

EXPLORER LES DONNÉES RELATIVES À L'APPRENTISSAGE ET À LA GARDE DES JEUNES ENFANTS (AGJE) DES PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS

Margo Greenwood, Roseann Larstone, Nicole Lindsay, Regine Halseth et Pat Foster

National Collaborating Centre
for Indigenous Health



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES ET DE LA FAMILLE

© 2020 Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'Emploi et Développement social Canada (EDSC). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'ASPC ou d'EDSC.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à un processus externe d'analyse axé sur la neutralité en ce qui concerne la documentation fondée sur la recherche, qui suppose une évaluation des publications ou une synthèse des connaissances, ou qui prend en considération l'évaluation de lacunes dans les connaissances. Nous souhaitons remercier nos

réviseurs pour leur généreuse contribution en matière de temps et d'expertise dans l'élaboration de ce document.

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

An English version is also available at nccih.ca, under the title: *Exploring the data landscapes of First Nations, Inuit, and Métis children's early learning and child care (ELCC)*

Référence : *Explorer les données relatives à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants (AGJE) des Premières Nations, Inuits et Métis*. Greenwood, M., Larstone, R., Lindsay, N., Halseth, R., & Foster, P. (2020). Premières Nations. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

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

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

ISBN (en ligne) : 978-1-77368-222-8
ISBN (imprimée) : 978-1-77368-268-6

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	6
TERMES ET ABRÉVIATIONS	7
SOMMAIRE	9
1.0 INTRODUCTION	10
2.0 DÉFINITIONS	12
3.0 BUT ET OBJECTIFS	13
4.0 MÉTHODES	14
5.0 CONTEXTE : DÉFINITION DU CONTEXTE DE L'AGJEA AU CANADA	17
5.1 L'AGJEA au Canada	17
5.2. Contexte démographique : une population jeune et croissante	19
5.3. Contexte politique : réparer les torts de la colonisation	19
5.4 Créer un nouveau système d'AGJE pour les enfants autochtones au Canada : le Cadre d'AGJEA (2018)	22
6.0 EXAMEN DE LA DOCUMENTATION : QUALITÉ ET INDICATEURS DE L'AGJEA	25
6.1. Comprendre la qualité de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA)	25
6.2 Indicateurs de l'AGJEA et de la santé et du bien-être des enfants autochtones	30

TABLE DES MATIÈRES

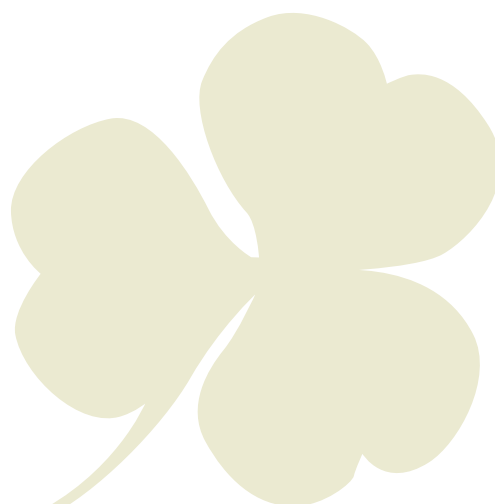


7.0 CADRES POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ET DES FAMILLES -----	34
8.0 OVUE D'ENSEMBLE DES SOURCES D'INFORMATION EN MATIÈRE D'AGJEA -----	38
8.1 Statistique Canada -----	38
8.1.1 Enquête sur les enfants autochtones (EEA) -----	40
8.1.2 Enquête auprès des peuples autochtones -----	42
8.1.3 Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE) -----	43
8.1.4 Enquête sociale générale (ESG) -----	44
8.2 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) -----	46
8.2.1 Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) -----	46
8.2.2 Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations (EREEPN) -----	49
8.3 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) -----	50
8.4 Institut canadien de la santé infantile (ICSI) -----	51
8.5 Infobase de la santé publique du gouvernement du Canada --	53
8.6 Enquête de santé des enfants inuits du Nunavut -----	53
8.7 Autres sources de renseignements en matière d'AGJEA -----	55
8.7.1 Initiative de services de garde pour les Premières nations et les Inuits (ISGPNI) -----	55
8.7.2 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR) -----	55
8.7.3 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN) -----	56
8.7.4 Étude sur l'impact du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN) sur la maturité scolaire -----	56
8.7.5 Autres programmes fédéraux -----	56





9.0 RÉSULTATS -----	59
9.1 Aperçu descriptif -----	59
9.2 Principales conclusions -----	60
9.3 Discussion -----	61
9.4 Cartographie des résultats par rapport aux principes du cadre de l'AGJEA (2018) -----	66
10.0 CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES -----	69
BIBLIOGRAPHIES -----	72



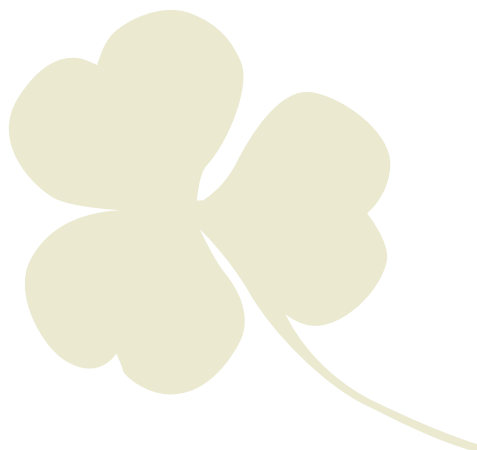
Liste des tableaux et figures

TABLEAU 1 : PRINCIPES GUIDANT LES
CADRES D'AGJE ----- 36

TABLEAU 2 : RÉSUMÉ DES THÈMES DES INDICATEURS
POUR LES ENFANTS ET LES FAMILLES AUTOCHTONES----- 63

TABLEAU 3 : PRINCIPES, INDICATEURS ET SOURCES
D'INFORMATION DES CADRES D'AGJE ----- 67


FIGURE 1 : UNE VISION SYSTÉMIQUE DU BIEN-ÊTRE DES ENFANTS
ET DES FAMILLES AUTOCHTONES ----- 62





Termes et abréviations

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AANDC)
Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC)
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Agence du revenu du Canada (ARC)
Apprentissage et garde des jeunes enfants (AGJE)
Apprentissage et garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA)
Assemblée des Premières Nations (APN)
Association des femmes autochtones du Canada (AFAC)
Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN)
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)
Emploi et Développement social Canada (ESDC)
Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA)
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)
Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI)
Enquête sociale générale (ESG)
Enquête sur la population active (EPA)
Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC)
Enquête sur les enfants autochtones (EEA)
Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE)
Initiative de services de garde pour les Premières nations et les Inuits (ISGPNI)
Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Institut canadien de la santé infantile (ICSI)
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO)
l'Inuit Tapiriit Kanatami
Manitoba Métis Federation (MMF)
Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)
Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN)
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves
Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP)
Ralliement national des Métis (RNM)
Santé maternelle et infantile (SMI)
Services aux Autochtones Canada (SAC)
Société de garde pour les enfants autochtones de la Colombie-Britannique
Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones (SFCEA)
Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR)



Les indicateurs fondés sur les forces et adaptés à la culture qui reflètent les visions autochtones du monde sont basés sur des principes d'équilibre et d'harmonie et ont une tendance vers une vision de bien-être holistique.

SOMMAIRE



Des programmes et des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (AGJE) de grande qualité sont un élément clé pour combler les écarts d'équité des enfants inuits, métis et des Premières Nations au Canada. Ce document examine la documentation universitaire et parallèle afin de définir les cadres conceptuels pertinents, ainsi que les cadres d'indicateurs, notamment les sources d'information pour les chercheurs, les décideurs politiques et les spécialistes de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA). Constatant que les renseignements existants directement liés à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants autochtones sont rares et souvent obsolètes, cette revue de la documentation met en évidence les lacunes en matière d'information afin de fournir un point de départ et des recommandations pour de futures recherches.

Les peuples autochtones ont leurs propres façons de décrire et de comprendre l'AGJE, qui mélangent les concepts et les valeurs autochtones et occidentaux. Compte tenu notamment de la jeunesse relative de la population autochtone par rapport à la population non autochtone du Canada, l'AGJE est un point d'intervention extrêmement important et le gouvernement du Canada a l'obligation de donner la priorité au bien-être des enfants autochtones. Les services d'AGJE de haute qualité présentent des caractéristiques distinctes pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis au-delà de celles des définitions courantes, surtout en ce qui concerne les possibilités d'apprentissage de la

culture et de la langue. La compréhension de l'AGJE dans un contexte autochtone nécessite un ensemble unique d'indicateurs qui répondent aux besoins et aux objectifs précis d'un système d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones fondé sur les distinctions. Les indicateurs fondés sur les forces et adaptés à la culture qui reflètent les visions du monde autochtones sont fondés sur des principes d'équilibre et d'harmonie et tendent vers une vision globale du bien-être. Bien qu'il n'existe aucun cadre précis relatif à l'apprentissage et la garde des jeunes enfants autochtones, les cadres d'évaluation de la santé et du bien-être des enfants et des familles autochtones fournissent des exemples utiles des types d'indicateurs qui pourraient être utilisés dans l'élaboration d'un cadre spécialement conçu pour les services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones.

Un examen des sources d'information sur les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis révèle une collection étendue, mais inégale de sources de données, certaines d'entre elles étant plus détaillées et pertinentes en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones que d'autres. Cependant, une grande partie de l'information recueillie dans les enquêtes démographiques examinées est désuète et aucune de ces enquêtes n'est universelle, car elles portent sur l'ensemble des populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans les réserves et hors réserve. En conséquence, les résultats pour les différents groupes de population sont inégaux,

ce qui rend les comparaisons entre les études difficiles. Les données administratives provenant des exigences en matière de rapports des programmes fédéraux pour les enfants autochtones fournissent potentiellement des données contextuelles axées sur le fonctionnement des programmes et la responsabilité en matière de financement.

Lorsqu'on les compare aux neuf principes du Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones de 2018 qui reconnaissent l'importance d'une approche axée sur la distinction, les cadres et les sources d'information examinés fournissent quelques données utiles, mais cet exercice révèle des lacunes importantes dans les connaissances et les renseignements disponibles. On peut donc qualifier de décousues les données recueillies en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants des Premières Nations, Inuits et Métis. Elles comportent des lacunes et sont désuètes, et elles proviennent de sources diverses en termes de structure, d'intention et de mesure — aucune n'est conçue pour soutenir la création d'un système d'apprentissage et de garde de jeunes enfants autochtones. Compte tenu notamment du manque de renseignements marqué concernant précisément les Inuits, les Métis et les populations des Premières Nations vivant hors réserve, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour combler ces lacunes. Les considérations relatives aux futures recherches sont exposées dans la section finale

1.0 INTRODUCTION



La santé et le bien-être des enfants autochtones et de leurs familles, communautés et nations au Canada sont essentiels au renouvellement des relations de nation à nation. Les enfants des Premières Nations, Inuits et Métis continuent de subir d'importantes inégalités en matière de santé associées aux réalités historiques, économiques, sociopolitiques et environnementales au sein du pays dans lequel ils vivent (Young et al., 2015a). Nombre de ces inégalités résultent d'une diminution de la qualité de vie due aux conséquences historiques et contemporaines de la colonisation, notamment la pauvreté, la mauvaise qualité et le surpeuplement des logements, les taux élevés de prises en charge d'enfants par l'État et de violence familiale, le faible accès aux possibilités d'éducation et aux services de santé et, dans de nombreuses communautés, l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à l'eau potable — autant de facteurs qui ont des répercussions négatives sur la santé et le développement des enfants (Ball, 2008). Des programmes et des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (AGJE) de grande qualité destinés aux enfants autochtones sont un élément clé pour combler les écarts d'équité. Comme de nombreuses données probantes l'ont démontré, les programmes d'AGJE confèrent des avantages tout au long de la vie d'une personne (Halseth et Greenwood,

2019). Les premières années de la vie (de la naissance à l'âge de 6 ans) jouent un rôle primordial en jetant les bases du développement et du bien-être tout au long du cycle de vie d'une personne. Les premières expériences et les milieux exercent une influence profonde sur le développement du cerveau, notamment sur le fonctionnement émotionnel, comportemental et cognitif, les compétences émergentes et le bien-être général, qui à leur tour influent sur l'état de santé, les relations, le comportement et l'apprentissage tout au long de la vie (Bick et Nelson, 2016; da Silva, de Mello, Takahashi et de la Ó Ramallo Verissimo, 2016).

L'objectif de ce document est de donner un aperçu des sources d'information, incluant les indicateurs précis dans ces sources, qui mettent l'accent sur la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones et de leurs familles. Ce document s'appuie sur le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (Emploi et développement social Canada [EDSC], 2018; décrit plus en détail à la section 4.4), qui est le résultat d'un vaste processus de consultation avec les Premières Nations, les Inuits, les Métis, les experts en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants et les familles et les communautés. Le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones

établit une vision commune, ainsi que les principes et la voie à suivre en vue d'atteindre un système coordonné de programmes d'AGJE pour les enfants et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui sont dirigés par les valeurs des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le cadre définit neuf principes qui « visent à jeter les bases du renforcement collectif du système d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones » (EDSC, 2018, p. 5). Ces neuf principes, présentés dans leur intégralité à la section 5.4, fournissent un schéma permettant d'évaluer les connaissances existantes pertinentes pour la mise en œuvre d'un système d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones au Canada, de cerner les lacunes et de suggérer des orientations pour les recherches futures, comme indiqué dans la section finale.

Ce document est donc destiné à guider une stratégie nationale de recherche et de données qui soutiendra la mise en œuvre du Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones en examinant les connaissances en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones, notamment la documentation universitaire pertinente, les cadres existants et les sources d'information. L'examen est divisé en dix sections. Les sections 1 et 2 sont une brève introduction à

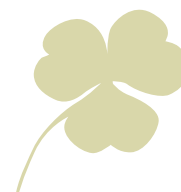
¹ Le terme « Autochtones » est utilisé tout au long de ce document pour désigner les premiers habitants du Canada et leurs descendants, y compris les Premières Nations, (les « Indiens » dans la Constitution canadienne) les Inuits et les Métis, selon la définition de l'article 35 de la Constitution canadienne de 1982. Le cas échéant, des groupes autochtones précis sont nommés.

l'examen général et un aperçu des définitions des termes couramment utilisés dans le document. La section 3 présente les buts et objectifs de cet examen des données et la section 4 décrit les méthodes utilisées pour l'entreprendre. La section 5 est une section contextuelle qui définit l'apprentissage et la garde des jeunes enfants autochtones ; donne un aperçu démographique des Premières Nations, des Inuits et des Métis; met en contexte les obligations du gouvernement du Canada envers les enfants des Premières Nations, Inuits et Métis; et décrit le cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (EDSC, 2018). La section 6 passe en revue la documentation universitaire et parallèle concernant les définitions de la qualité dans les programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants destinés aux enfants et aux familles des Premières Nations, Inuits et Métis, de même que la documentation pertinente pour comprendre les indicateurs permettant d'évaluer la qualité des programmes et services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones. La section 7 examine un large éventail de cadres pour la santé et le bien-être des enfants, qui comprennent des cadres conceptuels, ainsi que, dans certains cas, des indicateurs et des mesures pour comprendre la santé et le bien-être des enfants et des familles autochtones. Tirant de ces sources les considérations conceptuelles qui correspondent à ce que nous savons sur la qualité et les indicateurs en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones, le tableau 1 présente une liste de principes qui pourraient être utilisés dans l'élaboration d'une stratégie de

recherche et de données pour la mise en œuvre du Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (EDSC, 2018). La section 8 donne un aperçu des sources nationales, provinciales et territoriales d'information sur la santé et la population en matière d'AGJEA, incluant notamment certaines études de recherche et certains programmes fédéraux axés précisément sur l'AGJEA. Les deux dernières sections, les sections 9 et 10, présentent une analyse des sources d'information et des indicateurs connexes étudiés dans cet examen, en aboutissant aux orientations futures en matière de stratégies pour combler les lacunes en matière d'information concernant les jeunes enfants des Premières Nations, des Inuits et des Métis et leurs familles.

La constatation la plus frappante de cet examen des cadres et des sources d'information liées à l'AGJEA au Canada confirment ce que les chercheurs sur les déterminants sociaux autochtones de la santé considèrent depuis longtemps comme un problème persistant, à savoir l'absence de données actualisées et ventilées, surtout pour les populations métisses et inuites, mais aussi pour les Premières Nations. Des données qui saisissent avec exactitude les réalités de toutes les populations distinctes des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans et hors des réserves sont nécessaires pour appuyer une politique fondée sur des données probantes pour les peuples autochtones du Canada. Bien que cet examen ait révélé l'ampleur du travail remarquable relatif aux indicateurs idéaux concernant la santé et le bien-être des enfants et des familles

autochtones, dont une grande partie a été informée, sinon dirigée par les communautés autochtones, le volet de la collecte et de l'évaluation de données de l'équation est encore sérieusement sous-développé. C'est un problème complexe, surtout si l'on considère à la fois l'urgence inhérente à toute politique visant à améliorer de manière significative la vie des membres les plus jeunes et les plus vulnérables des communautés autochtones et la complexité de la collecte de données, de la gouvernance et de la gestion des renseignements sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces questions sont traitées plus en détail dans la dernière section de ce document.



2.0 DÉFINITIONS

Dans un souci de clarté et de cohérence, nous utilisons les définitions suivantes des termes et concepts clés trouvés dans cet examen. Nous utilisons les termes « **source de données** » et « **source d'information** » de manière interchangeable pour désigner les sources qui recueillent des informations statistiques au niveau national. Nous définissons un **cadre conceptuel** comme un ensemble de concepts, d'idées, de principes et de thèmes de haut niveau qui organisent la réflexion et orientent les approches visant à comprendre la santé et le bien-être des enfants et des familles

autochtones. Un exemple de cadre conceptuel pour la santé et le bien-être des enfants autochtones est l'« Indigenous Connectedness Framework » (Saniguq Ullrich, 2019), qui s'inspire de la documentation autochtone pour définir les grands thèmes pertinents afin de comprendre la santé et le bien-être des enfants autochtones, mais ne fournit pas d'indicateurs ou de mesures précises. Un **cadre d'indicateurs** est un moyen organisé de consulter des données de différentes sources (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2017a).

Les indicateurs sont définis comme une caractéristique de santé ou de bien-être qui peut être mesurée. **Les mesures** sont définies comme la manière précise dont les informations sur les attributs et les dimensions de l'état de santé et la performance du système de santé sont saisies, tandis que les outils précis utilisés pour recueillir des informations sur la santé de la population ou la qualité de programmes et de services spécifiques sont appelés **instruments** ou **outils**.



3.0 BUT ET OBJECTIFS

Le présent document vise à examiner les sources d'information existantes, notamment les cadres, les documents et les sources de données concernant l'AGJE et la santé et le bien-être des enfants des Premières Nations, des Inuits et des Métis et de leurs familles au Canada. Il s'agit notamment de sources qui se concentrent sur la santé et le bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel ainsi que sur des éléments facilitateurs tels que l'accès aux services et à l'éducation. Le présent document s'appuie donc sur une approche interdisciplinaire et des déterminants sociaux de la santé qui examinent les répercussions des facteurs structurels (p. ex., la législation, les politiques et les ententes), systémiques (p. ex., les systèmes d'éducation, de santé, de logement et de protection

de l'enfance qui fournissent des services) et les facteurs favorables à la prestation de services pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations au Canada.

L'objectif de ce travail est de documenter l'élaboration de stratégies de recherche et de données afin d'élargir la base d'informations et de connaissances de recherche existante en matière d'AGJE. Les objectifs de cet examen de la documentation sont les suivants :

1. Fournir une vue d'ensemble des données disponibles et définir les lacunes dans les données en ce qui a trait à l'AGJE des Premières Nations, des Inuits et des Métis ;

2. Définir et formuler les mesures clés utilisées à ce jour en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants des Premières Nations, inuits et métis, y compris dans un contexte international, dans la mesure du possible ;
3. Élaborer une liste de thèmes d'indicateurs qui pourraient être utilisés pour éclairer les stratégies de recherche et de données dans le cadre de l'AGJE des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Le recouplement des résultats de cet examen avec les neuf principes de l'AGJEA décrits dans l'introduction (voir le tableau 3 de la section 9.4) fournit des informations essentielles sur les connaissances existantes et les lacunes à combler afin de soutenir au mieux l'AGJEA au Canada.



4.0 MÉTHODES



La documentation qui a servi de base à cet examen a été tirée d'une recherche dans les six bases de données universitaires suivantes : Education Source, Education Resources Information Centre (ERIC), Online Education Database, Social Services Abstracts, MedLINE et EBSCO. Les articles tirés de ces recherches ont été évalués par des pairs dans les disciplines suivantes : sciences sociales, éducation, santé, économie et travail social. Les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont été utilisés pour localiser la documentation parallèle. Les sites Web des ministères, agences et organisations fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) ont également été consultés pour localiser la documentation parallèle, notamment des rapports, des documents de travail et des cadres politiques. Les ressources en ligne, y compris celles publiées par les organisations autochtones nationales (c.-à-d. l'Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], l'Assemblée des Premières Nations [APN], le Ralliement national des Métis [RNM] et le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN]) ont également été consultées.

Compte tenu du volume de la documentation sur ces sujets, la recherche de la documentation universitaire s'est limitée à la

documentation canadienne sur une période de dix ans (2009-2019), bien que certains articles fondamentaux antérieurs à cette plage soient inclus dans ce document. Les articles publiés dans des langues autres que l'anglais, les publications non évaluées par des pairs (p. ex., des thèses et des mémoires) et les articles ne relevant pas du sujet et des termes de recherche ont été exclus de l'analyse ultérieure. Les sources ont été dépouillées à la main afin de définir des informations et des références supplémentaires, en mettant l'accent sur les sources canadiennes.

L'annexe A énumère les cadres examinés et analysés en fonction de leur pertinence pour l'AGJEA. Le tableau 1 de la section 7 définit les 12 considérations ou principes conceptuels à prendre en considération lors de l'élaboration de cadres d'AGJEA et renvoie à des cadres précis où l'on peut trouver des exemples de ces principes.

La documentation principale définie au cours du processus de recherche ci-dessus a servi de base pour comprendre la gamme d'indicateurs pertinents, dont des exemples sont fournis dans les annexes B à I. L'inclusion d'indicateurs dans l'analyse a été guidée par les paramètres suivants : 1) la pertinence pour les enfants

âgés de 0 à 6 ans; 2) la pertinence pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis; 3) la spécificité de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants, et 4) l'accent mis sur la santé et le bien-être des enfants et des familles. L'analyse documentaire a permis d'obtenir une grande quantité d'informations provenant de 39 sources différentes au total (c'est-à-dire des sources du gouvernement fédéral, des organisations autochtones nationales, des initiatives provinciales et territoriales, des sources fondées sur la recherche et des sources internationales).

Les sources de données nationales examinées comprenaient les fonds de données gouvernementales suivantes : les enquêtes de Statistique Canada, notamment l'Enquête sur les enfants autochtones, l'Enquête auprès des peuples autochtones, l'Enquête sociale générale - La famille et l'Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Les sources nationales d'information non gouvernementales comprenaient l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (ERS; phases 1 à 3) et l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations (EREEEPN).

Les annexes B à I fournissent des détails sur les thèmes (p. ex., la santé physique, la santé mentale, la langue et la culture) et les indicateurs tirés de sources de données nationales. L'examen des informations contenues dans ces sources a révélé des incohérences en ce qui concerne les sources de données, les populations cibles et les lieux géographiques d'où proviennent les données. Des comptages manuels de fréquence effectués par sujet, thème, sous-thèmes, indicateurs et mesures ont été réalisés afin d'articuler les paramètres du paysage global des données sur l'AGJE. Parmi les autres sources d'information qui complètent ce paysage, citons les données administratives des programmes fédéraux d'AGJE, tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques, l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits (ISGPNI) et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves.





Les jeunes enfants occupent une place particulière dans les cultures autochtones et leur soin est considéré comme une responsabilité sacrée dans les sociétés traditionnelles.

5.0 CONTEXTE : DÉFINITION DU CONTEXTE DE L'AGJEA AU CANADA



Cette section définit l'AGJEA et fournit un contexte pour comprendre l'environnement à partir duquel le Cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) a évolué.

5.1 L'AGJEA au Canada

Les jeunes enfants occupent une place particulière dans les cultures autochtones, et leur prise en charge est considérée comme une responsabilité sacrée dans les sociétés traditionnelles. En tant que concept occidental dominant, l'apprentissage et la garde des jeunes enfants (AGJE) fait référence à « tout programme, activité et expérience visant à promouvoir la santé et l'éducation générales des enfants de moins de neuf ans » (Mayfield, 2001, cité dans Preston, 2014, p. 3). Les peuples autochtones ont leurs propres façons de décrire et de comprendre l'AGJE, qui mélangent les concepts et les valeurs autochtones et occidentaux.

L'Assemblée des Premières Nations (APN), par exemple, note que l'AGJE est « censée être un terme englobant qui couvre la durée de la vie d'un jeune enfant, de sa naissance à son entrée dans un système d'éducation formel... l'apprentissage

précoce... fait référence à tous les l'apprentissage que l'enfant entreprend dès sa naissance » (APN, 2017a, p. 2). L'AGJE officielle englobe un ensemble de services et de programmes éducatifs, notamment les garderies, les programmes et les ressources de soutien aux familles, les programmes préscolaires, les prématernelles, les maternelles, les Programmes d'aide préscolaire et les programmes de garde parascolaire qui sont conçus pour soutenir le développement, l'apprentissage et l'identité culturelle des jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations âgés de 0 à 6 ans (Preston, 2014; EDSC, 2018). Cependant, étant donné qu'une grande partie de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants a lieu dans le contexte de la famille et non dans un cadre d'AGJE officiel, l'AGJEA devrait également soutenir le développement linguistique, émotionnel, intellectuel, spirituel et physique des jeunes enfants au sein de leurs familles et leurs communautés, depuis avant la conception jusqu'à l'âge scolaire.

Historiquement, les programmes d'AGJE pour les enfants autochtones au Canada ont été ancrés dans les approches traditionnelles du

développement de l'enfant et de l'intervention précoce, bien que la série de programmes pour les enfants inuits et des Premières Nations qui a émergé dans les années 1990 impliquait la consultation et la participation des peuples autochtones en matière de création et de conception des services. Greenwood (2009) donne un aperçu de l'élaboration des premiers programmes d'AGJE financés par le gouvernement fédéral : l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits (ISGPNI; 1995), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN, 1995) et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR, 1999).

L'ISGPNI avait pour mandat de créer 6 000 places en garderie dans les communautés des Premières Nations ou inuites de tout le Canada. La vision de l'initiative était de modéliser une nouvelle façon de travailler avec les Premières Nations et les Inuits dans la mesure où « les programmes devaient être fournis et gérés par les communautés, afin que les communautés puissent concevoir des services d'une manière qui reflète leur culture, leurs valeurs,

leurs traditions et leurs priorités. Le programme devait être dirigé, conçu et exécuté dès le départ par les Premières Nations et les Inuits » (Greenwood, 2009, p. 117). Le groupe de travail conjoint d'experts fédéral, des Premières Nations et des Inuits sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants qui a été créé pour concevoir l'ISGPNI comprenait des experts des communautés des Premières Nations et des Inuits et était coprésidé par les trois organisations autochtones nationales et Développement des ressources humaines Canada (DRHC). Bien que l'ISGPNI ait été élaborée sur la base des principes du leadership, du contrôle et de la conception des Premières Nations et des Inuits, la mise en œuvre du programme (y compris les exigences, les normes et les règlements en matière de permis) a limité la capacité des programmes à inclure les croyances et les valeurs, les protocoles et les traditions des Premières Nations (comme le fait de servir des aliments traditionnels ou d'avoir des groupes d'enfants d'âges différents) (Greenwood, 2009).

