des défis les plus importants que doit relever le Canada en ce qui concerne les droits de l'enfant.

Dans de nombreux pays, l'UNICEF annexe au rapport *La Situation des enfants dans le monde* un supplément décrivant de façon détaillée la situation nationale en matière de droits et de bien-être de l'enfant. Le présent rapport, *La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception*, examine la santé des enfants autochtones du Canada à la lumière des points de vue de spécialistes de l'ensemble du pays. En coopération avec le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, et dans la ligne de la présentation du rapport mondial, nous publions une série d'articles de collaboratrices et de collaborateurs sur la situation actuelle de la santé des enfants autochtones et les stratégies à mettre en œuvre. Ces articles ne sont pas des examens techniques exhaustifs destinés à des responsables de l'élaboration des politiques et des intervenants en matière de santé. Les récits et les éléments d'information qu'ils rassemblent s'adressent à nous, Canadiens et Canadiennes qui ne sont pas spécialistes de la question, pour qui la situation de plus d'un million d'Autochtones, qui font partie intégrante du passé de notre pays, et de son avenir, n'est pas une préoccupation quotidienne ou liée au travail. Ce rapport s'adresse à chacun de ceux et celles d'entre nous qui croit que la force du Canada réside dans la façon dont il prend soin de ses enfants les plus vulnérables.

Au cours des dix dernières années, le Canada a enregistré une baisse du taux de mortalité infantile de la population autochtone, une augmentation des niveaux de scolarité⁴ et une amélioration des conditions de logement⁵. Il n'en reste pas moins que si de nombreux enfants autochtones vivent dans de bonnes conditions, un nombre inacceptable d'entre eux font face à davantage de problèmes de santé et à un taux de mortalité plus élevé que celui des autres enfants canadiens. On peut mesurer ces inégalités par rapport aux moyennes nationales parmi une série d'indicateurs de santé, malgré le manque de données comparables.

Ainsi, le taux de mortalité infantile (TMI), un indicateur fondamental de la santé et du développement d'un pays, a baissé chez les enfants canadiens au cours des dernières décennies. Il est passé de plus de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1960 à 5 pour mille en 2004. Comparativement aux taux enregistrés dans les pays de l'OCDE⁶ comme le Japon et la Norvège, un taux de mortalité infantile de cinq est encore trop élevé. Toutefois, malgré cette tendance à la baisse, le TMI de la population autochtone du Canada est encore plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne. On estime à 8 décès pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité infantile de la population des Premières Nations vivant dans des réserves⁷, un taux comparable à celui du Chili et plus élevé que celui de la Lettonie et de la Lituanie. Au Nunavut, où près de 85 pour cent de la population est inuite, le TMI est d'environ 16 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit plus de trois fois le taux national et presque l'équivalent du taux du Sri Lanka et des Fidji⁸.

Le taux de mortalité infantile représente plus qu'une mesure technique du nombre de décès chez les jeunes enfants. Il est le reflet de notre défaillance flagrante à offrir aux mères et

QUELQUES CHIFFRES

48

Pourcentage d'enfants et de jeunes au sein de la population autochtone

31

Pourcentage d'enfants et de jeunes au sein de la population non autochtone

Statistique Canada, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations*, Recensement 2006.

« Le Comité invite instamment le Gouvernement à poursuivre ses efforts pour instaurer l'égalité des chances entre enfants autochtones et enfants non autochtones. »

Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Comité des droits de l'enfant des Nations Unies : Observations finales : Canada, 27 Octobre 2003. CRC/C/15/Add.215. Disponible sur le site www.unhcr.org/refworld/docid/403a22804.html. (2 Mai 2009) ou http://www.unicef.ca/portal/Secure/Community/508/WCM/HELP/take_action/Advocacy/COCRCC/anadaFR.pdf en français.

« Le Comité reconnaît que la protection des droits des enfants autochtones – [et par conséquent] la protection de l'avenir des collectivités autochtones – est une question de première importance pour tous les Canadiens et de préoccupation fondamentale en ce qui a trait à la Convention relative aux droits de l'enfant. Les collectivités autochtones et non autochtones devront toujours coexister. On parle de « coexistence à perpétuité ». Pour tous ceux dont la vie est en cause, "[L]e prix à payer pour ne rien faire [...] est énorme". Cindy Blackstock a réitéré ce point en disant au Comité que « c'est notre propre crédibilité morale comme nation que nous risquons en ne faisant rien. »

Les enfants : des citoyens sans voix. Rapport final du Comité sénatorial permanent des droits de la personne, Ottawa, avril 2007, p. 170. Disponible sur le site : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.htm>. (2 Mai 2009).

aux enfants les meilleurs services de santé possible. C'est une variable substitutive de la compassion de la société à l'égard des plus vulnérables et de l'engagement d'un gouvernement envers ses citoyens et citoyennes.

Nous savons que l'état de santé est directement lié à la pauvreté et à d'autres déterminants sociaux de la santé. La plupart des Canadiens et des Canadiennes savent également qu'une grande partie des enfants autochtones vit dans la pauvreté dans des familles à faible revenu, plus particulièrement dans les milieux urbains⁹. En fait, un enfant vivant dans une communauté des Premières Nations sur quatre vit dans la pauvreté, un taux deux fois plus élevé que celui de la moyenne des enfants canadiens¹⁰. Cette situation est attribuable en grande partie à des décennies de politiques qui ont contribué à séparer les enfants de leur famille et ont perpétué ces inégalités de génération en génération. C'est le fruit de notre histoire et la situation actuelle dans notre pays, mais rien n'oblige à ce que celle-ci perdure.

À l'instar de l'UNICEF, dont les soixante années d'effort ont permis de faire baisser les taux de mortalité infantile et d'améliorer la santé des enfants dans les pays en développement, nous pouvons accomplir des progrès extraordinaires pour les enfants même dans les milieux les plus pauvres et dans des contextes difficiles du point de vue politique, économique, géographique et environnemental – dans la mesure où, pour nous, la maladie ou le décès évitable d'un seul enfant est de trop. En tant que citoyens et citoyennes de l'une des nations les plus riches du monde, nous devons croire que nous pouvons et que nous devons accomplir pour tous les enfants, comme Jordan et Rosalie dont les histoires nous sont racontées ici, ce que nous avons accompli pour tant d'autres.

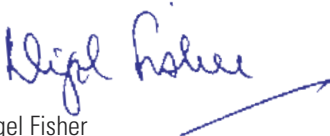
L'année 2009 demeure particulièrement importante pour les droits de l'enfant au Canada. D'une part, elle marque le vingtième anniversaire de la Convention, et d'autre part, le Canada doit faire rapport au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies des mesures qu'il a prises pour mettre en œuvre la Convention. En 2003, le Comité des Nations Unies a exprimé son inquiétude à l'égard de la santé des enfants autochtones du Canada, notamment le manque d'accessibilité aux soins de santé, le taux élevé de troubles causés par l'alcoolisation fœtale et les taux de suicide et de diabète des jeunes, qui sont parmi les plus élevés dans le monde.

Ceci étant, que faisons-nous? L'expérience et les connaissances des auteures des articles présentés dans ce supplément nous indiquent la voie à suivre. La santé des enfants autochtones est intrinsèquement liée à la santé de leurs mères et des membres de leurs communautés ainsi qu'à la « santé » des différents systèmes de gouvernance dont ils dépendent. Certaines mesures nécessitent un investissement important, certaines requièrent un investissement au moins égal à celui réalisé pour les autres Canadiens et Canadiennes, et d'autres ne coûtent rien.

À l'exemple de l'UNICEF, qui a démontré l'efficacité d'un continuum de soins de santé dans d'autres pays du monde, le Canada doit offrir davantage de services de santé communautaires afin d'éviter aux familles autochtones de parcourir de grandes distances pour avoir accès aux services dont elles ont besoin. Plutôt que de déplacer les enfants et les familles en situation de crise, nous devons accroître la capacité des services sociaux et des soins de santé adaptés à la culture à intervenir de façon précoce et à œuvrer auprès des enfants et des familles à domicile et dans les communautés. Nous devons nous engager à financer à niveau égal les services offerts à tous les groupes d'enfants autochtones et aux autres enfants canadiens. Nous devons mettre en pratique le Principe de Jordan – dans l'attente d'une loi qui assurera l'égalité en matière de soins de santé aux enfants des Premières Nations – pour que la santé d'aucun enfant ne se détériore pendant que les instances responsables se disputent pour savoir qui doit fournir ou payer un service auquel un autre enfant canadien aurait accès sans aucune tergiversation.

Les enfants autochtones constituent le segment de la population des enfants canadiens dont la croissance est la plus rapide. La santé de ces enfants est un indicateur de la « santé » de notre nation. Leur état de santé n'est pas le produit de déterminants biologiques, mais d'un ensemble de conditions sociales et de l'accès aux ressources sociétales. Nous disposons des connaissances, de la technologie et des ressources nécessaires pour permettre à tous nos enfants de jouir du meilleur état de santé possible. Bâtissons un pays digne de chacun d'eux.

Le président et chef de la direction d'UNICEF Canada,


Nigel Fisher

PEUPLES AUTOCHTONES DU CANADA – TERMINOLOGIE

Le mot **Autochtone** est un terme collectif qui désigne tous les premiers habitants du Canada et leurs descendants. La plupart des peuples autochtones du Canada se définissent politiquement comme appartenant à l'un des trois groupes principaux : **Premières Nations, Métis** et **Inuit**.

Le terme **Premières Nations** s'est généralisé dans les années 1970 afin de remplacer le terme **Indiens**, jugé blessant par certaines personnes. Malgré un usage très répandu, ce terme ne correspond à aucune définition juridique dans la législation canadienne.

Source : Adapté de la fiche de renseignements *Terminologie* de l'Assemblée des Premières Nations.
<http://www.afn.ca/article.asp?id=441>.

Le terme **Métis** désigne toute personne qui s'identifie comme tel, qui descend de Métis de souche, qui se distingue des autres Autochtones et qui est acceptée par la nation métisse.

Source : Traduction de Métis National Council (Ralliement national des Métis),
www.metisnation.ca/who/definition.html.

Le terme **Inuit** désigne un groupe d'Autochtones vivant dans le Nord canadien, principalement au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans le Nord du Québec et dans le Nord du Labrador.

Source : *Terminologie*, Affaires indiennes et Nord canadien, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/tln-fra.asp>

Ces groupes correspondent à l'article 35 de la Loi constitutionnelle du Canada et de la Loi sur les Indiens. D'un point de vue culturel, les peuples autochtones du Canada se composent de plus de 50 groupes distincts, chacun d'entre eux ayant sa propre langue et son territoire traditionnel. Chaque groupe constitue un réseau complexe de communautés et de structures sociales fondées sur la parenté, et possède un dialecte distinct.

Source : *Terminologie* de l'Assemblée des Premières Nations. <http://www.afn.ca/article.asp?id=441>

Le terme **réserve** désigne une parcelle de terre appartenant à la Couronne et détenue en fiducie, qui est mise de côté à l'usage et au profit des Premières Nations. Le titre juridique de la réserve appartient au gouvernement fédéral.

Source : Adapté de la fiche de renseignements *Terminologie* de l'Assemblée des Premières Nations,
<http://www.afn.ca/article.asp?id=441>.

QUELQUES CHIFFRES

3

Rang du Canada selon l'Indice de développement humain (IDH), sur 177 pays

68

Rang des communautés des Premières Nations du Canada selon l'IDH

Pour les Premières Nations : Assemblée des Premières Nations : *The First Nations plan for creating opportunity* (Le plan des Premières Nations pour créer des débouchés), novembre 2006. www.turtleisland.org/news/fnplan.html.
Pour le Canada : *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*.
<http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rmdh2007-2008/>.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

- 1 *L'Encyclopédie canadienne*,
<http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0001216>.
- 2 *L'enquête sur les enfants autochtones, 2006 : La famille, la collectivité et la garde des enfants*, Statistique Canada, Octobre 2008, Catalogue no. 89-634-X - No. 001
- 3 *Le programme des services à l'enfance et à la famille des Premières nations – Affaires indiennes et du Nord canadien* du Rapport de mai 2008 de la vérificatrice générale, Rapport du Comité permanent des comptes publics, mars 2009, http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200805_04_f_30700.html.
- 4 Secrétariat du Trésor du Canada (2005). « Le rendement du Canada 2005 : La contribution du gouvernement du Canada », <http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/cp-rc-fra.asp>.
- 5 Statistique Canada (2006). « Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 » Ottawa : Statistique Canada
- 6 Organisation de coopération et de développement économiques.
- 7 Indian and Northern Affairs Canada Basic Departmental Data (2002), http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/bdd02/bdd02_e.pdf and http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071206052854/http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/bdd02/bdd02_e.html.
- 8 Canadian data from 'The chief health officer's report on the state of public health in Canada, 2008' and international comparisons from UNICEF's *The State of the World's Children*, 2009.
- 9 'Aboriginal Children's Survey, 2006: Family, Community and Child Care', Statistics Canada, October 2008, Catalogue no. 89-634-X no. 001.
- 10 '2008 report card on child and family poverty in Canada', Campaign 2000.



Sommaire : LA SANTÉ DES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES ENFANTS INUITS ET MÉTIS AU CANADA

Margo Greenwood et Jessica Place



© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

CERTAINS CANADIENS SONT PLUS ÉGAUX QUE D'AUTRES

Le Canada affiche d'importantes disparités en matière de santé entre les populations autochtones¹ et non autochtones, dont les origines sont multiples et fortement influencées par les facteurs socio-économiques et environnementaux. Les inégalités sociales et les problèmes de santé qui perdurent aujourd'hui chez les peuples autochtones puisent leurs origines dans la longue histoire de colonisation européenne du Canada. Les enfants autochtones sont plus exposés à ces inégalités que tous les autres enfants du pays.

Les statistiques indiquent qu'une série de facteurs socio-économiques tels que la pauvreté, un faible niveau de scolarisation et des logements insalubres causent des problèmes de santé aux Autochtones. Tous ces facteurs entraînent un taux de mortalité infantile plus élevé, un taux de vaccination des enfants

plus faible, un piètre état nutritionnel et des proportions endémiques d'obésité, de diabète et autres maladies chroniques. Les peuples autochtones affichent également un taux plus élevé de suicide, de dépression, de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues ainsi que d'un ensemble de problèmes causés par l'alcoolisation fœtale. De plus, leur représentation au sein du système d'aide sociale et du système de justice est plus élevée que celle de la population non autochtone.

Les facteurs socio-économiques et environnementaux engendrent également des maladies chroniques non transmissibles chez les populations autochtones. La mauvaise alimentation résultant de la détérioration des aliments traditionnels et la dépendance accrue aux aliments transformés constituent une cause d'obésité et de diabète, des maladies chroniques qui ont atteint des proportions endémiques chez les enfants et les jeunes.

S'attaquer aux inégalités auxquelles font face les enfants des Premières Nations ainsi que les enfants inuits et métis nécessite les efforts conjoints des gouvernements et des Autochtones et non-Autochtones. La nature holistique de la santé et du bien-être des enfants exige des approches à plusieurs niveaux conçues pour résoudre les inégalités individuelles et collectives. Une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé permet de comprendre l'interrelation entre les facteurs environnementaux, sociaux et historiques qui sous-tendent ces disparités.

Chacun des articles publiés dans ce supplément canadien au rapport 2009 de l'UNICEF *La Situation des enfants dans le monde* révèle l'état de santé des enfants des Premières Nations ainsi que des enfants inuits et métis au sein de leur communauté, qu'ils résident dans des régions rurales, éloignées ou urbaines, et mettent en évidence les répercussions entraînées par des conflits de compétences sur les enfants. Il convient de souligner les problèmes importants rencontrés sur le plan de la qualité des données et du manque de données subdivisées qui établissent une distinction entre les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi qu'entre les peuples autochtones et les autres Canadiens. Compte tenu de ces difficultés, les cinq articles ne font qu'aborder quelques-unes des inégalités et des problèmes des enfants autochtones en matière de santé. Ils proposent également des mesures précises à mettre en œuvre pour réduire ces inégalités auxquelles font face les enfants des Premières Nations ainsi que les enfants inuits et métis.

« Les enfants sont au cœur de notre avenir. Faisons donc tout ce qui est en notre pouvoir pour qu'ils jouissent du meilleur état de santé possible, et ayons bon espoir que dans sept générations, leur cœur sera rempli d'amour, de paix et de bonheur! » (Traduction libre)

— Lindsay Jade Mainville,
Couchiching, Ontario

LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA : Regard sur les enfants des Premières Nations

Rachel Eni

Madame Rachel Eni fait état de quelques-uns des principaux indicateurs de la santé des enfants des Premières Nations du Canada. Plusieurs indicateurs révèlent que la situation de ces enfants est pire que celle des enfants non autochtones. La population des Premières Nations représente la population autochtone la plus importante au Canada, et la plus jeune. Ces données démographiques indiquent un grave problème en matière de santé : le taux de fécondité des adolescentes des Premières Nations. Bien qu'affichant une tendance à la baisse, ce taux demeure sept fois plus élevé que celui des autres adolescentes canadiennes. Les grossesses précoces augmentent la vulnérabilité des personnes et des communautés qui sont déjà désavantagées sur le plan socio-économique et ont un accès limité à l'éducation, à l'emploi et aux services de garde formels.

Le haut taux de mortalité infantile représente un autre problème important auquel font face les enfants des Premières Nations. Même s'il a également baissé, passant de 27 pour 1 000 naissances vivantes en 1979 à 8 en 1999, le taux de mortalité des communautés vivant dans des réserves au Canada demeure 7 fois plus élevé que la moyenne nationale. Lié au tabagisme des mères, aux conditions climatiques et à des facteurs socio-économiques comme le logement insalubre, le syndrome de la mort subite du nourrisson constitue la principale cause de mortalité infantile dans la population des Premières Nations.

Par ailleurs, le taux de vaccination des enfants des Premières Nations, troisième sujet de préoccupation important, se situe bien en deçà des niveaux cibles acceptables de 95 à 97 pour cent fixés par le Comité consultatif national de l'immunisation; la couverture vaccinale des collectivités des Premières Nations du Canada vivant dans les réserves est de 20 pour cent inférieure à celle de la population en général, alors que le taux de maladies évitables par la vaccination demeure plus élevé.

Quelle est la conclusion de madame Eni? Il convient de se rappeler que l'état de santé des enfants des Premières Nations s'inscrit dans le contexte plus large des conditions socio-économiques dans lesquelles ils vivent et d'être conscient de l'inégalité inhérente à la structure de gouvernance canadienne qui désavantage les enfants et les familles des Premières Nations. L'autonomie des Premières Nations et l'intégration de leurs points de vue dans l'élaboration des politiques et des programmes doit être au cœur de la prestation de services de santé qui répondent aux besoins des enfants et des familles des Premières Nations.

L'HISTOIRE DE ROSALIE : Mettre un visage sur les problèmes de santé des mères et des enfants inuits

Selma Ford et Meghan McKenna

Madame Selma Ford et madame Meghan McKenna racontent l'histoire d'une mère inuite et de son enfant, faisant le récit de la grossesse de la mère adolescente jusqu'à la naissance du bébé, et le développement de sa fille jusqu'à l'âge adulte. L'histoire met en évidence les problèmes auxquels elles font face en matière de santé et témoigne de la résilience des Inuits et Inuites. Elle a pour toile de fond les obstacles sociaux, environnementaux et géographiques auxquels se heurtent tous les Inuits et Inuites vivant dans les régions du nord du Canada en matière de santé.

Ce récit illustre le lien qui existe entre la terre et la santé, car les Inuits et Inuites sont extrêmement dépendants de la chasse pour se nourrir, notamment en raison de leur

Professeure agrégée au programme d'éducation et à celui d'études sur les Premières Nations et érudite d'origine crie, madame Margo Greenwood possède plus de vingt ans d'expérience dans le domaine de la petite enfance et de l'éducation des Autochtones. Elle est également directrice de plusieurs instituts de recherche dont le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, du Centre d'excellence pour les enfants et adolescents ayant des besoins spéciaux et de B.C. Initiatives, un programme du ministère de la Santé incluant les initiatives Aboriginal ActNow BC et Preschool Vision Screening (dépistage des troubles de la vue des enfants d'âge préscolaire).

Madame Jessica Place est associée de recherche pour le programme de recherche appliquée en santé dans les régions rurales et du nord à l'Université du nord de la Colombie-Britannique. Elle a travaillé comme consultante au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et participe à plusieurs projets de recherche sur la santé et le bien-être des Autochtones, notamment sur les divers liens entre la santé et l'environnement et sur la petite enfance comme déterminant social de la santé.

situation géographique qui rend difficile, pour les magasins locaux, le transport des mêmes denrées que celles que la plupart des Canadiens et Canadiennes tiennent pour acquises. Le changement de milieu et l'insécurité alimentaire constituent des problèmes importants auxquels font face les Inuits et Inuites. De plus, l'accès à des aliments sains demeure irrégulier.

Les Inuits et Inuites vivent dans des conditions qui sont parmi les pires au Canada et qui ont des répercussions négatives sur la santé de leurs enfants. Les infections attribuables à des virus respiratoires et des pneumonies sont évolutives et sévères. La surpopulation contribue également à la transmission d'autres maladies comme la tuberculose et l'hépatite A.

À l'instar des autres collaboratrices de ce supplément canadien, mesdames Ford et McKenna soulignent l'importance de prendre en compte tous les facteurs, comme la pauvreté, des logements inadéquats, l'insécurité alimentaire, le manque d'éducation et d'accès à des services de santé, qui contribuent à expliquer les piètres résultats des Inuits et Inuites en matière de santé. Les auteures démontrent que les Inuits et Inuites vivent dans des conditions socio-économiques et environnementales qui favorisent le développement de maladies chroniques non transmissibles et que l'éloignement des communautés dans lesquelles ils vivent rend particulièrement difficile l'accès aux soins de santé. Un centre de santé doté d'au moins une infirmière constitue généralement le premier point de liaison; les médecins travaillent rarement de façon régulière dans les communautés inuites. Il est donc essentiel d'élaborer des stratégies qui priorisent une amélioration de l'accès aux services de santé et des programmes destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs parents.

LE CANADA NÉGLIGE-T-IL SES ENFANTS MÉTIS? **Étude concernant les obstacles et les défis pour une** **meilleure santé**

Caroline L. Tait

Madame Caroline Tait décrit également les facteurs sociaux, économiques et historiques qui influent sur l'état de santé des enfants métis. Comparativement aux enfants non autochtones, les enfants métis affichent un profil socio-économique et de santé défavorisé semblable à celui des autres enfants autochtones. Ils font cependant face à des problèmes et à des obstacles qui leur sont propres en ce qui concerne l'amélioration de leur état de santé, difficultés ancrées dans la dimension historique du colonialisme européen ainsi que le manque de volonté du gouvernement fédéral d'offrir aux Métis et Métisses le même statut que celui des populations des Premières Nations et des Inuits et Inuites vivant dans des réserves.

Les Métis et Métisses représentent environ un tiers de la population autochtone du Canada. Selon les données du recensement canadien, la population métisse augmente plus rapidement que celle des Premières Nations et des Inuits confondues; elle a presque doublé de 1996 à 2006. Près de 87 pour cent des Métis et Métisses vivent en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario. La population métisse est jeune, 25 pour cent de ses membres étant âgés de moins de 14 ans.

Madame Caroline L. Tait attire l'attention sur les conditions de pauvreté et les logements surpeuplés dans lesquels vivent les Métis et Métisses, ce qui engendrent des problèmes de santé chez les enfants de ces communautés. Ces mauvaises conditions de vie peuvent causer des risques de blessures, un risque accru de maladies infectieuses contagieuses, des problèmes de santé mentale, des tensions familiales et de la violence. Si les autres groupes autochtones affichent des résultats similaires en matière de santé, les enfants

métis demeurent plus particulièrement exposés à une aggravation des inégalités sociales et en matière de santé en raison du manque d'accès aux programmes que le gouvernement fédéral dispense aux enfants des Premières Nations et aux enfants inuits dans le cadre du Programme des soins de santé non assurés de Santé Canada. D'une manière générale, les enfants métis ne bénéficient pas d'une infrastructure de santé locale, provinciale ou fédérale similaire pour dispenser les programmes et les services offerts aux enfants des Premières Nations.

LES ENFANTS AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN AU CANADA : Établir des bases solides pour assurer la prospérité et le changement

Geraldine King

Pour illustrer le lien profond qui existe entre la santé des parents et celle de leurs enfants, madame Geraldine King raconte l'histoire d'une jeune mère autochtone enceinte vivant dans une grande ville. Elle met en évidence de nombreuses inégalités inquiétantes dans les conditions socio-économiques auxquelles font face les mères autochtones en milieu urbain, inégalités qui, selon elle, ont des répercussions négatives sur la santé de leurs enfants.

Les Autochtones sont de plus en plus présents en région urbaine, le pourcentage d'Autochtones vivant dans les centres urbains étant passé de 50 pour cent en 1996 à 54 pour cent en 2006. De nombreux enfants vivent dans des familles à faible revenu et un grand nombre avec un seul parent, généralement la mère. La santé des enfants autochtones vivant en milieu urbain dépend de la situation socio-économique de leur mère. L'extrême pauvreté, un bas niveau d'éducation, un faible taux d'alphabétisation et des logements insalubres empêchent les parents de bâtir une vie prospère et en santé pour eux et leurs enfants.

La pauvreté est courante dans les familles autochtones vivant en milieu urbain; dans les villes de plus de 100 000 habitants, 50 pour cent des enfants autochtones de moins de quinze ans vivent dans des habitations à loyer modique, comparativement à 21 pour cent chez les enfants non autochtones. Des facteurs comme l'inégalité en matière d'emploi et un taux de réussite scolaire faible ou encore le nombre élevé de familles monoparentales contribuent à cette situation. La violence familiale constitue également un problème important au sein de la population autochtone urbaine.

Dans les milieux urbains, la santé est inextricablement liée aux déterminants sociaux. Les centres d'amitié autochtones installés dans les agglomérations urbaines partout au Canada représentent un outil précieux pour agir sur certains de ces facteurs sociaux. Dispensant un éventail de programmes et de services adaptés à la culture qui visent à rendre les personnes autonomes et à élargir leurs perspectives économiques, sociales, culturelles et personnelles, ils contribuent à améliorer la vie de tous les parents autochtones et de leurs enfants.

L'HISTOIRE DE JORDAN : Comment un petit garçon a inspiré de grands changements

Cindy Blackstock

Des conflits de compétences empêchent souvent les peuples autochtones d'avoir accès aux services sociaux dont ils ont besoin. En effet, un facteur critique en matière de prestation des services de santé destinés aux enfants autochtones du Canada est l'importance des conflits entre les différents ordres de gouvernement pour savoir lequel a la responsabilité

QUELQUES CHIFFRES

1 sur 4

Proportion d'enfants de communauté des Premières Nations vivant dans la pauvreté

1 sur 9

Proportion d'enfants dans l'ensemble du Canada vivant dans la pauvreté

Rapport 2008 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada, Campagne 2000.

financière des coûts de ces services. Madame Cindy Blackstock met en lumière cette situation en racontant l'histoire tragique de la mort de Jordan, un jeune garçon des Premières Nations aux prises avec de multiples problèmes de santé. Son histoire a soulevé l'indignation de la population et contribué à la création d'un mouvement de soutien à ce qu'on appelle maintenant le Principe de Jordan. En cas de conflit entre les gouvernements fédéral et provincial ou territorial, le Principe de Jordan place l'intérêt supérieur de l'enfant en priorité. Quand un conflit surgit à propos de la prestation ou de la prise en charge d'un service gouvernemental, soit de soins de santé, d'éducation, d'activités récréatives ou autre service dont bénéficient normalement tous les autres enfants canadiens qui sont destinés à un enfant indien inscrit ou inuit, le Principe de Jordan exige du gouvernement qui a été contacté en premier qu'il règle immédiatement la facture et qu'il résolve la question du paiement ultérieurement.

Cette ambiguïté du partage des compétences est beaucoup plus fréquente qu'on pourrait le penser. Madame Cindy Blackstock cite une étude qui révèle qu'en une seule année, sur 12 organismes de prestation de services ayant fait l'objet d'une enquête, 393 enfants ont été touchés par des conflits de compétences et que la plupart de ces conflits se sont produits au sein des gouvernements fédéral et provincial ou entre les deux ordres de gouvernement. L'auteure conclut en affirmant que chaque année, des milliers d'enfants autochtones se voient refuser des services gouvernementaux en raison de leur origine ethnique et de leur lieu de résidence.

Le Principe de Jordan est le mouvement le plus soutenu de l'histoire canadienne récente en matière de politique de soutien à l'enfance. C'est un exemple de ce qui peut être accompli quand un groupe de personnes engagées mobilise son réseau et met les talents de ses membres à contribution pour obtenir des changements positifs. Le Principe de Jordan n'a toutefois pas encore été mis en œuvre et requiert la volonté de tous les ordres de gouvernement pour avoir force de loi.

CONCLUSION : La situation exige un effort collectif des Canadiens et Canadiennes

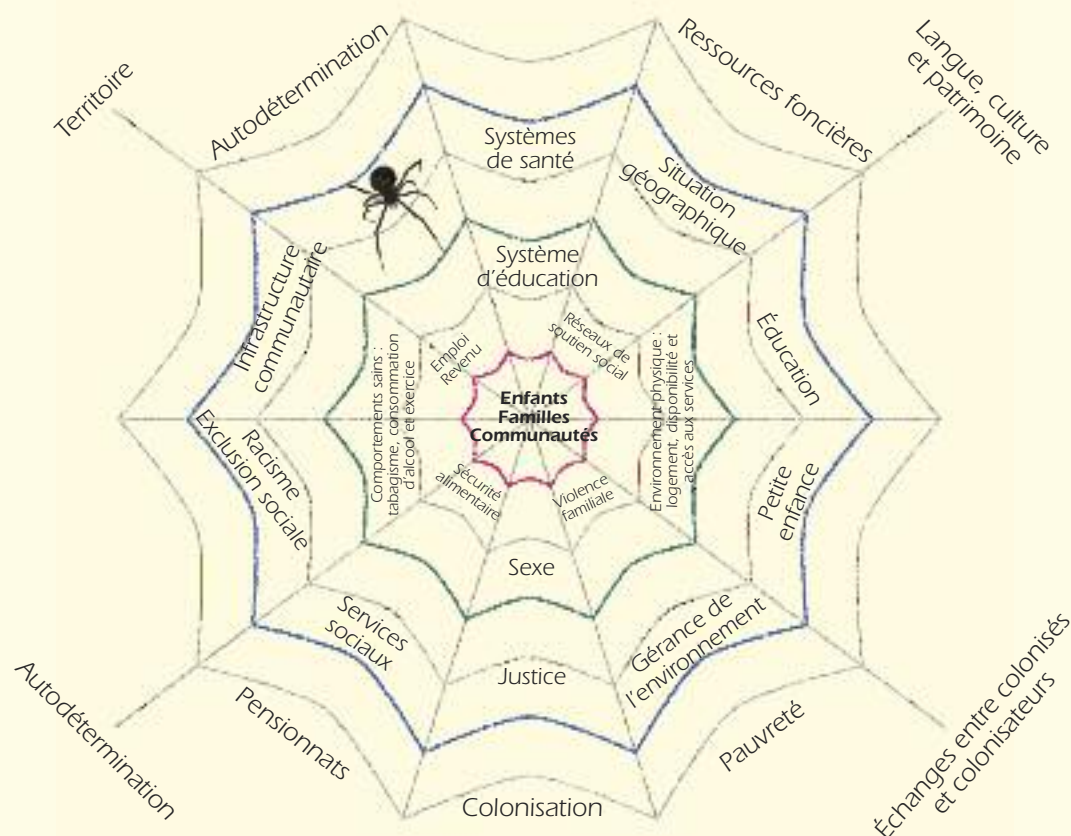
S'attaquer aux inégalités auxquelles font face les enfants des Premières Nations ainsi que les enfants inuits et métis représente un défi de taille et exige un effort collectif de la population canadienne. Ces disparités ne pourront être réduites par une seule mesure ou une approche de traitement uniforme, mais plutôt par la mobilisation concertée d'un grand nombre d'intervenants.

La difficulté consistera à déterminer les priorités d'intervention parmi les dures réalités auxquelles font face les enfants, tout en préconisant un changement structurel pour une transformation durable. Nous ne pouvons négliger aucun de ces aspects. Les réponses à ces questions complexes et les mesures à prendre sont entre les mains de la population canadienne. C'est en ciblant nos efforts sur la recherche de solutions locales que nous apporterons des réponses adaptées aux besoins des communautés autochtones et de leurs membres.

Parallèlement, il conviendra d'élaborer des cadres de travail efficaces visant à promouvoir le changement et répondre aux besoins individuels ainsi qu'à leurs causes profondes, et ce, à de multiples niveaux. Comme le soulignent les auteures des articles présentés dans ce supplément, quelles que soient les approches adoptées pour tenter de réduire ces inégalités, les peuples autochtones ne doivent en aucun cas être considérés comme des victimes. S'attaquer aux inégalités sociales, économiques et historiques passe par une approche globale fondée sur les caractéristiques et les forces des peuples des Premières Nations ainsi que les peuples inuits et métis.

TOILE DE L'EXISTENCE :

L'interaction des déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones



EN QUOI CONSISTENT LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ?

Au cours des 50 dernières années, des chercheurs et des chercheuses, ainsi que des professionnels et des professionnelles de la santé ont modifié notre perception des facteurs qui préviennent les maladies chroniques et de ceux qui favorisent une bonne santé. Auparavant, on considérait que la santé était une question biomédicale de cause à effet associée à un mauvais choix de mode de vie.

Par la suite, les professionnels et professionnelles de la santé ont commencé à comprendre qu'une bonne santé et la prévention des maladies relèvent de bien d'autres facteurs. En 1948, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Plus tard, en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a affirmé que la santé « est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime ». Ces déclarations indiquent que la santé des personnes et des communautés dépend d'un grand nombre de facteurs sociaux et de conditions, dont le revenu, l'emploi, l'éducation, le logement. En 1998, Santé Canada a dressé une liste complète de ces facteurs, les nommant « déterminants de la santé ». Font notamment partie de cette liste le revenu, le soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux et physiques, la capacité et les habitudes de santé personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

(Source : www.nexussante.ca/projets/PrimertoAction-FRversion2.pdf.)



© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

EN QUOI CE MODÈLE EST-IL IMPORTANT POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES?

Une approche de la santé axée sur les déterminants sociaux permet de s'attaquer aux inégalités sociales, économiques et historiques de façon globale. Ainsi, le cadre de l'Assemblée des Premières Nations pour la santé publique² propose un modèle de santé publique qui tient compte à la fois de ces déterminants et des facteurs propres aux peuples autochtones comme l'autodétermination, la culture et le patrimoine, et la colonisation. La chercheuse autochtone Charlotte Loppie a élaboré un modèle axé sur le rôle des déterminants sociaux de la santé à chaque étape de la vie³. Le modèle intitulé *Toile de l'existence* figurant à la page 7 démontre l'interaction des déterminants de la santé sur la vie des enfants autochtones, de leurs familles et de leurs communautés.

Cette conceptualisation des déterminants sociaux, économiques et historiques de la santé est ancrée dans les modes de pensée et d'être autochtones, plus particulièrement dans les notions d'interconnexion et d'holisme, qui fournissent des éléments d'orientation pour agir sur les déterminants de la santé. Ainsi, l'accès aux services de santé est étroitement lié au développement des systèmes de soins médicaux qui, eux-mêmes, s'inscrivent dans des contextes législatifs, politiques et historiques plus larges.

MESURES RECOMMANDÉES

Les articles présentés dans ce supplément canadien au rapport *La Situation des enfants dans le monde* proposent un certain nombre de mesures précises à mettre en œuvre pour aplanir les inégalités que connaissent les enfants des Premières Nations ainsi que les enfants inuits et métis en matière de santé. Les mesures recommandées visent à résoudre les problèmes suivants :

- On constate un manque de données sur différents aspects de la santé et du bien-être des Autochtones⁴, notamment sur la prévalence du VIH et du sida chez les populations des Premières Nations. Par ailleurs, le manque de données précises sur les Métis et Métisses reflète l'absence d'une base solide de faits sur laquelle s'appuyer pour bâtir une politique et des programmes efficaces et culturellement adaptés en matière de services sociaux et de soins de santé qui répondent directement aux besoins des enfants métis. **Recueillir auprès des peuples autochtones et par leur entremise davantage de données de qualité sur tous les aspects de la santé et du bien-être des Autochtones** afin de répondre à leurs besoins précis et variés en matière de politique, de pratique et de services.
- Les inégalités inhérentes aux structures de gouvernance canadiennes ont une incidence fondamentale sur les disparités en matière de santé. **Supprimer les limites de compétences** qui entravent la prestation efficace des soins de santé.
- Réduire les inégalités en matière de santé exige des fournisseurs de services sociaux et de services de santé une meilleure compréhension des contextes dans lesquels vivent les Autochtones et des problèmes de santé qui les touchent. Des efforts doivent être faits pour **offrir des programmes de formation visant à renforcer l'empathie et la compréhension chez les fournisseurs de services sociaux et de services de santé.**

- **Allouer davantage de ressources et de financement** pour la recherche, l'élaboration des politiques et la prestation des services.
- **Augmenter le nombre d'initiatives de renforcement des capacités des peuples autochtones pour qu'ils soient en mesure de gérer efficacement leurs propres programmes en matière de services sociaux, d'éducation et de santé.**

QUE POUVEZ-VOUS FAIRE MAINTENANT POUR CONTRIBUER À AMÉLIORER LA SANTÉ DES ENFANTS AUTOCHTONES DU CANADA?

Manifestez votre appui ou celui de votre organisation pour soutenir le Principe de Jordan — un principe qui place l'enfant d'abord et vise à résoudre les conflits de compétences entre gouvernements, conflits qui ont des incidences néfastes sur la vie et la santé des enfants autochtones. www.fncfcs.ca/more/jordansPrincipe_f.php.

Communiquez avec vos députés fédéral et provincial pour leur signifier votre inquiétude à propos des inégalités auxquelles font face les enfants autochtones du Canada. Demandez-leur ce qu'ils font pour soulever ces questions au Parlement et à l'Assemblée législative provinciale. Informez-vous pour savoir s'ils ont mis en œuvre les recommandations énoncées dans le Principe de Jordan (www.fncfcs.ca/more/jordansPrincipe_f.php), et encouragez les membres de votre communauté à faire de même.

Soutenez les principes de Rassemblés autour d'un rêve pour promouvoir une nouvelle approche des soins de santé dispensés aux Autochtones et par là-même la santé des enfants et des jeunes Autochtones. www.manyhandeddream.ca/Francais/mouvement.asp.

Informez-vous sur la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies et discutez avec les autres (amis, famille, enfants et jeunes, représentants du gouvernement) des droits de l'enfant et de l'importance de leur application pour tous les enfants au Canada. www.unicef.ca/portal/SmartDefault.aspx?at=2300.

Quand tout a été dit et fait – les enfants demeurent notre bien le plus précieux et il est du devoir de chacun de les respecter et de les chérir.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

- 1 Les habitants indigènes du Canada incluent les Premières Nations, les Inuits et les Métis (tel qu'énoncé dans l'Article 35(2) de la *Loi constitutionnelle* de 1982).
Note : Les définitions de cette note de bas de page sont tirées du « Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones » (1996). Ottawa : ministre des Approvisionnements et Services.
- 2 Reading, J.L., Kmetz, A et Gideon, V. (2007). « Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations : Document de travail pour la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé ». Ottawa : Assemblée des Premières Nations.
- 3 Loppie (2007) tel que cité dans Loppie, C. et Wilen, F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Université du nord de la Colombie-Britannique.
- 4 Bien que l'on manque de données sur tous les groupes autochtones, y compris les Inuits, la collaboration de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et des régions inuites avec Statistique Canada au cours des deux dernières Enquêtes auprès des peuples autochtones pour assurer la pertinence des questions est une pratique prometteuse qui s'est révélée positive pour les Inuits.



Les disparités en matière de santé au Canada : REGARD SUR LES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS

Rachel Eni

LES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS SONT NETTEMENT EN MOINS BONNE SANTÉ

Il existe des disparités majeures en matière de santé chez les enfants au Canada, les enfants des Premières Nations étant nettement en moins bonne santé que les autres enfants à l'échelle nationale. En observant plusieurs indicateurs de soins de santé primaires chez les enfants des Premières Nations âgés de 0 à 18 ans vivant dans des réserves comme hors réserve, nous pouvons brosser un tableau général de leur santé. Nous pourrions alors, et seulement alors, corriger les inégalités afin d'améliorer la santé et la vie des enfants des Premières Nations du Canada.

Les causes de ces disparités en matière de santé sont multiples¹ et largement influencées par des facteurs environnementaux et socio-économiques, incluant les énormes différences qui existent en matière de revenu, d'éducation et de perspective d'emploi entre les peuples des Premières Nations et les autres Canadiens et Canadiennes². L'isolement géographique et le manque d'accès à des médecins généralistes et spécialistes perpétuent le problème³. L'histoire coloniale, incluant les politiques des pensionnats et les politiques discriminatoires d'aide à l'enfance, est également sous-jacente aux inégalités⁴. Cet article conclut en suggérant de se concentrer sur la réduction de disparités afin d'améliorer la santé des enfants des Premières Nations.



© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

QU'ENTENDONS-NOUS PAR « SANTÉ »?

Nous empruntons la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, à savoir : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁵. La santé peut également être considérée comme une ressource favorisant une bonne vie, « dans la mesure où un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, s'adapter et faire face à l'environnement. La santé est ainsi perçue comme une ressource pour la vie quotidienne et non comme l'objet de la vie; c'est un concept positif s'appuyant sur les ressources personnelles et sociales, de même que sur les capacités physiques »⁶.

Le concept de la santé pensé par les Premières Nations englobe plus que la physiologie; c'est un processus complexe et dynamique qui comprend les relations sociales, l'appartenance territoriale et l'identité culturelle⁷. La santé chez les membres des Premières Nations est fondée sur l'intégralité, l'interconnexion et l'harmonie⁸.

LA SITUATION DANS SON ENSEMBLE : APERÇU D'UNE POPULATION

La population des Premières Nations représente la plus importante population autochtone au Canada. Comparativement à la population canadienne non autochtone où 19 pour cent des personnes sont âgées de 14 ans et moins⁹, la population des Premières Nations est très jeunes, 42,3 pour cent des personnes vivant dans les réserves et 32,4 pour cent de celles

« Nos enfants sont le cœur de notre peuple – ils sont l'essence qui lie notre peuple et qui est au centre de nos nations. Sans nos enfants, nous n'avons aucun but. »
(Traduction libre)

– Elaine M. Alec,
bande de Penticton

Née au Moyen-Orient, madame Rachel Eni a passé la majeure partie de sa vie au Canada et y a fait ses études. Elle détient une maîtrise en sciences sociales et familiales du Département d'écologie humaine, et un doctorat en sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Madame Eni enseigne dans les deux départements et elle est associée de recherche au Centre de recherche sur la santé des Autochtones de l'Université du Manitoba.

QUELQUES CHIFFRES

63

Pourcentage d'enfants des Premières Nations vivant dans une des réserves sélectionnées qui ont consulté un médecin au cours de l'année écoulée

85

Pourcentage de l'ensemble des enfants du Canada qui ont consulté un médecin au cours de l'année écoulée

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

vivant hors réserve étant âgées de 0 à 19 ans; 8,7 pour cent et 6,1 pour cent de ces personnes vivant dans les réserves et celles vivant hors réserve, respectivement, étant âgées de 0 à 4 ans¹⁰.

La fécondité précoce : Sept fois supérieure à celle des autres jeunes Canadiennes

Bien qu'il ait diminué au cours des dernières décennies, le taux de fécondité chez les femmes des Premières Nations à l'échelle nationale s'établit actuellement à 2,7 enfants par femme, près du double de celui observé chez les autres femmes Canadiennes. Depuis 1986, le taux de fécondité chez les adolescentes des Premières Nations continue d'être élevé en étant d'environ 100 naissances pour 1 000 femmes, soit un taux 7 fois supérieur à celui observé chez les autres adolescentes canadiennes. Chez les adolescentes des Premières Nations âgées de moins de 15 ans, le taux observé est 18 fois supérieur à celui des Canadiennes. Les provinces des Prairies affichent le taux le plus élevé; au Manitoba en 2004, par exemple, une adolescente des Premières Nations sur 8 était mère (128 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans)¹¹.