Dix ans après le début du programme, Greenwood (2009) a observé que le contrôle total de l'ISGPNI n'avait toujours pas été transféré aux communautés des Premières Nations et inuites. Greenwood (2009) a en outre observé ce qui suit :

L'accent n'a pas toujours été mis sur une approche holistique et culturelle des programmes destinés aux enfants. Au lieu de cela, on continue d'insister sur le

soutien aux parents en matière d'emploi et d'éducation. Ce positionnement remonte à dix ans et n'était pas l'intention envisagée par le groupe de travail technique. On imaginait plutôt un programme conçu pour soutenir les visions des familles et des communautés pour la croissance, le développement et le bien-être optimaux de leurs enfants. Les principes et les valeurs qui sous-tendent le programme reflètent une approche holistique ancrée dans la culture, la langue et les valeurs de la population. Cependant, étant donné l'orientation politique de l'époque et l'accent mis sur l'employabilité et l'éducation, l'ISGPNI a été présentée au cabinet comme un programme de soutien à l'intention des parents qui voulaient être employés ou qui souhaitaient participer à des activités éducatives. Ce positionnement visait à garantir l'approbation du programme par le cabinet. Aujourd'hui, cet accent demeure... Bien que le programme ait été (et continue d'être) mis en œuvre par des entités des Premières Nations au niveau provincial, les processus de mise en œuvre continuent d'être remis en question par leur financement insuffisant (pour répondre aux besoins des communautés) et le manque général de participation et d'orientation des communautés des Premières Nations. (p. 120)

Les programmes PAPACUN et PAPAR ont été conçus avec une participation moins directe des experts locaux des Premières Nations et des Inuits que l'ISGPNI, mais ils ont été mis en œuvre et gérés de façon similaire, conformément aux priorités générales en matière d'AGJE (plus

précisément concernant l'accent mis sur la préparation à l'école) et d'octroi de permis, de normes et de règlements, avec l'ajout d'éléments culturels et linguistiques propres aux peuples des Premières Nations et inuits (Greenwood, 2009). Les programmes PAPACUN et PAPAR ont tous deux été calqués sur le système américain Head Start, qui a pour mission principale de combler le déficit en matière d'intervention précoce pour les enfants et les familles à risque. Greenwood (2009) note qu'une telle approche « a souvent pour résultat de masquer les forces individuelles et collectives; ce qui n'est pas nécessairement ciblé ou soutenu structurellement est la diversité culturelle des enfants et des familles auxquels s'adresse le programme » (p. 123). L'ajout de la langue et de la culture aux programmes PAPACUN et PAPAR offre la possibilité d'aborder la diversité culturelle, mais Greenwood (2009) souligne que dans la mise en œuvre, « l'accent est mis sur les compétences et les connaissances non autochtones plutôt que sur l'enculturation des enfants dans leur culture collective » (p. 124).

En plus de fournir une base importante sur laquelle s'appuyer, les programmes offrent aussi des occasions de relever les défis de demain. Les sections suivantes abordent plus en détail le contexte démographique et sociopolitique dans lequel se situe actuellement l'AGJEA avant d'entamer une discussion plus détaillée sur la qualité de l'AGJEA autochtone.

5.2. Contexte démographique : Une population jeune et croissante

La population autochtone au Canada est plus jeune et croît plus rapidement que la population non autochtone. La population totale du Canada en 2018 était estimée à 37 millions d'habitants (Statistique Canada, 2018a). En 2016, la population autochtone totale était de 1 673 785 personnes, soit 4,9 % de la population canadienne totale (Statistique Canada, 2017). Sur l'ensemble de la population autochtone, 977 230 personnes sont identifiées comme membres des Premières Nations, 65 025 comme Inuits et 587 545 comme Métis (Statistique Canada, 2017). Les enfants de moins de cinq ans représentent 5 % de la population non autochtone totale tout en constituant 9,5 % de la population des Premières Nations, 7,2 % de la population métisse et 11,3 % de la population inuite (Statistique Canada, 2018b).

5.3. Contexte politique : réparer les torts de la colonisation

Les programmes et services pour la petite enfance décrits ci-dessus sont nés d'une prise de conscience

politique croissante, dans les années 1990, de la nécessité de remédier aux inégalités dont souffrent les enfants des Premières Nations, inuits et métis et qui sont le résultat direct des préjudices intergénérationnels de la colonisation. Les pensionnats indiens, la relocalisation forcée, la perte de la langue et de la culture, la perte de l'appartenance, les structures gouvernementales imposées – toutes ces pertes sont une preuve de la déconstruction systématique et intentionnelle envers les familles et les communautés des Premières Nations, inuites et métisses. Cette réalité contextuelle a des effets sur la création contemporaine et l'opérationnalisation des programmes et des services. Les paragraphes suivants donnent un aperçu des principaux événements et initiatives qui ont eu lieu au cours des vingt-cinq dernières années et qui ancrent bon nombre de ces réalités.

Depuis leur premier contact avec les colonisateurs européens, les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada, comme ceux d'autres pays coloniaux, luttent pour reconquérir leur nationalité et affirmer leur droit inhérent à l'autodétermination (Alfred et Corntassel, 2005; Corntassel, 2012). Au Canada, les peuples autochtones ont combattu des politiques racistes et oppressives visant à éliminer leurs cultures, leurs langues, leurs identités et les revendications légitimes de leurs terres et leurs ressources

pendant plus de 150 ans. Bon nombre de ces politiques visaient la pierre angulaire des nations autochtones – les enfants (de Leeuw, Greenwood et Cameron, 2010). Ces actions ciblées et oppressives sont en grande partie responsables de la détérioration des relations entre les peuples autochtones et les nouveaux arrivants sur l'Île de la Tortue, nous laissant avec des fragments de relation et de vérité que les générations successives auront du mal à réparer, guérir et récupérer.

Cependant, la lutte historique et contemporaine pour l'autodétermination, la guérison et le bien-être des enfants, des familles, des communautés et des nations des Premières Nations, des Inuits et des Métis est soutenue par des obligations formelles dont le Canada est signataire. En 1991, le Canada a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (Canada, 2017a). L'article 30 de la Convention décrit les droits des enfants des minorités et des enfants autochtones, en déclarant ce qui suit :

Dans les États où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre culture, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe (Assemblée générale des Nations Unies, 1989, s. 1).

² L'Île de la Tortue est le nom qu'utilisent de nombreux peuples autochtones lorsqu'ils font référence au continent de l'Amérique du Nord. Ce nom est issu des récits des Premières Nations de la création du nord-est de l'Amérique du Nord.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 92005010

La Commission de vérité et réconciliation (CVR) a été créée en 2008 dans le cadre de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (CRRPI) de 2006 (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). La CRRPI a également appelé le gouvernement fédéral à présenter des excuses publiques pour les mauvais traitements et les traumatismes infligés aux enfants autochtones dans le système des pensionnats. La CVR a entendu les témoignages des survivants des pensionnats lors d'audiences tenues dans tout le pays, et a documenté ses conclusions sommaires dans un rapport final de 380 pages publié en 2015, accompagné de 94 appels à l'action. Les derniers mots du rapport rappellent aux Canadiens que la réconciliation sera difficile, mais qu'il est nécessaire de travailler en vue d'essayer d'améliorer les choses pour nos enfants et petits-enfants (CVR, 2015).

En 2015, un gouvernement libéral fédéral a été élu parce qu'il prônait « une relation fondée sur la reconnaissance, les droits, le respect, la coopération et le partenariat avec les peuples autochtones » (Parti libéral du Canada, 2018, s. 1). Le nouveau premier ministre Justin Trudeau a souligné que les relations avec les peuples autochtones étaient l'une des priorités au Canada. Une partie de cet engagement à renouveler les relations a été réalisée en 2016, lorsque le gouvernement fédéral a pleinement approuvé la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (AANC, 2017). Également en 2015, le Canada est devenu signataire du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ce cadre d'action international sur 15 ans s'articulait autour d'un ensemble ambitieux de 17 objectifs de développement durable (ODD) et d'indicateurs associés (Canada, 2018). En adoptant ce cadre

international, le Canada a exprimé des engagements en faveur de l'équité, de la justice sociale et du développement durable, notamment pour « assurer l'égalité d'accès des personnes vulnérables, y compris... les peuples autochtones à tous les niveaux d'enseignement et de formation professionnelle » (Assemblée générale des Nations Unies, 2015, p. 5).

Bien que ces engagements et d'autres efforts aient été faits pour jeter les bases de relations renouvelées, 20 ans après que le rapport de la CRPA ait appelé à l'élimination des inégalités persistantes, de profondes injustices systémiques continuent d'exister pour les enfants et les familles des Premières Nations, inuits et métis au Canada. Par exemple, en 2007, le gouvernement fédéral s'est vu impliqué dans une action en justice devant le Tribunal canadien des droits de la personne concernant son sous-financement des services

de protection de l'enfance pour les enfants des Premières Nations (Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance au Canada, s. d.). Le Tribunal a statué en 2016 que le gouvernement fédéral avait fait preuve de discrimination à l'égard des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves en ne leur offrant pas le même niveau de services de protection de l'enfance qui existait ailleurs au pays. Plus précisément, le Tribunal a conclu que le programme des Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations offert par Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC; dissous en 2019; anciennement connu sous le nom d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada ou AADNC), de même que les modèles de financement connexes et les ententes fédérales-provinciales, étaient discriminatoires. La décision du tribunal a également conclu que l'incapacité d'AANC à appliquer correctement le principe de Jordan, une mesure visant à garantir que les enfants des Premières Nations reçoivent les services publics dont ils ont besoin lorsqu'ils en ont besoin, était discriminatoire en raison de la race et de l'origine ethnique nationale (Canada [Commission canadienne des droits de la personne] c. Canada (Procureur général)).

En 2019, le gouvernement du Canada a dissous AANC et formé un nouveau ministère appelé Services aux Autochtones Canada (SAC), qui offre des services de soins de santé, de garde d'enfants, d'éducation et d'infrastructure et un soutien pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. La vision de SAC est « d'appuyer et d'habiliter les Autochtones afin qu'ils puissent offrir des services de façon indépendante et aborder les différentes conditions socioéconomiques au sein de leurs communautés » (SAC, 2020a, paragraphe 1). En 2020, le gouvernement du Canada a adopté le projet de loi C-92 (*Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*), qui a été élaboré conjointement avec des partenaires autochtones, provinciaux et territoriaux, et qui affirme les droits des Premières Nations, des Inuits et des Métis à exercer leur compétence sur leurs propres services à l'enfance et à la famille (SAC, 2019).

Cette réforme des politiques et des programmes est encore en cours, mais elle constitue un pas vers la résolution de la crise de la protection de l'enfance autochtone au Canada, caractérisée par des taux extraordinairement élevés de prise en charge des enfants. Selon les données

de Statistique Canada, les enfants autochtones représentent 7,7 % de la population de moins de 14 ans, mais plus de la moitié (51,2 %) des enfants en famille d'accueil (Statistique Canada, 2018c). La réforme des Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations vise à réduire le nombre d'enfants autochtones pris en charge en mettant en œuvre les ordonnances du Tribunal canadien des droits de la personne pour « financer les coûts réels des agences de services à l'enfance et à la famille des Premières Nations et travailler à rendre le système véritablement centré sur l'enfant, dirigé par la communauté et axé sur la prévention et l'intervention précoce » (SAC, 2020b, s. 1). SAC travaille également avec les provinces, les territoires, les partenaires des Premières Nations et les organismes de services pour assurer la mise en œuvre du principe de Jordan en finançant les services urgents et les coordonnateurs de services locaux pour aider les familles à accéder aux aides (SAC, 2020c). L'Initiative : Les enfants inuits d'abord de SAC vise à garantir que les enfants et les familles inuits puissent accéder aux services essentiels (SAC, 2020d).



5.4 Créer un nouveau système d'AGJE pour les enfants autochtones au Canada : le Cadre d'AGJEA (2018)



Le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (Cadre d'AGJEA; EDSC, 2018), élaboré conjointement par le gouvernement du Canada et des partenaires autochtones, ouvre la voie à la gouvernance autochtone de programmes, de services et de mesures de soutien en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants de grande qualité, adaptés à la culture, bien financés et conçus précisément pour les familles et les communautés autochtones des Premières Nations, inuits et métis. L'approche de l'AGJEA fondée sur

les distinctions respecte les priorités particulières des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans des sections distinctes du document-cadre. L'annexe A résume les cadres fondés sur les distinctions contenus dans le Cadre d'AGJEA général et dominant. Dans son ensemble, le Cadre d'AGJEA « décrit une vision globale s'articulant autour d'un système d'apprentissage et de garde des jeunes enfants coordonné et exhaustif dirigé par les Autochtones, établit les principes communs à respecter et prévoit les facteurs particuliers à considérer en ce qui

a trait au sexe et à la géographie qui représentent les points de vue de tous les enfants et de toutes les familles autochtones » (EDSC, 2018, p. 2).

Les neuf principes de l'AGJEA énoncés dans le Cadre découlent d'un engagement national et régional auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada. Ces principes visent à jeter les bases du renforcement collectif des programmes d'AGJEA. Les voici :

1. Savoir, langues et cultures autochtones

L'AGJEA est enraciné dans les connaissances, les langues et les cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis auxquels il s'adresse.

2. Détermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont des peuples distincts ayant le droit de contrôler la conception, l'exécution et l'administration d'un système d'AGJEA qui reflète leurs besoins, priorités et aspirations uniques.

3. Programmes et services de qualité

Les programmes et services d'AGJE adaptés à la culture et distincts sont enracinés et adaptés aux cultures autochtones et offerts dans le cadre d'une approche globale favorisant le bien-être des enfants et des familles et la création de programmes et d'environnements sains, réconfortants et dotés de ressources. Cela comprend l'embauche d'éducateurs de la petite enfance culturellement compétents, éduqués, formés et bien rémunérés qui évolueront dans un milieu de travail sain, équitable et solidaire.

4. Approche axée sur les enfants et les familles

L'enfant est compris dans le contexte familial et les familles sont directement impliquées dans la prestation d'un continuum de programmes, de services et de soutien, de la période prénatale à l'âge scolaire et au-delà. Les familles sont soutenues dans la guérison des traumatismes passés et présents.

5. Approche inclusive

Les programmes d'AGJE comprennent une gamme de mesures de soutien répondant aux multiples capacités des enfants, des familles et des communautés (y compris les capacités physiques, psychologiques et cognitives), et qui tiennent compte de leur emplacement géographique et de leur situation socioéconomique.

6. Approche souple et adaptable

Les programmes et services d'AGJE sont flexibles et répondent aux besoins particuliers des enfants, des familles et des communautés.

7. Accessibilité

Les programmes et services d'AGJE sont disponibles et abordables pour tous les enfants et toutes les familles autochtones qui en ont besoin.

8. Transparence et responsabilité

Les programmes d'AGJE sont conçus, exécutés et financés de manière responsable à l'égard des enfants, des familles, des communautés et des partenaires ; les données sont transmises de façon transparente et éthique et les responsabilités des intervenants contribuant à la mise en place de ces services sont assumées mutuellement.

9. Respect, collaboration et partenariats

Les peuples autochtones montrent la voie en renforçant et en favorisant la collaboration et les partenariats nouveaux et émergents dans l'ensemble des secteurs, grâce aux nombreux acteurs responsables de la conception et de l'exécution de programmes visant l'atteinte d'objectifs communs. Les réseaux

de soutien fondés sur les besoins de la communauté aident les familles et les communautés autochtones à prendre soin de leurs enfants de manière globale, holistique, efficace et efficiente.

À la section 9.4, ces principes sont utilisés comme schéma pour évaluer les informations et les indicateurs existants pertinents à l'AGJEA, soulignant les lacunes qui subsistent et qui doivent être comblées afin de passer à un système d'AGJEA qui répond aux besoins et aux désirs des enfants, des familles et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada.

La section suivante passe en revue la documentation axée sur la qualité et les indicateurs de l'AGJEA afin de fournir une base pour l'examen des cadres (section 7) et des sources d'information (section 8) formant le paysage des données et de l'information en matière d'AGJEA au Canada.



Au cours des trente dernières années, des preuves rigoureuses ont constamment démontré l'impact positif de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants de haute qualité sur le développement cognitif et socio-affectif des enfants.

(Garon-Carrier, 2019; Yoshikawa et al., 2013).

6.0 EXAMEN DE LA DOCUMENTATION : QUALITÉ ET INDICATEURS DE L'AGJEA



Cette section passe en revue la documentation universitaire et les études de recherche axées sur la définition de la qualité en matière d'AGJEA et la détermination des indicateurs appropriés pour mesurer la qualité dans les services et programmes d'AGJEA. Bien qu'elles soient importantes et pertinentes pour l'AGJEA, les recherches axées sur la qualité dans les programmes et systèmes traditionnels d'AGJE ne fournissent qu'une image partielle. Afin d'aborder de manière adéquate la manière dont la qualité doit être comprise et mesurée dans le contexte de l'AGJEA, cette analyse documentaire s'appuie autant que possible sur des sources ancrées dans les perspectives des Premières Nations, des Inuits, des Métis et d'autres peuples autochtones. Ces sources comprennent la documentation parallèle des groupes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que la documentation universitaire et les études axées sur l'évaluation de la santé et du bien-être des enfants autochtones.

6.1. Comprendre la qualité de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA)

Au cours des trente dernières années, des preuves rigoureuses ont constamment démontré l'influence positive d'un apprentissage précoce et d'une garde d'enfants de qualité sur le développement cognitif et socio-affectif des enfants (Garon-Carrier, 2019; Yoshikawa et al., 2013). Des études ont fait état de caractéristiques, de corrélats et de mesures de la qualité au niveau des structures, des systèmes, des programmes et des processus dans l'AGJEA (Friendly, Doherty et Beach, 2006).

Les définitions de la qualité de l'AGJE font souvent la distinction entre les composantes du processus et les composantes structurelles

et les éléments constitutifs de chacune qui sont censés soutenir le développement sain de l'enfant (Slot, Leseman, Verhagen et Mulder, 2015). La qualité du processus « fait référence aux expériences quotidiennes de l'enfant dans les contextes d'éducation et de soins de la petite enfance et englobe les aspects sociaux, émotionnels, physiques et pédagogiques des activités des enfants et des interactions avec les enseignants, les pairs et le matériel, qui sont considérés comme les déterminants proximaux du développement de l'enfant » (Slot et al., 2015, p. 64). Les indicateurs de la qualité du processus comprennent : les interactions émotionnelles, pédagogiques et organisationnelles entre les éducateurs et les enfants; la chaleur, le respect, la prise en compte des perspectives et de la sensibilité des enfants par les éducateurs; des programmes d'études axés sur le développement et adaptés au développement; la capacité du personnel à organiser des environnements physiques et sociaux qui répondent aux besoins

des enfants; et des interactions positives avec les enfants et les parents (Bigras et al., 2010; Garon-Carrier, 2019; Slot, 2018; Slot et al., 2015). Le curriculum de l'AGJE fait référence à la façon dont les occasions d'apprentissage sont créées par la conception et la mise en œuvre d'interactions, de relations et d'environnements riches en apprentissages entre l'éducateur et l'enfant (Healthy Child Manitoba, nd). La Fédération canadienne des services de garde à l'enfance (2005) souligne l'importance du curriculum, le décrivant comme une « dimension clé des services de garde de haute qualité... transformant de simples activités de passe-temps en des expériences d'apprentissage stimulantes qui améliorent le développement sain des enfants » (sans lieu).

Les facteurs structurels de la qualité de l'AGJE se situent au niveau du système, de l'organisation, du milieu et du personnel et comprennent des caractéristiques telles que la taille, la composition du groupe, la qualification du personnel, les conditions de travail et les normes relatives à l'espace et à l'environnement physique et les ratios enfants-éducateurs (Howes et al., 2008; Slot, 2018; Slot et al., 2015). La qualité structurelle et la qualité des processus sont inextricablement liées, en ce sens que des ratios enfants-éducateurs réduits et un personnel hautement qualifié sont censés conduire à une meilleure qualité des processus et, par conséquent, à des résultats sains pour les enfants (Slot et al., 2015). Cependant, la documentation suggère que bien que la qualité

structurelle aide à fournir les conditions nécessaires pour atteindre la qualité du processus, il n'y a pas de preuve claire (voir Garon-Carrier, 2019; Perlman et al., 2017). Les indicateurs de la qualité structurelle comprennent la composition des groupes (ratios enfants-éducateurs), l'existence de systèmes de contrôle de la qualité, une qualification préalable plus élevée, la participation à la formation professionnelle continue, les années de service et les conditions de travail (c'est-à-dire les salaires et les heures de travail) (Garon-Carrier, 2019; Goelman, Doherty, Lero, LeGrange et Tougas, 2000).

Il existe plusieurs instruments normalisés et validés pour évaluer la qualité des services d'AGJE. Les indicateurs structurels de la qualité des services d'AGJE sont habituellement mesurés au moyen de listes de contrôle, d'entrevues ou de questionnaires (Garon-Carrier, 2019). Les indicateurs de processus sont évalués à l'aide d'échelles et de mesures ainsi que d'instruments d'observation pour saisir et coder les routines de garde d'enfants dans le cadre des services d'AGJE. Les mesures directes de la qualité des processus comprennent, mais sans s'y limiter, à l'échelle ITERS (Infant-Toddler Environment Rating Scale [échelle de cotation du milieu pour nourrissons/tout petits]) (ITERS-R; Harms, Cryer, et Clifford, 2006), l'échelle ECERS R (Early Childhood Environment Rating Scale – Revised [échelle de cotation du milieu préscolaire – édition révisée]) (ECERS-R; Harms et al., 2006) et l'échelle Caregiver interaction scale [échelle de relations avec les

fournisseurs de soins] (CIS; Arnett, 1986). L'ECERS-R, par exemple, contient 35 éléments organisés en sous-échelles, y compris l'espace et l'ameublement, les routines de soins personnels, la langue et l'alphabétisation, les activités d'apprentissage, l'interaction et la structure du programme (Harms et al., 2006). L'échelle Caregiver interaction scale [échelle de relations avec les fournisseurs de soins] mesure quatre dimensions données du comportement de l'éducateur : la sensibilité, la sévérité, le détachement et la permissivité (Arnett, 1986).

Les experts suggèrent que des systèmes d'AGJE de hautes qualités composées d'une série d'éléments liés (p. ex., valeurs, gouvernance, infrastructure, planification et élaboration de politiques, financement, ressources humaines, environnement physique, données et évaluation) constituent le fondement de programmes d'AGJE de haute qualité (Friendly et al., 2006). Les sources d'obstacles communs aux programmes d'AGJE de haute qualité, notamment l'insuffisance de financement, se trouvent souvent au niveau structurel ou politique (Friendly et al., 2006).

L'AGJE de haute qualité en général englobe donc un large éventail d'éléments, dont certains sont cohérents d'un contexte à l'autre et d'autres sont davantage adaptés au contexte. Bien que certains éléments structurels tels que les politiques et le schéma de financement aient des répercussions sur la qualité dans tous les contextes, il n'existe pas d'approche définitive et universelle pour définir ce qui

constitue précisément la qualité de l'AGJE puisque les systèmes sont enracinés dans l'articulation d'idées, de concepts, de valeurs et des principes qui diffèrent selon le temps et l'emplacement géographique.

Les différentes sociétés et cultures ont des idées, des croyances et des perceptions différentes sur les enfants, l'enfance et l'objectif de l'AGJE qui, à leur tour, influencent les valeurs et la vision qui sous-tendent un AGJE « de qualité » (Friendly et al., 2006). C'est pourquoi il est important de tenir compte de la manière dont la qualité de l'AGJE des Premières Nations, des Inuits et des Métis est étroitement liée aux politiques, au financement et à bon nombre des caractéristiques structurelles et procédurales décrites ci-dessus, tout en intégrant la flexibilité nécessaire aux approches locales, communautaires et contextuelles pour la mise en œuvre et l'évaluation de l'AGJEA. Ces variations locales seront enracinées dans les différentes valeurs, besoins et désirs des familles et des nations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Le processus de consultation menant à l'élaboration du cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) a souligné l'importance d'adopter une approche fondée sur les distinctions pour élaborer un cadre stratégique qui tient compte de la variation des définitions des soins de qualité chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Bien qu'il existe de nombreuses similitudes dans ce qui constitue des services d'AGJE de qualité pour les enfants autochtones en général, les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont des groupes

distincts avec des valeurs, des objectifs, des besoins et des formes d'encadrement distincts en matière de définition de services d'AGJE de qualité.