La fécondité précoce est une question de santé. En règle générale, avoir des enfants à l'adolescence accroît la vulnérabilité des personnes et des communautés déjà socio-économiquement défavorisées et ne jouissant que d'un accès limité à l'éducation, à l'emploi et aux services de garde formels^{12,13}.

Les taux de mortalité infantile : Rôle des facteurs socio-économiques dans la mortalité infantile

Comme c'est le cas dans la population canadienne en général, le taux de mortalité infantile chez les peuples des Premières Nations vivant dans les réserves a constamment décliné au cours des trente dernières années. De 1979 à 1999, par exemple, le taux de mortalité infantile est passé de 27 à 8 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants des Premières Nations et de 10,9 à 5,3 chez les enfants canadiens¹⁴. Mais lorsque nous tenons compte de l'âge spécifique des enfants des Premières Nations à leur décès, nous obtenons une vue d'ensemble très différente qui fournit des indices pour l'établissement d'un cadre explicatif. Le taux de mortalité néonatale chez les Premières Nations, par exemple, lequel reflète l'accès à des soins de santé et la qualité de ces soins dans la période prénatale pendant et immédiatement après l'accouchement, a nettement diminué et correspond pratiquement à la moyenne nationale. En revanche, et malgré des améliorations notables, le taux de mortalité post-néonatale (chez les enfants âgés de un mois à un an) chez les Premières Nations, lequel indique la présence de facteurs socio-économiques et environnementaux, demeure près de trois fois supérieur aux taux nationaux¹⁵. En 2003, le Manitoba affichait un taux de mortalité périnatale de 14,9 pour 1 000 chez les enfants des Premières Nations et de 8,2 chez les autres enfants canadiens¹⁶. Dans les communautés autochtones canadiennes vivant dans des réserves, le taux de mortalité infantile est de trois à sept fois supérieur à la moyenne nationale¹⁷.

Le syndrome de mort subite du nourrisson : L'une des principales causes de mortalité infantile

Chez les peuples des Premières Nations, les principales causes de mortalité infantile demeurent les infections des voies respiratoires supérieures et le syndrome de mort subite du nourrisson¹⁸. Plusieurs facteurs environnementaux sont reconnus pour contribuer à l'existence de ce syndrome, incluant le tabagisme maternel; les circonstances climatiques,

telles que l'exposition à des taux nocifs de champignons, bactéries et particules aériennes courants dans les climats nordiques; et des facteurs socio-économiques, dont le logement insalubre^{19,20}. La moisissure constitue un autre facteur contributif; dans un sondage national mené en 2002-2003 sur la santé des peuples des Premières Nations, 40 pour cent des répondants et répondantes qui habitaient dans un logement appartenant à une bande ont rapporté la présence de moisissures dans leur domicile²¹. L'humidité favorise la croissance bactérienne, la formation de moisissures et la prolifération des acariens. Ces organismes contribuent à leur tour à une mauvaise qualité de l'air et causent de graves problèmes de santé. On observe également de plus nombreux cas d'asthme et de bronchite chez les enfants des Premières Nations^{22,23}.

Le taux de vaccination : Bien inférieur au reste de la population canadienne

Peu d'interventions surpassent l'effet positif que la vaccination peut avoir sur la santé des enfants canadiens. Chez les enfants des Premières Nations, le taux de vaccination demeure pourtant très inférieur à l'objectif acceptable établi entre 95 et 97 pour cent par le Comité consultatif national de l'immunisation. Chez les enfants des Premières Nations vivant dans des réserves, le taux de vaccination est de 20 pour cent inférieur à celui dans la population générale, et on observe chez ces enfants de plus nombreux cas de maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Certaines de ces maladies occasionnent un taux supérieur d'hospitalisation. Par exemple, les enfants des Premières Nations de moins d'un an sont hospitalisés 50 fois plus souvent en présence de pneumonie streptococcique et 80 fois plus souvent en présence de varicelle que les enfants non autochtones^{24,25}.

Les maladies chroniques non contagieuses : Une mauvaise alimentation associée au diabète, à l'obésité et à d'autres problèmes de santé

Une combinaison de facteurs socio-économiques et environnementaux est à l'origine de nombreux problèmes de santé chroniques chez les enfants des Premières Nations du Nord. Leur alimentation, de plus en plus excessive ou non équilibrée ou les deux, comprend de nombreux aliments transformés²⁶. Il est facile de discerner les facteurs qui contribuent à cette mauvaise alimentation : le coût élevé du transport des aliments frais sur de longues distances, soit des centres urbains aux régions nordiques, les difficultés qu'éprouvent les plus petites communautés à vendre les aliments frais avant qu'ils ne se gâtent et le climat peu favorable à la croissance des cultures.

La détérioration des aliments traditionnels contribue également à un régime insuffisant, le poisson et le gibier sauvage étant devenus contaminés et rares depuis l'exploitation à vaste échelle du pétrole, du gaz et de l'hydroélectricité dans le Nord. Compte tenu des effets connus ou soupçonnés, les peuples des Premières Nations qui vivent à proximité de ces développements ne croient plus en l'innocuité de la nourriture traditionnelle (du pays). Une forte concentration de BPC (polychlorobiphényle) dans le sang a été mesurée dans la population de deux communautés des Premières Nations dans le district de Sioux Lookout, en Ontario²⁷. D'autres études menées dans le nord-ouest du Canada indiquent que les substances chimiques toxiques déversées dans divers sols et cours d'eau autour du bassin des Grands Lacs sont absorbées et passent dans le lait maternel, une situation très préoccupante pour les femmes de la région d'Akwesasne²⁸.

Le diabète représente un autre problème de santé émergent chez les enfants des Premières Nations²⁹ et une cause majeure de morbidité et de mortalité. Une étude menée dans les communautés des Premières Nations du nord de la Colombie-Britannique et de l'Ontario a

QUELQUES CHIFFRES

42

Pourcentage d'enfants des Premières Nations vivant dans une des réserves sélectionnées qui ont été nourris au sein pendant plus de six mois

43

Pourcentage d'enfants des Premières Nations vivant hors réserve nourris au sein pendant plus de six mois

34

Pourcentage de l'ensemble des enfants au Canada nourris au sein pendant plus de six mois

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

QUELQUES CHIFFRES

38

**Pourcentage de décès
attribuables au suicide chez
les jeunes des Premières
Nations âgés de 10 à 19 ans.
En 1999, le taux de suicide
chez les communautés des
Premières Nations était
2,1 fois supérieur à celui du
taux global au Canada.**

Assemblée des Premières Nations, *The First Nations plan for creating opportunity*, (Le plan des Premières Nations pour créer des débouchés) novembre 2006, www.turtleisland.org/news/fnplan.html.

conclu que le diabète avait atteint des proportions épidémiques chez les enfants et les jeunes³⁰. Qui plus est, l'âge à l'apparition de la condition diminue, de sorte que non seulement de plus nombreuses personnes des Premières Nations sont touchées par le diabète, mais elles le deviennent à un plus jeune âge. L'apparition et la prévalence croissante du diabète de type 2 et de l'intolérance au glucose chez les enfants des Premières Nations demeurent particulièrement préoccupantes³¹.

Le diabète de l'enfant peut être associé à divers facteurs, incluant l'accès limité à des aliments sains, les croyances en matière de santé, les attitudes et les conditions environnementales. Les communautés des Premières Nations attribuent souvent l'augmentation des maladies chroniques en général à une diminution de l'activité (perte d'un mode de vie caractérisé comme le fait de vivre des ressources naturelles), à une consommation moindre d'aliments traditionnels, à un stress émotionnel accru associé à la vie collective, et à l'effondrement des structures familiales, des réseaux et de la gouvernance, et ce, depuis les 50 à 60 dernières années³².

Des études sur les femmes moskégones de la Baie James^{33,34} et sur les femmes ojibwas et cries du nord-ouest de l'Ontario³⁵ font état d'un taux élevé de diabète gestationnel, lequel entraîne une prévalence accrue de surpoids à la naissance chez les bébés des Premières Nations, qui, à son tour, expose les enfants à un risque élevé de développer un diabète de type 2. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations menée en 2002-2003, par exemple, a enregistré un surpoids à la naissance chez 21 pour cent des nourrissons au total (24,6 pour cent chez les garçons et 17,4 pour cent chez les filles). Ce taux est plus élevé que le taux enregistré à peine cinq ans auparavant lors de la première phase de l'enquête régionale, alors que 17,8 pour cent des nourrissons présentaient un surpoids à la naissance. Ces taux sont nettement plus élevés que les 13,1 pour cent de surpoids à la naissance dans l'ensemble de la population canadienne³⁶.

Le nombre d'enfants présentant un surpoids a rapidement augmenté chez les Premières Nations partout au pays. De 1981 à 1996, le taux est passé de 15 à 29 pour cent chez les garçons et de 15 à 24 pour cent chez les filles. Les cas d'obésité ont eux aussi augmenté, passant de 5 à 14 pour cent chez les garçons et de 5 à 12 pour cent chez les filles³⁷. L'obésité demeure un facteur de risque majeur pour de nombreux problèmes de santé qui y sont associés, incluant l'hypertension artérielle, les taux sanguins élevés de cholestérol et d'insuline, les problèmes d'articulations, les calculs biliaires, les problèmes menstruels, les troubles neurologiques, l'asthme et les problèmes respiratoires pendant le sommeil, l'exclusion sociale et la dépression. Les problèmes de santé les plus sérieux deviendront toutefois apparents dans la prochaine génération d'adultes, car l'actuelle épidémie d'obésité juvénile se poursuivra à l'âge adulte. Cette situation se traduira par des taux accrus de cardiopathie, de diabète, de certains types de cancer, de maladies vésiculaires, d'arthrose et de troubles endocriniens³⁸. Cela entraînera des décès éventuels, un coût massif du système de soins de santé et un fardeau pour les particuliers comme pour les communautés.

Selon la recherche en pédiatrie, plusieurs facteurs interactifs contribuent à l'obésité, dont des facteurs métaboliques, génétiques, environnementaux et comportementaux. L'Organisation mondiale de la Santé souligne que :

Les changements dans l'économie alimentaire mondiale ont contribué à modifier les habitudes alimentaires, par exemple, une consommation accrue d'aliments hautement énergétiques à teneur élevée en matières grasses, et surtout en graisses saturées, et à faible teneur en glucides bruts. Ces habitudes sont combinées à une dépense énergétique moindre associée à un mode de vie sédentaire....³⁹

Autres problèmes de santé chroniques courants : Otites et caries dentaires engendrent de lourdes conséquences

Plusieurs études révèlent un taux accru et des cas plus graves d'otite moyenne chez les enfants des Premières Nations que chez les autres enfants canadiens⁴⁰. Conformément aux recherches précédentes, une récente étude menée sur les enfants micmacs d'une école primaire des Premières Nations en Nouvelle-Écosse fait état de pathologies de l'oreille moyenne et d'une perte auditive chez plus de 20 pour cent des enfants. Dans certaines communautés, les taux de prévalence sont jusqu'à 40 fois supérieurs à la moyenne nationale. L'otite moyenne survient plus souvent lors de la petite enfance, et une sensibilité a été associée à une immunodéficience et à des facteurs environnementaux, tels que l'alimentation, des pourcentages réduits de femmes qui allaitent leurs bébés et qui poursuivent l'allaitement, et l'exposition à la fumée de cigarette. La perte auditive est associée à des troubles d'acquisition du langage et aux problèmes de développement ultérieurs concernant l'alphabétisme et la réussite scolaire, incluant les problèmes d'apprentissage et le déficit de l'attention. Il est indubitable que les coûts sociaux et économiques associés à l'otite moyenne demeurent importants⁴¹.

La disparité qui existe en matière de santé entre les enfants autochtones et non autochtones n'est nulle part ailleurs plus évidente qu'en médecine dentaire. Si les caries dentaires sont en déclin dans les populations non autochtones, leur gravité et leur étendue croissantes chez les jeunes enfants des Premières Nations est alarmante⁴². Formes dévastatrices de détérioration dentaire, les caries représentent le résultat de plusieurs facteurs⁴³, incluant une consommation élevée de sucre et le manque de visites régulières chez le dentiste. Des études menées dans les collectivités des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada révèlent des taux élevés de prévalence de caries dentaires, de 50 à 54 pour cent dans l'ensemble⁴⁴. Deux études menées sur des populations des Premières Nations en Ontario ont rapporté une lésion carieuse (carie) ou plus par le passé chez 74 pour cent des enfants âgés de 3 à 5 ans, et chez 96 pour cent des enfants âgés de 7 à 13 ans⁴⁵. Les facteurs de risque associés comprennent le sucre ajouté au biberon du bébé, le sevrage tardif, une mauvaise hygiène buccale, un faible apport en calcium et en vitamine D pendant la grossesse⁴⁶, et un faible revenu familial⁴⁷. Les résultats d'une étude menée dans une communauté des Premières Nations dans l'ouest de la région de la Baie James du nord de l'Ontario donnent à penser que la présence de plomb dans l'environnement pourrait prédisposer les enfants des Premières Nations à des taux élevés de carie dentaire⁴⁸. Les caries dentaires non traitées chez les enfants ont même été associées à des problèmes d'épanouissement ayant d'importantes conséquences sur la santé physique et financière⁴⁹. Outre des programmes de traitements médicaux, des initiatives communautaires promouvant la santé buccale sont également nécessaires⁵⁰.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Un taux nettement supérieur

Selon les estimations, de un à trois bébés sur 1 000 nés au Canada présenteront un trouble causé par l'alcoolisation fœtale, l'une des anomalies congénitales majeures reconnues et pouvant être évitées⁵¹. De nombreuses études menées dans les années 1980 et 1990 font état d'un taux nettement plus élevé dans les communautés des Premières Nations⁵². Ce taux supérieur est réitéré dans des études plus récentes rapportant environ 55 à 101 cas pour 1 000 bébés nés dans une réserve du Manitoba⁵³ et 7,2 cas pour 1 000 bébés dans une autre⁵⁴. L'ETCAF a des effets dévastateurs sur les communautés des Premières Nations. L'alcool endommage le cerveau et le corps du fœtus et l'enfant peut souffrir de ces conséquences toute sa vie. Bien que les enfants soient implicitement valorisés dans les collectivités des Premières Nations, quelles que soient les conditions dans lesquelles ils

QUELQUES CHIFFRES

8

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes chez les peuples des Premières Nations vivant dans des réserves

Données ministérielles de base, Affaires indiennes et du Nord Canada (2002), http://www.aainc-inac.gc.ca/pr/sts/bdd02/bdd02_e.pdf.

vivent, l'alcool a un effet négatif sur la santé et le mieux-être des personnes, des familles et des communautés entières.

Le suicide chez les jeunes : La prévention commence dans la communauté

Le suicide représente l'un des problèmes les plus déconcertants en matière de santé publique auxquels font face les Canadiennes et les Canadiens et, dans certaines communautés des Premières Nations, il atteint des proportions « épidémiques ». En 1999, 3 à 7 fois plus de jeunes des Premières Nations ont perdu la vie par cause de suicide comparativement à l'ensemble de la population canadienne. Le taux varie beaucoup entre les collectivités des Premières Nations^{56,57}.

La documentation laisse à penser que l'intervention et la prévention ne peuvent être efficaces qu'en tenant compte des relations qui existent entre la culture, la communauté et l'environnement⁵⁸. Nous devons également comprendre les facteurs de risque et les facteurs protecteurs afin de mieux éclairer les politiques et les pratiques de prévention du suicide. Ces facteurs de risques à niveaux multiples comprennent des influences psychobiologiques, personnelles et collectives, historiques, socio-économiques et culturelles. Les plus importants facteurs protecteurs contre le suicide sont la confiance, la participation et l'action publique au sein des communautés⁵⁹, de même que l'autonomie et la continuité culturelle^{60,61}.

Le VIH et le sida : On retrouve très peu d'information, mais les perspectives sont effrayables

Il y a un manque de données incroyable concernant la prévalence du VIH et du sida chez les peuples des Premières Nations. Une étude de l'équipe médicale du Nord de l'Université du Manitoba portant sur le VIH et le sida chez les peuples autochtones a révélé que, bien que le nombre de cas dans la population canadienne semble diminuer, de nombreux indices laissent croire que les cas d'infection au VIH augmentent parmi les peuples autochtones. Une étude de Santé Canada sur le VIH chez les peuples autochtones donne à penser que les jeunes des Premières Nations pourraient être plus vulnérables au VIH dans la mesure où le pourcentage de maladies transmises sexuellement est de cinq à dix fois supérieur chez eux comparativement à la moyenne nationale⁶². L'étude a discerné d'autres facteurs de risque, tels que la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, y compris l'usage de drogues injectables, et d'autres problèmes de santé et à caractère social. Malgré le manque d'information, les auteurs de l'étude considèrent les taux de VIH et de sida chez les Premières Nations comme « épidémiques ».

COMPRENDRE LES CAUSES DE L'INÉGALITÉ : TOUS LES CANADIENS ET LES CANADIENNES ONT DROIT À DES SOINS DE SANTÉ

La relation qui existe entre l'état de santé et les facteurs sociaux a fait l'objet de nombreuses études. Les enfants des Premières Nations sont les plus pauvres du Canada⁶³ et ils tombent sous la tutelle des services d'aide à l'enfance et à la famille plus souvent que tout autre groupe d'enfants au pays⁶⁴. Qui plus est, les graves conséquences qu'engendrent de nombreuses maladies dont souffrent les personnes qui vivent dans les réserves dénotent un terrible manque d'accès aux services de santé. Au Canada, un pays industrialisé doté d'une couverture universelle des soins de santé, nous accordons une

valeur énormément élevée à un système de soins accessible. Nous considérons en fait ce système comme un déterminant fondamental de la santé⁶⁵. Par cette seule norme, nous devons déjouer les obstacles aux soins de santé pour les enfants, les familles et les collectivités des Premières Nations.

ATTEINDRE L'ÉQUITÉ - DES STRATÉGIES COMBINÉES DANS UN MÊME BUT : DES ENFANTS EN MEILLEURE SANTÉ

La santé des enfants des Premières Nations est affectée par de multiples facteurs sur le plan individuel, familial, communautaire, régional et national. Cependant, les problèmes de santé que connaissent les peuples des Premières Nations sont attribuables à une inégalité inhérente à la structure canadienne de gouvernance du système de santé. Ici, l'éloignement géographique, le manque d'accès aux services et les conflits de compétences constituent des obstacles à la prestation efficace des soins de santé. Atteindre l'équité en matière de santé pour les collectivités des Premières Nations nécessite une approche concertée.

Nous devons abolir les limites de compétence qui empêchent la prestation efficace des soins de santé et mettre l'accent sur les besoins des particuliers et des communautés en matière de santé.

Nous devons également accroître les ressources et les subventions pour une population qui porte le poids des disparités en matière de santé.

Une meilleure compréhension des contextes et des problèmes de santé des Premières Nations est aussi essentielle de la part des prestataires de soins et de services sociaux. Des programmes de formation permettant aux internes de travailler dans des réserves, par exemple, amélioreraient la compréhension et l'empathie.

L'autonomie des Premières Nations est également essentielle au développement d'un système de santé général capable de saisir l'ensemble des nombreuses circonstances qui affectent la santé, de même que les possibilités qui existent en matière de santé grâce au développement économique et social. L'autonomie devrait en outre inclure la participation à tous les paliers politiques et pratiques, de l'échelle communautaire à l'échelle nationale.

Nous ne devons pas perdre de vue que l'opinion des enfants et de leurs parents doit être entendue et respectée lors de l'établissement des politiques et des programmes. Ces stratégies combinées permettront de restructurer les services de soins de santé pour les enfants et les familles des Premières Nations, ouvrant la voie à un avenir en santé non seulement pour certains enfants canadiens, mais pour tous les enfants au Canada.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

- 1 Mignone J., O'Neil J. (2005). Social capital and youth suicide risk factors in First Nation communities. *La revue canadienne de santé publique*, 96 (janvier-février): S51.
- 2 Frohlich K., Ross N., Richmond C. (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*, 79 (2/3):123-143.
- 3 Harrison R.L., MacNab A.J., Duffy D.J., Benton D.H.J. (2006). Brighter smiles: Service learning, inter-professional collaboration and health promotion in a First Nation community. *La revue canadienne de santé publique*, 97(3): 237-240.
- 4 Adelson, N. (2005). The embodiment of inequality: Health disparities in Aboriginal Canada. *La revue canadienne de santé publique*, 96 (S2):S45-S61.

MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

Cette analyse représente un sommaire des documents traitant de l'état de santé des enfants des Premières Nations au Canada, comparativement à celui de l'ensemble de la population canadienne, et tenant compte des causes et des effets de la disparité.

La recherche documentaire a été effectuée entre les mois d'avril et de juin 2008, au moyen de Netdoc, un moteur de recherche universitaire standard. Les bases de données ont été interrogées, la priorité ayant été accordée aux articles publiés au cours des dix dernières années (1998-2008). La recherche a été mise à jour au mois d'octobre 2008. Cette méthode de suivi est souvent utilisée dans les analyses systématiques afin de garantir l'inclusion des plus récentes études. Les mots clés étaient *child, health, First Nation, inequalities, discrepancies, socio-economic, social factors* (enfant, santé, Premières Nations, inégalités, écarts, socio-économique, facteurs sociaux) et les questions de santé spécifiques couvertes dans l'analyse. Les principales bases de données interrogées comprennent PubMed, Scopus, Social Sciences Abstracts, PsycInfo, Sociofile, Ebsco Host et CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature). Les principaux sites Web consultés sont ceux du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (www.ainc-inac.gc.ca), de Santé Canada – Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones (www.hc-sc.gc.ca), du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba (umanitoba.ca/faculties/medicine/unit/s/mchp) et de l'Assemblée des Premières Nations (www.afn.ca).

- 5 Version anglaise : WHO www.jstor.org/pss/2704999. / Version française Organisation mondiale de la Santé (1958). <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html>.
- 6 Traduction libre de Young K. (1994). *The health of Native Americans: Towards a bicultural epidemiology*: Oxford University Press.
- 7 Adelson, N. (2000). *Being alive well: Health and the politics of Cree well-being*. University of Toronto Press.
- 8 Hart M.A. (2002). *Seeking Mino-Pimatisiwin: An Aboriginal approach to healing*, Fernwood Publishing.
- 9 Statistique Canada, recensement 2001 – Peuples autochtones du Canada. www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/canada.cfm.
- 10 Affaires indiennes et du Nord Canada (2006).
- 11 Guimond E., Robitaille N. (2008). When teenage girls have children: Trends and consequences. *Hope or Heartbreak: Aboriginal Youth and Canada's Future, Special Issue Horizons*, 10 (1): 49-51.
- 12 Hull J. (2004). Aboriginal single mothers in Canada, 1996: A statistical profile. *Aboriginal Policy Research: Setting the Agenda for Change, Vol. 2*.
- 13 Robitaille N., Kouaoui A., Guimond, E. (2004). La fécondité des Indiennes de 15 à 19 ans, 1980-99. *Aboriginal Policy Research: Setting the Agenda for Change, Vol. 2*.
- 14 Données ministérielles de base, Affaires indiennes et du Nord Canada (2002). http://www.aicn-inac.gc.ca/pr/sts/bdd02/bdd02_e.pdf.
- 15 Hallett et coll. (2006).
- 16 *Rapport du comité des normes en matière de santé maternelle et périnatale* (2003 et 2004). Winnipeg : Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.
- 17 Wilson C.E. (1999). Sudden infant death syndrome and Canadian Aboriginals: Bacteria and infections. *Fédération européenne des sociétés de microbiologie – Immunologie et microbiologie médicale*, 25: 221-226.
- 18 *Ibid.*
- 19 Blackwell C.C., Saadi A.T., Raza M.W., Stewart J., Weir D.M. (1992). Susceptibility to infection in relation to SIDS. *Journal of Clinical Pathology*, 45 (11 Suppl): 20-24.
- 20 Blackwell C.C., MacKenzie D.A.C., James V.S., Elton R.A., Zorani A.A., Weir D.M., Busuttill A. (1999). Toxigenic bacteria and sudden infant death syndrome (SIDS): Nasopharyngeal flora during the first year of life. *Fédération européenne des sociétés de microbiologie – Immunologie et microbiologie médicale*, 25 (1-2): 51-58.
- 21 Assemblée des Premières Nations (2007). *Ibid.*
- 22 Berghout et coll. (2005). Indoor environment quality in homes of asthmatic children on the Elsipogtog Reserve (NB), Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 64:1: 77-85.
- 23 Lawrence et Martin (2001). Moulds, moisture and microbial contamination of First Nations housing in British Columbia, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, Apr. 60(2): 150-6.
- 24 MacMillan H.L., MacMillan A.B., Offord D.R., Dingle J.L. Aboriginal health. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1996: 155:1569-78.
- 25 Tarrant et Gregory (2001). Mothers' perceptions of childhood immunizations in First Nations communities of the Sioux Lookout zone. *Journal of Public Health*, 92: 1: 42-45.
- 26 Batal et coll. (2004). Estimation of traditional food intake in indigenous communities in Denedeh and the Yukon. *International Journal of Circumpolar Health*, 64:1: 46-54.
- 27 Schwartz H. (2000-2001). *Évaluation des effets neurotoxiques chez une communauté autochtone exposée aux PCB*. Santé Canada, projet d'étude sur la santé des Premières Nations et des Inuits. www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/tsri-irst/proj/persist-org/tsri-299-fra.php.
- 28 Fitzgerald E.F., Hwang S., Bush B., Cook K., Worswick P. (2003). Fish consumption and breast milk PCB

- concentrations among Mohawk women at Akwesasne. *American Journal of Epidemiology*, 148 (2): 164-172.
- 29 Fagot-Campagna et coll. (2000). Type 2 diabetes among North American children and adolescents: An epidemiologic review and a public health perspective. *The Journal of Pediatrics*, 136:5: 664-672.
- 30 Panagiotopoulos C., Rozmus J., Gagnon R.E., Macnab A.J. (2007). Diabetes screening of children in a remote First Nations community on the west coast of Canada: Challenges and solutions. *Rural and Remote Health*, 7: 771. www.rhrh.org.au.
- 31 Ho L.S., Gittelsohn J., Harris S.B., Ford E. (2006). Development of an integrated diabetes prevention program with First Nations in Canada. *Health Promotions International*, 21 (2): 89-97.
- 32 *Ibidem*.
- 33 Godwin M., Muirhead M., Huynh J., Helt B., Grimmer J. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among Swampy Cree women in Moose Factory, James Bay. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160 (9): 1299-1302.
- 34 Rodrigues et coll. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among James Bay Cree women in northern Quebec. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160:9: 1293-1297.
- 35 Harris et coll. (1997). The prevalence of NIDDM and associated risk factors in Native Canadians. *Diabetes Care*, 1997: 20: 185-7.
- 36 *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (1998-1999)*.
- 37 Assemblée des Premières Nations (2007). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (2002/03) : résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités autochtones. www.rhs-ers.ca.
- 38 Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, Supplement 5(1), 4-104.
- 39 Traduction libre de Assemblée des Premières Nations. *Ibid*.
- 40 Thomson, M. (1994). Otitis media: How are First Nation children affected? *Médecin de famille canadien*, 40, 1943-1950.
- 41 Bowd, A.D. (2005). Otitis media: Health and social consequences for Aboriginal youth in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1), 5-15.
- 42 Harrison et coll. *Ibid*.
- 43 Schroth R.J., Moore P., Brothwell D.J. (2005). Prévalence de la carie de la petite enfance dans 4 collectivités du Manitoba. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 71 (8).
- 44 Schroth R.J., Smith P.J., Whalen J.C., Lekic C., Moffatt M.E.K. (2005B). Incidence de la carie chez les enfants d'âge préscolaire des collectivités du nord du Manitoba. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 71 (1).
- 45 Peressini S., Leake J.L., Mayhall J.T., Maar M., Trudeau R. (2004). Prévalence des caries dentaires chez les enfants de 7 à 13 ans des Premières Nations du district de Manitoulin, en Ontario. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 70 (6).
- 46 Schroth (2005B). *Ibid*.
- 47 Batal et coll. *Ibid*.
- 48 Tsuji L.J.S., Karagatzides J.D., Hanning R.M., Katapatuk B., Young J., Nieboer E. (2003). Dentine-lead levels and dental caries in First Nation children from the western James Bay region of northern Ontario, Canada. *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology*, 70: 409-414.
- 49 Peressini S., Leake J.L., Mayhall J.T., Maar M., Trudeau R. (2004). Prevalence of early childhood caries among First Nations children, district of Manitoulin, Ontario. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14:101-110.
- 50 Schroth (2005). *Ibid*.
- 51 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2000/2000_90bk1_e.html.
- 52 Burd L., Moffatt M.E. (1994). Epidemiology of fetal alcohol syndrome in American Indians, Alaskan natives, and

Canadian Aboriginal peoples: A review of the literature. *Public Health Reports*, 109 (5): 688-693.

- 53 Square, D. (1997). Fetal alcohol syndrome epidemic on Manitoba reserves. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157 (1): 59-60.
- 54 Williams, R., Odaibo, F., McGee, J. (1999). Incidence of fetal alcohol syndrome in northeastern Manitoba. *La revue canadienne de santé publique*, 90:3: 192-194.
- 55 Cutcliffe J.R. (2005). Toward an understanding of suicide in First-Nation Canadians. *Crisis*, 26 (3): 141-145.
- 56 Hallett D., Chandler M.J., Lalonde C.E. (2007). Aboriginal language, knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22: 392-399.
- 57 Chandler M.J., Proulx T. (2006). Identity in a narrative mode. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28: 277-282.
- 58 MacNeil M.S. (2008). An epidemiologic study of Aboriginal adolescent risk in Canada: The meaning of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21 (1): 3-12.
- 59 Mignone J. *Ibid.*
- 60 Larkin et coll. 2007. HIV risk, systemic inequities, and Aboriginal youth: Widening the circle for HIV prevention programming. *La revue canadienne de santé publique*, 98:3: 179-182.
- 61 Chandler et Proulx *Ibidem.*
- 62 Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (1999). Priorités de la recherche sur le VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada. Article publié dans *Rev Panam Salud Publica*, mars 1999, vol.5, no.3. ISSN 1020-4989.
- 63 Bennett M., Blackstock C. (2007). Éditorial. The insidious poverty epidemic: Considerations for Aboriginal children, families, communities and other indigenous nations. *La revue des enfants et des familles des Premiers Peuples*, 3 (3): 5-7.
- 64 Dussault, J.R. (2007). Indigenous peoples and child welfare: The path to reconciliation. *La revue des enfants et des familles des Premiers Peuples*, 3 (3): 8-11.
- 65 Martens P.J., Martin B.D., O'Neil J.D., MacKinnon M. (2007). Diabetes and adverse outcomes in a First Nations population: Associations with healthcare access, and socioeconomic and geographic factors. *Canadian Journal of Diabetes*, 31 (3): 223-232.



**L'histoire de Rosalie :
METTRE UN VISAGE SUR LES PROBLÈMES DE
SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS INUITS**
Selma Ford et Meghan McKenna



© Avec la permission de Inuit Tapiriit Kanatami/ M. Irwin

LA VIE DANS UNE COMMUNAUTÉ DE L'ARCTIQUE

En raison des hivers longs et froids, vivre dans une petite communauté isolée de l'Arctique peut être difficile, mais aussi très séduisant. Comparativement à la ville, la vie s'y déroule à un rythme beaucoup plus lent, sans heure de pointe ni long trajet. Les Inuits et Inuites qui habitent dans ces régions ont une culture florissante et ils vivent sur ce territoire depuis des milliers d'années. La terre a subvenu à leurs besoins et les a nourris, mais le climat et les conditions de vie très rudes contribuent aussi à d'importants écarts observés en matière de santé comparativement au reste de la population canadienne.

Miali, une jeune femme inuite, vit dans une collectivité comptant près de mille personnes, ce qui est beaucoup selon les normes inuites. La majeure partie de l'année, sa communauté n'est accessible que par voie aérienne. Pendant les courts étés, les cours d'eau deviennent navigables et la saison des traversiers peut commencer. Pour Miali, la grande ville la plus près n'est qu'à une heure et demie d'avion, mais le coût du voyage la rend pratiquement inaccessible. La majorité des Inuits et des Inuites ne gagne que 13 600 dollars par année (Statistique Canada, 2001d).

NÉE À L'ÈRE DU CHANGEMENT

À l'automne, Miali mettra au monde son premier enfant. Elle attend avec impatience le jour où elle deviendra mère et son partenaire, Jonathan, sourit à la perspective d'être père. Tout au long de sa grossesse, Miali a bénéficié des conseils et du soutien de sa famille et de sa collectivité.

« Va dehors chaque matin dès ton réveil et tu accoucheras plus facilement », lui dit sa mère.

Sa grand-mère l'encourage en lui disant : « Mange beaucoup de nourriture traditionnelle¹, car elle regorge des nutriments dont ton bébé a besoin. Elle est moins grasse et est meilleure pour ton cœur, tes muscles et ton sang. Une fois que ton bébé sera né, n'oublie pas non plus de boire beaucoup de bouillon de phoque et de caribou. Cela t'aidera à produire beaucoup de lait pour ton bébé. »

Jonathan travaille dans la construction pendant les courts étés arctiques. Au cours de cette saison, sa capacité d'aller chasser et pêcher est restreinte, mais il contribue à l'apport de nourriture traditionnelle en donnant de l'argent aux membres de la famille pour qu'ils achètent du carburant et des accessoires de chasse. Le partage de la nourriture constitue une part importante de la culture inuite et, donc, bien que Jonathan ne puisse pas lui-même aller chasser, ils auront malgré tout toujours de la nourriture traditionnelle à manger². Lorsque l'hiver viendra et que Jonathan n'aura plus de travail, il aura plus de temps pour chasser et pêcher. L'oncle de Miali passe lui déposer du phoque frais qu'il a attrapé au bord de la banquise, car il s'inquiétait qu'elle n'ait pas eu suffisamment de « bonne » nourriture (traditionnelle) à manger aux cours des derniers jours.

Les chasseurs de la région ont remarqué des changements subtils dans l'environnement. Le bord de la glace flottante s'est éloigné de la ville; la glace est plus mince, et certains

Depuis 2005, madame Selma Ford agit comme principale coordonnatrice de projet pour l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'organisme national représentant la population inuite du Canada. Née et ayant grandi au Nunatsiavut, dans le nord du Labrador, madame Ford détient un diplôme de travailleuse en santé communautaire du College of the North Atlantic de Goose Bay, au Labrador, et compte neuf années d'expérience comme travailleuse en santé communautaire dans sa collectivité d'origine de Nain, au Nunatsiavut.

animaux modifient leurs habitudes migratoires. L'année dernière, la glace a rompu si rapidement que plusieurs chasseurs en motoneige se sont trouvés en détresse sur la terre et ont dû être évacués par hélicoptère. Cette situation inquiète les aînés de la communauté, car ils n'ont jamais vu la glace fondre si rapidement auparavant. De plus, ces changements dans l'environnement inquiètent plusieurs jeunes qui se demandent s'il est sage d'aller chasser³.

LES INQUIÉTUDES CONCERNANT LA NOURRITURE ET LES SOINS DE SANTÉ

Les Inuits et les Inuites dépendent grandement de la chasse comme source d'alimentation, en particulier parce que leur situation géographique fait en sorte qu'il est difficile pour les magasins locaux d'offrir les mêmes types de produits que tiennent pour acquis les autres Canadiennes et Canadiens. À certaines périodes de l'année, lorsqu'il est difficile d'obtenir des fruits et des légumes frais et, bien sûr, lorsque les conditions climatiques sont mauvaises et ne permettent pas aux avions d'atterrir, il y a aussi très peu de choix. Miali est ravie lorsqu'elle trouve du lait au magasin; parfois, la communauté connaît une pénurie de lait frais pendant plusieurs jours. Miali et Jonathan travaillent dur pour joindre les deux bouts, mais les prix au magasin local n'arrangent rien. Ils dépensent parfois jusqu'à 450 dollars par semaine en produits d'épicerie, mais il arrive qu'ils ne puissent pas se le permettre. Cette situation est frustrante, car ils savent que le cousin de Miali, qui vit à Ottawa, paiera 260 dollars pour le même panier d'épicerie (Lawn, 2007)⁴.

Il n'y a pas que la saine alimentation qui inquiète grandement Miali, l'accès à des soins de santé adéquats lui crée également des soucis. En raison du peu de médecins en dehors des grands centres, Miali reçoit des soins prénatals au centre médical de sa communauté. Ayant rencontré quatre infirmières au cours de sa grossesse, elle a du mal à établir une relation stable. Miali ne se sent pas à l'aise pour poser des questions. Elle sait que la plupart des femmes inuites allaitent leurs bébés et elle veut en faire autant, mais parce qu'elle doit sortir de sa communauté d'origine pour aller accoucher, elle s'inquiète que personne ne puisse répondre à ses questions lorsque son bébé sera né.

Avec un taux de mortalité infantile quatre fois supérieur à la moyenne canadienne (Wilkins et collab. 2008), Miali a raison de s'inquiéter. Actuellement, les services de sages-femmes

Depuis 2007, madame Meghan McKenna agit comme chercheuse débutante pour l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'organisme national représentant les Inuits et Inuites du Canada. Ayant grandi à Pangnirtung et à Iqaluit, au Nunavut, madame McKenna détient une maîtrise en géographie de l'Université de Guelph, en Ontario. Sa recherche pour la rédaction de son mémoire de maîtrise a porté sur la vulnérabilité des jeunes Inuits de la baie de l'Arctique, au Nunavut, aux changements sociaux et environnementaux interdépendants, notamment la sécurité alimentaire, le logement et les changements climatiques.

RÉPARTITION DU PEUPLE INUIT

Parmi les quelque 50 000 Inuits et Inuites, 19 pour cent vivent au Nunavik (dans le nord du Québec); 49 pour cent vivent au Nunavut; 6 pour cent vivent dans la région inuvialuite (Territoires du Nord-Ouest); et 4 pour cent vivent au Nunatsiavut (dans le nord du Labrador). Les 22 pour cent restants vivent dans d'autres régions rurales à l'extérieur des territoires inuits traditionnels ou dans des centres urbains.

Statistique Canada 2006a, p. 21.

Au total, 53 collectivités inuites sont réparties entre les régions du Nunatsiavut, du Nunavik, de la région inuvialuite et du Nunavut, et la plus grande comptait une population de 7 969 habitants et habitantes en 2001. La population moyenne de ces communautés était de 1 021 personnes.

Statistique Canada, recensement de 2001, tel que cité dans Senécal et O'Sullivan (2006), p. 3.

L'IMPORTANCE DE LA NOURRITURE TRADITIONNELLE DANS L'ALIMENTATION INUITE

- En 2000, près de 71 pour cent des adultes inuits ont participé à la chasse, à la pêche et à la cueillette d'aliments présents dans leur environnement naturel. Dans le Grand Nord, près de 50 pour cent de l'ensemble des enfants inuits consommaient de la viande sauvage cinq à sept jours par semaine.
- Le partage de la nourriture récoltée constitue une importante tradition inuite, 96 pour cent des ménages inuits prenant part à cette activité.
- Les viandes traditionnelles inuits ont une teneur plus élevée en protéines et plus faible en gras que les viandes non traditionnelles.

(Adapté de Statistique Canada, 2001a, et de Statistique Canada, 2001c)

QUELQUES CHIFFRES

33

**Pourcentage d'enfants inuits
présentant des problèmes de
santé chroniques**

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

LE PROGRAMME DE SOINS DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)

Santé Canada procure aux Premières Nations et aux Inuits admissibles une gamme déterminée de produits et services liés à la santé et médicalement nécessaires lorsque ceux-ci ne sont assurés ni par les provinces ou les territoires, ni par des régimes d'assurance privés. Les soins de santé non assurés comprennent des médicaments d'ordonnance et en vente libre, des fournitures médicales et de l'équipement, du counseling en cas de crise, des soins dentaires, des soins de la vue et du transport à des fins médicales.

Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php

ne sont pas offerts dans toutes les régions. Miali devra donc quitter sa famille et son partenaire quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement. Elle est effrayée de séjourner dans une pension, dans une grande ville où elle risque de ne connaître personne, et elle s'attend à se sentir très seule. Elle a entendu dire que, dans certaines régions de l'Arctique, des sages-femmes prodiguent des soins aux femmes enceintes et que des cours de formation sont offerts aux jeunes femmes inuites intéressées par cette profession. Miali aurait aimé que sa communauté compte une sage-femme qui aurait pu répondre à toutes ses questions. Ainsi, elle aurait pu rester chez elle pour mettre au monde son bébé, entourée de sa mère et de Jonathan. Selon le règlement du Programme de soins de santé non assurés de Santé Canada pour les Premières Nations et les Inuits, seul le coût du voyage de Miali sera couvert; elle sera donc seule à moins que sa famille ne trouve l'argent nécessaire pour aller la rejoindre.

ACCÈS DE LA POPULATION INUITE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- Un centre sanitaire doté d'au moins une infirmière ou un infirmier représente généralement le premier point de liaison pour des services médicaux.
- Les médecins travaillent rarement sur une base régulière dans les communautés inuites. En 2001, les enfants inuits étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir consulté un médecin que les enfants non autochtones, soit 45 pour cent chez les enfants inuits comparativement à 85 pour cent chez les enfants non autochtones.
- Parce que la plupart des collectivités inuites n'ont pas de dentiste résident, les enfants inuits reçoivent des traitements dentaires beaucoup moins souvent que les enfants non autochtones. Les centres dentaires d'urgence et les spécialistes, plus au sud, ne sont accessibles que par avion.

Statistique Canada, 2001b.

Miali donne naissance à une petite fille en bonne santé, nommée Rosalie. Selon la tradition inuite, on attribue au bébé le nom d'un membre, d'une amie ou d'un ami de sa famille. Tante Rosalie était une aînée très respectée au sein de la communauté, et Miali sait que donner ce nom à sa fille lui vaudra de nombreux traits similaires. En sachant que le bébé s'est vu attribuer le nom d'une aînée aussi respectée, les membres de la collectivité traiteront la petite Rosalie avec le même respect. À leur retour dans leur foyer, Miali et Rosalie sont entourées de parents, d'amies et d'amis aimants et prévenants, mais Rosalie fera face à de nombreuses épreuves qui auront des conséquences sur sa santé au cours de sa croissance et jusqu'à l'âge adulte. Ces épreuves comprennent vivre dans un logement surpeuplé et inadéquat et faire face à des situations d'insécurité alimentaire, un taux de chômage élevé ainsi qu'un manque d'accès à l'éducation.

Miali, Jonathan et Rosalie vivent avec les parents de Miali, son jeune frère et ses deux sœurs dans une maison comportant trois chambres à coucher. De telles conditions de surpeuplement n'ont rien d'inhabituel dans les communautés inuites.

Pendant les cinq premières années de sa vie, Rosalie est amenée au centre de santé à maintes reprises. Certaines visites ont pour objet de recevoir des soins courants, comme

des vaccins, mais Rosalie fait aussi de nombreuses otites. Les infirmières encouragent Miali à ne pas exposer Rosalie à la fumée secondaire, mais Miali ne se sent pas à l'aise de demander aux personnes qui viennent chez ses parents de ne pas fumer. Miali a pris la décision de fumer dehors, mais elle aimerait vraiment arrêter; elle ne sait simplement pas comment faire.

LES INUITS ET INUITES CONNAISSENT DES CONDITIONS DE VIE PARMI LES PIRES AU CANADA

- 40 pour cent des enfants de moins de 14 ans vivent dans des logements surpeuplés, un taux six fois supérieur à celui observé chez les enfants non autochtones.
- Près de 28 pour cent des Inuits ont affirmé vivre dans des logements nécessitant des réparations majeures, comparativement à 7 pour cent chez les non-Autochtones.
- Il y a pénurie de logements dans les communautés inuites, et les Inuits et Inuites sont cinq fois plus susceptibles de vivre dans des ménages comptant plus d'une famille que les non-Autochtones.