Par exemple, dans le *Cadre national d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (AGJE) des Premières Nations (2017)*, élaboré par le Groupe de travail national des experts de l'AGJE des Premières Nations de l'Assemblée des Premières Nations, les programmes d'AGJE de qualité des Premières Nations sont décrits comme étant « divers et... imitent les langues et cultures distinctes des régions dans lesquels ils sont mis en œuvre » (APN, 2017a, p. 4). Le document précise en outre que l'AGJE de haute qualité des Premières Nations « est évident dans l'environnement d'apprentissage et physique des enfants, dans la formation et la rémunération des éducateurs de la petite enfance, dans la participation des aînés, ainsi que dans la mobilisation des familles et des communautés » (APN, 2017a, p. 4); il décrit ensuite les programmes d'AGJE de qualité destinés aux enfants et aux familles des Premières Nations comme des programmes qui, entre autres :

contribuent au renforcement des communautés, dans la mesure où ils appuient le développement et l'apprentissage continu de l'identité culturelle et de l'appartenance à la famille, à la communauté et aux pairs pendant la période critique de la petite enfance... Des programmes et des services d'AGJE de qualité supérieure peuvent contribuer à améliorer la

santé et le bien-être des enfants, en particulier ceux qui vivent dans la pauvreté et qui sont défavorisés... Les programmes d'AGJE de qualité favorisent le développement de la confiance en soi, la santé mentale et les habiletés sociales qui peuvent aider les enfants à entretenir des relations et résoudre des conflits, stimuler leur intérêt pour l'apprentissage et la réussite scolaire, développer des compétences parentales fructueuses et être moins enclins à s'engager dans des activités criminelles — ce qui, en fin de compte, mène à une vie meilleure. (p. 9)

Cette perspective de services d'AGJE de qualité pour les Premières Nations est confirmée par les résultats d'une étude nationale réalisée à la fin des années 1990 qui a exploré les perspectives des communautés des Premières Nations sur ce qui constitue des services de garde d'enfants de qualité (Greenwood et Shawana, 2000). Les entrevues avec des informateurs clés et les groupes de discussion menés dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Ontario ont révélé des thèmes communs liés à l'environnement physique, aux soignants, à la formation des soignants, aux programmes pour enfants, au contenu de l'enseignement, à la participation des parents et de la communauté et au regroupement d'enfants. Ces thèmes comprenaient le besoin de matériel et d'équipement pour représenter la communauté et améliorer le développement de

l'enfant (environnement physique); l'importance de s'assurer l'aide de nombreuses personnes dans le domaine de la garde d'enfants, notamment des éducateurs qualifiés pour la petite enfance, des membres de la communauté, des aînés, des familles et des personnes s'occupant d'enfants; et la nécessité de créer des programmes de formation pour la petite enfance conçus par les Premières Nations. D'autres thèmes liés à l'AGJE de qualité dans le contexte des Premières Nations soulignent l'importance de programmes qui reflètent les valeurs et croyances traditionnelles de la communauté et offrent aux enfants la possibilité de participer à des activités traditionnelles, d'intégrer la langue dans les activités d'apprentissage et de faire participer les parents. Dans l'ensemble, un service de garde de haute qualité a été caractérisé comme suit :

un endroit sûr où les enfants apprennent, s'amuse et se sentent aimés... Un service de garde d'enfants de qualité est un endroit où toutes les personnes impliquées sont satisfaites : où les enfants sont heureux, les parents satisfaits et le personnel satisfait du service qu'il offre. Il est important que le personnel et les bénévoles soient qualifiés. Le service doit faire appel à des personnes qui sont réconfortantes et en bonne santé mentale, spirituelle, émotionnelle et physique. Le but d'un service de garde d'enfants de qualité est de rassurer les parents quant à la qualité du programme et à la

sécurité de leurs enfants. Un service de garde de qualité répond aux besoins des enfants, des parents et de la communauté. (Greenwood et Shawana, 2000, p. 84-85)

La description de l'AGJE des Inuits de qualité dans la *proposition des Inuits à Emploi et Développement social Canada concernant le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones* (Inuit Tapiriit Kanatami, Pauktuutit Inuit Women of Canada et Tungasuvvingat Inuit, 2017) met également l'accent sur l'importance de la culture, de la langue, des traditions et des valeurs. Elle illustre l'AGJE des Inuits de qualité comme l'adoption d'une approche holistique visant à soutenir le bien-être des enfants grâce à une pédagogie typiquement inuite. L'AGJE des Inuits de qualité est donc :

Défini et créé par les Inuits, enraciné dans leur culture, leurs traditions et leurs valeurs, et fourni en Inuktitut... [Des soins de qualité favorisent] le bien-être spirituel, intellectuel, émotionnel et physique des enfants et fait de l'apprentissage éducatif le fondement de tous les programmes. Il utilise l'observation et le *silatunig*³ comme outils pédagogiques et didactiques... Par qualité, on entend notamment des éléments de base comme un espace propre, sûr, chaleureux et réconfortant pour apprendre et grandir, mais ce concept est plus élargi et holistique que les règles de santé et de sécurité. Il reconnaît que les parents et les

familles sont les premiers enseignants de l'enfant dans le cadre de programmes ancrés dans les connaissances inuites et les valeurs sociétales. Cela se traduit par des programmes, des services et des structures organisationnelles ancrés dans les valeurs, la culture et les pratiques inuites propres à la communauté. (ITK et al., 2017, p. 8)

Atuagsijut : Following the Path, Sharing Inuit Specific Ways (en anglais seulement), une ressource pour les prestataires de services qui travaillent avec les parents d'enfants inuits en Ontario, recommande des pratiques exemplaires (c'est-à-dire les méthodes et techniques utilisées pour maintenir la qualité) en matière d'AGJE, notamment en utilisant les moyens suivants :

- En invitant les aînés et les grands-parents inuits à participer à des programmes destinés aux parents inuits. Les aînés peuvent soutenir les Inuits qui revendiquent un retour à leurs propres traditions et pratiques culturelles ;
- En intégrant les valeurs sociétales inuites dans les programmes, les services et les aides ;
- En acceptant, en comprenant et en écoutant les parents inuits souffrant de traumatismes et de choc culturel, sans les juger, pour les aider à se sentir en sécurité et compris ;
- En aidant les parents d'enfants inuits en famille d'accueil et les parents adoptifs à maintenir des

³ *Silatunig* se traduirait en français par : « une façon d'être respectueuse dans le monde » Voir <https://www.erudit.org/fr/revues/etudinu/2014-v38-n1-2-etudinu01719/1028851ar/>

liens culturels afin de renforcer l'identité culturelle. (Meilleur départ par Nexus Santé, 2019, p. 45).

Dans le cadre de l'AGJEA, la Nation métisse a décrit une « vision de l'AGJE dans laquelle les enfants et les familles dans l'ensemble du territoire traditionnel ont recours à des programmes et à des services culturellement adaptés qui favoriseront la croissance saine et le développement des enfants et des familles par des expériences ancrées dans la culture et les communautés métisses » (EDSC, 2018, p. 18). En ce qui concerne la qualité, les principes de l'AGJE de la Nation métisse articulent les caractéristiques des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants comme étant celles qui sont guidées par, entre autres facteurs, le renforcement de la culture, de la langue et de la communauté métisses; l'autodétermination dans la détermination des priorités de l'AGJE et dans l'élaboration des programmes et la garantie que les programmes d'AGJE soutiennent l'amélioration des résultats sanitaires, sociaux et éducatifs des enfants métis (EDSC, 2018, p. 19). À la suite de la publication du cadre d'AGJEA, le 6 mars 2019, le gouvernement du Canada et la Nation métisse ont signé l'Accord sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants de la Nation métisse, qui prévoit un investissement total de 450,7 millions de dollars sur dix ans⁴ pour améliorer l'apprentissage et la

garde des jeunes enfants pour les enfants et les familles de la nation métisse. En réponse à l'accord, la Métis Nation of Ontario (MNO) a créé le programme d'apprentissage et de garde des jeunes enfants pour « améliorer l'accès à des possibilités d'apprentissage fondées sur la culture » pour les jeunes enfants, les familles et les communautés métis (Métis Nation of Ontario, 2020, par. 1). Selon la MNO, cela comprend l'accès à des programmes d'AGJE adaptés aux Métis et la possibilité pour les enfants métis « d'apprendre de la terre et de grandir au sein de leur culture » (Métis Nation of Ontario, 2020, paragr. 5), mettant en évidence ces éléments des programmes d'AGJEA de qualité pour les familles métisses.

Dans de nombreux contextes, il sera nécessaire de se pencher sur la qualité de l'AGJEA afin d'assurer un mélange d'enfants et de familles des Premières Nations, inuits et métis, ce qui peut être fait sans adopter une approche « pan autochtone ». La BC Aboriginal Child Care Society (BCACCS) décrit les soins de qualité comme étant ceux qui intègrent les éléments suivants : vision du monde autochtone, enseignement du respect et de la protection de l'environnement, relations de coopération, participation des aînés, promotion de relations respectueuses avec les familles, adoption d'une vision holistique du développement, intégration des langues autochtones, préparation aux responsabilités futures, inclusion, regroupement

multi âges, respect et reconnaissance du personnel des services de garde, recherche, modèles de prestation, collaboration, autorité locale et responsabilité envers les parents et les communautés autochtones (BCACCS et APN, 2005). Une éducation de qualité pour les jeunes enfants autochtones comprend également des éléments tels que la pédagogie autochtone, les langues et la culture autochtones, la présence d'éducateurs autochtones et l'autonomisation des parents et des communautés autochtones (Preston, 2014). Dans les contextes urbains, où les enfants et les éducateurs peuvent avoir des liens avec un ou plusieurs groupes différents des Premières Nations, des Inuits et des Métis, l'élaboration continue et flexible des programmes devrait tenir compte de ces variations.

La qualité de l'AGJEA englobe donc un large éventail d'éléments qui comprennent des aides systémiques et organisationnelles, des dynamiques culturelles, des interactions entre éducateurs et enfants, la participation communautaire, la pédagogie autochtone et d'autres éléments. La section suivante se penche sur la documentation relative aux indicateurs permettant d'évaluer la santé et le bien-être des enfants autochtones.



⁴ En 2019, le gouvernement du Canada a annoncé des investissements fédéraux d'un montant total de 1,7 milliard de dollars sur 10 ans pour renforcer les programmes et les services d'AGJE destinés aux enfants et aux familles autochtones (1,02 milliard de dollars pour les Premières Nations, 111 millions de dollars pour les Inuits et 450,7 millions de dollars pour les Métis). Voir : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/apprentissage-jeunes-enfants-autochtones.html>



6.2 Indicateurs de l'AGJEA et de la santé et du bien-être des enfants autochtones

Dans le domaine de la santé et du bien-être, les indicateurs aident à évaluer la santé globale d'une communauté, à déterminer si les programmes et services existants atteignent les résultats escomptés, à valider et à répondre aux besoins de la communauté et à guider les communautés dans la prise de décision (Goudreau, Wabano et Stankiewicz, 2019; Pike, McDonald et FNICYIHWG, 2010). Les indicateurs peuvent être utilisés dans des contextes de politique et de financement comme outil de responsabilisation, pour la collecte et le partage d'informations et dans la recherche (Crampton et al., 2004).

Suivis au fil du temps, les indicateurs témoignent de la santé ou des changements au sein d'un groupe ou d'une population, permettant aux décideurs politiques de définir les problèmes de santé émergents et d'éclairer l'élaboration de politiques et de programmes.

Les indicateurs sont couramment (mais pas universellement) mesurés à l'aide de données quantitatives, exprimées en pourcentages, taux ou nombres; mais ils peuvent également être mesurés à l'aide de données qualitatives telles que des récits (Geddes, 2015, tel que cité dans Heggie, 2018, p. 8). Les indicateurs peuvent être associés aux résultats cliniques, à la santé de la population et à la performance organisationnelle (Crampton et al., 2004). Les indicateurs peuvent être définis comme « un élément de données – un instantané de l'état, du

niveau ou de la mesure d'une chose » (ASPC, 2017a, par. 2). Certains chercheurs définissent les indicateurs comme synonymes ou inclusifs de mesures, les indicateurs étant des mesures statistiques clés pour « aider à décrire (définir) une situation de manière concise, suivre les progrès et les performances et servir de guide à la prise de décision » (AIHW, 2008, tel que cité dans l'Australian Institute of Health and Welfare, s. d., p. 1 ; voir aussi Pike et al., 2010 ; Waddell, Shepherd et Chen, 2013). D'autres auteurs définissent les indicateurs comme les définitions statistiques des mesures; c'est-à-dire la correspondance la plus proche possible avec le concept de mesure, les critères de sélection des données et les données disponibles (p. ex., le nombre d'incidences, le taux de prévalence), tout en utilisant le terme « mesures » pour décrire des aspects distincts du bien-être des enfants et



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 534219976

des jeunes pour chaque dimension (O'Brien Institute for Public Health, 2018). D'autres encore définissent la « mesure » comme l'outil ou l'instrument précis utilisé pour évaluer la santé et le bien-être des enfants (Young et al., 2015a, 2015b). Bien que les cadres traditionnels soient fréquemment utilisés pour évaluer le développement, la santé et le bien-être des enfants autochtones, ainsi que la satisfaction des parents à l'égard de programmes et de services précis, la validité et la fiabilité de l'utilisation de ces mesures dans des contextes autochtones n'ont pas été établies (Ball, 2008). Nous définissons les « cadres traditionnels » comme des schémas ou des structures organisationnelles abstraites composées de concepts, de thèmes, de mesures et d'indicateurs interdépendants qui s'appliquent à la population dans son ensemble. Les cadres traditionnels ne tiennent pas compte des concepts autochtones

de santé et de bien-être, qui sont relationnels et holistiques, ni des contextes uniques de la vie des enfants autochtones. Les mesures de la santé pertinentes sur le plan culturel sont presque inexistantes au Canada, ce qui complique la mesure précise des résultats de santé des enfants autochtones (Young et al., 2015a, 2015b). Les peuples autochtones conceptualisent la santé et le bien-être différemment des approches non autochtones ou traditionnelles. Les cadres généraux ont tendance à se concentrer sur les aspects physiques de la santé d'un individu, tels que la maladie, en se concentrant sur les symptômes et en adoptant généralement une vision « déficitaire » de la santé plutôt que d'évaluer le bien-être (Ball, 2008; Rountree et Smith, 2016). Par exemple, les cadres traditionnels mesurent généralement le bien-être social et économique en utilisant

les possessions matérielles et le revenu comme indicateur, tandis que les populations autochtones utilisent souvent les connaissances culturelles ou spirituelles comme des indicateurs plus appropriés de bien-être (Taylor, 2008). L'accent mis sur les déficits des cadres traditionnels peut être néfaste pour les populations autochtones, dans la mesure où un tel accent peut renforcer les stéréotypes négatifs nuisibles ou devenir une « prophétie qui s'exauce » (Geddes, 2015; Heggie, 2018).

Des indicateurs fondés sur les forces et culturellement adaptés sont essentiels pour évaluer la santé et le bien-être des populations autochtones. Les visions autochtones du bien-être sont « fondées sur l'équilibre et l'harmonie dans les relations humaines et le monde naturel et spirituel » (Rountree et Smith, 2016, p. 207), et également

sur l'équilibre et l'harmonie entre la santé mentale, physique, spirituelle et émotionnelle au niveau individuel ainsi qu'au niveau familial et communautaire (Heggie, 2018; Pike et al., 2010). Les visions du monde autochtones reconnaissent les différentes capacités des enfants comme des dons ou des forces qui sont enracinés dans les liens avec la famille, la communauté et les pratiques culturelles et spirituelles (Ball, 2008; Saniguq Ullrich, 2019). Les perspectives autochtones sur la santé et le bien-être sont holistiques, conformes à un cadre de déterminants sociaux de la santé qui tient compte, entre autres déterminants, des effets complexes et interdépendants du revenu, du statut social, de l'emploi, des réseaux de soutien social, des niveaux d'éducation, des environnements sociaux et physiques, des pratiques de santé personnelles, du développement sain des enfants, et du sexe et de la culture. (Greenwood et al., 2015 ; Heggie, 2018; Waddell et al., 2013).

Les cadres généraux ne reconnaissent généralement pas que les inégalités sont souvent dues à des problèmes structurels ou systémiques qui échappent au contrôle local ou individuel. Par exemple, l'héritage du colonialisme, notamment le retrait des enfants de leur famille pour les envoyer dans des pensionnats et les taux disproportionnés de prise en

charge des enfants par les services de protection de l'enfance, a contribué aux nombreux traumatismes, à la perte des compétences parentales et à la détérioration de l'état de santé des peuples autochtones (Ball, 2008). À ce titre, l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants autochtones exige non seulement de se concentrer sur la résolution des défis auxquels ils sont confrontés, mais aussi sur le renforcement de leurs forces, notamment le renforcement d'un fort sentiment d'identité culturelle et de relations avec la famille, la communauté et les pratiques culturelles et spirituelles (Ball, 2008; Rountree et Smith, 2016).

Comme chaque communauté a sa propre définition du bien-être et ses propres circonstances géographiques et sociales, facteurs culturels, accès aux services sanitaires et sociaux, défis et forces, les approches « uniformisées » visant à améliorer la santé et le bien-être des enfants autochtones sont inefficaces (Ball, 2008). Afin de garantir la pertinence des indicateurs de bien-être des Autochtones, ceux-ci doivent être élaborés, informés et suivis par et pour les communautés autochtones, de manière à correspondre au mieux à leurs propres besoins, priorités, objectifs et circonstances (Ball, 2008; Goudreau et al., 2019; Heggie, 2018). Comme le note Ball (2008), les cadres propres aux Autochtones

doivent être axés sur la famille, adaptés à la culture et fondés sur une approche de développement communautaire utilisant des critères autochtones plutôt que des critères imposés depuis le sommet de la hiérarchie. L'évaluation doit donc être basée sur la mesure dans laquelle les programmes communautaires ont atteint les objectifs définis par la communauté. Le transfert du pouvoir des gouvernements coloniaux aux communautés autochtones en matière de collecte de données sur la santé est également une étape importante vers la souveraineté des données autochtones et la décolonisation des approches de surveillance de la santé autochtone (Heggie, 2018; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2014).

Étant donné les besoins et les aspirations uniques des communautés des Premières Nations, inuites et métisses, les critères sur lesquels s'appuiera la création des cadres d'AGJEA seront différents de ceux de l'AGJE pour la population générale. Les cadres propres aux Autochtones doivent comprendre des concepts qui pourront soutenir des thèmes et des indicateurs efficaces propres aux autochtones en matière de bien-être des enfants et des familles. Les indicateurs efficaces propres aux Autochtones intègrent les caractéristiques suivantes :

✓ Ils sont significatifs et pertinents pour les enfants, les familles et les communautés ;

✓ Ils intègrent des éléments basés sur les forces qui minimisent les facteurs de risque et renforcent les facteurs de protection qui favorisent la résilience ;

✓ Ils sont relationnels et communautaires, reconnaissant l'interconnexion de la santé d'un enfant avec les aspects de son environnement, le bien-être de sa famille et de sa communauté, son ascendance, sa culture, sa spiritualité et son pays (terre et environnement) ;

✓ Ils impliquent une harmonie dans les relations sociales et spirituelles et dans certains aspects de l'environnement physique ;

✓ Ils ont une approche holistique de la détermination du bien-être qui implique un équilibre entre les aspects physiques, émotionnels, spirituels et mentaux de la vie ;

✓ Ils tiennent compte de la culture et de l'acquisition des langues autochtones ; et

✓ Ils adoptent une perspective de déterminants sociaux de la santé qui reconnaît les inégalités qui existent par rapport aux déterminants qui touchent la santé et le bien-être des enfants (Alberta, 2019; APN, 2006; Ball, 2008; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] et administrateur en chef de la santé publique, 2016; EDSC, 2018; Marmor et Harley, 2018; Mitic et Leadbeater, 2009; Pike et al., 2010; Prout, 2012).



7.0 CADRES POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ET DES FAMILLES



Cette section examine divers cadres qui permettent d'organiser les idées et les façons d'examiner les données provenant de différentes sources en matière de santé et de bien-être des enfants et des familles autochtones. Certains des cadres examinés sont propres aux Autochtones et certains ne le sont pas. Étant donné le volume considérable de la documentation sur ce sujet, cette section ne contient pas une liste exhaustive ou un examen de tous les cadres pertinents, mais est plutôt basée sur un examen de ceux sélectionnés pour leur pertinence (voir l'annexe A pour une liste complète).

Les cadres conceptuels et les indicateurs sont étroitement liés, mais ne sont pas synonymes. Bien que nous ayons parfois combiné des cadres de concepts et d'indicateurs sous le terme de «cadres», il est important de noter le caractère unique de chacun si nous voulons en discuter indépendamment. Un cadre conceptuel peut être défini comme un outil analytique qui fournit une image globale, qui organise les idées et établit des distinctions conceptuelles. Le cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) est un exemple de cadre conceptuel.

Un cadre d'indicateurs est un moyen organisé de consulter des données de différentes sources. Les cadres d'indicateurs sont généralement plus détaillés et précis que les cadres conceptuels. Les cadres d'indicateurs font connaître aux utilisateurs les façons de mesurer les intrants (par exemple, les concepts ou les résultats escomptés) et indiquent où trouver les données pour rendre le cadre opérationnel. Dans certains cas, les cadres comprennent des indicateurs et des sources de données. Comme décrit dans la section suivante détaillant les sources de données, les indicateurs sont associés à des thèmes précis (p. ex., la santé physique, la santé mentale, l'éducation, l'apprentissage précoce, la culture et la langue).

Un cadre peut donc être considéré comme un vaste contenant conceptuel d'idées, d'indicateurs et de mesures propres à un sujet particulier. Les cadres pris en considération dans cet examen présentent divers degrés de pertinence pour l'AGJEA, mais tous sont pertinents pour la santé et le bien-être des enfants et des familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis. L'objectif principal de l'examen de ces cadres est de déterminer les éléments qui

pourraient éclairer l'élaboration et la révision d'un cadre propre à l'AGJEA. Une liste complète des cadres examinés, y compris de brefs résumés et des tableaux énumérant certains indicateurs, se trouve à l'annexe A.

Les cadres examinés dans cet examen comprennent ceux qui sont propres aux enfants autochtones, ceux qui sont axés sur le bien-être de la famille et de la communauté et ceux qui sont destinés aux enfants canadiens en général, mais qui s'appliquent à la santé et au bien-être des enfants inuits, métis et des Premières Nations. Les sources comprennent des ouvrages effectués par les provinces et territoires, par des centres de recherche et des organisations autochtones. Les cadres internationaux ont également fait l'objet d'un examen selon les éléments applicables au contexte canadien en matière de santé et de bien-être des enfants et des familles autochtones. Le tableau 1 (pp. 28-30) énumère les considérations ou principes conceptuels trouvés dans les cadres examinés.

Ces principes guident la sélection d'indicateurs précis qui constitueraient, par exemple, un cadre de données de l'AGJEA. Alors

que le cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) énonce les lignes directrices et les principes pour « orienter la conception, l'exécution et la gouvernance d'un apprentissage et d'une garde des jeunes enfants autochtones du Canada qui s'inscrivent dans l'autodétermination, sont axés sur les enfants et ancrés dans la culture, par l'entremise de politiques, de processus, de partenariats, de pouvoirs, de capacités, de programmes et d'investissements nouveaux qui les renforceront » (EDSC, 2018, p. 5), il ne contient pas de stratégies de mise en œuvre. Les données sont essentielles pour garantir et suivre les progrès de la mise en œuvre du cadre d'AGJEA. Ainsi, les travaux présentés dans cette section (et qui se poursuivent dans l'annexe A) se situent dans un contexte plus large qui conduira et informera les cadres de mise en œuvre, les stratégies et les indicateurs de l'AGJEA.

Chacun des cadres énumérés à l'annexe A est unique par son contexte, sa portée, son objectif, son objectif et son public, ainsi que par l'âge des enfants considérés. Bien que l'ampleur de la diversité empêche la comparaison directe

entre les cadres, elle met en évidence des considérations ou des principes conceptuels communs qui peuvent éclairer la création de cadres et d'indicateurs propres aux autochtones. Ces principes, de même que les références à des cadres précis qui pourraient être utilisés comme exemples, sont énumérés dans le tableau 1 ci-dessous.

Certains des cadres mentionnés dans le tableau ci-dessus et dans l'annexe A ont établi un lien entre les principes conceptuels énumérés dans le tableau 1 et les indicateurs proposés. Il convient de noter que tous les cadres énumérés dans le tableau ci-dessus et dans l'annexe A n'ont pas recueilli de données pour suivre les progrès par rapport aux indicateurs (lorsqu'ils ont été déterminés). La section suivante donne un aperçu des informations et des sources de données et des indicateurs les plus courants qui, ensemble, forment le paysage des connaissances actuelles sur l'état de santé des enfants et des familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis et de l'AGJEA.

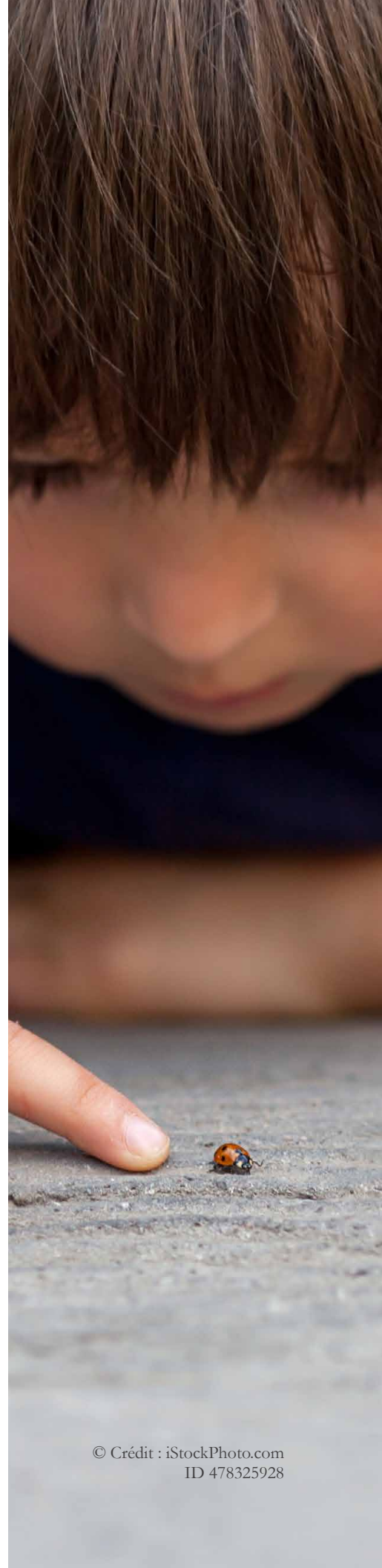


TABLEAU 1 : PRINCIPES GUIDANT LES CADRES D'AGJEA

Principe	Cadres
Approche créée et dirigée par les Autochtones	<ul style="list-style-type: none"> • Aaniish Naa Gegii : Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (2011-2012) (en anglais seulement) • Nation Ktunaxa, (2015) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement)
Créé en partenariat avec des organisations autochtones et non autochtones ainsi que des gouvernements	<ul style="list-style-type: none"> • Well-being and Resiliency Framework du gouvernement de l'Alberta (2019) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement)
Approche holistique	<ul style="list-style-type: none"> • Aaniish Naa Gegii: Aboriginal Children's Health and Well-Being Measure (2011-2012) (en anglais seulement) • Nation Ktunaxa (2015) • Child and Youth Health and Well-being Indicators Project de la Colombie-Britannique (2013) (en anglais seulement) • UNICEF Canada : Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes (2019) • National Framework for Protecting Australia's Children (2009) (en anglais seulement) • Overcoming Indigenous Disadvantage (2003-2016) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement)
Approche des déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Raising the Village (2013) (en anglais seulement) • Foundation for Child Development Child and Youth Well-being Index (CWI) (2006) (en anglais seulement) • National outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework (2011) (en anglais seulement) • Overcoming Indigenous Disadvantage (2003-2016) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement)
Approche basée sur les forces	<ul style="list-style-type: none"> • Raising the Village (2013) (en anglais seulement) • Nation Ktunaxa (2015) • Alberta Government's Well-being and Resiliency Framework (2019) (en anglais seulement) • UNICEF Canada : Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes (2019) • A Population Health Framework for Children's Mental Health Indicators (Waddell et al., 2013) (en anglais seulement) • National Framework for Protecting Australia's Children (2009) (en anglais seulement) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement)
Reconnaissance de multiples systèmes de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Raising the Village (2013) (en anglais seulement) • Well-being and Resiliency Framework du gouvernement de l'Alberta (2019) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement)

<p>Accent sur les relations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raising the Village (2013) (en anglais seulement) • UNICEF Canada : Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes (2019) • A Population Health Framework for Children’s Mental Health Indicators (Waddell et al., 2013) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement)
<p>L'enfant dans le contexte de la famille et de la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raising the Village (2013) (en anglais seulement) • First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators (2010) (en anglais seulement) • First Nation’s Health Development: Tools for Program Planning & Evaluation – Community Health Indicators Toolkit (2006) (en anglais seulement) • Nation Ktunaxa (2015) • Well-being and Resiliency Framework du gouvernement de l’Alberta (2019) • (en anglais seulement) • UNICEF Canada : Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes (2019) • Overcoming Indigenous Disadvantage (2003-2016) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement)
<p>Identité culturelle et liens avec la culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urban Indigenous Wellness Indicators – Healthy City Strategy, City of Vancouver (2018) (en anglais seulement) • Alberta Government’s Well-being and Resiliency Framework (2019) (en anglais seulement) • Social, Cultural and Spiritual Well-being Indicators for Indigenous Children in Care (2007) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement)
<p>Sentiment d'appartenance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urban Indigenous Wellness Indicators – Healthy City Strategy, City of Vancouver (2018) (en anglais seulement) • National Framework for Protecting Australia’s Children (2009) (en anglais seulement) • Social, Cultural and Spiritual Well-being Indicators for Indigenous Children in Care (2007) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement)
<p>Indicateurs au niveau des individus, des systèmes et des structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de performance relatifs au système de santé mentale pour l’enfance et la jeunesse en Ontario • National outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework (2011) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Conceptual Framework for Métis Nation Health and Well-Being du Ralliement national des Métis (2006) (en anglais seulement)
<p>Indicateurs propres aux enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF Canada : Indice canadien du bien-être chez les enfants et les jeunes (2019) • Human Early Learning Partnership (HELP) – Toddler and Early Development Indicators (Yang et al., 2016) (en anglais seulement) • Our Health Counts (Smylie et al., 2017) (en anglais seulement) • Indigenous Connectedness Framework (Saniguq Ullrich, 2019) (en anglais seulement)

8.0 VUE D'ENSEMBLE DES SOURCES D'INFORMATION EN MATIÈRE D'AGJEA



Cette section donne un aperçu des sources de données nationales pour l'information pertinente à l'AGJEA, y compris les bases de données de Statistique Canada et des sources de données nationales non gouvernementales telles que le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La dernière partie de cette section décrit les sources d'information provinciales et territoriales en matière d'AGJEA et les informations détenues par les programmes fédéraux desservant les enfants et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Pour plus de facilité, des listes d'indicateurs pertinents à l'AGJEA provenant de chacune des sources se trouvent dans les annexes B à I.