Canada (Statistique Canada, 2006a)

DES CONDITIONS DE VIE INADÉQUATES ONT UN EFFET NÉGATIF SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS INUITS

- Les cas d'infection au virus respiratoire syncytial (RS) et au *streptococcus pneumoniae* sont évolutifs et graves. En fait, une région inuite du Canada présente le taux mondial le plus élevé d'hospitalisation en raison des infections au virus respiratoire syncytial. De nombreux enfants souffrent d'une maladie pulmonaire chronique permanente causée par ces infections.*
- Les conditions de vie dans des logements surpeuplés peuvent contribuer à la transmission de maladies infectieuses comme la tuberculose et l'hépatite A. Ces conditions peuvent aussi favoriser le risque de « blessures, les problèmes de santé mentale ainsi que la tension et la violence familiales ».**
- De 2002 à 2006, le taux de tuberculose chez les Inuits et Inuites était 90 fois supérieur à celui observé dans la population non autochtone née au Canada.***

* Kovesi et collab. 2007.

** Statistique Canada 2003, tel que cité dans Statistique Canada, 2006a.

*** Agence de la santé publique du Canada, 2006.

QUELQUES CHIFFRES

53

Pourcentage d'enfants inuits considérés comme en excellente santé

58

Pourcentage de l'ensemble des enfants canadiens considérés comme en excellente santé

46

Pourcentage d'enfants inuits ayant consulté un médecin au cours de l'année écoulée

85

Pourcentage de l'ensemble des enfants du Canada ayant consulté un médecin au cours de l'année écoulée

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007.

QUELQUES CHIFFRES

45

Pourcentage d'enfants inuits vivant dans une famille à faible revenu dans les zones métropolitaines recensées

21

Pourcentage d'enfants non autochtones vivant dans une famille à faible revenu dans les zones métropolitaines recensées

Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : la famille, la collectivité et la garde des enfants. Statistique Canada, octobre 2008, n° 89-634-X - N° 001 au catalogue.

L'EMPLOI CHEZ LES INUITS

En 2006, le taux de chômage était un peu plus de quatre fois supérieur chez les hommes inuits à celui enregistré chez les hommes non inuits, et trois fois supérieur chez les femmes inuites que chez les femmes non inuites. (Vingt-trois pour cent des hommes inuits et 15 pour cent des femmes inuites étaient sans emploi.)

Statistique Canada, recensement de 2006.

ROSALIE PARLERA-T-ELLE SA PROPRE LANGUE?

On raconte beaucoup d'histoires en inuktitut à Rosalie, sa langue maternelle, mais la communauté grandit et l'anglais devient plus courant. Dans certaines communautés, on observe une diminution de la proportion des Inuits et Inuites qui parlent l'inuktitut, 50 pour cent seulement de la population inuite ayant déclaré l'inuktitut comme langue parlée à la maison (Statistique Canada, 2006a)⁵. À l'âge préscolaire, Rosalie parle surtout l'inuktitut. À l'école, en revanche, elle lit et entend principalement l'anglais, car il existe peu de livres en inuktitut et encore moins de classes d'immersion dans cette langue. Rosalie prend son petit-déjeuner à l'école dans le cadre d'un programme offert dans la région. Miall sait que, pour que Rosalie puisse apprendre à l'école, elle doit manger des aliments sains, mais ce n'est pas toujours possible lorsque huit personnes habitent dans une maison où seulement deux adultes travaillent. Sans nourriture traditionnelle, la famille souffrirait plus souvent de la faim.

UNE LOI SUR LA PROTECTION DE LA LANGUE PEUT-ELLE SAUVER LA LANGUE INUITE?

L'inuktitut représente l'une des trois seules langues autochtones au Canada à l'abri des menaces d'extinction à long terme parce que suffisamment de personnes la parlent. Le recensement de 2006 révèle toutefois une diminution de dix pour cent de l'utilisation de cette langue à la maison. La Loi sur la protection de la langue inuit, sanctionnée le 18 septembre 2008, vise à empêcher la disparition de cette langue en favorisant l'inuktitut comme langue de travail dans le territoire du Nunavut et en garantissant le droit à l'éducation dans cette langue.

Source : Inuit Language Protection Act and Background.

En grandissant, Rosalie va souvent sur les terres avec ses grands-parents pour y apprendre les techniques de survie, de chasse et de pêche. Elle découvre que beaucoup de ses amies et amis n'ont pas cette chance. Les politiques des pensionnats ont fait en sorte que de nombreux adultes n'ont pas les capacités de transmettre leur savoir à leurs propres enfants, ce qui a engendré une génération incapable de faire face à de nombreuses responsabilités quotidiennes. De 1949 à 1960, 6 877 élèves inuits étaient au pensionnat (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et ministère des Ressources nationales, Division des régions septentrionales et des terres : Division de l'éducation, tel que cité dans King, 2006). Vers la même période, les Inuits et Inuites étaient relogés de force dans des établissements permanents. Afin de favoriser le déplacement de la population inuite dans ces territoires, les chiens d'attelage ont été tués, les enfants ont été envoyés de force à l'école, et des allocations familiales ont été offertes aux familles qui acceptaient de rester dans ces territoires. On leur promettait également un logement.

Bien que l'établissement permanent ait donné quelques résultats positifs, les terribles changements socioculturels que la population inuite a connus et connaît encore aujourd'hui affectent à de nombreux égards leur santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. Le passage de moyens traditionnels de subsistance à la dépendance d'une économie basée sur les salaires a radicalement bouleversé les relations sociales et environnementales des Inuits, et il est considéré comme un facteur contributif majeur de la marginalisation sociale, du stress et du taux élevé de suicide (O'Neil, 1994, Kirmayer et coll. 1998, et Wexler, 2006). Non seulement les compétences parentales ont été perdues,

mais beaucoup des traditions et habitudes inuites n'ont pu être transmises à la génération suivante. Par conséquent, dans certaines régions, la plus jeune génération n'a que moins de connaissances en chasse et en survie. Les jeunes se démènent, comme beaucoup d'autres, mais les jeunes Inuits se débattent pour trouver leur place dans deux mondes : le mode de vie traditionnel de la population inuite basé sur les ressources naturelles et le mode de vie contemporain. Ces changements se sont produits très rapidement, avec peu de place à l'adaptation. Cette lutte provoque parfois des conflits et fait qu'une génération tente d'établir une nouvelle façon de vivre en combinant traditionnel et moderne. À cause de cette situation, Rosalie voit des jeunes tenter de s'en sortir en sombrant dans l'alcool et dans d'autres drogues. Incapables de voir le bout du tunnel, de trop nombreux jeunes de son âge vont jusqu'à s'enlever la vie. Le taux de suicide chez les Inuits et les Inuites est onze fois supérieur à celui observé dans l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2005).

IL EST DIFFICILE DE GRANDIR

Rosalie termine finalement ses études secondaires. La plupart de ses camarades ne la suivent pas, car ils ont décroché. Seulement douze pour cent des hommes inuits et quatorze pour cent des femmes inuites terminent leur secondaire (Statistique Canada, 2006b). Rosalie se demande ce que lui réserve l'avenir et ce que deviendront ses amis. Elle évalue les options qui s'offrent à elle : tenter de trouver du travail au sein de sa communauté ou partir à l'école et parfaire son éducation. Les emplois sont rares dans sa petite collectivité, mais l'idée de partir pour aller à l'école est terrifiante. Poursuivre ses études signifierait s'inscrire dans une école dans le sud, loin de sa famille, de ses amis et de tout ce qu'elle a toujours connu⁶. Élevée dans une petite communauté isolée, elle a fait ses études avec les mêmes personnes, du début à la fin. Elle a vécu dans la même collectivité et connaît tout le monde. Tout lui est si familier; elle se demande si elle pourrait survivre seule dans une grande ville où tout serait nouveau. Le prix du voyage est considérable, et sa famille ne pourra pas venir la voir la fin de semaine; Rosalie sait qu'elle devra être déterminée si elle décide d'y aller. Des rues urbaines grouillantes, aucune famille à proximité... ce qui l'a presque découragée de poursuivre ses études.

Rosalie a une sœur plus jeune, Annie, âgée de 15 ans, qui lui confie qu'elle est enceinte, qu'elle a peur et ne sait pas quoi faire. Rosalie reste près d'elle pendant quelque temps afin de la réconforter. Par la suite, elle prend conscience qu'elle tient réellement à poursuivre des études postsecondaires; elle pourra alors revenir chez elle et aider sa famille ainsi que sa communauté. Rosalie se rend bien compte des besoins en ce qui concerne les travailleurs et travailleuses de la santé et commence à prendre en considération le programme inuit de formation de sages-femmes dont elle a entendu parler à un salon de l'emploi. Elle pense que ce programme pourrait lui convenir, car il intègre le mode de vie traditionnel inuit et la médecine occidentale contemporaine⁷. Rosalie n'aura pas à voyager aussi loin de chez elle et elle est heureuse de n'avoir qu'à s'inscrire à l'école régionale, laquelle n'est qu'à trois heures d'avion. Elle est prête à relever le défi!

UN AVENIR BRILLANT ET PROMETTEUR

Il n'existe pas de solution simple aux problèmes liés à la santé décrits dans cette histoire et, pourtant, ce scénario, bien que fictif, illustre la réalité de nombreux enfants, familles et communautés inuits de l'Arctique. Aucune solution miracle n'apportera de changement significatif à long terme; les solutions doivent être à volets multiples et intergouvernementales. Les Inuits et Inuites savent que le changement s'avère nécessaire

QUELQUES CHIFFRES

59

**Pourcentage d'enfants inuits
nourris au sein pendant plus
de six mois**

34

**Pourcentage de l'ensemble
des enfants au Canada nourris
au sein pendant plus de six
mois**

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

LA GROSSESSE PRÉCOCE

L'âge médian d'une mère inuite à la naissance de son premier enfant est de 19 ans, comparativement à 26 ans pour l'ensemble du Canada. Bien que les taux de grossesse précoce aient diminué, le Nunavut affiche encore le taux le plus élevé au Canada, à savoir 161,3 enfants pour 1 000 femmes.

Bjerregaard et Young, 1998, p. 87, tel que cité dans Pauktuutit: Inuit Women of Canada et Archibald, 2004, p. 5.

et que les jeunes en sont la clé. D'après le recensement de Statistique Canada, 35 pour cent des Inuits et Inuites étaient âgés de moins de 15 ans en 2006. Améliorer l'accès aux services et aux programmes d'aide aux enfants, aux jeunes et aux familles doit être une priorité dans les efforts visant à éliminer les injustices auxquelles fait face la population inuite en matière de santé. Ces programmes doivent en outre être régis par la communauté pour être viables, compte tenu des contextes uniques dans lesquels vivent les Inuits et Inuites.

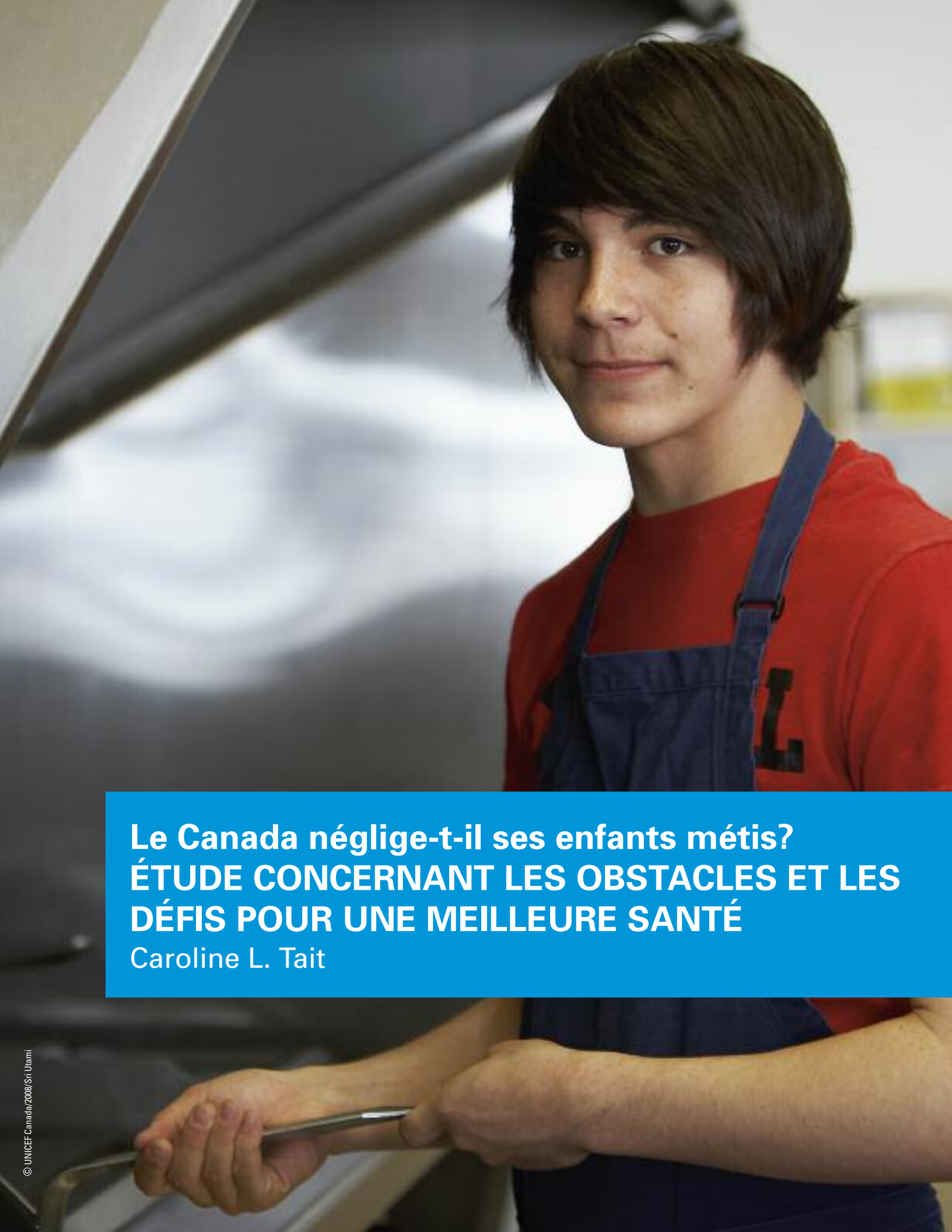
NOTES EN FIN DE CHAPITRE

- 1 La nourriture traditionnelle comprend des aliments tels que de la viande de caribou, de baleine, de phoque, de canard, d'omble chevalier, des mollusques, des crustacés et petits fruits, entre autres. (Statistique Canada, 2001c.)
- 2 Le partage est un devoir pour chaque membre des communautés inuites. Le statut et la valeur d'une personne comme leader au sein de la collectivité sont hautement perçus. L'intérêt personnel et l'autopromotion sont considérés comme des obstacles à la structure familiale, communautaire et sociale.
- 3 Voir, par exemple, Hassol (2004) pour plus de précisions concernant les effets potentiels des changements climatiques sur la sécurité alimentaire des peuples inuits.
- 4 L'insécurité alimentaire est devenue un problème majeur pour la population inuite (voir, par exemple, les résultats d'une enquête du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien sur la sécurité alimentaire dans les ménages inuits au http://www.ainc-inac.gc.ca/ps/nap/air/rep2003/hsr_e.html). Parmi les tentatives visant à régler ce problème, mentionnons le programme Aliments-poste du gouvernement du Canada, un programme qui couvre une partie des coûts d'envoi d'aliments périssables nutritifs et d'autres articles essentiels dans les communautés arctiques isolées. (Pour plus de précisions, consulter le http://www.ainc-inac.gc.ca/ps/nap/air/1brofoomai_e.html.)
- 5 Kirmayer, Brass et Tait (2000) soulignent que « la langue est avant tout porteuse de culture » et que la culture est intimement associée à la santé mentale et au bien-être des peuples autochtones.
- 6 Pour ceux et celles qui veulent poursuivre leurs études, la nécessité de fréquenter des établissements postsecondaires loin de leur foyer est assortie d'un fardeau financier que beaucoup ne peuvent se permettre. Les options d'accession à l'aide financière sont limitées.
- 7 Plusieurs initiatives récentes visent à permettre aux femmes enceintes et dont la grossesse présente peu de risque d'accoucher dans leur propre communauté ou non loin de chez elles et dans un environnement familial. Ces programmes utilisent les centres de santé locaux et les services de sages-femmes. Voir, notamment, Couchie et Sanderson (2007).

RÉFÉRENCES

- Couchie, C., et Sanderson, S. (2007). A report on best practices for returning birth to rural and remote Aboriginal communities. *Le journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, mars : 250-254.
- Gouvernement du Nunavut (18 septembre 2008). Loi sur la protection de la langue inuite, http://action.attavik.ca/home/justice-gn/attach-en_sourcelaw/e2008snc17.pdf.
- Hassol, S.J. (2004). *Impacts of a warming Arctic: Arctic climate impact assessment – Executive summary*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press, <http://amap.no/acia/>.
- Santé Canada (s. d.). Programme des services de santé non assurés, site Web de Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/index-fra.php.
- Santé Canada (2005). Statistiques relatives au suicide dans les régions inuites, 1991-2003. Ottawa : ministère de la Santé, données non publiées.
- Affaires indiennes et du Nord canadien (2001). *Série sur les tendances sociales chez les Inuits – Emploi, industrie et professions des Inuits au Canada, 1981-2001*, <http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/eio/eio2e.html>.

- Annnonce télédiffusée par Isuma (le 22 septembre 2008). Document d'information sur la loi sur la protection de la langue inuite, <http://www.isuma.tv/blog/billboard/archives/163-Inuit-Language-Protection-Act-Backgrounder.html>http://action.attavik.ca/home/justice-gn/attach-en_sourcelaw/e2008snc17.pdf.
- King, D. (2006). Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., et Tait, C.L. (septembre 2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45: 607-616.
- Kirmayer, L.J., Boothroyd, L.J., et Hodgins, S. (octobre 1998). Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention. *Revue canadienne de psychiatrie*, 43: 816-822.
- Kovesi, T. (2007). Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 177: 155-160.
- Lawn, J. (2007). Le panier de provisions nordique révisé. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord canadien et interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens non inscrits.
- O'Neil, J.D. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31 (1): 3-58.
- Pauktuutit: Inuit Women of Canada et Archibald, L. (2004). *Teenage pregnancy in Inuit communities: Issues and perspectives*. Ottawa : Pauktuutit Inuit Women of Canada (Association des femmes inuites du Canada).
- Agence de la santé publique du Canada (2007). La tuberculose au Canada — prédiffusion. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- Senécal, S., et O'Sullivan, E. (2006). *Le bien-être des collectivités inuites au Canada*. Ottawa : Direction de recherche et analyse stratégiques, Affaires indiennes et du Nord canadien.
- Statistique Canada (2006a). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, recensement de 2006*. Ottawa : Statistique Canada, no 97-558-XIF au catalogue.
- Statistique Canada (2006b). Recensement de 2006. Ottawa : Statistique Canada.
- Statistique Canada (2001a). Les Inuits au Canada : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones - Enquête sur les conditions de vie dans l'Arctique. La récolte et la nourriture traditionnelle : feuillet d'information. Ottawa : Statistique Canada, no 89-627-XIF — N° 1 au catalogue.
- Statistique Canada (2001b). Les Inuits au Canada : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones - Enquête sur les conditions de vie dans l'Arctique. La santé des enfants inuits : feuillet d'information. Ottawa : Statistique Canada, no 89-627-XIF — N° 2 au catalogue.
- Statistique Canada (2001c). Activités de récolte et bien-être de la collectivité parmi les Inuits dans l'Arctique canadien : constatations préliminaires de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 - Enquête sur les conditions de vie dans l'Arctique. Ottawa : Statistique Canada, n° 89-619-XIF au catalogue.
- Statistique Canada (2001d). Recensement de 2001. Ottawa : Statistique Canada.
- Wexler, L. (2006). Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention. *Social Science and Medicine*, 63: 2938-2948.
- Wilkins, R., Uppal, S., Finès, P., Senécal, S., Guimond, É., et Dion, R. (2008). Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, de 1989 à 2003. Ottawa : Statistique Canada, Rapports sur la santé, www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10463-fra.htm.



Le Canada néglige-t-il ses enfants métis? ÉTUDE CONCERNANT LES OBSTACLES ET LES DÉFIS POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Caroline L. Tait

INTRODUCTION

Dans un pays aussi riche et stable que le Canada, il est étonnant que la pauvreté et le désespoir persistent chez certaines personnes à des niveaux comparables à ceux qui existent dans certains des pays parmi les plus pauvres du monde. Pour un grand nombre d'enfants canadiens métis, être exposés à la pauvreté endémique, à l'insécurité alimentaire, à la marginalisation sociale et à la violence constitue un mode de vie permanent. La colonisation européenne du Canada a donné lieu à certaines politiques gouvernementales plus destructrices que partout ailleurs dans le monde, politiques qui ont provoqué l'extermination de populations métis, inuites et de Premières Nations en raison de maladies infectieuses, de violence et de suppression active de leur culture et de leur identité (Kirmayer, Brass et Tait 2000:608). Dans l'histoire métisse, ces politiques ont très tôt ouvert la voie à un héritage d'injustices sociales et de mauvaise santé qui persiste encore aujourd'hui et qui est particulièrement visible dans la santé et le statut social des enfants métis.

Bien que nous puissions définir plusieurs des défis pour améliorer la santé des enfants métis, il existe un manque de données spécifiques sur le peuple métis. Nous ne disposons malheureusement d'aucunes assises fondées sur des éléments probants sur lesquelles établir des politiques et programmes de services sociaux et de soins de santé culturellement viables et efficaces pour répondre directement aux besoins des enfants métis. Selon les données d'enquêtes qui existent, il est clair que, en ce qui concerne presque tous les indicateurs de qualité de vie, les enfants métis figurent sous la moyenne comparativement aux enfants non autochtones (Conseil national du bien-être social, 2007). Bien qu'il soit possible de remédier à plusieurs des disparités connues et de s'attaquer à leur source au moyen de programmes de soutien et de services d'aide aux familles et aux enfants métis, d'autres problèmes, comme la pauvreté endémique et les inégalités structurelles, présentent des défis qui nécessitent d'apporter des modifications générales aux politiques publiques fédérales, provinciales et territoriales. Sans une volonté politique et sociale reconnaissant et agissant sur les aspects uniques des déterminants de la santé qui affectent le bien-être des enfants métis, il est peu probable que nous puissions apporter des améliorations véritables et durables.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES CONCERNANT LES MÉTIS ET MÉTISSES : UNE POPULATION JEUNE ET EN CROISSANCE

La population métisse représente près du tiers de la population autochtone du Canada. Les données du recensement de 2006 démontrent que la population métisse est en plein essor, son taux de croissance ayant surpassé celui de la population des Premières Nations et de la population inuite ainsi que celle des non-Autochtones au cours de la dernière décennie (Statistique Canada, 2006c). En 2006, 389 785 personnes ont déclaré être Métis ou Métisse; cette population a presque doublé depuis 1996. Bien que cette croissance puisse en partie être attribuée à des taux de fécondité élevés, les données du recensement indiquent une propension accrue à s'identifier comme Métis ou Métisse. Près de 87 pour cent des membres de la population métisse vivent dans les provinces de l'Ouest : en Colombie-Britannique (59 445, soit 15 pour cent), en Alberta (73 605, soit 22 pour cent), en Saskatchewan (48 115, soit 12 pour cent) et au Manitoba (71 805, soit 18 pour cent), ou en Ontario (73 605, soit 19 pour cent). La population métisse est moins nombreuse dans les autres provinces et territoires, 27 980 Métis et Métisses vivant au Québec et 18 805 dans



© Avec la permission du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or/Paul Brindamour

« Toute notre histoire est jalonnée d'affronts à notre identité en tant que peuple, qui ont été à la base de l'oppression, de l'exclusion ainsi que des problèmes sociaux et de santé que nous avons connus. Le lourd héritage de l'appellation « sang-mêlé » a souvent créé chez notre peuple de la confusion quant à notre identité, notre culture, nos terres et notre langue. Mais, en dépit de cette adversité persistante, le peuple métis continue de faire preuve de résilience et de détermination à être un peuple distinct. En tant que peuple, nous savons que nos enfants et les générations futures marcheront fièrement en affirmant qu'ils sont Métis! » (Traduction libre)

— Kathie Pruden — Nansel
Militante métisse
Saskatoon Indian Metis Friendship
Centre
Saskatoon, Saskatchewan

QUELQUES CHIFFRES

39

**Pourcentage d'enfants métis
nourris au sein pendant plus
de six mois**

34

**Pourcentage de l'ensemble
des enfants au Canada nourris
au sein pendant plus de six
mois**

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

Madame Caroline L. Tait est professeure adjointe au département d'études autochtones de l'Université de la Saskatchewan et codirectrice du Centre de recherche sur la santé des Autochtones. Sa recherche vise à améliorer la santé et les conditions sociales des peuples autochtones du Canada, un accent particulier étant mis sur les femmes et les enfants métis ainsi que les femmes et les enfants des Premières Nations. Madame Tait est une Métisse de MacDowall, en Saskatchewan.

les provinces de l'Atlantique. Seulement un pour cent des Métis et Métisses vit dans les territoires (4 515) (Statistique Canada, 2006d).

Le recensement canadien de 2006 (Statistique Canada, 2006a) démontre que la population métisse est jeune comparativement à l'ensemble de la population non autochtone; 25 pour cent de la population métisse était âgée de moins de 14 ans, soit bien plus que la proportion de 17 pour cent observée au sein de la population non autochtone. C'est en Saskatchewan que l'on enregistre la proportion la plus forte à ce chapitre, les jeunes de ce groupe d'âge représentant 29 pour cent de la population métisse (Statistique Canada, 2006a).

En 2006, la plupart des enfants métis âgés de 14 ans et moins (65 pour cent) vivaient avec deux parents, et 31 pour cent vivaient avec un seul parent. Très peu d'entre eux, deux pour cent, vivaient avec un de leurs grands-parents (sans leurs parents) et deux pour cent habitaient avec une autre personne apparentée. Enfin, moins de un pour cent vivait avec une personne non apparentée. La probabilité de vivre avec un seul parent demeure plus élevée chez les enfants métis que chez les enfants non autochtones, mais moins élevée que chez les enfants des Premières Nations. En 2006, 27 pour cent des enfants métis vivaient avec une mère seule, soit environ le même pourcentage que celui enregistré en 2001 (28 pour cent) et deux fois celui observé chez les enfants non autochtones (14 pour cent en 2001 et en 2006). Seulement quatre pour cent des enfants métis vivent avec un père seul, ce qui s'apparente à la situation observée au sein de la population non autochtone, soit trois pour cent (Statistique Canada, 2006e). La structure familiale a indubitablement un impact sur le revenu familial et le degré de pauvreté.

La population métisse est de plus en plus urbanisée et, comme les membres des Premières Nations et la population inuite, elle est beaucoup plus en mouvement que les non-Autochtones. Elle est deux fois plus susceptible de déménager au cours d'une année donnée que les non-Autochtones (Conseil national du bien-être social, 2007). Selon le Conseil national du bien-être social, cette grande mobilité peut avoir des conséquences négatives pour les enfants. Elle peut contribuer à l'instabilité et à la dissolution de la famille, à une marginalisation économique, et à des taux élevés de victimisation et de criminalité. Elle peut perturber la prestation de services de santé, des services sociaux et des services d'éducation et peut avoir un effet négatif sur le développement culturel en milieu urbain et affaiblir la cohésion sociale dans les collectivités plus vastes et les quartiers où vivent la population métisse (Conseil national du bien-être social, 2007). Ces facteurs sont plus graves lorsque les enfants vivent dans une famille monoparentale, une famille à faible revenu ou une famille ayant de grands besoins.

DÉFIS QUE POSE L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES ENFANTS

Les enfants métis sont particulièrement vulnérables aux disparités sociales et aux problèmes de santé complexes, car ils n'ont pas accès aux programmes et aux services que le gouvernement fédéral accorde aux enfants inuits et à ceux et celles des Premières Nations par l'entremise du Programme de soins de santé non assurés de Santé Canada. Cette restriction sur le plan de la compétence est historiquement intégrée à la marginalisation structurelle de la population métisse par les politiques fédérales qui ne reconnaissent pas pleinement l'identité et les droits de la population métisse (Lamouche, 2002). Une telle exclusion contribue aux disparités chez les enfants métis en matière de santé, car elle nuit à leur accès aux services de santé ainsi qu'à celui de leur famille, même si ces personnes vivent dans les mêmes familles ou communautés que celles qui y sont admissibles (Conseil national du bien-être social, 2007). Les enfants métis ont accès aux

services publics; cependant, peu d'attention, voire pas du tout, est accordée à leurs besoins sur les plans géographiques et culturels. De nombreux parents métis se heurtent ainsi à des obstacles lorsque leurs enfants ont besoin de soins de santé, obstacles que les familles non autochtones ou, dans certains cas, les collectivités voisines de réserves des Premières Nations ne rencontrent pas. Bien que le gouvernement fédéral ait intégré la population métisse dans de récents programmes à l'intention des Autochtones, un financement équitable correspondant à celui accordé aux membres des Premières Nations et aux Inuits et Inuites se fait toujours attendre (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004e).

Le manque de données spécifiques sur la santé de la population métisse constitue l'un des obstacles à la compréhension de l'état de santé des enfants métis. Généralement, les données recueillies concernant la santé du peuple métis sont enregistrées dans la catégorie « Autochtones », sans distinction entre les participants et participantes métis, inuits ou des Premières Nations (Santé Canada, 2006). Le recensement général procure quelques données propres à la population métisse; seuls des renseignements limités concernent toutefois leur état de santé (Bourassa 2005:9). Nous ne disposons actuellement d'aucunes données spécifiques sur l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité infantile ou le taux de mortalité par suicide chez les Métis et les Métisses. La plupart des données statistiques actuelles proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones (Statistique Canada, 1991, 2001). Ces études révèlent que, comparativement aux enfants non autochtones, les enfants métis et les autres enfants autochtones ont en commun un même profil de santé et un statut socio-économique défavorisés (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004e).

En 2002, l'Organisation nationale de la santé autochtone (2004a) a établi un aperçu des programmes, des initiatives et des données sur la santé de la population métisse. Cet aperçu démontre que l'on ne tient généralement compte de la population métisse qu'après la conception et la mise en place des programmes à l'intention des peuples autochtones au Canada (p. 1). Cette situation est inhérente à l'utilisation accrue de la catégorie « Autochtones » dans l'établissement des programmes et services à l'intention des populations autochtones hors réserve, et elle dénote d'autres problèmes d'ordre structurel. Par exemple, bien que le gouvernement fédéral subventionne les soins de santé, la mise en place des programmes et services de soins de santé relève de la compétence provinciale. En vertu des actuelles ententes de transfert fédéral, la population métisse n'a pas accès au programme provincial subventionné en ce qui concerne les services de santé résultant du transfert de fonds. De même, les enfants métis ne bénéficient pas des mêmes infrastructures municipales, provinciales ou fédérales que les enfants inuits ou des Premières Nations concernant la prestation des programmes et des services de santé (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004a, b).

Lors d'une étude provinciale sur la santé autochtone, des chercheurs de la Saskatchewan ont découvert que, bien que les collectivités métisses fassent état de problèmes de santé comparables à ceux des Premières Nations, elles n'ont ni les infrastructures, ni les compétences, ni la capacité de mener des études sur la santé de leur peuple (Sinclair, Smith et Stevenson, 2006:43). Le manque de données provenant d'enquêtes qui documentent l'état de santé des enfants métis fait en sorte qu'il est extrêmement difficile pour les organisations métisses de demander des subventions nationales ou provinciales qui leur permettraient de répondre aux besoins uniques de leurs enfants. Il est malheureusement difficile pour les collectivités et organisations métisses de prendre part à l'étude en raison du manque de ressources humaines et financières à tous les ordres de gouvernement. Les partenariats de recherche supposent un degré élevé d'engagement, et la participation des communautés et organisations métisses alourdirait encore leur charge de travail déjà considérable.

QUELQUES CHIFFRES

56

**Pourcentage d'enfants métis
considérés comme en
excellente santé**

58

**Pourcentage de l'ensemble
des enfants canadiens
considérés comme en
excellente santé**

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

QUELQUES CHIFFRES

42

Pourcentage d'enfants métis habitant dans une région métropolitaine de recensement vivant dans une famille à faible revenu

21

Pourcentage d'enfants canadiens habitant dans une région métropolitaine de recensement vivant dans une famille à faible revenu

Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : la famille, la collectivité et la garde des enfants. Statistique Canada, octobre 2008, n° 89-634-X - N° 001 au catalogue.

CAUSES PROFONDES : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES ENFANTS MÉTIS

Les inégalités sociales ont un effet direct sur la santé et le bien-être de tout groupe d'enfants. Toutefois, à cause d'inégalités sociales cumulées, les enfants métis risquent beaucoup plus d'être en moins bonne santé que les enfants non autochtones. Les disparités des ménages, telles qu'un faible statut socio-économique, l'exclusion sociale, l'insécurité sur le plan de l'emploi et au travail, de faibles niveaux de scolarité, l'insécurité alimentaire et les logements inadéquats, contribuent à la mauvaise santé des enfants métis (Statistique Canada, 2006b, d). Le surpeuplement, par exemple, accroît le risque de transmission de maladies infectieuses, comme la tuberculose et l'hépatite A, et augmente le risque de blessures, de problèmes de santé mentale ainsi que de tension et de violence familiales. Les familles métisses à faible revenu sont surtout présentes au Québec, au Manitoba et en Saskatchewan, où un tiers des enfants métis vit dans des ménages à faible revenu. Les enfants métis sont plus susceptibles que les enfants non autochtones de vivre dans des foyers ne répondant pas aux normes de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (Conseil national du bien-être social, 2007).

Le revenu des femmes est particulièrement important pour le bien-être des enfants métis, car les familles sont souvent plus nombreuses et parce que la monoparentalité demeure relativement plus courante chez les femmes métisses que chez les femmes non autochtones (Conseil national du bien-être social, 2007). Des prestations d'assistance sociale nettement insuffisantes pour répondre aux besoins des femmes et de leurs enfants peuvent constituer un obstacle à la capacité des femmes métisses de mettre fin à des relations de violence ou de les éviter et de s'affirmer (Conseil national du bien-être social, 2007). Cet obstacle a un effet direct sur la santé et le bien-être des enfants.

Comme les autres jeunes femmes autochtones, les femmes métisses risquent d'être particulièrement exposées à la violence familiale ou à la violence des gangs de même que de travailler dans le commerce du sexe (Conseil national du bien-être social, 2007). Le risque accru de voir leurs enfants devenir les victimes de crimes violents ou d'être retirés du milieu familial par le bureau de protection de l'enfance ajoute encore à cette vulnérabilité (Conseil national du bien-être social, 2007). La pauvreté semble aussi directement liée au nombre disproportionné d'enfants métis pris en charge chaque année au Canada par les agences de protection de l'enfance. Concernant les enfants métis pris en charge, Barkwell et ses collaborateurs (1989) concluent que ces enfants sont pris en charge « pour nulle autre raison que la réalité métisse voulant qu'ils vivent dans des conditions de pauvreté et de surpeuplement. En fait, des enfants métis sont fréquemment mis en marge de leur famille, de leur communauté et de leur culture pour des raisons économiques. Ces enfants sont souvent condamnés à vivre dans une succession de foyers d'accueil, ce qui crée une terrible instabilité dans leur vie, laquelle contredit les raisons de leur prise en charge initiale (1989:34). Barkwell et ses collaborateurs (1989) dénoncent une tragédie qui a frappé de multiples générations d'enfants métis et, en réalité, d'autres enfants autochtones : un taux de mal-être social élevé inacceptable.

Un lien a également été établi entre de mauvaises conditions sociales et économiques pendant l'enfance et le pourcentage élevé de jeunes en détention. Un profil instantané d'une journée en 2004 des jeunes Autochtones sous garde a révélé que :

- 47 pour cent des jeunes Autochtones en détention étaient issus de familles bénéficiant de l'aide sociale;
- 39 pour cent fréquentaient des agences de protection de l'enfance au moment de leur admission – parmi eux, un sur quatre était un pupille de l'État;
- la huitième année est le plus haut niveau scolaire moyen atteint par les jeunes

Autochtones au moment de leur mise en détention; seuls deux pour cent des jeunes Autochtones détenus âgés de 18 ans et plus avaient un diplôme d'études secondaires;

- 57 pour cent avaient un problème de drogue confirmé et 24 pour cent avait un problème soupçonné d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

(Conseil national du bien-être social, 2007)

Un éventail de facteurs complexes mène à la surreprésentation des enfants et des jeunes Métis dans les services de protection de l'enfance ainsi que dans le système judiciaire et contribue à la situation actuelle. Si nous voulons améliorer la vie de ces enfants et de ces jeunes, nous devons aborder les déterminants sociaux qui contribuent à leur vulnérabilité.

LE CHANGEMENT DOIT ÊTRE MÛ PAR LA VOLONTÉ POLITIQUE ET SOCIALE

Il ne fait aucun doute qu'il y a de grandes lacunes dans la documentation de recherche sur la santé et le statut social des enfants métis. En plus des actuels écarts et obstacles structurels dans les secteurs fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé et des services sociaux, ces lacunes entravent de manière significative l'élaboration de programmes et de services culturellement appropriés pour répondre aux besoins médicaux et sociaux des enfants métis. Le Conseil national du bien-être social déclare que « les problèmes actuels en matière de pauvreté qu'éprouvent les enfants et les jeunes autochtones risquent de s'amplifier dans le futur si nous ne nous y attaquons pas maintenant de manière appropriée » (Conseil national du bien-être social, 2007). Pour de nombreux enfants métis, être nés dans un monde de pauvreté et de marginalisation expose leur santé et leur bien-être à un risque significatif. Dans un pays qui se loue de prendre soin de ses citoyennes et citoyens les plus vulnérables, il est clair que le Canada a failli quant à ses engagements envers les enfants métis. Sans une volonté politique et sociale nette, l'état de santé de ces enfants ne pourra s'améliorer. Les générations d'enfants actuelles et futures continueront d'être en mauvaise santé et désespérées.

Nous pouvons changer les choses et, bien que non exhaustives, les recommandations suivantes commencent à combler les lacunes existantes dans la recherche et dans la prestation de services sociaux et de services de santé destinée aux enfants métis.

- 1) Améliorer les partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi qu'entre les dirigeants, dirigeantes, intervenants et intervenantes métis afin d'augmenter la participation à la conception, à l'élaboration et à la prestation de services sociaux et de services de santé destinée aux enfants métis.
- 2) Augmenter les subventions nationales, provinciales et territoriales à la recherche visant à améliorer la santé et le statut social des enfants métis, incluant un soutien financier afin de permettre aux collectivités et organisations métisses de participer à l'établissement de partenariats de recherche solides et équitables.
- 3) Équilibrer les services sociaux et les services de santé à l'intention des enfants métis, inuits et des Premières Nations, et garantir la parité avec les services offerts aux autres enfants canadiens.
- 4) Modifier les meilleures pratiques et les pratiques prometteuses de manière à ce que les services sociaux et les services de santé soient adaptés à la réalité sociale et culturelle des enfants métis.
- 5) Créer un cadre éthique permettant de placer le bien-être des enfants métis au centre

QUELQUES CHIFFRES

45

Pourcentage d'enfants métis présentant des problèmes de santé chroniques

77

Pourcentage d'enfants métis ayant consulté un médecin au cours de l'année écoulée

85

Pourcentage de tous les enfants ayant consulté un médecin au cours de l'année écoulée

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

de la recherche, des programmes et de la prestation des services; s'assurer en même temps qu'il existe des mécanismes d'évaluation afin de jauger les améliorations substantielles et mesurables obtenues concernant la santé et le statut social des enfants métis.

RÉFÉRENCES

- Barkwell, L. J., Longclaws, L. N., et Chartrand, D. N. (1989). Status of Métis children within the child welfare system. *Canadian Journal of Native Studies*, 9(1), 33-53.
- Bourassa, C. (2005). Destruction of the Métis nation: Health consequences. Thèse de doctorat non publiée, Université de Regina, Regina, Saskatchewan.
- Santé Canada (2006). Projet de programme de recherche en santé des enfants autochtones : rapport final. Ottawa : Santé Canada.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., et Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45(7), 607.
- Lamouche, J. (2002). Environmental scan of Métis health information, initiatives and programmes. Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2004a). A brief summary or statistical information available. Consulté le 25 janvier 2008 au www.naho.ca/MHC_Site/print_friendly/B/summary.html.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2004b). *Améliorer la santé des Canadiens*. Consulté le 25 juin 2008 au www.naho.ca/MHC_Site/print_friendly/B/health.html.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2004c). Review of Métis health policy forum proceedings. Consulté le 9 juin 2008 au www.naho.ca/MHC_Site/print_friendly/B/review.html.
- Conseil national du bien-être social (2007). Agissons maintenant pour les enfants et les jeunes métis, inuits et des Premières Nations. *Conseil national du bien-être social*, 127, 1-130.
- Sinclair, R., Smith, R., et Stevenson, N. (2006). *Miyo-mahcihowin: A report on aboriginal health in Saskatchewan*. Regina, Saskatchewan : Centre de recherche sur la santé des peuples autochtones.
- Statistique Canada (1991). Enquête auprès des peuples autochtones de 1991. Consulté le 25 janvier 2008 au www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Census/apsurvey91/_apsurvey91.html.
- Statistique Canada (2001). Enquête sur la santé des peuples autochtones de 2001. Consulté le 25 janvier 2008 au www.statcan.gc.ca/pub/89-589-x/index-fra.htm.
- Statistique Canada (2006a). Profil de la population autochtone de 2006 – Résultats pour la Saskatchewan. Consulté le 9 juin 2008 au <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=47&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=saskatchewan&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=All&Custom=>.
- Statistique Canada (2006b). Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations. La population autochtone franchit la barre du million. Consulté le 9 juin 2008 au www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?CFID=3115337&CFTOKEN=71312446.
- Statistique Canada (2006c). Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations. *Le Quotidien*, 15 janvier 2008. Consulté le 25 janvier 2008 au www.statcan.gc.ca/dai-quo/index-fra.htm.
- Statistique Canada (2006d). Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations. Les Métis : Des taux de croissance élevés au cours de la dernière décennie. Consulté le 9 juin 2008 au www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?CFID=3115337&CFTOKEN=71312446.
- Statistique Canada (2006e). Taille et croissance de la population métisse, Canada, provinces et territoires, 1996 et 2006. Consulté le 9 juin 2008 au www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/tables-tableaux-notes-fra.cfm.



**Les enfants autochtones vivant en milieu
urbain au Canada : ÉTABLIR DES BASES
SOLIDES POUR ASSURER LA PROSPÉRITÉ ET
LE CHANGEMENT**

Geraldine King



© Avec la permission du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or/Paul Brindamour

**« Soyez conscient de ce que vous avez à offrir, ayez le courage de partager avec ceux et celles qui vous entourent et réjouissez-vous de donner. »
(traduction libre)**

— Carey Calder, jeune Ojibwa

Ojibwa de la collectivité Kiashke Zaaging Anishinabek (Première Nation de la Baie Gull), madame Geraldine King occupe actuellement les fonctions d'agente des communications à l'Association nationale des centres d'amitié. Auteure en herbe, elle croit fermement que favoriser le développement de l'expression par l'art et la culture contribue au renforcement des nations autochtones.

Le 30 janvier 1980, au petit matin, une jeune fille ojibwa de 17 ans, allongée sur son lit dans un hôpital du centre-ville de Toronto, vit dans l'anonymat, la peur et le traumatisme liés à la naissance d'un premier enfant. Malgré son jeune âge, elle souhaite garder son bébé et offrir à son enfant la vie qu'elle n'a jamais eue. Elle affirme que son enfant n'aura jamais faim, qu'il ne passera jamais une nuit dans un refuge pour les sans-abri et ne sera jamais victime de violence familiale. Elle jure que son enfant ne deviendra jamais une statistique.

La situation des enfants autochtones vivant en milieu urbain s'est améliorée au cours des dernières décennies, mais il reste encore beaucoup à faire pour éviter que les mères autochtones aient à faire ce serment. La plupart des gens ne se doutent probablement pas que le Canada est un pays où de nombreux enfants autochtones vivent, en milieu urbain, dans des conditions de pauvreté extrême, affichent un niveau de scolarité très bas et un faible taux d'alphabétisation et font face à l'itinérance. Ces conditions reflètent la réalité de nombreux enfants des Premières Nations ainsi que d'enfants inuits and métis vivant dans des centres urbains. Dans un pays qui affiche l'un des plus hauts niveaux de vie au monde, il est tout simplement inacceptable que les enfants autochtones vivent dans une pauvreté extrême.