En examinant ces diverses sources d'information, il est apparu que des comparaisons directes et individuelles entre les sources d'information n'étaient pas possibles. Chaque source a créé des archives de données pour différents objectifs et différents publics, a utilisé différents instruments de collecte de données (p. ex., des enquêtes, des questionnaires) qui ont été créés à différents moments (à des dizaines d'années d'intervalle, dans

certains cas) pour des objectifs variés et a échantillonné différentes populations cibles. Pour ces raisons, nous avons évité d'adopter une approche critique systématique, mais nous avons plutôt mis l'accent sur la détermination de la cohérence et de la pertinence des indicateurs à travers les sources.

Cet exposé sur les sources de données n'est pas exhaustif, mais définit plutôt les principales sources « incontournables » pour les données concernant les enfants autochtones au Canada âgés de 0 à 6 ans et les données qui appuient l'AGJEA. Certaines sources disposent de plus d'informations que d'autres; cela se reflétera dans la longueur des descriptions et des éléments abordés. Statistique Canada abrite plusieurs sources de données, notamment l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA; 2006), l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA; 2001), l'Enquête sociale générale (ESG; 2011, 2017) et l'Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE; 2019). Les autres sources de données nationales comprennent le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

L'ICIS ne participe pas précisément à des activités de collecte de données en matière d'AGJEA; cependant, il s'agit d'une source d'information utile sur les indicateurs de santé et de bien-être concernant tous les enfants canadiens.

8.1 Statistique Canada

En vertu de la *Loi sur la statistique*, Statistique Canada doit recueillir, compiler, analyser, résumer et publier des renseignements statistiques concernant les Canadiens en vue de mieux comprendre les conditions socioéconomiques du pays (Statistique Canada, 2016a). Ce mandat s'étend également aux populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Statistique Canada recueille des données propres aux Autochtones de plusieurs façons. Les données au niveau de la population sont recueillies par l'entremise du recensement de la population, qui a lieu tous les cinq ans. L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) est une enquête post censitaire qui est entreprise un an après le recensement (Statistique Canada, 2020b). L'EAPA utilise le recensement pour déterminer les personnes qui se sont identifiées comme autochtones (Statistique Canada, 2020a).

Outre le recensement et l'EAPA, Statistique Canada recueille également des données spécifiques aux Autochtones par l'entremise d'enquêtes permanentes qui, bien qu'elles ne soient pas exclusivement axées sur les peuples autochtones, contiennent un sous-échantillon comprenant les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Plus précisément, l'Enquête sur la population active (EPA), l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC), l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), l'Enquête sociale générale (ESG) et l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) recueillent toutes des données auprès de répondants autochtones et non autochtones. L'une des limites de ces enquêtes est que les échantillons de répondants autochtones ne sont pas assez grands pour créer des informations statistiques spécifiques à la population autochtone dans son ensemble, et encore moins des informations désagrégées sur les Premières Nations, les Inuits ou les Métis.



8.1.1 Enquête sur les enfants autochtones (EEA)

Statistique Canada ne recueille plus de données sur les enfants autochtones depuis 2006. L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) présente un vaste ensemble de données sur les enfants autochtones (enfants métis, enfants inuits et enfants des Premières Nations vivant hors réserve) de moins de six ans vivant en milieu urbain, rural et dans les communautés du Nord partout au Canada (Statistique Canada, 2016b). Bien que de nombreux chercheurs utilisent encore les données de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, la qualité et la pertinence des données de l'enquête ont sensiblement diminué depuis leur dernière collecte. Néanmoins, l'enquête a encore beaucoup à offrir en matière de contenu et de processus utilisé pour son élaboration, comme décrit ci-dessous. Une liste de certains indicateurs de l'EEA se trouve à l'annexe B.

Contexte

L'EEA a été créée par Statistique Canada et par des conseillers autochtones de tout le pays et réalisée conjointement avec Ressources humaines et Développement social Canada (EDSC), dans un processus qui impliquait la participation directe des parents, des intervenants de première ligne, des éducateurs de la petite enfance, des chercheurs et des organisations autochtones (Statistiques Canada, 2008, p. 8). En plus des discussions régionales, Statistique Canada a pris contact avec les ministères fédéraux,

provinciaux et territoriaux (FPT) et a compilé une liste des données requises. Il a été demandé aux intervenants FPT de définir les besoins en données au niveau du programme, puis de les classer par ordre de priorité. À la suite des discussions régionales et de l'analyse FPT, il est apparu clairement qu'il était nécessaire de créer un nouveau contenu pour l'EEA. Une équipe de conseillers experts autochtones de tout le pays, comprenant des parents autochtones, des travailleurs de première ligne dans le domaine de la petite enfance, des éducateurs de la petite enfance, des chercheurs autochtones et des membres d'organisations des Premières Nations, inuites et métisses, s'est réunis pour former le groupe consultatif technique (GCT) qui a été chargé d'élaborer le contenu de l'EEA (Statistique Canada, 2008).

Caractéristiques uniques du contenu du questionnaire de l'EEA

L'une des particularités de l'Enquête sur les enfants autochtones est qu'il existe trois versions :

- Enquête sur les enfants autochtones de 2006
- Enquête sur les enfants autochtones/Enquête sur les enfants du Nord (EEN) de 2006
- Enquête sur les enfants autochtones et supplément destiné aux Cris de la Baie James de 2006

Bien que le contenu des trois versions soit identique, la méthodologie d'échantillonnage et de collecte statistique appliquée

à chaque version était différente. Par exemple, l'*Enquête sur les enfants autochtones/Enquête sur les enfants du Nord* a recueilli des données sur les enfants autochtones et non autochtones âgés de zéro à cinq ans vivant dans les territoires en raison du petit nombre d'enfants âgés de zéro à cinq ans dans cette zone géographique. Le recours exclusif aux données sur les enfants autochtones aurait entraîné des échantillons de petite taille qui ne pourraient pas soutenir l'élaboration de tableaux de données tels que rapportés par Statistique Canada, en particulier lors de la suppression des données pour assurer la confidentialité des répondants.

Le contenu de l'*Enquête sur les enfants autochtones et supplément destiné aux Cris de la Baie James* est identique à celui des deux autres versions de l'enquête, les questions du recensement étant identiques à celles de l'Enquête sur les enfants autochtones. La différence avec cette enquête est d'ordre méthodologique : un échantillon supplémentaire plus important a été utilisé pour permettre la diffusion des données de la région sanitaire.

Une autre particularité du contenu de l'EEA est sa capacité à permettre aux consommateurs de données de mieux comprendre les différences entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis. L'enquête met également en lumière les différences qui existent entre les populations autochtones et non autochtones. Par exemple, les questions relatives à la nutrition ne se limitent pas aux définitions du Guide alimentaire canadien - l'enquête comprend également des questions sur les

aliments traditionnels et locaux qui sont propres aux expériences des Premières Nations, des Inuits ou des Métis.

L'Enquête sur les enfants autochtones est divisée en trois sections :

La première partie est la section d'identification, qui sert trois objectifs différents : 1) elle permet à l'intervieweur de déterminer si le répondant sélectionné (c'est-à-dire l'enfant) réside dans le logement, et 2) elle aide également l'intervieweur à déterminer s'il y a une des personnes vivant dans le logement connaît le répondant sélectionné. Troisièmement, les identificateurs autochtones servent à sélectionner ou à exclure les participants.

La deuxième partie comprend toutes les questions relatives à l'enfant. Étant donné que l'enquête a été conçue pour être holistique, le contenu de la partie relative aux enfants comprend de nombreux domaines, thèmes et indicateurs connexes.

La troisième partie est le questionnaire à l'intention des adultes, incluant notamment le profil parental. Cette méthode permet de déterminer si le parent ou la personne qui connaît le mieux l'enfant est un membre des Premières Nations, un Inuit ou un Métis et, dans l'affirmative, s'il s'agit d'un Indien inscrit (membre

d'une bande, inscrit) ou d'un Indien non inscrit. La section « Profil » comprend des questions sur les activités et expériences afin de déterminer si les parents travaillent, font du bénévolat ou sont inscrits à l'école. Les questions portent notamment sur le plus haut niveau d'éducation des parents, la fréquentation d'un pensionnat et la séparation de la famille par les services de protection de l'enfance, l'église ou les organismes gouvernementaux. La dernière partie du questionnaire à l'intention des adultes mesure les niveaux de satisfaction concernant le logement, l'aide sociale, l'emploi, les passe-temps, les finances, ainsi que des éléments évaluant l'importance de la culture et les perceptions de la communauté.

Contenu de l'AGJEA dans l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA)

L'EEA propose un vaste contenu relatif à l'apprentissage et à la garde des jeunes enfants. La partie sur l'apprentissage précoce comprend 21 questions axées sur les étapes du développement des enfants âgés de zéro à un an. Les étapes de cette section présentent une approche basée sur des indicateurs pour mesurer l'apprentissage et le développement des jeunes enfants. Pour les enfants âgés de deux à cinq ans, 17 questions se rapportent aux étapes de l'apprentissage et du développement des jeunes enfants. Le thème de la garde d'enfants est également très bien couvert par une double approche thématique, avec

17 questions sur le réconfort et 28 questions supplémentaires portant précisément sur la garde d'enfants. Cette section s'adresse à la fois aux enfants qui fréquentent la garderie et à ceux qui ne la fréquentent pas.

Forces et limites

L'une des principales forces de l'EEA est qu'elle a été créée conjointement par les peuples autochtones et Statistique Canada. C'est la seule enquête à avoir été élaborée de cette manière par Statistique Canada et, en raison de la nature du contenu, elle contient de nombreuses questions axées sur les forces. Ainsi, l'EEA fournit une vaste banque de questions dans laquelle on peut puiser pour de futures études, ainsi que des données de base pour montrer l'évolution dans le temps. Les principales limites de l'EEA sont les suivantes : (1) elle est maintenant désuète, car l'enquête n'a pas été reconduite depuis 2006 ; et (2) elle n'inclut pas les membres des Premières Nations vivant dans les réserves.



8.1.2 Enquête auprès des peuples autochtones

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) est menée depuis 1991 (Vongdara, Léger, Latendresse et Budlinski, 2018). La version 2017 de l'enquête fournit des données sur les conditions sociales et économiques des peuples autochtones au Canada (c'est-à-dire les membres des Premières Nations résidant hors réserve, les Inuits et les Métis). Le but précis de l'enquête est de déterminer les besoins des peuples autochtones et d'éclairer les politiques et les programmes en se concentrant sur des questions telles que la santé, la scolarisation et la langue. L'EAPA est administrée sur une base cyclique tous les cinq ans et chaque cycle porte sur un nouveau thème (Statistique Canada, 2020b). Par exemple, l'EAPA de 2017, qui représente le cinquième cycle de l'enquête, porte sur « les compétences transférables, la formation pratique, l'utilisation des technologies de l'information, la connaissance d'une langue autochtone et la participation à l'économie canadienne » (Vongdara et al., 2018, p. 5). Les indicateurs en matière d'AGJEA de l'EAPA sont énumérés à l'annexe C.

Cet examen se concentre sur la version 2001 de l'EAPA, car il a recueilli des données sur les adultes (15 ans et plus) et les enfants et les jeunes (0 à 15 ans) vivant dans les réserves et à l'extérieur des réserves (voir *l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : guide des concepts et méthodes*, Statistique Canada, 2003a). L'enquête a été conçue et mise en oeuvre de concert avec des

organismes autochtones nationaux (Statistique Canada, 2020b). Par exemple, le Supplément destiné aux Métis de 2001 a été élaboré conjointement avec le Conseil national des Métis (Statistique Canada, 2003a, p. 22).

Bien que l'EAPA ne soit pas axée sur les jeunes enfants, elle contenait une section sur les dispositions relatives à la garde des enfants. Dans la section K du questionnaire sur les enfants et les jeunes, cinq questions ont été posées aux répondants :

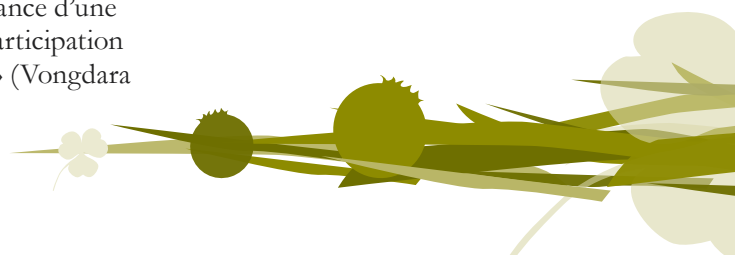
- Avez-vous actuellement recours à des services de garde d'enfants tels qu'une garderie, une gardienne d'enfants ou la prise en charge par un parent ou une autre personne pendant que vous (et votre conjoint ou partenaire) travaillez ou étudiez ?
- Quel est votre principal service de garde d'enfants ?
- Combien d'heures par semaine... ce type de garde ?
- Utilisez-vous un autre service de garde d'enfants ?
- Combien d'heures par semaine... ces autres services de garde d'enfants ?

L'EAPA est administrée sur une base cyclique tous les cinq ans et chaque cycle porte sur un nouveau thème. Par exemple, l'EAPA de 2017, qui représente le cinquième cycle de l'enquête, porte sur « les compétences transférables, la formation pratique, l'utilisation des technologies de l'information, la connaissance d'une langue autochtone et la participation à l'économie canadienne » (Vongdara

et al., 2018, p. 5). Cette version de l'Enquête auprès des peuples autochtones ne contenait aucun contenu sur la garde d'enfants.

Forces et limites

L'Enquête auprès des peuples autochtones fournit une foule de renseignements sur divers sujets, dont l'éducation, la santé, la langue, l'emploi, la scolarité et le logement, pour les Premières Nations vivant dans les réserves (123 communautés des Premières Nations, 53 communautés inuites dans les régions arctiques et 43 autres communautés; EAPA, 2001) et hors réserve, les Inuits et les Métis (EAPA, 2006; 2012; 2017). Afin d'améliorer la pertinence des données pour les organisations autochtones nationales, l'EAPA a été élaborée par l'intermédiaire du Comité de mise en oeuvre de l'EAPA, un forum qui a réuni des représentants du Congrès des peuples autochtones, de l'Inuit Tapiriit Kanatami, du Ralliement national des Métis, de l'Association nationale des centres d'amitié, de l'Association des femmes autochtones du Canada, avec la participation de l'Assemblée des Premières Nations jusqu'au début de l'année 2001 (Statistique Canada, 2003a, p. 9). La principale limitation de ce système réside dans le fait que l'incohérence des thèmes de l'enquête et de la population cible ne permet pas d'évaluer l'évolution de la santé et du bien-être des jeunes enfants dans le temps.



8.1.3 Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE)

Statistique Canada a lancé cette enquête en 2018 suite à des investissements en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants effectués par le gouvernement du Canada (Statistique Canada, 2019c). Les renseignements recueillis dressent un portrait actuel de l'utilisation des services de garde des enfants et des obstacles à celle-ci. Les résultats de l'enquête visent à éclairer la recherche, les politiques et la programmation d'activités qui ont pour but d'améliorer l'accessibilité et l'abordabilité des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants de grande qualité au Canada (Statistique Canada, 2018d). Une liste de certains indicateurs de l'EMAGJE se trouve à l'annexe D.

La population cible de cette enquête est constituée d'enfants âgés de zéro à cinq ans et 11 mois au 28 février 2019 vivant dans les dix provinces et trois territoires. Les enfants vivant dans les réserves des provinces sont exclus de la population cible. Le contenu de l'enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants a été rédigé en consultation avec plusieurs experts externes en la matière. L'unité d'échantillonnage est la personne renseignée pour le mode de garde concernant l'enfant qui vit dans le ménage (Statistique Canada, 2018d).

La base de sondage est le fichier de l'Allocation canadienne pour enfants et a été stratifiée par province et territoire. Un échantillon suffisant a été attribué pour chacune des provinces et des territoires afin que l'enquête produise des estimations au niveau provincial, ainsi que des estimations pour les territoires (Statistique Canada, 2018d). Un échantillon initial de 15 000 logements a été sélectionné et les données ont été recueillies directement auprès des répondants soit par un questionnaire électronique (QE) soit par ITAO (interviews téléphoniques assistées par ordinateur).

Forces et limites

Parmi les principales forces de l'Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE), il faut en particulier mentionner le fait que l'enquête fournit un portrait de l'AGJE aux niveaux national et provincial et qu'elle propose une méthodologie et un contenu d'enquête que d'autres pourront prendre en considération. Les principales limitations comprennent la taille de l'échantillon et la méthodologie de réponse rapide, qui peuvent présenter un biais en raison des faibles taux de réponse.

Le taux de réponse global pour cette enquête était de 50,3 % (Statistique Canada, 2018d). Habituellement, lorsque les taux de réponse sont faibles, les données seront imputées à l'aide d'enregistrements des réponses des répondants (participants) provenant soit des mêmes données, soit d'un fichier de données secondaires utilisant des données de répondants ayant des caractéristiques sociodémographiques, géographiques et économiques similaires (cette méthode est connue sous le nom de « plus proche voisin »). Toutefois, dans le cas des enquêtes à réponse rapide, aucun processus d'imputation n'est utilisé, et les rectifications et corrections sont basées sur les corrections apportées aux pondérations définitives lors du processus de pondération. Comme le nombre de donneurs est insuffisant, on utilise des poids « bootstrap » pour simuler des répondants supplémentaires afin de minimiser l'effet des données manquantes sur le coefficient de variation (une mesure utilisée pour calculer la qualité des données). Le coefficient de variation est l'une des mesures utilisées pour calculer la qualité des données. Ainsi, la qualité des données peut sembler meilleure qu'elle ne l'est.



8.1.4 Enquête sociale générale (ESG)

L'Enquête sociale générale (ESG) a été conçue sous la forme d'une série d'enquêtes indépendantes, annuelles et transversales, chacune traitant d'un sujet en profondeur. Les objectifs généraux du programme sont « de recueillir des données sur les tendances sociales de manière à suivre l'évolution des conditions de vie et du bien-être des Canadiens, et de fournir des renseignements sur des questions de politique sociale précises » (Statistique Canada, 2019a, sans lieu). Des enquêtes annuelles axées sur les thèmes de l'ESG (la prestation de soins, les familles, l'emploi du temps, l'identité sociale, le bénévolat et la victimisation) sont répétées environ tous les six ans. Le cycle sur la famille de l'ESG a été réalisé en 2011 et en 2017. Le cycle de 2017 permet de « suivre les changements qui surviennent au sein des familles canadiennes. Elle recueille des renseignements

concernant : l'histoire conjugale et parentale (chronologie des mariages, des unions libres et des enfants), les antécédents familiaux, le départ du foyer parental, les intentions de fécondité et quelques caractéristiques socioéconomiques » (Statistique Canada, 2019a, sans lieu). Les indicateurs des cycles 2011 et 2017 de l'ESG qui sont directement liés à l'AGJE sont énumérés dans les annexes E et F, respectivement.

L'ESG de 2011 contenait trois sous-modules basés sur l'âge qui se concentraient sur la garde d'enfants au Canada. Le premier sous-module portait sur le mode de garde des enfants d'âge préscolaire (CCP). Ce sous-module se compose des six questions paraphrasées ci-dessous. Le deuxième sous-module portait sur le mode de garde des enfants d'âge scolaire (CCS). Cette section se composait de cinq questions identiques à celles posées dans la section préscolaire; cependant, les catégories de réponse pour les

deux sous-sections n'étaient pas identiques. Les questions sont les suivantes (voir également l'annexe E) :

- Avez-vous eu recours à une forme quelconque de garde d'enfants ?
- S'agissait-il d'un service de garde que vous utilisez régulièrement ?
- Quel est le type de garde qui décrit le mieux le principal mode de garde que vous avez utilisé ?
- Plus précisément, s'agissait-il : d'un centre de la petite enfance CPE ou d'une garde en milieu familial affiliée à un CPE ou non affiliée à un CPE ? (Cette question n'est pas posée aux enfants d'âge scolaire)
- À quel endroit s'effectuait surtout ce mode de garde ?
- Par rapport à vous, quel est le lien de la ou des personne(s) qui prenaient principalement soin de votre enfant ? (Statistique Canada, 2014)

Le troisième sous-module comprenait 11 questions destinées aux cohortes des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Les questions portaient sur la raison du choix du service de garde actuel, la fréquence d'utilisation de ce service de garde, l'âge de l'enfant lors de son inscription initiale, le coût de ce service de garde, la satisfaction ou l'insatisfaction de la qualité générale du service de garde et l'utilisation d'autres services de garde.

L'Enquête sociale générale sur les familles de 2017 (cycle 31) a entrepris un examen beaucoup plus détaillé de la garde d'enfants et de l'apprentissage précoce que la version de 2011. L'enquête a intégré divers thèmes et sujets liés aux familles, tels que les antécédents des parents, l'histoire matrimoniale, le bien-être socioéconomique, les origines familiales, et elle mesure les préférences en matière de garde et de soins des enfants. Un sous-module contenait des questions relatives aux informations sur les enfants des répondants, notamment la garde d'enfants, les modalités de garde des enfants d'âge préscolaire et scolaire, les préférences en matière de garde d'enfants et les non-utilisateurs ou utilisateurs occasionnels de la garde d'enfants (voir annexe F).

Les données ont été recueillies par l'entremise d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) et les données ont été reliées aux dossiers fiscaux de l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour ceux qui ont accepté de partager des informations sur leurs revenus. Le taux de réponse en 2017 était de 52,4 % (Statistique Canada, 2019a).

ESG - Famille - Données sur les peuples autochtones

Les versions de 2011 et 2017 de l'ESG contenaient des questions d'identification autochtone à la fois pour le répondant sélectionné et pour le conjoint ou époux du répondant. Les questions de l'enquête de 2017 sur l'identification des Autochtones étaient les suivantes :

1. Êtes-vous un Autochtone, c'est-à-dire, Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit) ? Le terme « Première Nation » comprend les Indiens avec statut et les Indiens sans statut.
2. Êtes-vous d'une Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit) ?
3. Votre conjoint ou votre époux est-il une personne autochtone, c'est-à-dire, d'une Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit) ? Le terme « Première Nation » comprend les Indiens avec statut et les Indiens sans statut.
4. Votre conjoint ou époux est-il membre des Premières Nations, Métis ou Inuk (Inuit) ?

Bien que les cycles de l'ESG comprennent un indicateur de l'identité autochtone, le plan d'échantillonnage par téléphone n'identifie pas précisément les personnes qui vivent à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves. En outre, comme le nombre de membres des Premières Nations vivant dans des réserves interrogées dans le cadre de l'ESG n'a pas été suffisamment important pour garantir des estimations fiables, les réponses des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont agrégées pour une population autochtone totale (Statistique Canada, 2019b).

Forces et limites

La force de l'Enquête sociale générale (tous cycles) est qu'elle constitue une source de données prolifique, puisque qu'elle a débuté en 1985 et se poursuit toujours. L'enquête a été remaniée à plusieurs reprises au fil des ans, mais elle a toujours porté sur des thèmes variés. Le tout forme une approche transversale et a permis d'accumuler des données au fil du temps. Bien que l'ESG n'utilise pas un plan longitudinal par définition, la durée de l'administration de l'enquête permet aux utilisateurs de se concentrer sur les résultats des séries chronologiques.

Les limites comprennent des considérations visant à garantir que les données des enquêtes de l'ESG restent cohérentes en fonction du format utilisé pour la collecte et le stockage des données. En 1985, et pendant de nombreuses années par la suite, les données ont été recueillies au moyen de questionnaires papier et saisies manuellement par des commis au codage des données utilisant des langages de programmation et des plateformes matérielles qui ne sont plus pris en charge. La plus grande limite de cette enquête est peut-être le fait que, malgré les progrès technologiques, la méthodologie de l'enquête ne garantit pas actuellement la collecte d'un échantillon d'une taille suffisante pour produire des estimations pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ni pour la population autochtone sur une base agrégée.

8.2 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN))

Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), qui est devenu une entité indépendante en 2010, est une organisation sans but lucratif mandatée par les chefs réunis en assemblée de l'Assemblée des Premières Nations (CGIPN, 2020a). Le travail de l'organisation a commencé au milieu des années 1990, lors de la création d'une nouvelle enquête nationale pour les Premières Nations. Le CGIPN prévoit que chaque Première Nation bénéficiera de la souveraineté des données conformément à sa vision du monde distincte (CGIPN, 2020b). Le CGIPN collabore avec ses partenaires pour entreprendre des activités de collecte de données soutenant une compréhension culturellement pertinente des réalités vécues par les peuples et les communautés des Premières Nations (CGIPN, 2020b).

Le Comité directeur national de l'Enquête longitudinale régionale sur les Premières Nations et les Inuits, qui deviendra plus tard le CGIPN, a formulé les Principes de PCAP® des Premières Nations visant à protéger et à prévenir l'utilisation abusive des données sur les Premières Nations et les communautés des Premières Nations. Les Principes de PCAP® des Premières Nations du CGIPN sont « un ensemble de normes qui établissent comment les données des Premières Nations doivent être

recueillies, protégées, utilisées ou partagées. Ils constituent le standard de facto sur la façon de mener des recherches auprès des Premières Nations » (CGIPN, s.d., s. 1). Les Principes de PCAP® affirment que la recherche sur les peuples et les communautés des Premières Nations doit être entreprise d'une manière qui respecte la propriété des données par les Premières Nations (ou un intendant désigné de confiance), le contrôle de la recherche et de l'analyse des données, la détermination de l'accès aux données de recherche et la possession des données de recherche (CGIPN, 2014).

Le CGIPN mène cinq enquêtes différentes visant à fournir des données du point de vue national. Voici ces enquêtes :

- L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERSPN) ;
- L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations (EREEEPN) ;
- L'Enquête sur le développement de la main-d'œuvre et de l'emploi des Premières Nations (EDMEPN) ;
- L'Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations (ESBPN) ;
- L'Enquête auprès des communautés des Premières Nations (ECPN).

Étant donné que ce document porte sur les indicateurs de l'AGJEA, l'Enquête sur le développement de la main-d'œuvre et de l'emploi des Premières Nations (EDMEPN) et l'Enquête sur la santé buccodentaire

des Premières Nations (ESBPN) ne sont pas abordées ici, car elles ne contiennent pas de contenu en matière d'AGJEA. Bien que l'Enquête auprès des communautés des Premières Nations (ECPN) n'échantillonne pas au niveau des enfants, elle peut être utilisée pour fournir une perspective et un contexte supplémentaire pour de futures discussions sur les données relatives aux enfants des Premières Nations.

8.2.1 Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS))

L'ERS a été administrée pour la première fois en 2002-2003 dans le cadre de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits sous le contrôle du Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. Quelques années auparavant, en 1997, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits avait été entreprise par le Comité directeur national de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits. L'enquête de 1997 est souvent considérée comme le projet pilote de l'ERS (CGIPN, 2005). Une liste de certains indicateurs de l'ERS se trouve à l'annexe G.

L'ERS se concentre principalement sur la santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés du nord et adopte une approche holistique à l'égard de la collecte de données. Il existe un nombre limité de données relatives à l'apprentissage et à la garde des

jeunes enfants. L'enquête comprend trois questionnaires différents. Le questionnaire destiné aux enfants se concentre sur les enfants âgés zéro à onze ans, le principal responsable de l'enfant fournissant des réponses par procuration. Le questionnaire d'autoévaluation des jeunes s'adresse aux personnes âgées de 12 à 17 ans. Le troisième questionnaire s'adresse aux adultes âgés de 18 ans et plus.

Le contenu des questions de la phase 1 de l'ERS a été élaboré dans le cadre d'un processus itératif et pluriannuel faisant appel aux conseils et à la contribution de nombreuses personnes représentant plusieurs groupes d'intervenants, notamment les membres du Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, le personnel de l'Assemblée des Premières Nations et du Centre des Premières Nations, le personnel de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, les travailleurs de la santé dans les communautés des Premières Nations, les chercheurs, les professionnels de la santé, le personnel et les consultants des organisations régionales et nationales des Premières Nations (voir CGIPN, 2006, p. 9). L'impératif de produire des instruments culturellement et scientifiquement valides a guidé toutes les phases de l'élaboration de l'enquête (CGIPN, 2006). En finalisant le contenu au niveau des rubriques, « on a cherché à obtenir un équilibre entre le contenu comparable aux questions utilisées dans d'autres enquêtes canadiennes (y compris l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes [ESCC],... l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes [ELNE]) et

le Recensement canadien de 2001) et les questions appropriées aux Premières Nations » (CGIPN, 2006, p. 15). Au cours de l'élaboration initiale de l'ERS, le CGIPN a créé le cadre culturel de l'ERS afin de guider la collecte et l'interprétation des données d'enquête selon la perspective des Premières Nations (CGIPN, 2006). Ce cadre conceptuel ou modèle « examine l'état de santé global d'une personne dans le contexte environnemental général » (CGIPN, 2005, p. 3) et appuie une interprétation précise des renseignements fournis par les communautés des Premières Nations. L'examen de toutes les phases du contenu de l'ERS révèle plusieurs éléments et indicateurs qui sont pertinents pour l'AGJEA, notamment la connaissance de la langue et de la culture par les enfants (voir plus loin).

Phase 1 de l'ERS

La phase 1 de l'ERS a été menée dans 238 réserves et autres communautés des Premières Nations entre août 2002 et novembre 2003, avec plus de 22 000 participants dans

tout le pays (5,9 % de la population cible; voir CGIPN, 2005, p. 16). Le Questionnaire sur les enfants de la phase 1 de l'ERS comportait six questions sur l'éducation et trois questions sur la garde d'enfants. Les questions éducatives portaient sur la participation aux programmes préscolaires, en particulier le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. D'autres questions sur l'éducation portaient sur le niveau scolaire actuel, sur la perception qu'avaient les parents des résultats scolaires de l'enfant, et sur des questions visant à savoir si l'enfant avait sauté ou redoublé une classe. Un examen plus approfondi du Questionnaire sur les enfants de la phase 1 de l'ERS révèle des sujets et des éléments prioritaires ayant trait à l'AGJEA et à la santé et au bien-être des enfants qui sont propres à la langue des Premières Nations (utilisation, intérêt et compréhension), à la culture traditionnelle (importance et apprentissage), aux médecines, aux aliments et aux activités traditionnelles, ainsi qu'à l'accès aux soins de santé (voir CGIPN, 2002).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 84998131

Phase 2 de l'ERS

La phase 2 de la collecte de données de l'ERS a eu lieu de 2008 à 2010. Au cours de la phase 2 de l'ERS, 72,5 % de l'échantillon cible de 30 000 personnes dans 250 communautés des Premières Nations a été atteint avec un total de 21 757 enquêtes recueillies dans 216 communautés des Premières Nations (CGIPN, 2012, p. 1). Le questionnaire de la phase 2 de l'ERS comportait cinq questions sur l'éducation qui étaient identiques à celles de la phase 1; toutefois, on a omis la question sur la perception du répondant quant à la façon dont cela se passe pour l'enfant à l'école. Les questions sur la garde d'enfants de la phase 2 étaient identiques à celles de la phase 1, et des éléments similaires concernant la culture, la langue ainsi que les aliments/médecines traditionnels et les activités décrits ci-dessus ont été intégrés.

Phase 3 de l'ERS

La phase la plus récente de l'ERS a eu lieu en 2015 et en 2016. La base de sondage était basée sur les dénombrements du Registre d'AINC (2014) totalisant 630 communautés et environ 467 800 personnes vivant dans des réserves ou sur des terres de la Couronne (CGIPN, 2018, p. 13). Le plan de sondage a utilisé un échantillonnage complexe avec une stratégie d'échantillonnage en deux étapes impliquant, premièrement, la sélection des communautés pour participer à l'enquête et, deuxièmement, la sélection des individus au sein de chaque communauté (voir CGIPN,

2018, p. 13 pour tous les détails). Au total, 23 764 personnes de 253 communautés ont été interrogées (CGIPN, 2018). Le taux de réponse était de 78,1 % et le nombre total d'enquêtes contenues dans les ensembles de données complets comprenait 6 062 enfants (0 à 11 ans), 4 968 jeunes (12 à 17 ans) et 12 137 adultes (18 ans ou plus).

La section sur l'éducation de la phase 3 était comparable aux deux premières phases de l'ERS, contenant un total de six questions. La section sur la garde d'enfants contenait deux questions : la première sur le mode de service de garde et la seconde sur le nombre d'heures de garde par semaine. Des questions relatives à la culture, à la langue, aux aliments/médecines traditionnels et aux activités ont été intégrées dans le questionnaire sur les enfants de la phase 3 (voir CGIPN, 2015).

Forces et limites

Les trois phases de l'ERS qui portaient sur le développement, l'administration et la gestion ont été menées en utilisant les Principes de PCAP®. L'enquête a fait l'objet d'un examen et d'une révision approfondis au fil des répétitions (CGIPN, 2012). Certains contenus sont identiques aux enquêtes de Statistique Canada, ce qui facilite la comparaison des résultats et la validation. La documentation des principaux résultats et de la description de la méthodologie de l'enquête est très complète (voir

FNIGC, 2005; 2012; 2018). Un processus d'examen externe a été utilisé pour évaluer les trois cycles de l'ERS. L'enquête constitue une excellente source de données contextuelles et liées à la santé (p. ex., voir les questionnaires sur les enfants de l'ERS de 2002-2003 et 2008), qui se révéleront utiles pour les futures initiatives de recherche sur la santé des Autochtones et l'AGJEA.

L'ERS peut présenter certaines limites en ce qui concerne l'accessibilité des données et la disponibilité de totalisations personnalisées pour les données accessibles au public documentées dans les rapports et l'outil de données en ligne (voir <https://fnigc.ca/dataonline/>). Cela dit, des totalisations personnalisées, y compris des données désagrégées pour les enfants âgés de zéro à cinq ans, sont disponibles sur demande auprès du Centre de données des Premières Nations (CDPN) du CGIPN (voir <https://fnigc.ca/fr/node/579>).

Les ajustements de la formulation au niveau des rubriques entre les cycles constituent une difficulté mineure dans la comparaison des résultats. Étant donné que l'ERS est principalement axée sur la santé, le petit nombre de questions concernant l'AGJEA constitue une limite. En matière d'échantillonnage, les enquêtes du CGIPN (l'ERS et l'EREEEPN) ne sont représentatives que des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les communautés nordiques, ce qui correspond au mandat de ces enquêtes.

8.2.2 Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations (EREEEPN)

L'EREEEPN est une enquête transversale conçue pour évaluer le statut du développement de la petite enfance, de l'éducation et de l'emploi chez les enfants, les jeunes et les adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves et les communautés nordiques des Premières Nations au Canada. Pour y arriver, trois versions de l'EREEEPN en fonction de l'âge ont été élaborées : enfant (0 à 5 et 6 à 11 ans), jeune (12 à 17 ans) et adulte (18 à 54 et 55 ans et plus ; CGIPN, 2016). Les indicateurs pertinents à l'EREEEPN sont énumérés à l'annexe H.

Les membres des communautés des Premières Nations ont reçu une formation des organisations régionales partenaires afin de pouvoir administrer l'EREEEPN et ils ont mené les enquêtes au domicile des répondants à l'aide d'interviews sur place assistées par ordinateur (IPAO) entre novembre 2013 et mai 2015. Cela représente un total de 20 428 questionnaires administrés (9 428 adultes, 3 842 adolescents et 7 158 enfants) dans 243 communautés des Premières Nations (CGIPN, 2016).

L'EREEEPN contenait des questions axées sur les premières expériences des enfants âgés de 0 à 11 ans vivant dans les réserves et les communautés nordiques des Premières Nations. Bon nombre de ces questions étaient fondées sur le modèle holistique d'apprentissage tout au long de la vie chez les

Premières Nations. Le modèle holistique d'apprentissage tout au long de la vie chez les Premières Nations souligne l'importance de la perspective des Premières Nations sur l'apprentissage et a guidé l'élaboration de l'enquête (CGIPN, 2016, p. 9). Ce modèle « reflète la nature cyclique et régénérative de l'apprentissage holistique tout au long de la vie et sa relation avec le bien-être de la communauté » (p. 11). L'apprentissage est considéré comme un processus continu qui commence avant la naissance et s'étend tout au long du cycle de vie, incluant notamment le transfert de connaissances intergénérationnel. Dans ce contexte, l'apprentissage est expérientiel, enraciné dans les langues et les cultures des Premières Nations, orienté vers la spiritualité, communautaire, et intègre le savoir des Premières Nations et le savoir occidental (CGIPN, 2016).

Les questions de l'enquête portaient sur des sujets et des thèmes concernant les soins et les expériences d'apprentissage des enfants, ainsi que sur des questions axées sur la contextualisation des environnements dans lesquels les enfants des Premières Nations vivent et apprennent.

Bien que la tranche d'âge de zéro à onze ans ne relève pas du champ d'application de l'AGJEA (0 à 6 ans), les variables démographiques du fichier maître de l'EREEEPN pourraient permettre au CGIPN de créer un sous-ensemble de données pour les enfants âgés de zéro à cinq ans. Comme pour l'ERS, des tableaux personnalisés comprenant des données pour les sous-ensembles d'âge sont disponibles sur demande auprès du Centre de données des

Premières Nations (CDPN) du CGIPN. Certaines informations concernant les expériences des jeunes enfants sont documentées dans le rapport national de *l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations* (CGIPN, 2016), en ce sens que le rapport détaille certaines statistiques sur la garde d'enfants pour les enfants de zéro à cinq ans (c'est-à-dire les raisons pour lesquelles ils n'ont pas accès à des services de garde réguliers).

L'annexe H présente les indicateurs et les thèmes contenus dans l'EREEEPN qui sont directement liés à la santé et au développement des jeunes enfants. L'annexe définit également les thèmes de l'EREEEPN qui s'étendent à tous les membres de la famille et ceux qui contribuent à fournir des informations contextuelles sur l'environnement dans lequel se trouvent les répondants de l'enquête.

Harmonisation entre l'EREEEPN et l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA)

Au cours de l'élaboration de l'enquête sur les enfants de l'EREEEPN, on a mis sur pied un Comité consultatif national (CCN) qui avait pour mission d'offrir des conseils, de avis et des orientations culturels et de cerner des domaines et des thèmes afin de produire du contenu d'enquête significatif pour les communautés des Premières Nations (CGIPN, 2016). Le CNA était composé d'experts du développement, de l'éducation et de l'emploi de la petite enfance des Premières Nations. Les comités consultatifs régionaux, les coordonnateurs régionaux et les



analystes de données régionaux ont tous transmis leurs commentaires et rétroactions. Étant donné que l'EREEEPN et l'EEA contiennent un contenu similaire, les résultats de chacune des enquêtes sont comparables, ce qui facilite une meilleure compréhension des expériences des enfants autochtones vivant dans les réserves et hors réserve. L'annexe H montre les zones de chevauchement entre les indicateurs de l'EREEEPN et l'EEA.

Forces et limites

L'EREEEPN est soutenue par une solide méthodologie et est culturellement appropriée, ayant été créée précisément pour la population cible (les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés nordiques). Le modèle holistique d'apprentissage tout au long de la vie chez les Premières Nations a été utilisé pour guider le processus d'élaboration de l'enquête (CGIPN, 2016) qui représente le lien entre l'apprentissage tout au long de la vie des Premières Nations et le bien-être communautaire et reflète les besoins et aspirations des Premières Nations. Les questions de l'EEA n'incluaient pas les enfants de plus de cinq ans; ainsi, le contenu manquant dans l'enquête concerne les questions liées à l'école portant sur les enfants de six à onze ans dans la population sondée. L'un des principaux facteurs limitatifs de l'EREEEPN est que la portée de son mandat se concentre sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés nordiques; par conséquent, l'enquête ne saisit pas de données sur les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations vivant hors réserve.

8.3 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Le Conseil national d'information sur la santé (ICIS; <https://www.cihi.ca/fr>) a été créé en février 1994 pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport Wilk de 1991, qui recommandait la mise sur pied d'un conseil national responsable de la coordination de l'information sur la santé et d'un institut d'information sur la santé indépendant (ICIS, 2019). L'ICIS est un organisme autonome et sans but lucratif qui fournit une information essentielle sur le système de santé du Canada et la santé des Canadiens. Lorsque l'ICIS a été lancé, il comptait trois bases de données, et en 2019, il comptait 28 fonds de données. La vision et le mandat de l'ICIS sont axés sur l'amélioration de la disponibilité de données de haute qualité qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada (ICIS, 2019).

Bien que les données détenues par l'ICIS ne soient pas axées sur l'apprentissage précoce et la garde des enfants autochtones, elles contiennent des informations qui pourraient être utilisées pour comprendre le contexte dans lequel vivent les enfants et les familles autochtones (pour plus d'informations, veuillez consulter les Banques de données et le Répertoire des indicateurs de l'ICIS disponibles sur la page Web) : <https://www.cihi.ca/fr/acceder-aux-donnees-et-aux-rapports/faire-une-demande-de-donnees/banques-de-donnees>). La trousse

d'outils: Mesurer les inégalités en santé proposée par l'ICIS (voir <https://www.cihi.ca/fr/mesurer-les-inegalites-en-sante-trousse-doutils>) est conçue pour aider les analystes et les chercheurs à mesurer les inégalités en santé et à présenter les résultats de leurs analyses, en mettant l'accent sur la stratification des résultats des indicateurs de santé socioéconomiques en fonction de la géographie et de l'accessibilité aux ressources liées à la santé, mettant ainsi en évidence les disparités dans l'état de santé et les résultats entre les populations autochtones et non autochtones.

Forces et limites

Bien que l'ICIS s'inspire d'une longue liste de bases de données provinciales et nationales axées sur la santé et comportant une quantité importante de données autochtones, peu de bases de données contiennent des renseignements sur les enfants autochtones âgés de 0 à 6 ans ou sur l'AGJE. Des 17 sources utilisées par l'ICIS, seuls le Recensement de la population et l'Enquête nationale auprès des ménages, l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) et l'Enquête sur les jeunes Canadiens (EJC) contiennent des indicateurs pertinents pour l'AGJE. Cependant, la capacité et l'accès aux données sont disponibles pour créer des ensembles de données pour la tranche d'âge des 0 à 6 ans. L'engagement de l'ICIS dans les projets axés sur les populations autochtones, incluant notamment les enfants et les jeunes, indique que cet organisme pourrait être une source importante de données pour les futures recherches sur l'AGJEA. La trousse d'outils pour mesurer

les inégalités en santé sensibilise et aide les chercheurs à se concentrer sur les inégalités qui existent entre les populations autochtones et non autochtones. Les fonds de données de l'ICIS sont pour la plupart dérivés des fonds de Statistique Canada, y compris les données administratives utilisées pour générer des renseignements sur les statistiques de l'état civil.

8.4 Institut canadien de la santé infantile (ICSI)

L'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) était un organisme national à but non lucratif fondé en 1977 et qui a cessé ces activités en 2019. Il était axé sur la promotion de la santé des enfants et des jeunes au Canada (ICSI, 2020a). L'ICSI était connue pour son expérience en matière d'élaboration et de mise en œuvre d'initiatives visant à sensibiliser le public et à mieux comprendre les problèmes ayant une incidence sur la santé des enfants, à mener des recherches, à formuler des recommandations politiques et à aider les communautés à créer leurs ressources et à améliorer la santé et le développement de leurs enfants.

Le Profil de l'Institut canadien de la santé infantile

Le Profil est la publication phare de l'Institut canadien de la santé infantile, qui fournit une évaluation complète de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes au Canada. Son élaboration est supervisée par des comités composés de plus d'une centaine d'experts canadiens en santé et en sciences sociales, ce qui garantit la qualité et l'intégrité scientifique de ses analyses et de ses rapports



sur le contexte de vie des enfants, y compris leurs résultats en matière de santé et de développement (ICSI, 2020b). Depuis 2012, le Profil est publié sous la forme d'un document interactif et accessible sur Internet. De nouveaux modules sont élaborés et lancés régulièrement à mesure que de nouvelles données sont disponibles, bien qu'à partir de 2020, il n'est pas certain que le profil continuera d'être mis à jour.

Module 7 - Enfants et jeunes autochtones

Le module 7 du profil fournit l'aperçu le plus complet et le plus accessible de renseignements sur les enfants et les jeunes autochtones au Canada actuellement offert, recueillant des renseignements à partir d'un large éventail de sources de données primaires et fournissant des discussions et des analyses pour contextualiser ces renseignements (voir <https://cichprofile.ca/fr/module/7/>). Le module utilise une approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) pour examiner les effets des catalyseurs structurels, systémiques, communautaires et familiaux sur la santé et le bien-être des enfants autochtones

Le module 7 est divisé en sept grandes sections. La section 1 présente une introduction à un modèle de déterminants de la santé pour les enfants autochtones. La section 2 fournit un aperçu général et une introduction à chacun des trois groupes autochtones du Canada : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. La section 3 traite des facteurs habilitants structurels du bien-être, notamment les

actes, les traités et la gouvernance autochtones; les compétences partagées entre le fédéral, les provinces et les territoires (FPT) et la gouvernance des peuples autochtones; les organisations autochtones canadiennes et les conventions, principes et commissions protégeant les enfants et les jeunes autochtones. La section 4 traite des facteurs habilitants systémiques du bien-être, notamment les renseignements sur les services et interventions de santé, l'éducation, la protection de l'enfance, le logement, la justice et l'environnement. La section 5 met l'accent sur la santé et le bien-être individuel des enfants de 0 à 5 ans et rassemble une mine de renseignements et de données sur les sujets suivants : renseignements démographiques (y compris des renseignements sur les conditions de vie et la connaissance des langues autochtones); revenu familial, éducation et emploi; alimentation saine et sécurité alimentaire; logement; bien-être de la communauté; bien-être de la famille; comportements maternels; santé physique; éducation et garde d'enfants; protection de l'enfance et les risques et conditions environnementaux. La section 6 est axée sur la santé et le bien-être individuels pour les phases intermédiaires de l'enfance (6 à 14 ans), tandis que la section 7 est axée sur la santé et le bien-être individuels des jeunes (de 15 à 25 ans).

Forces et limites

Le module 7 du profil de l'ICSI est le recueil de renseignements le plus complet et le plus accessible sur les enfants autochtones de 0 à 5 ans

actuellement disponible. La section 5 du module 7 rassemble des données provenant d'un large éventail de sources, éliminant le travail qui consiste à parcourir d'interminables documents à travers les autres sources décrites dans cette section afin de trouver des données axées sur les réalités des jeunes enfants autochtones au Canada.

Dans l'ensemble, l'ICSI pourrait être considérée comme la principale source de renseignements sur les enfants autochtones de moins de 5 ans. Une des limites de cette ressource, cependant, est qu'il s'agit d'une source de renseignements secondaires reposant sur des sources primaires comme Statistique Canada et le CGIPN, de sorte que la qualité des données est affectée par les limites évoquées dans les sections ci-dessus - la plus importante étant le manque de données récentes. Ainsi, une grande partie des renseignements recueillis dans le profil de l'ICSI repose sur des données de Statistique Canada de 2006 ou des données de l'ERS du CGIPN recueillies de 2008 à 2010.

La limitation la plus importante et la plus préoccupante est peut-être le fait que l'ICSI n'existe plus en tant qu'entité. Le profil de l'ICSI est toujours offert en ligne et a été acquis par Familles Canada (voir <https://familiescanada.ca/resources-and-publications/>). À ce stade, on ne sait pas si cette précieuse ressource sera maintenue et mise à jour à mesure que de nouvelles données seront disponibles.

8.5 Infobase de la santé publique du gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada suit annuellement les indicateurs de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits et fournit cette information à l'infobase de la santé publique base gérée par la Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2019). L'infobase de la santé publique fournit des outils pour améliorer l'accès aux données sur la santé publique provenant de diverses sources. Les sujets abordés comprennent la santé mentale, les facteurs de risque et de protection, les maladies chroniques et les déterminants sociaux de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Des outils de données et des indicateurs, notamment des indicateurs en matière de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits, sont offerts en ligne à l'adresse suivante : <https://sante-infobase.canada.ca/spni/>

Les indicateurs de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits sont répartis en quatre domaines : données démographiques, état de santé et résultats connexes, déterminants de la santé et rendement du système de soins de santé (ASPC, 2018). Ces domaines englobent une approche des déterminants sociaux de la santé, mais ne contiennent aucun indicateur spirituel, émotionnel ou

mental de la santé et du bien-être. Les listes complètes des indicateurs de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits sont offertes en ligne au : <https://sante-infobase.canada.ca/spni/doc/inuits.pdf> et https://sante-infobase.canada.ca/spni/doc/premieres_nations.pdf (ASPC, 2018).

Certains indicateurs sont propres au développement de la petite enfance, tels que le taux de mortalité infantile, le pourcentage de nouveau-nés de petite taille ou de grande taille pour l'âge gestationnel, le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées (3 à 5 ans) et le pourcentage d'enfants de 2 ans qui ont reçu le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. D'autres indicateurs peuvent être pertinents pour les jeunes enfants autochtones parce qu'ils englobent les déterminants sociaux de l'environnement d'un enfant ou parce qu'ils incluent tous les enfants (par exemple, le taux d'hospitalisation pour blessure non intentionnelle), bien qu'il ne soit pas certain que ces derniers indicateurs disposent de données désagrégées pour les enfants de 0 à 6 ans.

Forces et limites

Les données contenues dans l'infobase de la santé publique sont axées sur les populations autochtones, mais elles sont principalement liées à la santé. La plupart des indicateurs disponibles sont propres à des groupes d'âge qui dépassent le champ d'application de l'AGJEA. Il y a très peu d'exemples d'indicateurs qui concernent les

enfants de moins de 6 ans. Ceux qui s'appliquent à ce groupe d'âge concernent la mortalité infantile, le poids à la naissance et la santé bucco-dentaire.

8.6 Enquête de santé des enfants inuits du Nunavut

En 2007 et 2008, l'Enquête de santé des enfants inuits du Nunavut a été menée dans 16 communautés parmi les 25 communautés du Nunavut. Cela s'inscrit dans le cadre d'une enquête plus vaste sur la santé des Inuits soutenue par l'Année polaire internationale (voir Egeland et al., 2009, et Egeland, Faraj et Osborne, 2010). Cette enquête transversale contient au total les résultats tirés de 388 enfants inuits âgés de 3 à 5 ans, soit 26 % de l'ensemble des enfants de 3 à 5 ans vivant dans les 16 communautés (Egeland et al., 2010). Les indicateurs sont énumérés à l'annexe I. Les indicateurs ont été regroupés dans les grands domaines de l'appartenance autochtone, de l'environnement physique et social et des comportements liés à la santé et la santé. L'appartenance autochtone « désigne des sujets dignes de mention pour les partenaires inuits et implique des indicateurs de culture et d'acculturation, de cohésion sociale et de filets de sécurité sociale » (Egeland et al., 2010, p. 4). Les indicateurs comprenaient les enfants ayant un contact quotidien avec la famille élargie, la personne qui s'occupe le plus des enfants, l'endroit où l'enfant reste pendant la journée, le chasseur actif à la maison, le ménage qui distribue des aliments traditionnels, la réception d'aliments

traditionnels provenant de réseaux de partage ainsi que les préférences alimentaires et les préoccupations concernant les contaminants dans les aliments traditionnels. La langue principale parlée par l'enfant et la fréquentation de la garderie ont également été mesurées.

Les indicateurs relatifs à l'environnement social et physique comprennent le nombre moyen de personnes résidant dans le foyer, les surpeuplements des logements, les logements publics, les logements nécessitant des réparations, l'aide au revenu, les visiteurs sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois, le coût moyen hebdomadaire de la nourriture et des dépenses et l'interdiction de fumer dans les logements (Egeland et al., 2010). Les indicateurs de comportement en matière de santé ont porté à la fois sur les comportements pendant la grossesse et sur les comportements en matière de santé en général. Les indicateurs de comportement de santé maternelle ayant un effet sur la santé et le bien-être de l'enfant comprenaient le tabagisme, la consommation d'alcool, l'allaitement, la durée moyenne de l'allaitement et la consommation prénatale de vitamines. Les indicateurs généraux

de santé comprenaient l'évaluation par les répondants de la santé de l'enfant, l'expérience de l'infection de l'oreille et du traitement pour infection de l'oreille au cours de l'année écoulée, l'incidence des hospitalisations sur la vie des enfants; les enfants diagnostiqués avec des allergies, une maladie chronique ou une invalidité au cours de la dernière année et la visite d'un enfant dans un centre de santé ou un hôpital pour une blessure au cours de l'année écoulée (Egeland et al., 2010). Les résultats de l'enquête se sont avérés très positifs, avec une prévalence élevée déclarée de jeunes enfants inuits vivant dans des foyers où l'inuktitut était parlé, des taux élevés de contacts avec la famille élargie et des occasions d'apprendre les façons inuites de savoir et d'être. Des renseignements supplémentaires concernant l'Enquête de santé des enfants inuits du Nunavut se trouvent au : <https://www.mcgill.ca/cine/resources/ihs/child> (en anglais seulement).

Forces et limitess

Cette étude a été la première à mener une évaluation complète des indicateurs liés à la santé et à l'appartenance autochtone chez les

jeunes enfants inuits et leurs familles (Egeland et al., 2010). L'enquête a été planifiée et supervisée par un comité directeur composé de chercheurs universitaires, de représentants des services sociaux et de santé du gouvernement du Nunavut, du Nunavut Tunngavik Incorporated et de l'Association des municipalités du Nunavut et a été dirigée par le Centre d'études sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones (Université McGill). Toutefois, l'enquête a été limitée en termes de contenu dans la mesure où l'ensemble des indicateurs pertinents de la santé et du bien-être des jeunes enfants inuits n'ont pas pu être abordés, d'où la nécessité de disposer de données supplémentaires provenant de sources secondaires, telles que les services de soins de santé, pour obtenir une évaluation plus complète de la santé de ce groupe (Egeland et al., 2010). L'enquête s'applique à une population limitée au sein de l'Inuit Nunangat, soulignant que d'autres régions et juridictions au sein de l'Inuit Nunangat (Inuvialuit, Nunavik et Nunatsiavut) peuvent être sous-enquêtées, dissimulant des différences dans les données sur la santé des enfants inuits par juridiction.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1207892007

8.7 Autres sources de renseignements en matière d'AGJEA

Depuis le milieu des années 1990, le gouvernement fédéral a offert une série de programmes visant à soutenir les jeunes enfants inuits, métis et des Premières Nations. Ces programmes sont actuellement administrés par trois ministères fédéraux différents. La responsabilité fiscale et les exigences en matière de rapports pour les programmes fédéraux sont une source clé de renseignements administratifs qui contextualise les programmes et aborde des questions comme la demande de services d'AGJE.

Emploi et Développement social Canada (EDSC) appuie l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuits (ISGPNI) et est également responsable du cadre de l'AGJEA.

Services aux Autochtones Canada (SAC) soutient des programmes et des services destinés aux familles et communautés des Premières Nations et inuites vivant dans les réserves par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Au nombre de ces programmes figurent les suivants :

- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR);
- Grandir ensemble ;
- Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) - Volet des Premières Nations et des Inuits ;
- Initiative en santé buccodentaire des enfants ;

- Initiative sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale - volet des Premières Nations et Inuits ; et
- Programme de soins de santé maternelle et infantile (SMI).

SAC soutient également les programmes de garderie pour les Premières Nations vivant dans les réserves en Ontario et les Indiens inscrits et les Métis vivant habituellement dans les réserves en Alberta (programmes auparavant offerts par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) aujourd'hui dissous).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) soutient des programmes et des services destinés aux familles et aux communautés des Premières Nations, inuites et métisses. Il s'agit notamment de : En voici quelques exemples :

- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN)
- Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) (hors réserve)
- Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)
- L'initiative de l'ensemble des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Les programmes énumérés ci-dessous sont financés et mis en œuvre de différentes manières selon les régions, mais ils sont souvent opérationnalisés en coordination les uns avec les autres, ce qui permet d'offrir des services complets aux jeunes enfants et aux familles inuits, métis et des Premières Nations dans de nombreuses communautés.

8.7.1 Initiative de services de garde pour les Premières nations et les Inuits (ISGPNI)

L'ISGPNI a été lancée en 1995 dans le but de fournir aux enfants des Premières Nations et Inuits vivant dans les réserves et dans les territoires « des services de garde appropriés, abordables et de qualité comparable à ceux offerts aux autres enfants canadiens » (EDSC, 2019, p. 12). La FNICCI offre des places en garderie dans 463 centres à l'intention des Premières Nations et des Inuits (EDSC, communication personnelle, juin 2020).

8.7.2 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR) est un programme d'intervention précoce offert aux enfants de 0 à 6 ans vivant dans les réserves, en mettant plus particulièrement l'accent sur les enfants de 3 à 5 ans. Le PAPAR est financé et administré par la DGSPNI dans le cadre des SAC, mais les programmes eux-mêmes sont conçus par les communautés de manière à soutenir au mieux les besoins et les priorités locales (Halseth et Greenwood, 2019). Les PAPAR sont axés sur un ou plusieurs des six éléments suivants : l'éducation, la promotion de la santé, la culture et la langue, le soutien social et le développement parental et familial (Forum des politiques publiques du Canada, 2015, cité dans Halseth et Greenwood, 2019). Les PAPAR sont conçus pour soutenir l'élaboration de la culture, de la

langue et de l'identité au sein des communautés et sont gérés par des membres de la communauté. Les programmes visent à impliquer la famille élargie, les membres de la communauté et les aînés et ils fournissent également des compétences parentales et un soutien par le biais d'ateliers, de cours et de séances d'information. Les programmes sont gratuits et beaucoup incluent le transport. Le PAPAR soutient environ 14 500 enfants de 0 à 6 ans dans 363 sites PAPAR dans 356 communautés des Premières Nations à travers le pays, à l'exclusion de la Colombie-Britannique (EDSC, communication personnelle, juin 2020).

8.7.3 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN)

Le programme PAPACUN reflète le PAPAR à bien des égards, mais il est axé sur les enfants et les familles des Premières Nations, inuites et des métisses vivant hors des réserves et dans les communautés nordiques. Le PAPACUN est financé par l'ASPC, qui a conclu des accords de financement avec les promoteurs de projets admissibles, notamment les organisations autochtones à but non lucratif locales ou régionales constituées en société et les institutions comme les centres d'amitié, les associations de femmes, les associations locales de Métis, les gouvernements inuits régionaux, les autorités éducatives de district, etc. Le PAPACUN soutient entre 4 600 et 4 800 enfants par année dans 134 sites (ASPC, 2017b). Ces sites offrent généralement des expériences préscolaires d'une demi-journée

destinés aux enfants autochtones de 3 à 5 ans.

8.7.4 Étude sur l'impact du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN) sur la maturité scolaire

L'étude sur l'impact du PAPACUN sur la maturité scolaire a été réalisée par l'ASPC pendant l'année scolaire 2010 - 2011 pour examiner l'impact du programme sur la maturité scolaire (Canada, 2020a). L'étude était axée sur trois aspects de la maturité scolaire : le langage, les habiletés motrices et les aptitudes académiques. Les habiletés associées à la maturité scolaire des participants de 3 à 5 ans ont été évaluées par leurs enseignants locaux du PAPACUN au début (automne 2010) et à la fin (printemps 2011) de l'année scolaire (Canada, 2020a).

La participation à cette étude était volontaire et le consentement des parents était requis pour permettre à un enfant d'y participer. L'étude a utilisé une approche en deux phases, la première phase commençant à l'automne 2010. La première phase a mesuré les habiletés liées à la maturité scolaire au moyen de l'outil de dépistage Brigance Head Start Screen. Cet outil permet d'évaluer trois domaines clés du développement de l'enfant : le langage, les habiletés motrices et les aptitudes académiques. Le contenu de l'outil a été adapté afin de tenir compte du contexte culturel. La deuxième phase a eu lieu au printemps 2011 et a mesuré à nouveau les participants à l'aide des mêmes outils (Canada, 2020a).

Les données de l'étude ont été recueillies dans plus de 100 sites du PAPACUN à l'échelle du Canada, ce qui représente environ 80 % de tous les sites. La taille des échantillons était de plus de 2 300 enfants pour la phase 1 et de 1 800 enfants pour la phase 2. Les résultats finaux ont été calculés en utilisant 1 310 enfants qui répondaient à certains critères d'inclusion et ont été identifiés comme faisant partie du champ d'application (Canada, 2020a). L'étude a indiqué que les enfants inscrits au programme ont fait des progrès significatifs sur le plan de la maturité scolaire au cours de l'année

8.7.5 Autres programmes fédéraux

Grandir ensemble

Grandir ensemble a débuté en 1992 et est administré par la DGSPNI sous l'égide de SAC. Il s'agit d'un programme communautaire de promotion de la santé qui propose des activités et des services souples et coordonnés axés sur la santé mentale, le développement de l'enfant, le rôle parental, la santé des bébés et la prévention des blessures. Les communautés et partenaires des Premières Nations et Inuits (agents de prestation de services, hôpitaux, régies régionales de la santé et autres communautés) déterminent les types d'activités et de services fournis, ainsi que les valeurs culturelles et les priorités locales qui y sont reflétées (Halseth et Greenwood, 2019).

Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)

Le PACE a été mis en œuvre en 1993 et, bien qu'il ne soit pas axé sur les enfants des Premières Nations, inuits

et métis, il offre des programmes dans des endroits qui desservent de grandes populations autochtones et qui ciblent exclusivement les enfants inuits et métis (Halseth et Greenwood, 2019). À l'instar de Grandir ensemble, le PACE favorise le développement sain des jeunes enfants (0 à 6 ans) et des familles confrontées à des conditions à risque (comme la pauvreté, l'isolement géographique et social, la grossesse adolescente, la consommation de substances et la violence familiale). Certains sites du PACE sont situés dans les mêmes communautés que les sites du PAPACUN.

Programme de soins de santé maternelle et infantile PSSMI

Le Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) soutient les femmes enceintes et les familles qui ont des nourrissons et de jeunes enfants grâce à des visites à domicile effectuées par des infirmières et des visiteurs familiaux dans 309 communautés des Premières Nations (APN, 2017b). Le PSSMI met l'accent sur la communication avec les femmes enceintes et les nouveaux parents, et sur les visites à domicile à long terme des familles qui ont besoin de mesures de soutien ou d'aiguillage supplémentaires. Le PSSMI cherche à coordonner ses services avec d'autres stratégies et programmes généraux opérant dans la communauté.

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le PCNP est un programme communautaire de santé maternelle et infantile qui offre un soutien qui contribue à améliorer la santé des



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 484107733

femmes enceintes, des nouvelles mères et de leur bébé, qui sont dans des situations pouvant nuire à leur santé (comme la pauvreté, l'isolement géographique et social, la grossesse adolescente, la consommation de substances et la violence familiale). L'ASPC finance environ 240 projets du PCNP offrant des services à plus de 45 000 femmes enceintes, parents et fournisseurs de soins dans plus de 2 000 communautés à travers le Canada chaque année (Canada, 2020b). Les Services aux Autochtones, par l'entremise de la DGSPNI, finance le PCNP - Composante des Premières Nations et des Inuits, qui soutient les femmes dans 395 communautés des Premières Nations et inuites, à l'exclusion de la Colombie-Britannique (EDSC, communication personnelle, juin 2020). Certains sites du PCNP sont situés dans les mêmes communautés que les PAPACUN.

Programme de maternelle à temps plein, pour les enfants âgés de quatre et cinq ans

Le Programme de maternelle à temps plein pour les enfants âgés de quatre et cinq est conçu pour les enfants des Premières

Nations vivant dans une réserve. Financé par SAC, un financement supplémentaire en 2019 et 2020 a permis d'augmenter de plus de 50 % le nombre de programmes de maternelle à temps plein offerts dans les écoles des Premières Nations (SAC, communication personnelle, juillet 2020). L'objectif principal du programme est de préparer les enfants à réussir dans le système scolaire officiel en fournissant un soutien supplémentaire aux enfants de 4 et 5 ans. Le financement est fourni soit directement aux communautés, soit par l'intermédiaire d'organismes régionaux qui gèrent le financement. Les programmes de maternelle pour les enfants de quatre ans dans certaines provinces et certains territoires sont relativement nouveaux, alors que les programmes de maternelle pour les enfants de cinq ans sont disponibles dans de nombreuses communautés des Premières Nations depuis un certain nombre d'années. .



9.0 RÉSULTATS



Les résultats sont présentés dans cette section. Premièrement, un résumé du portrait de données de l'AGJE, incluant notamment les principaux domaines et indicateurs communs, est fourni. Nous discutons ensuite des principales conclusions, en les situant dans le cadre de l'AGJEA (EDSC, 2018).

9.1 Aperçu descriptif

L'analyse documentaire a permis d'obtenir un large éventail d'indicateurs à partir de 39 sources différentes au total, y compris des sources de données nationales et des cadres conceptuels et indicateurs pertinents déterminés dans l'analyse documentaire ci-dessus. Plus précisément, les indicateurs ont été tirés de sources de données nationales, incluant les bases de données de Statistique Canada (Enquête sur les enfants autochtones [2006]; Enquête auprès des peuples autochtones [2001]; Enquête sociale générale - Famille [2011 et 2017]; Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. [2019]). D'autres sources de données nationales comprenaient celles détenues par le CGIPN, à savoir les Enquêtes régionales sur la santé (Phase 1 [2002 et 2003; CGIPN, 2005], Phase 2 [2008 et 2010; CGIPN, 2012] et Phase 3 [2015 et 2016; CGIPN,

2018]) et l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations [EREEPN 2013 et 2015; CGIPN, 2016]). Les indicateurs ont également été tirés de sources fondées sur la recherche (p. ex., Geddes, 2015; Saniguq Ullrich, 2019), d'organisations autochtones (p. ex., Régie de la santé des Premières Nations, 2018), de sources gouvernementales (p. ex., Gouvernement de l'Alberta, 2019) et d'organismes non gouvernementaux (p. ex., UNICEF Canada, 2019a). Les indicateurs ont également été tirés de sources internationales (p. ex., McMahon, Reck et Walker, 2007; Australian Institute of Health and Welfare, 2008).

Suite à l'analyse documentaire décrite ci-dessus, nous avons cerné près de 1 000 indicateurs uniques parmi les 39 sources d'information et cadres conceptuels et d'indicateurs examinés. Dans ce paysage, la « santé et le bien-être » était le domaine d'indicateurs d'importance le plus souvent cité, contenant plus de 200 indicateurs uniques. Voici quelques exemples d'indicateurs courants de santé et de bien-être : « alimentation saine et mode de vie sain », « taux de vaccination », « taux de mortalité », « nutrition », « hygiène dentaire », « activité physique » et « allaitement. ». Les indicateurs apparaissant dans le domaine de « l'apprentissage

précoce » étaient le deuxième groupe d'indicateurs le plus fréquemment cité, avec plus de 150 indicateurs. Voici quelques exemples d'indicateurs d'apprentissage précoce : « compétences en communication. », « littératie et numératie », « développement du langage et compétences linguistiques », « participe à des jeux actifs » et « participe à des activités (développement du jeune enfant et de la famille) ». Un grand groupe de près de 100 indicateurs est apparu dans une rubrique « sécurité » ou un domaine d'ordre supérieur. Les indicateurs fréquemment cités comprenaient « blessure » (type et cause), « le domicile est sûr et sécurisé », « la maltraitance et la négligence envers les enfants » et « l'intimidation ». La culture a également été citée comme un domaine important, contenant près de 100 indicateurs, dont « les enseignements et les connaissances culturels », « assiste aux rassemblements et aux cérémonies », « la culture à l'école », « le lien avec la terre », « entendre des histoires » et « les enfants autochtones s'exprimant dans une langue autochtone ». D'autres domaines d'indicateurs généraux concernaient la santé mentale, la nutrition et les conditions socioéconomiques. Certains indicateurs de chaque cadre et source d'information examinée sont énumérés dans les annexes A à I.

9.2 Principales conclusions

Les résultats de l'analyse documentaire révèlent qu'il existe une abondance de cadres, de mesures, de sources de données, d'indicateurs et de questions et mesures à partir desquels il est possible de commencer à établir des liens avec les principes communs décrits dans le cadre de l'AGJEA (EDSC, 2018). L'examen du contenu de l'analyse documentaire suggère une multitude de thèmes, de mesures et d'indicateurs qui sont pertinents pour la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones et de l'AGJEA. Le tableau 1 a donné un aperçu de 12 principes propres aux Autochtones qui éclairent l'élaboration d'indicateurs pour les cadres, faisant référence à des exemples précis des cadres énumérés à l'annexe A. Ces exemples démontrent comment les principes propres aux Autochtones guident la sélection d'indicateurs propres aux autochtones pour évaluer la santé et le bien-être. Ces principes devraient également servir de base à l'élaboration d'un cadre d'indicateurs pour l'AGJEA.

Cet examen a également défini près de 1000 indicateurs qui ont été utilisés pour évaluer la santé et le bien-être, notamment l'accès et l'utilisation des programmes et services d'aide à la petite enfance pour les enfants et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les indicateurs sélectionnés à partir de ces sources de renseignements sont répertoriés dans les annexes B à I.

Bien que ces indicateurs fournissent des renseignements exhaustifs et approfondis sur certaines populations, la baisse de la qualité des données est un problème important.

La qualité des données, telle que définie par Statistique Canada (2003b), est définie par la présence de tous les éléments suivants : la pertinence, l'exactitude, l'actualité, l'accessibilité, l'intelligibilité et la cohérence (pour une description technique complète voir : Statistique Canada, 2003b, p. 6 et 7). La mesure dans laquelle les données répondent aux besoins des utilisateurs et des intervenants reflète leur pertinence. L'exactitude des données est déterminée par la précision avec laquelle les données capturent ou décrivent ce qu'elles sont censées mesurer. L'accessibilité reflète la facilité avec laquelle les consommateurs de données trouvent et utilisent des données. Les obstacles à l'accessibilité peuvent inclure des problèmes tels que le coût. L'actualité des données et des renseignements statistiques est un autre facteur important pour déterminer la qualité des données : plus les données sont anciennes, moins elles deviennent pertinentes. Par « actualité des données statistiques », on entend le délai entre le point de référence (ou la fin de la période de référence) auquel se rapporte l'information et la date à laquelle les données sont disponibles (Statistique Canada, 2003b, p. 7). L'actualité peut également être affectée par le temps nécessaire pour traiter les données et les fournir aux consommateurs de données. L'intelligibilité des données témoigne de la facilité d'interprétation, de

compréhension et d'utilisation des données. L'intelligibilité est souvent liée à la quantité de documentation et de métadonnées accompagnant les données. Le dernier élément de la qualité des données est la cohérence, qui est déterminée par le degré d'harmonisation des données avec des ensembles de données similaires « dans un vaste cadre analytique au fil du temps » (Statistique Canada, 2003b, p. 7). La cohérence des concepts, des définitions et de la méthodologie d'enquête améliore la cohérence (Statistique Canada, 2003b).

Lorsqu'on considère la qualité des données d'AGJE autochtones telles qu'elles se présentent aujourd'hui, il est juste de dire qu'une grande partie de ce qui est accessible dans le domaine public a dépassé depuis longtemps sa durée de conservation prévue. Les données accessibles au public recueillies par Statistique Canada sur les enfants autochtones (p. ex., l'Enquête sur les enfants autochtones, 2006; l'Enquête auprès des peuples autochtones, 2001) sont maintenant considérablement dépassées et la qualité globale de ces renseignements est donc compromise. Par exemple, au moment où les données de l'EEA ont été recueillies, de nombreuses formes de technologies actuelles et d'applications associées qui sont maintenant universelles et ont des répercussions sur la santé et le bien-être des enfants - notamment les téléphones intelligents, Skype et Zoom, les médias sociaux et autres - n'existaient pas. De plus, les paysages sociopolitiques ont considérablement changé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis au cours des deux dernières décennies. Malgré

cela, il est toutefois évident, d'après cette analyse documentaire, que des données datant de près de 20 ans continuent d'être consultées, analysées et diffusées, ce qui représente une limite importante à la compréhension de l'ensemble des facteurs contemporains ayant une incidence sur les réalités actuelles des enfants autochtones et, par conséquent, sur leur santé et leur bien-être.

Un défi supplémentaire qui se pose dans le contexte des enquêtes nationales citées ci-dessus concerne l'échantillonnage et la question connexe de la représentativité. Plus précisément, les enquêtes nationales administrées par Statistique Canada, notamment l'Enquête sociale générale (ESG) et l'Enquête sur les modes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants (EMAGJE), n'échantillonnent pas délibérément les participants autochtones, ce qui fait que le nombre de Premières Nations, d'Inuits et de Métis inclus dans l'échantillon final de l'enquête est insuffisant pour créer des sous-échantillons désagrégés ou propres aux Autochtones. Les enquêtes du CGIPN, en revanche, sont mandatées et conçues pour être représentatives des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les communautés nordiques et l'échantillonnage au niveau individuel est basé sur les listes des membres des bandes et des communautés (CGIPN, 2018).

Le manque de représentativité propre aux Métis dans les données demeure une lacune importante à combler dans les travaux futurs.

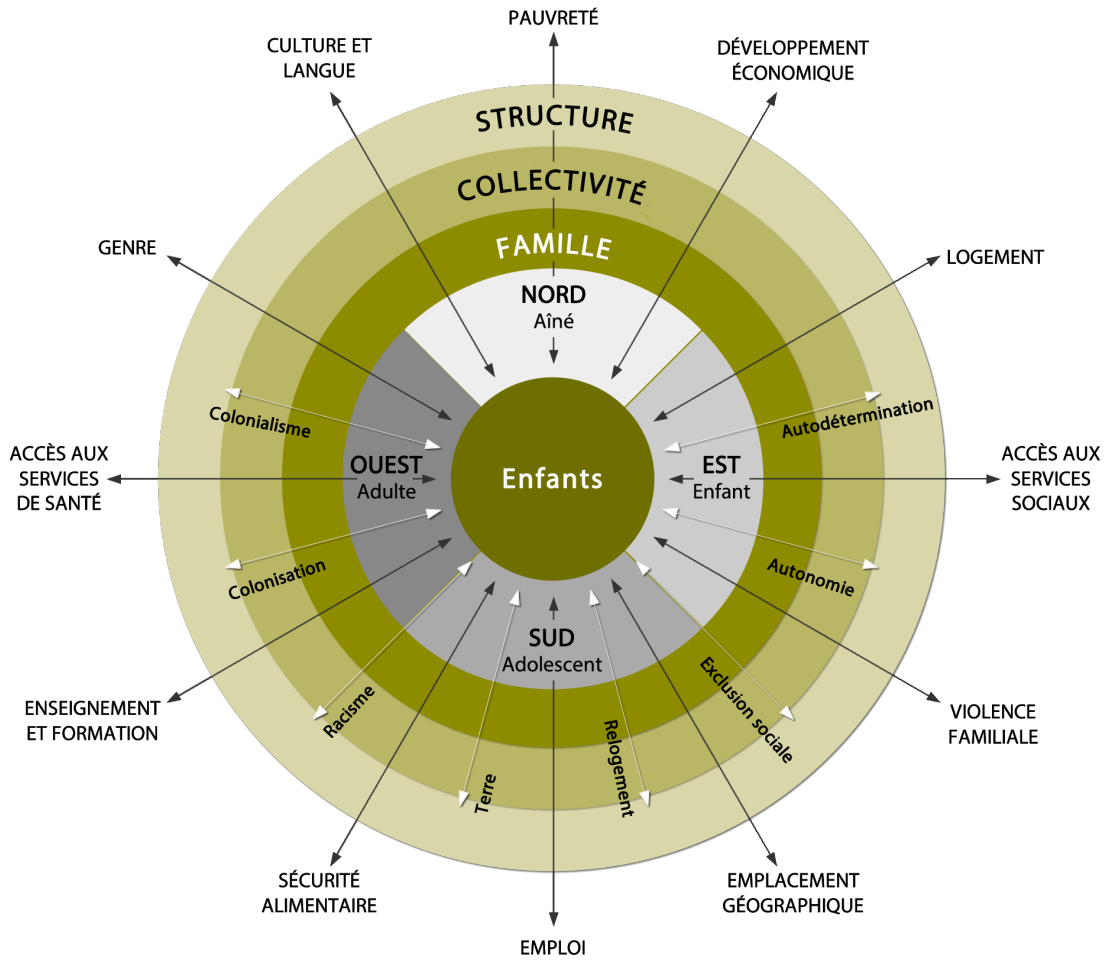
L'examen de l'ensemble des sources de données, des cadres et des mesures et indicateurs associés suggère qu'un total de deux sources de données et de renseignements (le questionnaire détaillé du recensement, qui est administré tous les 5 ans et contient peu ou pas de renseignements sur l'AGJE, et l'Enquête auprès des peuples autochtones) contiennent des indicateurs qui pourraient servir à contextualiser la vie des jeunes enfants métis. Ces indicateurs comprennent des données sur les conditions de vie et la composition de la famille des enfants de 0 à 4 ans, les langues autochtones parlées à la maison et les conditions de logement. Dans l'ensemble des données examinées, seul le questionnaire détaillé du recensement recueille des données sur les Métis, les Inuits et les populations des Premières Nations vivant dans les réserves et hors des réserves.

Bien que certaines données d'AGJE propres aux Inuits existent dans l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut, cette analyse documentaire n'a pas révélé de source de données similaire axée sur la population métisse. Cependant, le Ralliement national des Métis (RNM) a élaboré un cadre conceptuel pour la santé et le bien-être de la population métisse. Dans leur rapport de 2006 « *Proposals for Measuring Determinants and Population Health / Well-Being Status of Métis in Canada* » (RNM, 2006), les domaines prioritaires pour la mesure des déterminants de la santé et de l'état de santé ont été définis (voir l'annexe A pour une description de ce cadre).

9.3 Discussion

La figure 1 fournit une représentation visuelle d'une approche systémique centrée sur l'enfant pour envisager les programmes et services de l'AGJEA. Le cercle représente une roue de médecine comprenant la nécessité d'un équilibre entre les éléments représentés par les quatre directions. Les enfants sont situés au centre de la figure, entourés par des couches concentriques qui partent de l'enfant pour traverser les différentes couches de la famille, de la communauté et des niveaux structurels de la société. À l'extérieur et à l'intérieur de la figure se trouvent des déterminants de la santé qui croisent tous les niveaux, comme le montrent les flèches bidirectionnelles. Les déterminants de la santé communs aux enfants autochtones et non autochtones sont énumérés à l'extérieur du cercle et ceux propres aux enfants et aux familles autochtones sont indiqués à l'intérieur des cercles pour les différencier les uns des autres seulement. Cependant, tous ces déterminants se répercutent sur l'ensemble des enfants et des familles à des degrés divers, en fonction du contexte dans lequel vivent les enfants et les familles. Un système d'AGJEA qui fonctionne bien est un système qui traite l'équilibre, l'équité et l'autodétermination à tous les niveaux et à travers tous les déterminants, ce qui fait que les enfants sont au centre d'un système sain, équilibré et stimulant.

FIGURE 1: UNE VISION SYSTÉMIQUE DU BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ET DES FAMILLES AUTOCHTONES



© 2020 Margo Greenwood

Reconnaître la nature intersectionnelle et transversale des déterminants de la santé est essentiel pour comprendre les multiples niveaux auxquels les interventions et les changements peuvent se produire, les effets de ces changements atteignant tous les niveaux. Par exemple, les changements sociétaux au niveau structurel (représenté par la couche la plus extérieure de la figure), tels que ceux qui ont conduit à l'émergence d'une nouvelle politique de réconciliation au cours des années 1990 et de la première

décennie des années 2000, ont été accompagnés de changements dans la législation, l'élaboration des lois, les politiques, le financement et la juridiction qui ont un effet direct sur les programmes et services offerts dans les communautés des Premières Nations, inuites et métisses (représenté par le deuxième cercle intérieur de la figure). La disponibilité et l'accès aux services à l'enfance et à la famille au niveau communautaire, à leur tour, ont un effet sur les expériences au niveau familial. Par exemple,

les programmes de l'ISGPNI sont conçus pour améliorer les possibilités d'éducation et d'emploi pour les familles des Premières Nations et inuites en offrant des soutiens qui comprennent la garde d'enfants. Les aides et les programmes offerts aux familles qui améliorent les possibilités d'emploi ont un effet direct sur l'enfant (représenté par l'anneau ou le niveau le plus intérieur), qui bénéficie non seulement d'un meilleur logement et d'une plus grande sécurité alimentaire grâce à l'augmentation du

revenu familial, mais aussi d'une aide au développement et à la préparation à l'école dispensée soit par des programmes d'éducation parentale, soit par la participation à des programmes d'AGJE. Les effets des déterminants de la santé sélectionnés présentés sur cette figure (il existe de nombreux autres déterminants possibles non représentés) peuvent ainsi être analysés à plusieurs niveaux ; du niveau de l'enfant au niveau structurel de la société, et inversement.

Le tableau 2 ci-dessous présente une ventilation des principaux thèmes d'indicateurs utilisés pour mesurer la santé des enfants autochtones et l'AGJE, ainsi que le niveau auquel ils fonctionnent principalement. Il montre où ces indicateurs ont été utilisés pour mesurer divers éléments du bien-être dans les sources examinées dans le présent examen du paysage et énumérées dans les annexes B à I. Étant donné

que de nombreux thèmes sont transversaux, ils peuvent apparaître à plus d'un niveau. Les indicateurs liés à l'alimentation et à la nutrition, par exemple, peuvent montrer le bien-être tant au niveau de l'enfant qu'au niveau de la famille. La langue est un autre domaine thématique indicateur qui concerne à la fois l'enfant et la famille.

TABLEAU 2 : RÉSUMÉ DES THÈMES DES INDICATEURS POUR LES ENFANTS ET LES FAMILLES AUTOCHTONES

Thèmes pour les enfants		
État de santé (y compris les maladies chroniques, les problèmes de santé, les blessures physiques)		Annexe B, annexe C, annexe G, annexe H, annexe I
Utilisation de soins de santé		Annexe C
Soins dentaires		Annexe C, annexe G
Informations personnelles, incluant l'identité et le statut des Autochtones		Annexe C, annexe G
Alimentation et nutrition (y compris les aliments traditionnels)		Annexe B ; annexe C, annexe G, annexe H
Sommeil		Annexe B
Étapes du développement		Annexe B, annexe H
Fréquentation d'une école/garderie et éducation		Annexe B, annexe C, annexe G, annexe H, annexe I
Langue		Annexe B, annexe C
Forces et difficultés		Annexe B
Apprentissage et activités Activités de la vie quotidienne et états de santé		Annexe B, annexe C
Activités et relations sociales (incluant le temps passé devant un écran)		Annexe C, annexe H
Éducation		Annexe C, annexe G
Activité physique		Annexe G, annexe H
Bien-être émotionnel et social		Annexe G

TABEAU 2 : RÉSUMÉ DES THÈMES DES INDICATEURS POUR LES ENFANTS ET LES FAMILLES AUTOCHTONES

Thèmes relatifs à la famille	Alimentation et nutrition (y compris les aliments traditionnels)	Annexe B, annexe G, annexe H, annexe I
	Étapes du développement	Annexe B, annexe H
	Réconfort	Annexe B, annexe H
	Langue Langue et culture traditionnelles	Annexe B, annexe G, annexe H, annexe I
	Apprentissage et activités"	Annexe B, annexe H
	Profil des parents Données et informations sur le ménage ; informations personnelles (y compris le soutien parental et les liens avec la famille élargie)	Annexe B, annexe C, annexe F, annexe G, annexe H, annexe I
	Dispositions en matière de garde d'enfants (y compris l'apprentissage précoce et la garde d'enfants, les préférences en matière de garde d'enfants, les non-utilisateurs ou les utilisateurs occasionnels de services de garde d'enfants, la garde d'enfants d'âge préscolaire, la garde d'enfants d'âge préscolaire et scolaire)	Annexe B, annexe C, annexe D, annexe E, annexe F, annexe G, annexe H
	Accès aux soins de santé	Annexe G
	Ménage et environnement de vie (incluant l'accès à la technologie)	Annexe G, annexe H
	Expériences des pensionnats indiens	Annexe G, annexe H
Thèmes communautaires	Langue	Annexe B
	Apprentissage et activités	Annexe B
	Dispositions en matière de garde d'enfants (y compris l'apprentissage précoce et la garde d'enfants, les préférences en matière de garde d'enfants, les non-utilisateurs ou les utilisateurs occasionnels de services de garde d'enfants, la garde d'enfants d'âge préscolaire, la garde d'enfants d'âge préscolaire et scolaire)	Annexe B, annexe D, annexe E, annexe F, annexe G
	Accès aux soins de santé	Annexe G
	Réconfort	Annexe B
	Fournisseurs de soins aux enfants autochtones	Annexe H
Thèmes portant sur la structure	Migration	Annexe H
	Racisme	Annexe H

Légende : Annexe B (Enquête sur les enfants autochtones) ; annexe C (EAPA) ; annexe D (EMAGJE); annexe E (Enquête sociale générale); annexe F : (Enquête sociale générale 2011); annexe G (Enquête sociale générale 2017); annexe H (EREEEPN); annexe I (Nunavut Inuit Child Health Survey)

Il n'est pas surprenant que la plupart des sources examinées se soient concentrées sur la mesure du bien-être au niveau de l'enfant et de la famille, et moins sur les indicateurs au niveau de la communauté. À l'exception de l'PEREEPN, qui disposait d'indicateurs traitant du racisme et de la migration, aucune des sources examinées ne contenait d'indicateurs traitants du niveau structurel. C'est un défi considérable, étant donné que la construction sociale et culturelle globale du racisme, par exemple, peut avoir un effet sur l'ensemble du système de l'AGJEA.

Le racisme est une réalité historique et contemporaine qui a une influence omniprésente sur les expériences vécues par les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les politiques fondées sur la race et l'exclusion au niveau sociétal, comme les questions de compétence que le principe de Jordan vise à résoudre, ont un effet sur l'accès des Premières Nations, des Inuits et des Métis aux programmes et aux services au niveau de la communauté, de la famille et de l'enfant. Un autre exemple se trouve dans les niveaux de financement inéquitables pour la protection de l'enfance autochtone et les programmes et services d'AGJEA, qui créent des effets d'entraînement à tous les autres niveaux. L'exclusion et le racisme aux niveaux structurel et systémique ont donc un effet direct sur la santé et le bien-être des enfants et des familles autochtones en empêchant l'accès aux programmes et services qui pourraient leur fournir un soutien immédiat et durable. Cette dynamique est un élément contextuel important sous-jacent au terrain cartographié par l'analyse actuelle.

Une proportion importante des sources examinées repose sur des données de Statistique Canada qui ne sont plus à jour. Comme indiqué à la section 9.2 ci-dessus, les données existantes se sont estompées en matière de pertinence, de cohérence et de qualité globale. On constate également un manque généralisé de données désagrégées pour les populations des Premières Nations (en particulier hors réserve), des Inuits et des Métis. Des défis importants existent pour les trois populations autochtones en ce qui concerne à la fois les ressources humaines et la capacité financière nécessaires pour entreprendre la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion de données à grande échelle.

Bien que certaines des sources de renseignements et des cadres examinés dans cette étude n'aient pas été élaborés en partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et aucun n'a été conçu pour mesurer les progrès par rapport au cadre de l'AGJEA (EDSC, 2018), d'autres sources de données et enquêtes ont été élaborées sous le contrôle des Premières Nations et des Inuits (p. ex., les enquêtes du CGIPN, l'PEREEPN et l'ERS; voir CGIPN, 2018; 2016; 2012; 2005; Smylie et al., 2017a, 2017b), servant d'exemples importants de l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans la recherche et la collecte de données. Bien que de nombreux cadres présentent des thèmes à prendre en considération afin de mesurer à la fois l'état de santé des enfants autochtones et les progrès réalisés dans le respect des engagements visant à optimiser le

développement sain des enfants, l'absence de données transversales ou longitudinales axées sur la santé et le bien-être du point de vue individuel, familial et communautaire représente une lacune importante. Pour combler cet écart, un investissement considérable dans les ressources à long terme, ainsi que la création de collaborations et de partenariats intersectoriels seront nécessaires.

La question de la gouvernance des données est incontestable pour ce qui est de faire progresser l'autodétermination des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La gouvernance des données est d'une importance capitale dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de données en réponse au cadre de l'AGJEA. Bien que les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) aient été clairement définis pour la gouvernance de toutes les informations des Premières Nations, comme l'énonce le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN, 2014), les considérations relatives à la gouvernance des données des Inuits et des Métis – y compris, mais sans s'y limiter, l'infrastructure, les collaborations, les partenariats, les politiques, les processus, les protocoles et les accords formels - ne sont pas encore aussi clairement définis. Par exemple, une recherche sur Internet utilisant les termes « gouvernance des données » et « Nation métisse » a révélé un manque d'informations. Des recherches similaires de renseignements sur la gouvernance des données pour la Métis Nation of Ontario et la Manitoba Métis Federation (MMF) ont montré

que la MMF dispose d'une série de rapports sur la santé offerte au public élaboré à partir de données propres aux Métis (voir la ressource en ligne : http://www.mmf.mb.ca/departments_portfolios_and_affiliates_details.php?id=11&type=publications); cependant, les renseignements propres à la gouvernance des données de l'AGJEA pour les Métis ne sont pas disponibles.

La Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR) présente les paramètres de souveraineté des données permettant aux Inuits de réaliser l'autodétermination dans une recherche « efficace, percutante et significative pour les Inuits » (ITK, 2018, p. 5). La SNIR a pour objectif de relever les défis liés aux processus d'engagement et de prise de décision, à l'admissibilité au financement de la recherche et à la prédominance de chercheurs non inuits menant des recherches dans l'Inuit Nunangat. La SNIR est axée sur cinq secteurs prioritaires qui nécessitent une action coordonnée pour faciliter la recherche dans l'Inuit Nunangat et pour en assurer l'efficacité, l'incidence et l'utilité pour les Inuits. Voici ces secteurs prioritaires :

- 1) promouvoir la gouvernance inuite en matière de recherche ;
- 2) améliorer l'éthique de la recherche;
- 3) harmoniser le financement en fonction des priorités de recherche des Inuits;
- 4) assurer l'accès, la propriété et le contrôle des Inuits relativement aux données et aux renseignements;
- 5) renforcer les capacités de recherche dans l'Inuit Nunangat. (ITK, 2018, p. 4).

9.4 Cartographie des résultats par rapport aux principes du cadre de l'AGJEA (2018)

Le cadre d'AGJEA (EDSC, 2018) jette les bases pour garantir que les futures initiatives axées sur les données relatives à l'AGJEA se dérouleront d'une manière culturellement appropriée et autodéterminée. Le cadre facilite également une structure cohérente, permettant une facilité d'interprétation des résultats de cet examen du paysage des informations et des données disponibles pour éclairer la création d'indicateurs propres aux autochtones en matière d'AGJEA.

Les indicateurs potentiels qui correspondent à chacun des neuf principes de l'AGJEA décrits dans le cadre de l'AGJEA (EDSC, 2018), ainsi que les sources connexes de données existantes, sont résumés dans le tableau 3 ci-dessous. Veuillez consulter l'annexe J pour un aperçu plus complet, incluant notamment les considérations relatives aux futures recherches visant à combler les lacunes.

Cet exercice a des limites qu'il convient de souligner ici. Les exemples d'indicateurs doivent être considérés comme un point de départ provisoire. Certains de ces indicateurs existent déjà en tant que mesures et certains sont des suggestions d'indicateurs potentiels basées sur la documentation

examinée dans ce document. En outre, étant donné que les neuf principes sont transversaux et se chevauchent, certains thèmes et indicateurs (p. ex., ceux relatifs à la langue et à la culture) pourraient aborder plus d'un principe. Enfin, chaque principe appelle différents types d'indicateurs, qui peuvent être axés sur des éléments ou des résultats structurels, systémiques ou programmatiques et individuels. Bien que cet examen de la documentation se concentre sur les indicateurs de mesure existants, les cadres d'évaluation des programmes fédéraux sont une autre source d'information utile, en particulier dans la mesure où ils s'appliquent au principe 8, transparence et responsabilité. Il s'agit d'une question qu'il faudrait étudier de façon plus approfondie.

Un processus fondé sur les distinctions pour élaborer un ensemble d'indicateurs solides et appropriés pour chaque principe exigera un engagement et une collaboration directs avec les communautés des Premières Nations, inuites et métisses qui connaissent le mieux leurs enfants et possèdent leurs propres aspirations pour les programmes et services d'AGJE menant au bien-être collectif et à l'autodétermination.



TABLEAU 3 : PRINCIPES, INDICATEURS ET SOURCES D'INFORMATION DU CADRE D'AGJE

Principes	Exemples d'indicateurs	Sources des données et des renseignements :
1. Savoir, langues et cultures autochtones	<ul style="list-style-type: none"> composantes relatives à la langue et à la culture dans le programme d'AGJEA programmes de langue destinés aux jeunes enfants et aux familles (possibilités éducatives pour l'apprentissage de la langue) exposition à la langue au domicile ou au sein de la communauté capacité à employer des mots autochtones 	<p>Enquête sur les enfants autochtones enquête sur la maturité scolaire du PAPA EREEEP ISGPNI/PAPAR Évaluation du PAPACUN</p>
2. Détermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis	<ul style="list-style-type: none"> les PN/I/M cocréent un système d'AGJEA avec le Canada les PN/I/M collaborent avec les P/T dans la mise en œuvre d'un système d'AGJEA les communautés participent à la conception et à la mise en œuvre des politiques et des programmes dans leur communauté 	<p>Il n'existe aucune donnée Principes du cadre du programme de l'ISGPNI Voir aussi Greenwood et Shawana, 2000</p>
3. Programmes et services de qualité	<ul style="list-style-type: none"> curriculum et programmes ratios enfants-éducateurs formation, certification et salaires du personnel normes, règlements, permis et surveillance environnement physique administration et financement participation de la famille ou de la communauté au programme 	<p>EEA ; EREEEP Raising the Village (en anglais seulement) Enquête sur la maturité scolaire du PAPA Cadres des programmes ISGPNI/PAPACUN/ PAPAR Voir aussi Greenwood et Shawana (2000), Saniguq Ullrich (2019)</p>
4. Centré sur l'enfant et sur la famille	<ul style="list-style-type: none"> indicateurs de développement de l'enfant indicateurs de santé des enfants indicateurs des déterminants sociaux des parents et de la famille participation des parents aux programmes 	<p>EEA ; EREEEP ; ERS Étude du PAPACUN sur la maturité scolaire ISGPNI/PAPACUN/PAPAR Programmes fédéraux axés sur les déterminants sociaux de la santé des familles</p>
5. Inclusivité	<ul style="list-style-type: none"> les programmes répondent aux besoins de tous les enfants et de toutes les familles transport offert dans les régions éloignées géographiquement 	<p>EMAGJE PAPACUN/PAPAR Évaluation du PAPACUN</p>
6. Approche souple et adaptable	<ul style="list-style-type: none"> les programmes sont souples et peuvent répondre au changement des circonstances des enfants, des familles et des communautés divers modèles de prestation de services 	<p>ESG 2017 - questions sur les dispositions en matière de garde d'enfants</p>
7. Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> les programmes sont à la portée des familles et d'autres programmes pertinents les programmes et services sont abordables nombre d'enfants qui fréquentent les programmes nombre d'enfants sur des listes d'attente 	<p>EAPA ; EREEEP; EEA ESG 2017 ; ERS PAPACUN</p>
8. Transparence et responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> les parents et les membres des communautés connaissent les programmes évaluations et rapports périodiques au sujet des services communautaires relatifs à l'AGJEA et aux objectifs globaux du système il existe des structures de rapports administratives bien établies afin d'informer la communauté, les bailleurs de fonds et les partenaires 	<p>Il n'existe aucune donnée Les principes de l'ISGPNI, du PAPACUN et du PAPAR existent, mais ils n'ont pas été mesurés Évaluation du PAPACUN</p>
9. Respect, collaboration et partenariats	<ul style="list-style-type: none"> liens avec d'autres services connexes destinés aux enfants et aux familles dans les communautés afin d'assurer une prestation de services coordonnée et holistique liens avec d'autres programmes FPT pour accéder au financement et assurer une prestation de services holistique mise à profit des collaborations multisectorielles collaboration avec des intervenants pertinents 	<p>Il n'existe aucune donnée Cadre du programme de l'ISGPNI Évaluation du PAPACUN</p>



Une des considérations les plus importantes pour le bien-être des enfants est le contexte familial et communautaire dans lequel ils vivent.

10.0 CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES



Cette section présente une série de considérations qui seront importantes dans l'élaboration de stratégies visant à combler les lacunes dans les informations actuellement disponibles pour soutenir la création d'un cadre de politique et d'évaluation de l'AGJEA efficace et réactif fondé sur les distinctions. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont des peuples distincts ayant une histoire, une culture, des valeurs et des réalités contemporaines différentes qui influencent leurs besoins et leurs priorités actuels. Cependant, ils ont tous en commun le rôle précieux des enfants et leur importance pour assurer la continuité culturelle collective.

L'une des considérations les plus importantes pour le bien-être des enfants est le contexte familial et communautaire dans lequel ils vivent. Les déterminants du bien-être comme le revenu familial et l'emploi, le niveau de scolarité des parents et des tuteurs, le logement, la sécurité alimentaire et l'accès aux services de santé et au soutien social sont quelques-uns des facteurs à considérer. Ce type d'information se trouve dans diverses sources, y compris l'ERS du CGIPN, et l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes administrée par Statistique Canada, les données du recensement et l'Enquête auprès des peuples autochtones. Ces sources de données contiennent des informations sociodémographiques et économiques sur les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis (l'ERS se concentrant exclusivement sur les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les communautés nordiques). Cependant, toutes les populations autochtones ne sont pas représentées au sein d'une même source de données, et il est donc difficile de désagréger les données et de les comparer.

(l'ERS se concentrant exclusivement sur les Premières Nations vivant dans les réserves et dans les communautés nordiques). Cependant, toutes les populations autochtones ne sont pas représentées au sein d'une même source de données, et il est donc difficile de désagréger les données et de les comparer.

Le manque d'information sur la réalité des enfants inuits et métis est peut-être la lacune la plus grave révélée par cette analyse documentaire. Il existe actuellement très peu d'information sur les indicateurs fondés sur les distinctions en matière d'AGJE inuit et métis. Les limites des données propres aux Inuits comprennent des données limitées sur la santé et l'éducation, en particulier pour la population inuite urbaine (mais voir la base de données « Our Health Counts Urban Indigenous Health » [Smylie et Firestone, 2017a, 2017b; annexe A.2.7] et l'Enquête sur la santé des enfants inuits du Nunavut; annexe I). Les indicateurs de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits de l'Infobase de la santé publique (ASPC, 2018) offrent également un ensemble d'indicateurs et de données récentes sur la démographie, les statistiques de l'état civil, l'état de santé et les résultats, les déterminants de la santé et le rendement du système de santé pour les Inuits qui fournissent des

informations contextuelles sur la vie des jeunes enfants inuits; cependant, ces données ne donnent que peu de renseignements sur les indicateurs d'AGJEA des Inuits.

De plus amples informations sont disponibles pour les populations des Premières Nations, mais comme indiqué ci-dessus, une grande partie de ces renseignements sont datés et sont limités, car ils ne concernent pas systématiquement les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et hors des réserves. Les recherches futures doivent prendre soin de saisir les réalités des enfants des trois populations autochtones, y compris ceux qui vivent dans des réserves, dans des contextes urbains éloignés de leurs territoires traditionnels et dans des régions rurales et éloignées. Cela pose un défi important dans la collecte de données et l'élaboration de politiques, soulignant la nécessité d'une approche coordonnée et fondée sur la distinction.

Les sources d'information existantes les plus utiles; l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations (EREEEPN) et l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA), ont une portée nationale et, prises ensemble, comprennent les populations des Premières Nations, inuites et

métisses résidant dans des régions urbaines, éloignées et dans les réserves. En plus de cerner des données propres aux enfants, ces sources fournissent également des informations importantes sur les déterminants de la santé des familles autochtones, comme mentionnés ci-dessus, incluant notamment des facteurs socioéconomiques tels que le revenu et le niveau d'éducation des parents, ainsi que des informations sur le logement, la sécurité alimentaire et l'état de santé. Cependant, les sources de données mentionnées ci-dessus ne contiennent pas suffisamment de renseignements pour donner une image complète de l'incidence des facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux sur la vie des jeunes enfants des Premières Nations, inuits et métis. Une recherche plus complète et plus ciblée sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant dans le contexte de la famille sera une première étape importante vers la conception d'un système d'AGJEA centré sur l'enfant et la famille (principe n° 4).

À cette fin, une version actualisée et élargie de l'Enquête sur les enfants autochtones pourrait constituer la source la plus importante d'indicateurs et mesures associées, à partir desquels on pourrait élaborer une stratégie de données fondée sur la distinction, ancrée dans le cadre de l'AGJEA (EDSC, 2018). En s'appuyant sur la version actuelle de l'EEA, il est possible de créer un ensemble commun d'indicateurs en collaboration avec des groupes basés

sur la distinction. Ces indicateurs communs pourraient faire partie des ensembles d'indicateurs plus larges qui seront créés par chaque groupe. Le soutien du gouvernement à l'élaboration des capacités de collecte de données et de gouvernance pour chaque groupe fondé sur la distinction est tout aussi important. Le CGIPN offre un moyen d'atteindre cette capacité.

En outre, les lacunes en matière d'information mises en évidence par l'exercice de cartographie présenté à la section 9.4 indiquent la possibilité d'entreprendre des recherches plus ciblées qui harmonisent les études qualitatives examinant les facteurs structurels et systémiques qui favorisent les programmes et services de qualité avec les recherches quantitatives qui évaluent l'efficacité et l'efficience des programmes et services existants. Des stratégies de recherche et d'évaluation centrées sur les Autochtones et éclairées par eux favoriseront l'efficacité et l'opérationnalisation d'un système d'AGJEA qui répondra au mieux aux besoins du plus grand nombre possible d'enfants et de familles des Premières Nations, inuites et métisses.

L'établissement d'un modèle de gouvernance de partenariat opérationnel (principe n° 9) permettra d'engager des conversations avec les partenaires sur la meilleure façon de mettre en œuvre un système national d'AGJEA fondé sur la distinction, que ce soit par l'intermédiaire des organisations autochtones nationales, de partenariats avec

le gouvernement fédéral, des organisations autochtones désignées ou d'une autre combinaison d'organisations partenaires. Cela pourrait inclure les processus connexes de détermination des meilleurs indicateurs pour chaque groupe fondé sur la distinction et de collecte de données à des fins de référence et d'évaluation. Il est important de noter que les mesures quantitatives ne seront appropriées que pour certains des neuf principes, de sorte que l'examen de la meilleure combinaison d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs sera une partie importante de ce processus, en particulier pour les principes n° 2, 8 et 9.

Les catalyseurs structurels et systémiques qui ont un effet sur les familles et les enfants doivent également être définis afin de déterminer le niveau auquel les interventions doivent avoir lieu. Bien que les éléments structurels et systémiques de l'AGJE relèvent généralement de la compétence des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, un cadre d'AGJEA élaboré en partenariat et en collaboration nécessite une approche collaborative qui engage les gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis en tant que partenaires égaux dans la prise de décisions concernant les éléments structurels (c.-à-d. les changements législatifs et politiques) qui doivent être mis en place pour permettre un système d'AGJEA fondé sur la distinction. La prise de décision à ce niveau a un effet direct sur la qualité, qui touche à la fois les composantes structurelles et les processus cernés dans la section sur la qualité de l'AGJEA. Bien que ces

composantes puissent être appliquées dans les trois cadres fondés sur la distinction, les différences culturelles guideront leur mise en œuvre. Par exemple, les exigences législatives concernant les ratios enfants-éducateurs ou le regroupement des enfants par âge peuvent établir une norme minimale commune tout en offrant la souplesse nécessaire pour tenir compte des différentes conceptions et valeurs culturelles concernant la composition de la famille et la participation de la communauté à la garde d'enfants.

En résumé, cet examen du paysage a révélé un grand nombre de cadres et de sources d'information existants liés à l'AGJEA dans la mesure où ils sont principalement axés sur la santé et le bien-être des jeunes enfants autochtones et de leurs familles. Si nombre de ces sources fournissent de bons exemples des types d'indicateurs et d'informations qui pourraient éclairer certains aspects d'un système national d'AGJEA, il n'existe pas de cadre ou de source d'information unique qui pourrait fournir un modèle utile pour progresser vers cet objectif. L'approche fondée sur la distinction du cadre d'AGJEA appelle à la création d'une stratégie d'information et de recherche spécialement conçue pour combler les lacunes considérables dans les connaissances actuelles sur les besoins, les priorités, les défis et les possibilités en matière d'AGJE des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada.

BIBLIOGRAPHIE (EN ANGLAIS)



- Aboriginal Children's Health and Well-being Measure [ACHWM]. (n.d.). *About: Learn more about the ACHWM - our team, vision and history*. Retrieved from <https://achwm.ca/about/achwm>
- Alberta. (2019). *Well-being and resiliency: A framework for supporting safe and healthy children and families*. Edmonton, AB: Government of Alberta. Retrieved from <https://open.alberta.ca/dataset/520981c4-c499-4794-af55-bc932811cb1e/resource/7fda0ae8-8d97-49e7-b94b-7f0088cd767d/download/well-being-resiliency-framework-march2019.pdf>
- Alfred, T., & Corntassel, J. (2005). Being Indigenous: Resurgences against contemporary colonialism. *Government and Opposition* 40(4), 597-614.
- Arnett, J. (1989). Caregivers in day-care centers: Does training matter? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10(4), 541-52, [http://dx.doi.org/10.1016/0193-3973\(89\)90026-9](http://dx.doi.org/10.1016/0193-3973(89)90026-9)
- Assembly of First Nations [AFN]. (2006). *First Nations' holistic approach to indicators*. Ottawa, ON: Author.
- Assembly of First Nations [AFN]. (2017a). *National First Nations early learning and child care (ELCC) policy framework*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 17, 2020 from https://www.afn.ca/uploads/Social_Development/FN%20ELCC%20Framework%202017_en.pdf
- Assembly of First Nations [AFN]. (2017b). *The First Nations health transformation agenda*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 17, 2020 from https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf
- Australian Government, Department of Health. (n.d.). *Audit for best practice in chronic disease*. Canberra, AU: Author. Retrieved from <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/health-oatsih-pubs-linkphc~health-oatsih-pubs-linkphc-local~casestudies~case4>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (n.d.). *Appendix 3: Types of indicators and how they are used*. Retrieved from https://www.aihw.gov.au/getmedia/780ca41d-b02c-4071-9d82-5368dd11c853/hse-75-10792_x03.pdf.aspx
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2008). *Key national indicators of children's health, development and wellbeing: Indicator framework for a picture of Australia's children 2009*. Canberra, AU: Australian Government, Bulletin 58. Retrieved March 13, 2020 from <https://bluepeteraustralia.files.wordpress.com/2012/12/indicators.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2011). *National outcome measures for early childhood development: Development of an indicator-based reporting framework*. Canberra, AU: Australian Government. Retrieved August 17, 2020 from <https://www.aihw.gov.au/getmedia/4b41f3af-33aa-4ad7-b867-fe4f9ef51a6e/12424.pdf.aspx?inline=true>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). *Protecting children is everyone's business: National framework for protecting Australia's children 2009-2020*. Canberra, AU: Australian Government. Retrieved August 17, 2020
- Baker-Anderson, K., Young, N.L., Wabano, M.J., & Brown, L. (2015). Inuit version of the Aboriginal children's health and well-being measure: Qanuipit? *Quality of Life Research*, 24, 59.
- Ball, J. (2008). Promoting equity and dignity for Aboriginal children in Canada. *IRPP Choices*, 14(7), 1-30.
- Baxter-Trahair, E. (2016). *Raising the village: Improving outcomes for Toronto's children and families – Part 2: Indigenous outcomes*. Toronto, ON: Presentation to the Aboriginal Affairs Committee, Raising the Village. Retrieved March 17, 2020 from <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2016/aa/bgrd/backgroundfile-96783.pdf>
- BC Aboriginal Child Care Society & Assembly of First Nations (BCACCS). (2005). *Elements of quality child care from the perspectives of Aboriginal Peoples in British Columbia*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved February 12, 2019 from <https://www.acc-society.bc.ca/resource/elements-of-quality-child-care-from-the-perspectives-of-aboriginal-peoples-in-british-columbia-2005/>
- BC Ministry of Health. (2013). *Child and youth health and well-being indicators project: CIHI and B.C. PHO Joint Summary Report*. Victoria, BC: Author. Retrieved from <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/child-health-2013.pdf>
- Best Start by Health Nexus. (2019). *Atuagsijut: Following the path, sharing Inuit specific ways*. Resource for Service Providers Who Work with Parents of Inuit Children in Ontario. Toronto, ON: Author
- Bick, J., & Nelson, C.A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 41, 177-96.
- Bigras, N., Bouchard, C., Cantin, G., Brunson, L., Coutu, S., Lemay, L., Tremblay, M. et al. (2010). A comparative study of structural and process quality in center-based and family-based child care services. *Child and Youth Care Forum*, 39, 129-50.

- British Columbia Assembly of First Nations, First Nations Summit, Union of British Columbia Indian Chiefs, & Government of British Columbia. (2006). *The transformative change accord: First Nations health plan*. Victoria, BC: Authors. Retrieved March 17, 2020 from http://fns.bc.ca/wp-content/uploads/2016/10/FirstNationsHealthImplementationPlan_Combo_LowResolution.pdf
- Canada. (2017a). *Rights of children*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/rights-children.html>
- Canada. (2017b). *Health Indicators*. Ottawa, ON: Author. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-indicators.html>
- Canada. (2018). *The 2030 agenda for sustainable development*. Ottawa, ON: Retrieved March 17, 2020 from https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/agenda-programme.aspx?lang=eng
- Canada. (2020a). *The Impact of the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC) Program on school readiness skills*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www.canada.ca/en/services/health/publications/aboriginal-health/school-readiness.html>
- Canada. (2020b). *Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp.html>
- Canada (*Human Rights Commission*) v. Canada (*Attorney General*) (2012), FC 445 (CanLII). Retrieved from <https://www.canlii.org/en/ca/fct/doc/2012/2012fc445/2012fc445.html>
- Canadian Child Care Federation. (2005). "What's new in curriculum?" *Interaction*, 18(4), 27.
- Canadian Child Welfare Research Portal. (n.d.). *Canadian Human Rights Tribunal on First Nations child welfare*. Information sheet. Retrieved March 18, 2020 from <https://cwrcp.ca/canadian-human-rights-tribunal-first-nations-child-welfare>
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2019). *CIHI's annual report, 2018–2019: 25 years of CIHI*. Ottawa, ON: CIHI. Retrieved March 18, 2020 from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cihi-annual-report-2018-2019-en-web.pdf>
- Canadian Institute of Child Health [CICH]. (2020a). *About CICH*. Retrieved March 14, 2020 from <https://cichprofile.ca/about-the-profile/about-cich/>
- Canadian Institute of Child Health [CICH]. (2020b). *About the Profile*. Retrieved March 14, 2020 from <https://cichprofile.ca/about-the-profile/>
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) and BC Public Health Officer. (2013). *Child and youth health and well-being indicators project: CIHI and B.C. PHO Joint summary report*. Victoria BC: Office of the Provincial Health Officer and Canadian Institute for Health Information. Retrieved August 17, 2020 from <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/child-health-2013.pdf>
- Canadian Paediatric Society. (2004). Children's health indicators. *Paediatrics & Child Health*, 9(2), 79-80.
- Chartier, M., Brownell, M., MacWilliam, L., Valdivia, J., Nie, Y., Ekuma, O., Burchill, C., et al. (2016). *The mental health of Manitoba's children*. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy. Retrieved March 16, 2020 from http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//MHKids_web_report.pdf
- Corntassel, J. (2012). Re-envisioning resurgence: Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society* 1(1), 86-101.
- Council of Australian Governments [COAG]. (2009). *Investing in the early years: A national early childhood development strategy*. Barton, AU: Commonwealth of Australia.
- Craig, E., Jackson, C., Han, D.Y., & HZCYES Steering Committee. (2007). *Monitoring the health of New Zealand children and young people: Indicator handbook*. Auckland, NZ: Paediatric Society of New Zealand, New Zealand Child and Youth Epidemiology Service. Retrieved March 20, 2020 from <https://www.otago.ac.nz/nzcyes/otago086469.pdf>
- Crampton, P., Perera, R., Crengle, S., Dowell, A., Howden-Chapman, P., Kearns, R., Love, T. et al. (2004). What makes a good performance indicator? Devising primary care performance indicators for New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 117(1191), 1-12.
- de Leeuw, S., Greenwood, M. & Cameron, E. (2010). Deviant constructions: How governments preserve colonial narratives of addictions and poor mental health to intervene into the lives of Indigenous children and families in Canada. *International Journal of Mental Health and Addiction* 8, 282-95. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9225-1>
- da Silva, D.I., de Mello, D.F., Takahashi, R.F., & de la Ó Ramallo Verissimo, M. (2016). Children's vulnerability to health damages: elements, applicability and perspectives. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5, 15-20. DOI: 10.9790/1959-0505031520
- Duncan, L., Boyle, M.H., Abelson, J., & Waddell, C. (2018). Measuring children's mental health in Ontario: Policy issues and prospects for change. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(2), 88-98.
- Egeland, G.M., Qanuippitali Steering Committee, Pacey, A., Johnson-Down, L., & Cao, Z. (2009). *The International Polar Year Nunavut Inuit Child Health Survey 2007-2008*. Ste-Anne-de-Bellevue, QC: McGill University. Retrieved March 12, 2020 from https://www.mcgill.ca/cine/files/cine/child_inuit_health_survey_aug_31.pdf

- Egeland, G.M., Faraj, N., & Osborne, G. (2010). Cultural, socioeconomic, and health indicators among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Rural and Remote Health, 10*, 1365.
- Employment and Social Development Canada [ESDC]. (2018). *Indigenous early learning and child care framework*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 17, 2020 from <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/indigenous-early-learning/2018-framework.html#h2.5>
- Employment and Social Development Canada [ESDC]. (2019). *Audit of social infrastructure funding – First Nations and Inuit Child Care Initiative*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/reports/audits/first-nations-inuit-child-care-initiative.html>
- First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group. (2010). *Developing injury prevention indicators for First Nations children and youth in Canada*. Vancouver, BC: British Columbia Injury Research and Prevention Unit. Retrieved March 11, 2020 from <http://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/Developing-Injury-Prevention-Indicators-for-FN-Children-and-Youth-Nov-2010-FINAL-Oct-24-2011.pdf>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (n.d.). *The First Nations Principles of OCAP®*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.ca/ocap>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2002). *Our voice, our survey, our future: Children's questionnaire*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=60a05c9f930728b09342219f0c254a63>
- First Nations Information Governance Committee [FNIGC]. (2005). *RHS 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. Ottawa, ON: First Nations Centre. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=6d630af33e986fb89b6f89895e540513>
- First Nations Information Governance Committee [FNIGC]. (2006). *RHS 2002/03: Report on process and methods*. Ottawa, ON: First Nations Centre. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=ce2ad3b17ffe381f971500ca09dd6610>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2012). *RHS Phase 2 (2008/10): National report on adults, youth and children living in First Nation communities*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=ccd66b67e9debb2c92f4a54703e1d050>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2014). *Ownership, control, access and possession (OCAP™): The path to First Nations information governance*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from https://fnigc.ca/sites/default/files/docs/ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2015). *The First Nations Regional Health Survey Phase 3 core questionnaire child*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.inlibro.net/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=f5dc4f6364755b08eea02de552053ed3>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2016). *Our data, our stories, our future: The national report of the First Nations Regional Early Childhood, Education and Employment Survey*. Ottawa, ON: Author.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2018). *National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume one*. Ottawa, ON: First Nations Centre.
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2020a). *Frequently asked questions*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.ca/about-fnigc/frequently-asked-questions.html#:~:text=A,%2348%2C%20December%202009>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2020b). *About FNIGC: Vision*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://fnigc.ca/about-fnigc/vision.html>
- First Nations Health Authority. (2018). *Indigenous health and well-being*. West Vancouver, BC: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-PHO-Indigenous-Health-and-Well-Being-Report.pdf>
- Friendly, M., Doherty, G., & Beach, J. (2006). *Quality by design: What do we know about quality in early learning and child care, and what do we think? A literature review*. Toronto, ON: Childcare Resource and Research Unit. Retrieved August 17, 2020 from https://www.childcarecanada.org/sites/default/files/QbD_LiteratureReview.pdf
- Gardner, K., Sibthorpe, B., Chan, M., Sargent, G., Dowden, M., & McAullay, D. (2018). Implementation of continuous quality improvement in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care in Australia: A scoping systematic review. *BMC Health Services Research, 18*, 541.
- Garon-Carrier, G. (2019). *Defining and measuring the quality of early learning and child care: A literature review*. Ottawa, ON: Employment and Social Development Canada, Her Majesty the Queen in Right of Canada.
- Geddes, B. (2015). *Measuring wellness: An indicator development guide for First Nations*. First Nations of British Columbia, held in trust by Ktunaxa Nation Council. Retrieved March 16, 2020 from https://static1.squarespace.com/static/558c624de4b0574c94d62a61/t/574de5d7ab48de9a7db592da/1464722919928/BCFNNDGI_-_INDICATOR_DEVELOPMENT_GUIDE.PDF
- Gibson-Helm, M.E., Rumbold, A.R., Teede, H.J., Ranasinha, S., Bailie, R.S., & Boyle, J.A. (2016). Improving the provision of pregnancy care for Aboriginal and Torres Strait Islander women: A continuous quality improvement initiative. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*, 118.
- Goelman, H., Doherty, G., Lero, D.S., LeGrange, A., & Tougas, J. (2000). *You bet I care! Caring and learning environments: Quality in child care centres across Canada*. Guelph, ON: Centre for Families, Work and Well -Being, University of Guelph.
- Goudreau, G., Wabano, M.J., & Stankiewicz, E. (2019). *A two-eyed seeing approach to selecting health indicators for Indigenous child health report cards: Lessons learned from several Indigenous communities across Ontario*. Calgary, AB: IMICH conference, presentation. Retrieved March 11, 2020 from https://www.cps.ca/uploads/imich/E2_Goudreau.pdf

- Greenwood, M. (2009). *Places for the good care of children: A discussion of Indigenous cultural considerations and early childhood in Canada and New Zealand*. Unpublished PhD dissertation, Faculty of Graduate Studies, Cross-Faculty Inquiry in Education, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Reading, C. (eds.) (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' health in Canada: Beyond the social*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., & Shawana, P. (2000). *Whispered gently through time. First Nations quality child care: A national study*. Ottawa, ON: Human Resources Development Canada.
- Halseth, R., & Greenwood, M. (2019). *Indigenous early childhood development in Canada: Current state of knowledge and future directions*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Harms, T., Cryer, D., & Clifford, R.M. (2006). *Infant/toddler environment rating scale, revised edition Manual*. New York: Teachers College Press.
- Healthy Child Manitoba. (n.d.). *Early returns: Manitoba's early learning and child care curriculum framework for infant programs*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved March 22, 2019 from http://www.gov.mb.ca/fs/childcare/resources/pubs/early_returns_infant_curriculum.pdf
- Heggie, K. (2018). *Including urban Indigenous wellness indicators in the Healthy City Strategy*. Vancouver, BC: City of Vancouver. Retrieved March 22, 2020 from https://sustain.ubc.ca/sites/sustain.ubc.ca/files/GCS/2018_GCS/Reports/2018-62%20Indigenous%20Wellness%20Indicators_Heggie.pdf
- Howes, C., Burchinal, M., Pianta, R., Bryant, D., Early, D., Clifford, R., & Barbarin, O. (2008). Ready to learn? Children's pre-academic achievement in pre-kindergarten programs. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 27-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2007.05.002Hox>
- Human Early Learning Partnership [HELP]. (n.d.-a). *Early development instrument*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, University of British Columbia, <http://earlylearning.ubc.ca/edi/>
- Human Early Learning Partnership [HELP]. (n.d.-b). *The EDI: An Aboriginal perspective*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, University of British Columbia, <http://earlylearning.ubc.ca/edi/aboriginal-EDI/>
- Human Early Learning Partnership [HELP]. (n.d.-c). *The Child Experiences Questionnaire*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, University of British Columbia, <http://earlylearning.ubc.ca/cheq/>
- Indigenous and Northern Affairs [INAC]. (2017). United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1309374407406/1309374458958>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2019). *Bill C-92: An Act respecting First Nations, Inuit and Métis children, youth and families receives Royal Assent* [News release]. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2019/06/an-act-respecting-first-nations-inuit-and-metis-children-youth-and-families-receives-royal-assent.html>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020c). *Jordan's Principle*. Ottawa, ON: Author, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1568396042341/1568396159824>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020d). *Supporting Inuit children*. Ottawa, ON: Author, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1536348095773/1536348148664>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020a). *Indigenous Services Canada*. Ottawa, ON: Author, <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada.html>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020b). *First Nations Child and Family Services*. Ottawa, ON: Author, <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1100100035204/1533307858805>
- Inuit Tapiriit Kanatami [ITK]. (2018). *National Inuit Strategy on Research*. Ottawa, ON: Author.
- Inuit Tapiriit Kanatami, Pauktuutit Inuit Women of Canada & Tungasuvvingat Inuit. (2017). *Inuit submission to Employment and Social Development Canada regarding National Indigenous Early Learning and Childcare Framework*. Ottawa, ON: Author. Retrieved August 27, 2018 from <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/04/National-Indigenous-Early-Learning-and-Child-Care-Report.pdf>
- Jeffery, B., Abonyi, S., Hamilton, C., Bird, S., Denechezhe, M., Lidguerre, T., Michayluk, F. et al. (2006). *First Nation's health development: Tools for program planning and evaluation – Community health indicators toolkit*. Regina & Saskatoon, SK: Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Saskatchewan and University of Regina. Retrieved March 17, 2020 from <http://www2.uregina.ca/fnh/Combined%20Domains%20-%20Jun-07.pdf>
- Land, K.C., & Lamb, V.L. (2013). Child development child and youth well-being index (CWI). In A.C., Michalos (ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. New York: Springer.
- Liberal Party of Canada. (2018). *Electing more Indigenous MPs*, <https://ipc-cpa.liberal.ca/blog/electing-more-indigenous-mps/>
- Marmor, A., & Harley, D. (2018). What promotes social and emotional wellbeing in Aboriginal and Torres Strait Islander children? Lessons in measurement from the Longitudinal Study of Indigenous Children. *Family Matters*, 100, 4-18.
- McMahon, A., Reck, L., & Walker, M. (2007). Defining well-being for Indigenous children in care. *Children Australia*, 32(2), 15-21. Retrieved March 22, 2020 from https://researchonline.jcu.edu.au/2713/1/2713_McMahon_et_al_2007.pdf
- Métis National Council [MNC]. (2006). *Proposals for measuring determinants and population health/well-being status of Métis in Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 22, 2020 from http://www.metisportals.ca/healthportal/pdf/Metis_Indicators_Report.pdf
- Métis Nation of Ontario. (2020). Early learning and child care. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 22, 2020 from <http://www.metisnation.org/programs-and-services/education-training/early-learning-and-child-care/>

- Mitic, W., & Leadbeater, B. (2009). *Child and Youth Health and Well-being Indicators Project: Appendix A – discussion paper: The foundations of child health and well-being in British Columbia*. Victoria, BC: Office of the Provincial Health Officer and Canadian Institute for Health Information. Retrieved March 22, 2020 from https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/appendix_a_-_discussion_paper.pdf
- Muhajarine, N., Puchala, C., & Janus, M. (2011). Does the EDI equivalently measure facets of school readiness for Aboriginal and non-Aboriginal children? *Social Indicators Research*, 103, 299-314.
- O'Brien Institute for Public Health. (2018). *Raising Canada: A report on children in Canada, their health and wellbeing*. Calgary, AB: O'Brien Institute for Public Health, University of Calgary. Retrieved March 11, 2020 from <https://static1.squarespace.com/static/5669d2da9cadb69fb2f8d32e/t/5b8e12e121c67c87038b4cbf/1536037605886/Raising+Canada+Report.pdf>
- Office of the Provincial Health Officer. (2016). *Is "good" good enough? The health & well-being of children and youth in BC – Provincial Health Officer's annual report*. Victoria, BC: Author. Retrieved March 16, 2020 from <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/pho-annual-report-2016.pdf>
- Offord Centre. (2019). *Early development instrument*. Hamilton, ON: Author, edi.offordcentre.com.
- Perlman, M., Fletcher, B., Falenchuk, O., Brunsek, A., McMullen, E., & Shah, P.S. (2017). Child-staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(1), e0170256.
- Pike, I., McDonald, R.-A.J., & First Nations and Inuit Children and Youth Injury Indicators Working Group [FNICYIHWG]. (2010). *Developing injury prevention indicators for First Nations children and youth in Canada*. Vancouver, BC: British Columbia Injury Research and Prevention Unit. Retrieved March 11, 2020 from <http://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/Developing-Injury-Prevention-Indicators-for-FN-Children-and-Youth-Nov-2010-FINAL-Oct-24-2011.pdf>
- Preston, J. (2014). *Early childhood education and care for Aboriginal children in Canada. Moving Childcare Forward Project*. Retrieved March 12, 2020 from https://movingchildcareforward.ca/images/policybriefs/MCCF_aboriginal_childcare_canada.pdf
- Productivity Commission. (2016). *Overcoming Indigenous disadvantage: Key indicators 2016*. Canberra, AU: Australian Government. Retrieved March 20, 2020 from <https://www.pc.gov.au/research/ongoing/overcoming-indigenous-disadvantage/2016>
- Prout, S. (2012). Indigenous wellbeing frameworks in Australia and the quest for quantification. *Social Indicators Research*, 109(3), 317-36.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2017a). *Data blog: What is an indicator framework?* Ottawa, ON: Author, <https://health-infobase.canada.ca/datalab/indicator-framework-blog.html>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2017b). *Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/aboriginal-head-start-urban-northern-communities-ahsunc.html>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2018). *First Nations and Inuit health and wellness indicators*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://health-infobase.canada.ca/fnihi/>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2019). *Public Health Infobase*. Retrieved March 11, 2020 from <https://health-infobase.canada.ca/>
- Rountree, J., & Smith, A. (2016). Strengths-based well-being indicators for Indigenous children and families: A literature review of Indigenous communities' identified well-being indicators. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*, 23(3), 206-20.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples [RCAP]. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON: The Commission.
- Rumbold, A.R., Bailie, R.S., Si, D., Dowden, M.C., Kennedy, C.M., Cox, R.J., O'Donoghue, L. et al. (2011). Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: Baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11, 16.
- Saniguq Ullrich, J. (2019). For the love of our children: An Indigenous connectedness framework. *AlterNative*, 15(2), 121-30.
- Sibthorpe, B., Agostino, J., Coates, H., Weeks, S., Lehmann, D., Wood, M., Lannigan, F. et al. (2017). Indicators for continuous quality improvement for otitis media in primary health care for Aboriginal and Torres Strait Islander children. *Australian Journal of Primary Health*, 23(1), 1-9.
- Sibthorpe, B., Gardner, K., & McAullay, D. (2016). Furthering the quality agenda in Aboriginal community controlled health services: Understanding the relationship between accreditation, continuous quality improvement and national key performance indicator reporting. *Australian Journal of Primary Health*, 22, 270-75.
- Simpson, J., Duncanson, M., Oben, G., Adams, J., Wicken, A., Pierson, M., Lilley, R. et al. (2017). *The health status of Māori children and young people in New Zealand Series Two*. North Dunedin, NZ: New Zealand Child and Youth Epidemiology Service, University of Otago. Retrieved March 20, 2020 from https://ourarchive.otago.ac.nz/bitstream/handle/10523/7390/MAORI%20REPORT%202015_20170620.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Slot, P. (2018). *Structural characteristics and process quality in early childhood education and care: A literature review*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development Working Papers No. 176. <https://dx.doi.org/10.1787/edaf3793-en>
- Slot, P.L., Leseman, P.P.M., Verhagen, J., & Mulder, H. (2015). Associations between structural quality aspects and process quality in Dutch early childhood education and care settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 33, 64-76.

- Smylie, J., Firestone, M., Cochran, L., Prince, C., Maracle, S., Morley, M., & Spiller, M. (2011). *Our Health Counts Urban Aboriginal Health Database Research Project community report - First Nations adults and children, City of Hamilton*. Toronto, ON: Well Living House. Retrieved March 11, 2020 from <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2014/04/Our-Health-Counts-Urban-Aboriginal-Health-Database-Research-Project-our-health-counts-report.pdf>
- Smylie, J., Firestone, M., Tungasuvvingat Inuit, & Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing. (2017a). *“Our Health Counts” Urban Indigenous Health Database Project community report: Inuit Adults, City of Ottawa*. Toronto, ON: Well Living House. Retrieved March 11, 2020 from <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2018/04/Our-Health-Counts-Urban-Indigenous-Health-Database-Project-Inuit-Adults-July-2017.pdf>
- Smylie, J., Firestone, M., Tungasuvvingat Inuit, & Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing. (2017b). *Inuit adult and child survey tools Appendix D: “Our Health Counts” Urban Indigenous Health Database Project community report: Inuit Adults, City of Ottawa*. Toronto, ON: Well Living House. Retrieved from <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2018/05/Appendix-D-E-Adult-and-Child-Survey-1.pdf>
- Somers, J.M., Currie, L., & Eiboff, F. (2011). *Child and youth health and well-being indicators project: Appendix G – mental and emotional health and well-being evidence review*. Victoria, BC: Prepared for the Office of the Provincial Health Officer for BC, Canadian Institute for Health Information. Retrieved March 11, 2020 https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/special-reports/appendix_g_-_mental__emotional_health_evidence_review.pdf
- Statistics Canada. (2003a). *Aboriginal Peoples Survey 2001: Concepts and methods guide*. Ottawa, ON: Author, Catalogue no. 89-591-XIE. Retrieved March 11, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-591-x/89-591-x2003001-eng.pdf?st=kjMwhXS0>
- Statistics Canada. (2003b). *Statistics Canada quality guidelines – Fourth edition*. Ottawa, ON: Statistics Canada Catalogue no. 12-539-XIE. Retrieved March 11, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/12-539-x/12-539-x2003001-eng.pdf?st=CJ-aF94U>
- Statistics Canada. (2008). *Aboriginal Children’s Survey 2006: Concepts and methods guide*. Ottawa, ON: Author, Catalogue no. 89-634-X - No. 006. Retrieved March 11, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-634-x/89-634-x2008006-eng.pdf>
- Statistics Canada. (2014). *General Social Survey 2011 – Cycle 25 – Family (Main Survey)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr.pl?Function=assembleInstr&a=1&&lang=en&Item_Id=132471#qb100644
- Statistics Canada. (2016a). *Mandate and objectives*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.statcan.gc.ca/eng/about/mandate>
- Statistics Canada. (2016b). *Aboriginal Children’s Survey*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 11, 2020 from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/92-135/surveys-enquetes/aboriginalchild-enfautochtones-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2017). *Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2018a). Canada’s population estimates, first quarter 2018. *Quarterly Demographic Estimates*, 32, 1.
- Statistics Canada. (2018b). Aboriginal Identity (9), Age (20), Registered or Treaty Indian Status (3) and Sex (3) for the Population in Private Households of Canada, Provinces and Territories, Census Metropolitan Areas and Census Agglomerations, 2016 Census - 25% Sample Data. *Data tables, 2016 Census*, Catalogue no. 98-400-X2016155. Ottawa, ON: Retrieved March 11, 2020 from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?TABID=2&Lang=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=1341679&GK=0&GRP=1&PID=110588&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
- Statistics Canada. (2018c). *First Nations people, Métis and Inuit in Canada: Diverse and growing populations*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.pdf?st=LdjjfS54>
- Statistics Canada. (2018d). *Survey on early learning and child care arrangements (SELCCA)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5287>
- Statistics Canada. (2019a). *General Social Survey - Family (GSS)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4501>
- Statistics Canada. (2019b). *General Social Survey: An overview, 2019*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89f0115x/89f0115x2019001-eng.htm>
- Statistics Canada. (2019c). *Survey on early learning and child care arrangements (SELCCA) – Summary of changes*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getMainChange&Id=1204606>
- Statistics Canada. (2020a). *Aboriginal Peoples Survey, 2006*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-637-X>
- Statistics Canada. (2020b). *Aboriginal Peoples Survey (APS), 2001: Public use microdata file and documentation (children off reserve)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89M0021X>
- Taylor, J. (2008). Indigenous Peoples and indicators of well-being: Australian perspectives on United Nations global frameworks. *Social Indicators Research*, 87, 111-26.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC]. (2015). *Final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Summary: Honouring the truth, reconciling for the future*. Winnipeg, MB: Truth and Reconciliation Commission of Canada.
- Toronto Child & Family Network. (2020). Indicators. *Raising the village*. Toronto, ON: Author, <https://raisingthevillage.ca/indicators/>

- UNICEF Canada. (2019a). *Where does Canada stand? The Canadian index of child and youth well-being 2019 baseline report*. Toronto, ON: Author. Retrieved March 17, 2020 from https://oneyouth.unicef.ca/sites/default/files/2019-08/2019_Baseline_Report_Canadian_Index_of_Child_and_Youth_Well-being.pdf
- UNICEF Canada. (2019b). *Canadian Index of Child and Youth Well-being: How we built the index. Technical background paper*. Toronto, ON: Author. Retrieved March 18, 2020 from https://oneyouth.unicef.ca/sites/default/files/2019-08/How_We_Built_the_Index_Canadian_Index_of_Child_and_Youth_Well-being.pdf
- United Nations General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, Volume 1, Chapter IV. Human Rights. New York, NY: Author. https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf
- United Nations General Assembly. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 21 October 2015, A/RES/70/1. New York, NY: Author. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Vongdara, B., Léger, D., Latendresse, E., & Budinski, R. (2018). *Aboriginal Peoples Survey, 2017: Concepts and methods guide*. Ottawa, ON: Statistics Canada. Catalogue number 89-653-X ISBN 978-0-660-28231-2
- Wabano, M.J., McGregor, L.F., Beaudin, R., Jacko, D., McGregor, L.E., Kristensen-Didur, S., Mishibinijima, D. et al. (2019). Health profiles of First Nations children living on-reserve in northern Ontario: A pooled analysis of survey data. *CMAJ