Le fait que la santé des enfants autochtones vivant en milieu urbain dépend des conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent leurs mères constitue une des causes importantes de ce phénomène. Comment une jeune fille de 17 ans ayant un faible niveau de scolarité ou des compétences et des structures de soutien déficientes peut-elle élever un enfant? En plus de faire face à un racisme systémique, à la pauvreté, au manque d'emploi et au découragement, cette jeune Autochtone ne disposait d'aucun des outils nécessaires pour bâtir une vie prospère et en santé. Elle était aussi démunie qu'un maçon qui essaie de poser des briques sans truelle. Malgré sa force incalculable, sa fermeté et sa détermination, elle ne pouvait réaliser ses ambitions sans les outils appropriés. Les difficultés rencontrées par cette jeune fille ojibwa enceinte demeurent les mêmes que celles que rencontrent aujourd'hui beaucoup d'Autochtones vivant en milieu urbain. Les données de recensement de Statistique Canada (2006 et 2001) énumèrent ces difficultés.

DES INÉGALITÉS INQUIÉTANTES

Ces statistiques révèlent que les problèmes de santé auxquels font face les Autochtones proviennent d'une série de facteurs socio-économiques. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones a conduit une analyse de la situation des Autochtones au Canada dont les principales conclusions sont les suivantes :

« Les peuples autochtones se situent au bas de l'échelle de presque tous les indices disponibles relatifs au bien-être socio-économique, incluant le niveau de scolarité, les perspectives d'emploi, les conditions de logement, le revenu par habitant et d'autres conditions

qui permettent à la population canadienne non autochtone de bénéficier de l'un des plus hauts niveaux de vie au monde¹. »

Beaucoup de choses ont changé au cours des dix dernières années, depuis la publication du rapport de la Commission royale. On reconnaît notamment aujourd'hui clairement le lien entre les conditions socio-économiques et l'état de santé. Des progrès ont été réalisés, le taux de mortalité infantile chez les Autochtones ayant baissé, le niveau de scolarité s'étant élevé² et les conditions de logement s'étant améliorées³. Par contre, de cruelles inégalités perdurent entre les enfants autochtones et les enfants non autochtones vivant en milieu urbain, de même qu'entre leur famille respective.

UNE POPULATION URBAINE EN PLEINE CROISSANCE

Selon les données du recensement 2006, le nombre de personnes qui se sont identifiées comme autochtones dépassait le million. La proportion de la population autochtone par rapport à l'ensemble de la population canadienne est en augmentation. De 1996 à 2006, la population autochtone s'est accrue de 45 pour cent, près de 6 fois plus que la population non autochtone dont le taux de croissance était de 8 pour cent. Une partie de cette croissance s'explique par un taux de fécondité plus élevé chez les femmes autochtones que chez les autres Canadiennes. Entre 1996 et 2001, le taux de fécondité des femmes autochtones atteignait 2,6, c'est-à-dire qu'elles pouvaient s'attendre à avoir 2,6 enfants en moyenne au cours de leur vie, alors qu'il est de 1,5 pour l'ensemble des femmes au Canada⁴.

La population autochtone vivant en milieu urbain ne cesse d'augmenter. En 2006, par exemple, 54 pour cent des Autochtones vivaient dans un centre urbain, ce qui représente une augmentation de quatre pour cent par rapport à 1996. Les milieux urbains regroupent les grandes villes, ou régions métropolitaines de recensement, et les plus petites agglomérations. Selon les données du recensement 2006, la proportion d'enfants et de jeunes était particulièrement importante dans plusieurs régions urbaines déjà peuplées de nombreux Autochtones. Dans trois régions urbaines, plus de la moitié de la population autochtone était âgée de 24 ans et moins : Regina (56 pour cent), Saskatoon (55 pour cent) et Prince Albert (56 pour cent)⁵.

LA PAUVRETÉ

La pauvreté est très répandue dans les familles autochtones vivant en milieu urbain. Ainsi, dans les centres urbains de moins de 100 000 habitants, environ 43 pour cent des enfants autochtones de moins de 15 ans vivent dans des familles à faible revenu, comparativement à 17,4 pour cent des enfants non autochtones⁶. Dans les villes de plus de 100 000 habitants, la différence est encore plus importante puisque 50 pour cent des enfants autochtones de moins de 15 ans vivent dans des logements à loyer modique comparativement à 21 pour cent des enfants non autochtones.

QUELQUES CHIFFRES

57

Pourcentage d'enfants des Premières Nations dans les régions métropolitaines de recensement vivant dans une famille à faible revenu

21

Pourcentage d'enfants non autochtones dans les régions métropolitaines de recensement vivant dans une famille à faible revenu

Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : Familles, collectivités et garde des enfants, Statistique Canada, octobre 2008, Catalogue no. 89-634-X - N°. 001.

QUELQUES CHIFFRES

78

**Pourcentage d'enfants des
Premières Nations vivant hors
réserve qui ont consulté un
médecin au cours de la
dernière année**

85

**Pourcentage de l'ensemble
des enfants du Canada qui ont
consulté un médecin au cours
de la dernière année**

Guèvremont, Anne et Kohen, Dafna. *La santé des
enfants inuits : rapport utilisant la composante
« jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des
peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada,
Ottawa, 28 Septembre 2007,
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm>.

Le nombre d'enfants autochtones qui vivent avec un seul parent représente l'une des causes de cette pauvreté. Comparativement à leurs pairs non autochtones, les enfants autochtones sont beaucoup plus susceptibles de vivre avec un seul de leurs parents, mère ou père, avec un grand parent (en l'absence d'un parent) ou avec un autre membre de la famille. Selon les données du recensement 2006, 26 pour cent des enfants autochtones de moins de 15 ans vivent avec une mère seule et 6 pour cent avec un père seul⁷, une donnée qui reflète un net désavantage pour les mères autochtones monoparentales comparativement aux pères dans la même situation puisque généralement, elles sont seules responsables d'un plus grand nombre d'enfants.

BAS NIVEAU DE SCOLARITÉ ET CHÔMAGE

Les données indiquent fréquemment que, sur le plan de la participation au marché du travail, les femmes autochtones font face à des inégalités frappantes comparativement au reste de la population urbaine canadienne. En 2001, l'écart entre le taux d'emploi des femmes autochtones et celui des femmes non autochtones était particulièrement élevé dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans, qui affichait un taux de 35 pour cent de femmes autochtones actives par rapport à 57 pour cent chez les femmes non autochtones⁸.

Le bas niveau de scolarité des mères autochtones — scolarité qui leur donnerait accès à des emplois mieux rémunérés — constitue une autre entrave à la santé des enfants autochtones vivant en milieu urbain. Les conclusions de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003 (EIACA) démontrent que plus de la moitié des femmes autochtones vivant en milieu urbain en Saskatchewan et au Manitoba ont des compétences en lecture en deçà du niveau généralement requis pour participer pleinement à la vie sociale et économique au Canada. L'EIACA révèle que plus de 70 (71,7) pour cent des femmes des Premières Nations vivant en milieu urbain en Saskatchewan et près de 70 (68,9) pour cent de celles vivant en milieu urbain au Manitoba affichent de faibles résultats en lecture courante. Parmi les femmes métisses vivant dans des centres urbains en Saskatchewan et au Manitoba, les pourcentages atteignent respectivement 52,4 et 51,7 pour cent. En comparaison, 35,6 pour cent des femmes non autochtones vivant dans des agglomérations urbaines en Saskatchewan et 41,2 pour cent au Manitoba obtiennent de faibles résultats en lecture courante⁹.

MAUVAISES CONDITIONS DE LOGEMENT ET VIOLENCE FAMILIALE

Par ailleurs, l'impossibilité d'avoir accès à un logement décent comporte des répercussions importantes sur la vie des gens, notamment sur leur santé. Selon les données du recensement 2006, les Autochtones sont quatre fois plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés que les Canadiens et Canadiennes non autochtones. Ils ont également trois fois plus de risques de vivre dans des logements nécessitant des réparations majeures¹⁰.

À ce sujet, l'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) a produit en 2007 un document d'orientation qu'elle a présenté au Sommet national des femmes autochtones (SNFA). Intitulé *Urban Aboriginal Women: Social Determinants of Health and Well-Being* (Les femmes autochtones vivant en milieu urbain : Les déterminants sociaux de la santé et du bien-être), ce document d'orientation stipule notamment :

« Le concept d'habitation autochtone englobe non seulement la structure de l'immeuble, mais aussi l'environnement dans lequel l'habitation se situe, ceci incluant l'approvisionnement en eau potable, l'évacuation des eaux usées et l'élimination des déchets, une alimentation électrique fiable ainsi que des services de communications (téléphone), de transport et autres. Le nombre de personnes vivant sous le même toit et leur situation socio-économique fait aussi partie intégrante du concept d'habitation, comme le souligne l'Enquête régionale sur la santé 2002-2003 – Rapport sur le logement des Premières Nations, selon laquelle "il semble exister un lien entre le surpeuplement et une situation socio-économique précaire... Un logement convenable, un droit fondamental de l'homme, constitue un facteur primordial d'amélioration en matière d'éducation, de santé, de perspectives économiques et d'emploi." ¹¹ »

La fréquence de la violence familiale a aussi d'importantes répercussions sur les femmes autochtones et sur leur capacité à prendre soin de leurs enfants. Selon Statistique Canada¹², 24 pour cent des femmes autochtones disent avoir été victimes de violence de la part de leur conjoint, d'un ex-conjoint ou d'un conjoint de fait pendant la période de cinq ans précédent 2004.

« Des recherches ont démontré que, à mesure que le fossé se creuse entre les revenus, l'environnement social se détériore, la confiance s'altère, la participation à la vie communautaire faiblit, la santé de la population se détériore et la fréquence de l'hostilité et de la violence s'accroît. ¹³ »

La violence revêt de multiples aspects et une série de facteurs contribue à accroître les risques de violence¹⁴. Les femmes autochtones, qui quittent souvent les réserves pour échapper à la violence et à la pauvreté, doivent faire face aux mêmes conditions dans les milieux urbains.

LA FORCE MORALE

Tel qu'énoncé dans *Urban Aboriginal women: Social determinants of health and well-being* de l'Association nationale des centres d'amitié :

« Une série de stratégies nationales ont été mises en œuvre pour réduire les écarts entre les résultats pour la santé de la population canadienne et de tous les groupes autochtones. Le Plan directeur pour la santé des Autochtones de 2005 de Santé Canada, par exemple, est un plan de transformation visant à "améliorer l'accès et la qualité des services de santé grâce à une approche complète, holistique et coordonnée de prestation des services par toutes les parties au Plan directeur, de même qu'à des efforts concertés en ce qui concerne les déterminants de la santé." ¹⁵ »

QUELQUES CHIFFRES

44

Pourcentage d'enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui ont des problèmes de santé chroniques

Guèvremont, Anne et Kohen, Dafna. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm>.

QUELQUES CHIFFRES

54

**Pourcentage d'enfants des
Premières Nations vivant hors
réserve considérés comme
étant en excellente santé**

58

**Pourcentage de l'ensemble
des enfants du Canada
considérés comme étant en
excellente santé**

Guèvremont, Anne et Kohen, Dafna. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 Septembre 2007, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm>.

S'attaquer à ces inégalités persistantes en matière de santé exige de déterminer les causes des conditions sociales, physiques et économiques dans lesquelles vivent les femmes et les enfants autochtones en milieu urbain. Pour la femme autochtone moyenne vivant en milieu urbain avec un faible niveau de scolarité et peu de compétences monnayables, les données de recensement recueillies en ce qui la concerne ne lui procureront ni nourriture, ni vêtements, ni logement décent. Aucune données statistiques ne nourriront ses enfants et aucuns sommaires ne les transporteront chez le dentiste.

Mais revenons à notre question : Comment une jeune fille de 17 ans détenant peu de compétences liées à l'emploi peut-elle élever un enfant? Descendante de femmes déterminées et ayant survécu à un génocide culturel, le combat et l'asservissement font partie de son héritage. Vivre dans des conditions si injustement inégales comparativement à celles des Canadiens et Canadiennes non autochtones fait partie de sa réalité, tout comme le combat quotidien que doivent mener de nombreux enfants autochtones. Souvent, les enfants partagent une chambre avec les autres membres de leur famille, ont recours à la soupe populaire et s'habillent avec les vêtements offerts par l'église ou le Centre d'amitié du quartier. Pauvreté et piètres conditions de logement sont étroitement liées à l'augmentation du nombre d'enfants pris en charge par le système d'aide sociale¹⁶. Ces conditions ont conduit au placement de nombreux enfants autochtones dans des familles d'accueil non autochtones, les coupant de leurs racines et de leurs cultures. Malgré leur désir de bien faire, un grand nombre de ces familles d'accueil font preuve de peu de sensibilité à l'égard des difficultés des Autochtones et de la complexité de leur culture.

Même si l'objet de cet article est essentiellement de décrire les conditions de vie des familles Autochtones vivant en milieu urbain et leurs incidences sur la santé des enfants, il y a aussi beaucoup à dire sur la force morale des Autochtones et sur leur capacité à vaincre les obstacles et à surmonter les difficultés. Bon nombre d'Autochtones vivant en milieu urbain sont aujourd'hui animés par un sens profond de la famille, de la communauté, de la culture et sont fondamentalement attachés à leur foyer. Cet attachement aux enfants et à la famille, ancré dans les valeurs traditionnelles et les coutumes, représente une source de force et de résilience, et contribue à améliorer la vie des enfants autochtones vivant en milieu urbain. En préservant et en enrichissant la culture, la langue, l'enseignement et les coutumes autochtones, les Centres d'amitié autochtones constituent un élément clé de cette résilience.

LES CENTRES D'AMITIÉ : UN LIEN AVEC LA CULTURE AUTOCHTONE EN MILIEU URBAIN

La langue et les coutumes font partie intégrante du sentiment d'identité et de fierté, un facteur essentiel de la santé et du bien-être des peuples autochtones. Pour de nombreux enfants et jeunes Autochtones, le programme des Centres d'amitié autochtones crée un lien fondamental avec la culture, la spiritualité et la nature communautaire autochtone, et contribue à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Les Centres d'amitié autochtones « aident les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain au Canada à améliorer leurs perspectives sur le plan économique, social, culturel et personnel¹⁷ ». Leurs portes sont ouvertes à tous.

Situés dans plus de 117 villes partout au Canada¹⁸, les Centres d'amitié constituent la plus importante infrastructure autochtone de services à l'extérieur des réserves. Ils offrent « une gamme d'activités culturelles, sociales et récréatives visant à renforcer les familles et les communautés, et contribuent à responsabiliser les personnes pour les aider à atteindre leurs buts.¹⁹ » Chaque jour, les gens peuvent, entre autres, y prendre des repas gratuits, recevoir des vêtements, obtenir de la formation, chercher un emploi et participer à des

activités culturelles. Ces centres contribuent également à améliorer la qualité de vie des nombreuses familles autochtones vivant en milieu urbain. Quelques-uns offrent aux enfants la possibilité d'aller dans des camps d'été, de participer à des ateliers de jeu et de s'initier à la danse traditionnelle et à l'artisanat. Ils proposent aussi aux femmes un éventail de programmes et de services, notamment des programmes destinés aux jeunes mères, aux victimes de violence et aux survivantes de traumatismes. En d'autres termes, les Centres d'amitié s'efforcent de fournir aux Autochtones vivant en milieu urbain des ressources pour réussir dans toutes les sphères de la société canadienne et vivre en meilleure santé.

L'éducation est au cœur du mouvement des Centres d'amitié. Cinquante-huit centres dispensent des programmes d'éducation par l'entremise de 103 activités distinctes. Ils offrent notamment le programme Bon départ ainsi que des programmes de tutorat, d'alphabétisation, d'éducation aux adultes, d'écoles secondaires alternatives, d'éducation juridique ainsi que des bourses d'études. Dans le cadre du programme d'éducation, les Centres d'amitié génèrent des recettes de plus de 11,5 millions de dollars pour dispenser des services éducatifs à plus de 87 000 personnes. Seize Centres d'amitié disposent de 1,05 million de dollars pour offrir des programmes d'éducation aux adultes et d'écoles alternatives à plus de 7 000 personnes chaque année.

Quatre Centres d'amitié offrent des programmes spécifiques pour répondre au besoin urgent de stratégies de « réduction du nombre de gangs » dans les régions urbaines. La plupart de ces programmes s'adressent aux jeunes Autochtones. Grâce à des recettes de 300 000 \$, ils offrent ce service à plus de 11 000 clients et clientes.

De plus, 35 Centres d'amitié offrent 78 programmes en matière de justice, incluant notamment les programmes de solution de rechange à l'amende (plutôt que l'incarcération), de justice réparatrice, de défense des droits, d'aide judiciaire, de déjudiciarisation ainsi que des cercles communautaires. Plus de 30 000 personnes bénéficient de ces services et plus de 4,4 millions de dollars sont générés par les programmes de justice des Centres d'amitié.

PERSPECTIVE MONDIALE

La collectivité internationale autochtone mesure depuis longtemps la force de ses communautés et leur courage face à la discrimination, à l'urbanisation, à la toxicomanie et à l'alcoolisme, au trafic d'enfants et à la maladie. En tant que l'un des instruments les plus importants de la construction de l'autodétermination autochtone contemporaine au Canada, l'ANCA souligne l'importance de défendre les droits fondamentaux de l'homme et souhaite collaborer avec les peuples autochtones du monde entier dans l'espoir de renforcer les identités culturelles originales des communautés autochtones vivant en milieu urbain²⁰.

Tout récemment, le rapport final de la septième session de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones indique que :

« [...] L'Association nationale des Centres d'amitié autochtones au Canada est un exemple de bonne pratique qui devrait servir de modèle pour la création de centres pour les populations autochtones dans les zones urbaines.²¹ »

Dans le village planétaire d'aujourd'hui, aucun enfant ne devrait s'inquiéter de savoir où dormir ou d'aller se coucher le ventre creux. Aucun enfant ne devrait connaître la terreur, la honte ou la violence. Tous les enfants du monde devraient avoir les mêmes possibilités de profiter de la vie, où qu'ils vivent.

PLAIDER EN FAVEUR DU CHANGEMENT

Les familles autochtones ont de nombreuses raisons de quitter leur réserve ou leur peuplement pour migrer vers les régions urbaines, mais beaucoup d'entre elles doivent faire face aux mêmes réalités. Non seulement de nombreux enfants autochtones vivent dans des conditions matérielles misérables, mais ils souffrent en plus d'un manque de compassion à l'égard des problèmes socio-économiques avec lesquels ils sont aux prises.

De grands pas ont été faits vers la réconciliation entre le gouvernement fédéral et les peuples autochtones du Canada, mais il reste des écarts considérables à combler en matière de financement pour améliorer les programmes et les services nécessaires afin qu'ils répondent aux besoins culturels et holistiques spécifiques des peuples autochtones et plus particulièrement ceux de leurs enfants. En 1989, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité une résolution visant à éliminer la pauvreté des enfants canadiens. Pourquoi tant d'enfants autochtones vivant en milieu urbain ont-ils été laissés pour compte?

L'ANCA croit fermement que ces inégalités persistantes entre la qualité de vie des Canadiens et Canadiennes autochtones et non autochtones doivent disparaître. À cet égard, les Centres d'amitié jouent un rôle important en procurant aux enfants et aux jeunes Autochtones qui vivent en milieu urbain les ressources nécessaires à l'amélioration de leur qualité de vie et de leurs perspectives. Des programmes culturels et récréatifs ainsi que des programmes d'orientation et de bien-être conçus pour améliorer la santé et le bien-être aux programmes visant à améliorer les perspectives en matière d'éducation et à éloigner les jeunes Autochtones des chemins dangereux, tous contribuent à atteindre ces objectifs. Les Centres d'amitié jouent également un rôle essentiel en démontrant la nécessité que le point de vue des Autochtones soit entendu et pris en compte dans les processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions qui influent sur la vie de la population autochtone vivant en milieu urbain au Canada.

Selon l'histoire orale des Ojibwas²², quand la Terre était jeune, elle avait une famille – Grand-mère Lune, Grand-père Soleil, notre mère la Terre – et le créateur de cette famille était le Grand Mystère. Tous les êtres vivants descendent de notre mère la Terre et font partie de la même famille. Nous admirons tous le même Grand-père (le soleil) dès qu'il sort de son sommeil. Tous les regards se tournent vers la même Grand-mère (la lune) lorsqu'elle veille sur nous la nuit. Tous les enfants du monde contemplant les mêmes étoiles espérant briller du même feu et embrasser l'humanité tout entière de leur halo cosmique. C'est de nous que dépend la concrétisation de cet espoir.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

- 1 Traduction libre de Commission royale sur les peuples autochtones. *Choisir la vie : un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, Ottawa : Approvisionnement et Services, 1995.
- 2 Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (2005). *Le rendement du Canada 2005 : La contribution du gouvernement du Canada*. <http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/ann304-fra.asp>.
- 3 Statistique Canada (2006). *Les peuples autochtones au Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*. Ottawa : Statistique Canada.
- 4 Statistique Canada. (2006). *Femmes au Canada*. Catalogue no. 89-503-XIE.
- 5 Statistique Canada. *Recensement de 2006 : Peuples autochtones du Canada : Inuits, Métis et premières Nations*, <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?CFID=3101407&CFTOKEN=79655095>.

- 6 Statistique Canada, Recensement 2001, *Les peuples autochtones au Canada*, Catalogue no. 94F0041XCB, Site ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, accessible à partir de <http://www.ainc-inac.gc.ca/interloc/uas/uasfs-eng.asp>.
- 7 Statistique Canada. *Aboriginal peoples in Canada in 2006*. Catalogue no. 97-558-XIE.
- 8 Statistics Canada. 2006. *Women in Canada*. Catalogue no. 89-503-XIE, p. 198.
- 9 Evelynne Bougie. « Profil de littératie des membres des Premières nations vivant hors réserve et des Métis qui résident dans les régions urbaines du Manitoba et de la Saskatchewan : Résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003 », *Questions d'éducation : le point sur l'éducation, l'apprentissage et la formation au Canada*, vol. 4 no. 5. <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2007005/article/10500-fra.htm>.
- 10 Statistique Canada. *Les peuples autochtones au Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?CFID=3101407&CFTOKEN=79655095>.
- 11 Traduction libre de Association nationale des centres d'amitié. *Urban Aboriginal Women: Social Determinants of Health and Well-Being*, présenté au Sommet national des femmes autochtones (2007). Corner Brook, Newfoundland. Page 7.
- 12 Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique (2005)*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2005000-fra.pdf>.
- 13 Traduction libre de Association nationale des Centres d'amitié. *Urban Aboriginal Women: Social Determinants of Health and Well-Being*, présenté au Sommet national des femmes autochtones (2007). Corner Brook, Newfoundland. Page 6.
- 14 *Rapport mondial sur la violence et la santé (2002)*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- 15 Traduction libre de Association nationale des Centres d'amitié. *Urban Aboriginal Women: Social Determinants of Health and Well-Being*, présenté au Sommet national des femmes autochtones (2007). Corner Brook, Newfoundland. Page 5.
- 16 Trocmé, N., Knoke, D., Shangreux, C., Fallon, B. et B.MacLaurin, (2005). « L'expérience des enfants des Premières Nations ayant recours au système d'aide à l'enfance : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de violence et de négligence envers les enfants ». *Dans Wen : de : Nous poursuivons notre route*. Ottawa : La société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. Ch. 2. www.fncfcs.com/docs/WendeReport.pdf.
- 17 Traduction libre du site Web des British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres, www.bcaafc.com
- 18 En septembre 2008, on comptait 118 Centres d'amitié au Canada dont deux à Toronto. En mai 2009, on en comptait 120. www.nafc.ca. (en anglais seulement)
- 19 Traduction libre du site Web des British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres, www.bcaafc.com.
- 20 www.nafc.ca.
- 21 *Anglais : Seventh Session of the United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues*. Page 17, #107. www.un.org/esa/socdev/unpfii. Français : *La septième session de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones*, <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N08/338/83/PDF/N0833883.pdf?OpenElement>.
- 22 On peut lire l'histoire de la création des Ojibwas sur le site : www.real-dream-catchers.com/Native_American_origins/ojibwe_creation_story.htm. (en anglais seulement)



L'histoire de Jordan : COMMENT UN GARÇON A INSPIRÉ DE GRANDS CHANGEMENTS

Cindy Blackstock



Jordan River Anderson voyage avec nous. Je le sais, car le ciel est toujours bleu lorsque nous travaillons sur le Principe de Jordan, un principe faisant passer l'intérêt supérieur de l'enfant avant tout dans la résolution de conflits de compétences gouvernementales. Il a été nommé ainsi à la mémoire du jeune garçon. L'histoire de Jordan constitue un message exhortant tous les ordres de gouvernement à offrir à tous les enfants, sans égard aux facteurs géographiques, au champ d'application, à l'origine ethnique et aux circonstances, « les soins appropriés, en lieu et en temps opportuns » (MacDonald et Attaran, 2007).



© UNICEF Canada/2008/Sri Utami

CONFLITS DE COMPÉTENCES ET REFUS DES SERVICES GOUVERNEMENTAUX

Jordan est né en 1999 dans une grande famille de la Nation crie de Norway House, au Manitoba. Ce qui est important de savoir à propos de lui est que toute sa famille l'aimait, qu'il adorait remplir sa chambre d'ours en peluche, qu'il aimait jouer à l'ordinateur et écouter de la musique. Dès sa naissance, il a eu des besoins complexes sur le plan médical et a dû passer les deux premières années de sa vie dans un hôpital de Winnipeg, jusqu'à ce que sa condition se soit stabilisée. Tandis que la mère de Jordan, Virginia, restait auprès de lui à Winnipeg, son père, Ernest, est retourné auprès de la Nation crie de Norway House dans le nord du Manitoba afin de s'occuper de leurs autres enfants. Pendant le séjour de Jordan à l'hôpital, les membres de sa famille, les dirigeants de la Nation crie de Norway House et les membres de la communauté ont recueilli des fonds afin de couvrir les coûts de transport médical du jeune garçon lorsqu'il pourrait quitter l'hôpital (Lavallee, 2005). Peu après le deuxième anniversaire de Jordan, ses médecins ont déclaré qu'il était prêt à rentrer chez lui, mais ça ne s'est jamais produit. Comme l'ont souligné en 2007 Noni MacDonald et Amir Attaran du *Journal de l'Association médicale canadienne*, les fonctionnaires ont fait en sorte que ce ne soit pas possible.

Les gouvernements provinciaux et fédéral ne s'entendent pas toujours quant à l'ordre de gouvernement responsable du paiement des services publics pour les enfants des Premières Nations vivant dans les réserves, services qui sont automatiquement fournis aux autres enfants du Canada. Lorsque de tels conflits de compétences surviennent, les deux ordres de gouvernement ont pour pratique courante de refuser ou de retarder la prestation des services à l'enfant jusqu'à ce que le problème de paiement soit résolu. Les besoins des gouvernements passent ainsi avant la prise en considération de la sécurité ou du bien-être de l'enfant.

Pour Jordan, cela s'est soldé par des discussions de fonctionnaires provinciaux et fédéraux qui argumentaient sur chaque aspect de ses soins à domicile, tandis qu'il séjournait à l'hôpital, ce qui coûtait près du double (Lavallee, 2005). Il est important de souligner que les services dont Jordan avait besoin étaient offerts et qu'il en aurait bénéficié s'il avait été un non-Autochtone. Parce qu'il était un enfant des Premières Nations, les gouvernements fédéral et provincial ont déclaré qu'ils devaient déterminer lequel des deux paliers assumerait les coûts avant que Jordan ne rentre chez lui. Les jours se sont

« La chose la plus difficile mais la plus importante que nous ayons à faire est de vivre pleinement tels que nous sommes. » (Traduction libre)

– Ryan Queskekapow,
un jeune de la Nation crie de
Norway House

Madame Cindy Blackstock, aspirante au doctorat à la Factor-Inwentash Faculty of Social Work de l'Université de Toronto, est membre de la nation Gitksan et directrice générale de l'organisme primé, la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. Le travail de madame Blackstock consiste avant tout à garantir aux familles autochtones des ressources équitables et respectueuses de leur culture afin de pouvoir prendre soin de leurs enfants.

QUELQUES CHIFFRES

45

Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui vivent dans une des réserves sélectionnées qui sont considérés comme en excellente santé

58

Pourcentage de l'ensemble des enfants canadiens considérés comme en excellente santé

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

transformés en semaines, les semaines en mois et, lorsque Jordan et sa famille ont célébré son cinquième anniversaire, il était toujours hospitalisé. Bien que les fonctionnaires fédéraux et provinciaux aient exprimé leurs préoccupations concernant la situation de Jordan, ils ont fermement nié la responsabilité de leur gouvernement respectif de se charger des dépenses. Jordan est mort dans l'attente d'une résolution. Il n'avait que cinq ans et il n'a jamais vécu une seule journée dans la maison de sa famille.

On peut affirmer que deux vies ont été perdues à cause de ce conflit de compétences. La mère de Jordan, Virginia, n'avait aucun antécédent d'abus d'alcool ou d'autres drogues avant l'hospitalisation de Jordan, mais la douleur de voir son jeune fils rester inutilement à l'hôpital et d'avoir été séparée si longtemps de son mari et de ses autres enfants a fort probablement contribué à sa consommation de substances psychoactives. Quelques mois après le décès de Jordan, Virginia s'est éteinte dans un abribus de Winnipeg.

UN VIBRANT APPEL AU CHANGEMENT

Madame Trudy Lavalée, une courageuse et très efficace promotrice des droits de l'enfant au sein de l'Assemblée des chefs du Manitoba, m'a fait connaître Jordan peu avant sa mort, en relatant son histoire lors d'une assemblée à Winnipeg. Dès l'instant où j'ai entendu parler de lui, j'ai voulu apporter mon aide et j'ai entrepris un travail de défense des droits de l'enfant avec les dirigeants de la Nation crie de Norway House, l'Assemblée des chefs du Manitoba et l'Assemblée des Premières Nations (APN), laquelle représente les gouvernements des Premières Nations d'un bout à l'autre du Canada. Stimulé par la puissance de l'esprit de son fils, Ernest Anderson a fait le serment qu'aucun autre enfant des Premières Nations ne serait l'objet d'une telle discrimination au Canada. Les personnes touchées par l'histoire de Jordan et de la famille Anderson ont été galvanisées par le besoin impératif de changements, mais elles ne savaient pas comment s'attaquer aux politiques des gouvernements fédéral et provinciaux pour que le rêve d'Ernest devienne réalité. Au début, il n'y avait pas d'argent et seulement un petit groupe d'adhérents au Principe de Jordan, mais tous savaient qu'Ernest avait raison et ils étaient déterminés à réussir.

Lorsque Jordan est mort en 2005, la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada menait un projet de recherche sur les services à l'enfance des Premières Nations, lequel a jeté les bases d'une étude sur le taux d'incidence de conflits de compétences touchant les enfants des Premières Nations (Blackstock et collab., 2005). Cette étude a démontré que, au cours de l'année précédente et sur un échantillon de 12 agences d'aide à l'enfance des Premières Nations parmi les 105 agences, 393 enfants avaient été l'objet de conflits de compétences. La majorité de ces conflits était survenue entre les deux ordres de gouvernement. La répartition de ces résultats à la population desservie par les 105 agences d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations au Canada laisse présager que, chaque année, des milliers d'enfants des Premières Nations se sont vu refuser, en fonction de leur origine ethnique et de leur lieu de résidence, des services gouvernementaux qui sont automatiquement offerts aux autres enfants.

Lorsque ces résultats ont été publiés en juin 2005, UNICEF Canada accueillait la Consultation régionale nord-américaine sur la violence contre les enfants, pendant laquelle le Principe de Jordan pour la résolution des conflits de compétences a été présentée pour la première fois (UNICEF Canada, 2005). En termes simples, le Principe de Jordan fait passer l'intérêt supérieur de l'enfant en priorité lors de tout conflit de compétences entre et au sein des administrations fédérale et provinciales ou territoriales. Lorsqu'un conflit survient concernant la prestation ou la prise en charge de services gouvernementaux, soit des soins de santé, l'éducation, la protection de l'enfant, des activités récréatives et autres

services dont bénéficient normalement tous les enfants canadiens, qui sont destinés un enfant indien inscrit ou inuit, le Principe de Jordan exige du gouvernement qui a été contacté en premier qu'il règle immédiatement la facture et qu'il résolve la question du paiement plus tard.

Quatre mois plus tard, le Principe de Jordan a été officiellement ajouté au texte de la série de rapports *Wen : de* élaborés dans le but de dénoncer le manque de financement du fédéral en matière d'aide à l'enfance des Premières Nations (Assemblée des Premières Nations, 2006; Blackstock et collab., 2005). En 2005, l'ensemble des provinces et territoires de même que le gouvernement fédéral ont été sensibilisés au Principe de Jordan et exhortés à prendre des mesures immédiates pour le mettre en pratique. Malheureusement, le manque d'action du gouvernement fédéral à régler le sous-financement des services d'aide à l'enfance des Premières Nations ou à donner suite au Principe de Jordan a poussé l'Assemblée des Premières Nations et la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada à déposer une plainte auprès de la Commission canadienne des droits de la personne. La plainte, déposée au mois de février 2007, allègue que le Canada discrimine délibérément les enfants des Premières Nations par l'entremise de sa politique nationale de subvention de l'aide à l'enfance et de ses conflits constants en matière de compétence.

Bien que l'administration fédérale, les provinces et les territoires aient été lents à agir, des centaines de Canadiennes, de Canadiens et d'organisations nationales se sont manifestés afin d'appuyer une déclaration en ligne en faveur du Principe de Jordan, exhortant les gouvernements à agir rapidement pour adopter et mettre ce principe en pratique. Les premiers organismes et particuliers signataires comprennent les chefs des Premières Nations, le Réseau national des jeunes pris en charge, le mouvement Rassemblés autour d'un rêve et la Société canadienne de pédiatrie. Bien que dépourvu de ressources financières pour soutenir le mouvement en faveur du Principe de Jordan, le petit groupe d'adhérents a multiplié ses relations et les occasions de s'exprimer pour transmettre le message de Jordan à la population canadienne. L'une de nos ressources parmi les plus influentes demeure le *Journal de l'Association médicale canadienne*, lequel a publié un éditorial percutant en appui au Principe de Jordan (MacDonald et Attaran, 2007) et a donné lieu à la couverture du sujet dans plus de 70 journaux au Canada. Au printemps 2007, Jean Crowder, députée du NPD, a déposé le projet de loi d'initiative parlementaire M-296 en appui au Principe de Jordan. À l'été 2007, malgré ces développements positifs, aucune province, aucun territoire, pas plus que le gouvernement fédéral, n'avait fait un pas pour appuyer et mettre en pratique le Principe de Jordan (Société canadienne de pédiatrie, 2007).

À l'automne 2007, la Chambre des communes a ouvert le débat sur le projet de loi d'initiative parlementaire. Tous les partis politiques, y compris le gouvernement conservateur, ont exprimé leur soutien. Lorsque le Principe de Jordan a été soumis au vote à la Chambre des communes, plus de 1 400 organisations et particuliers canadiens ont officiellement enregistré leur appui.

Monsieur Ernest Anderson, sa fille Jerlene et d'autres familles de la Nation crie de Norway House, qui avaient également fait l'objet de conflits de compétences, sont allés à Ottawa afin d'assister au vote. À 17 h 30, le 12 décembre 2007, les membres du Parlement ont accepté à l'unanimité le projet de loi d'initiative parlementaire M-296 afin d'adopter le Principe de Jordan et ont fait une ovation à la famille Anderson et à tous ceux et celles qui avaient soutenu le message du jeune garçon. Ce fut, au dire de tous, une journée formidable, mais, comme l'a souligné monsieur Ernest Anderson, le bien qui a été accompli au nom de Jordan ce jour-là ne pourra être considéré comme une victoire que lorsque le Canada, les provinces et les territoires agiront pour mettre immédiatement en pratique le Principe de Jordan. Le résultat? Le gouvernement fédéral a décidé de former un comité d'étude pour discuter de sa mise en pratique.

QUELQUES CHIFFRES

35

Pourcentage d'enfants des Premières Nations qui vivent dans une des réserves sélectionnées qui présentent des problèmes de santé chroniques

Anne Guèvremont et Dafna Kohen. *La santé des enfants inuits : rapport utilisant la composante « jeunes et enfants » de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 28 septembre 2007, www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-fra.htm.

QUELQUES CHIFFRES

22

Pourcentage des services d'aide sociale à l'enfance destinés aux enfants des Premières Nations qui sont sous-financés comparativement à ceux des enfants canadiens en moyenne

Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations – Affaires indiennes et du Nord Canada du rapport de mai 2008 de la vérificatrice générale du Canada, rapport du Comité permanent des comptes publics, mars 2009, http://www.fncfcs.ca/docs/402_PACP_Rpt07-f.pdf.

OBTENIR L'APPUI EN FAVEUR DU PRINCIPE DE JORDAN DE LA PART DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET TERRITORIALES

Le 24 janvier 2008, le premier ministre de la Colombie-Britannique, Gordon Campbell, annonçait que sa province pourrait être la première à adopter le Principe de Jordan (Campbell, 2008). Le 20 mai 2008, le Dr Jon Gerrard, membre de l'assemblée législative libérale du Manitoba, a présenté le projet de loi 233 afin d'obliger le gouvernement provincial à mettre en pratique le Principe de Jordan. Le gouvernement du Manitoba n'a malheureusement pas appuyé la proposition du Dr Gerrard, laquelle aurait garanti que tous les enfants du Manitoba jouiraient d'un accès égal aux services de l'administration provinciale. Le gouvernement du Manitoba a plutôt choisi de ne mettre que partiellement en pratique le Principe de Jordan et de ne l'appliquer qu'à un petit nombre d'enfants présentant des problèmes de santé complexes. L'héritage de Jordan devait créer l'égalité pour tous les enfants, et non être appliqué sur une base sélective. En bref, l'administration manitobaine doit encore et toujours s'assurer que l'origine ethnique ne constitue pas un critère pour avoir accès à ses services.

Plus récemment, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son appui au Principe de Jordan et, bien qu'il prévoit commencer à l'appliquer aux enfants ayant des besoins spéciaux, il a reconnu la nécessité d'étendre ce principe à tous les programmes sociaux et les programmes de santé de la province.

Entretemps, des conflits de compétences continuent d'avoir des conséquences négatives sur la vie et la santé des enfants des Premières Nations. Au mois de mai 2008, alors que le gouvernement du Manitoba et l'administration fédérale étaient engagés dans un conflit de compétences concernant le paiement des soins pour les enfants ayant des besoins particuliers, 37 enfants de la Nation crie de Norway House ont été inutilement placés dans des foyers d'accueil. La Nation crie de Norway House a utilisé ses propres revenus afin de procurer à ces enfants les services indispensables à leur survie et à leur bien-être, tandis que les gouvernements continuaient d'alléguer qu'ils n'avaient pas les fonds nécessaires. Le seul autre moyen de payer pour ces services consistait à placer les enfants dans des foyers d'accueil, même en l'absence de violence ou de négligence. La couverture qu'a faite CTV News de cette histoire (CTV News, 2008a) a incité le ministre fédéral de la Santé, Tony Clement, à déclarer le 4 mai 2008 à CTV News que les services pour ces 37 familles ne seraient pas interrompus et qu'il déplorait le stress que ce conflit avait pu leur causer (CTV News, 2008b). Le ministre Clement a également déclaré que son ministère prendrait les mesures nécessaires pour reconnaître d'autres situations similaires et intervenir avant qu'une crise ne survienne.

Bien que l'annonce du ministre ait semblé indiquer que l'administration fédérale pouvait être prête à mettre entièrement en pratique le Principe de Jordan, le gouvernement a choisi d'adopter une approche au cas par cas plutôt que de régler le problème de manière générale pour que chaque enfant puisse en bénéficier. Quelques jours plus tard, dans une déclaration faite à la Chambre des communes, la députée Jean Crowder a fait état d'un autre cas d'enfant des Premières Nations très gravement malade au Manitoba qui était privé depuis des années des soins médicaux de base à cause d'un conflit de compétences entre les administrations provinciale et fédérale (Crowder, 2008). Il semble que, en dépit d'un langage rassurant, peu de progrès ont été réalisés.

Deux jours seulement après l'annonce du ministre Clement, la vérificatrice générale du Canada, Sheila Fraser, a publié son rapport sur le financement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations dans les réserves. Outre la constatation que l'actuel mode de financement et le nouveau mode de subvention proposé par le gouvernement sont tous deux inéquitables, la

vérificatrice générale a souligné que le gouvernement fédéral devait résoudre les conflits de compétences concernant la prestation des services aux enfants des Premières Nations dans les réserves et elle a spécifiquement cité le Principe de Jordan (Bureau du vérificateur général du Canada, 2008).

LE LEGS DURABLE DE JORDAN

Le Principe de Jordan constitue aujourd'hui le mouvement politique de défense des droits de l'enfant le plus largement appuyé de l'histoire contemporaine du Canada. C'est un exemple de ce qui peut être accompli lorsqu'un groupe de personnes déterminées s'insurge contre l'injustice et dans l'intérêt supérieur de l'enfant, misant sur son réseau et ses talents pour apporter un changement, même en l'absence de ressources financières. La question demeure, pourtant : pourquoi le Canada tarde-t-il à mettre en pratique le Principe de Jordan dans son intégralité? Nous devons obtenir une réponse. Des enfants des Premières Nations meurent; leur intérêt supérieur et leur sécurité sont menacés en raison du manque d'action de la part des gouvernements.

RÉFÉRENCES

Assemblée des Premières Nations (2008). *Our children, our future, our responsibility*. Consulté le 27 mai 2008 au www.afn.ca/article.asp?id=3.

Assemblée des Premières Nations (2006). *First Nations child welfare leadership plan*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations.

Blackstock, C., Prakash, T., Loxley, J., et Wien, F. (2005). *Wen: de: Nous voyons poindre la lumière du jour*. Ottawa : Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada.

Campbell, G. (2008). *Jordan's Principle*. Discours présenté le 24 janvier 2008 lors de la *First Nations Leadership Council Forum Meeting*. Consulté le 27 mai 2008 au www.gov.bc.ca/premier/media_gallery/speeches/2008/jan/jordan_s_principle_2008_02_26_82822_M_1.html.

Société canadienne de pédiatrie (2007). *En faisons-nous assez ? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents*. Ottawa : Société canadienne de pédiatrie.

CBC News (2007). *Feds to vote on bill inspired by Manitoba native boy's death*. Consulté le 27 mai 2008 au www.cbc.ca/canada/manitoba/story/2007/12/12/jordans-principle.html.

Crowder, J. (2007). *Jordan's Principle*. Consulté le 27 mai 2008 au www.jeancrowder.ca/node/1102.

Crowder, J. (2008). *Statement on the national day of action: May 28, 2008*. Consulté le 25 août 2008 au www.jeancrowder.ca/statement-national-day-action-may-28-2008.

CTV News (2008a). *Special needs kids may be forced into foster care*. Consulté le 27 mai 2008 au www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20080502/special_needs_080502/20080502?hub=TopStories.

CTV News (2008b). *Feds will cover special costs for now: Clement*. Consulté le 27 mai 2008 au www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20080504/clement_funding_080504/20080504?hub=CTVNewsAt11.

Gerrard, J. (2008). *Trudy Lavallee and Manitoba's Bill 233 to implement Jordan's Principle*. Consulté le 27 mai 2008 au www.manitobaliberals.ca/jonsblog.html.

Kinisao Sipi Minosowin (2007). *Jordan's Story*. DVD. Bande de la Nation crie de Norway House : Kinisao Sipi Minosowin Agency.

Lavallee, T. (2005). *Honouring Jordan: Putting First Nations children first and funding fights second*. *Paediatric Child Health*, (10), 527-529.

MacDonald, N. et Attaran, A. (2007). « Le Principe de Jordan et la paralysie des administrations publiques ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, (177).

Bureau du vérificateur général du Canada (2008). *Rapport de la vérificatrice générale du Canada – Chapitre 4 – Le programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations – Affaires indiennes et du Nord Canada*. Consulté le 27 mai 2008 au http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/aud_ch_oag_200805_04_e_30700.html#hd3a.

UNICEF Canada (2005). *Étude du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence contre les enfants : rapport de la consultation nord-américaine*. Consulté le 26 mai 2008 au www.unicef.ca/portal/Secure/Community/502/WCM/WHATWEDO/ChildProtection/assets/FR_Consultation_Meeting_Report.pdf.



LA CONVENTION RELATIVE
AUX DROITS DE L'ENFANT

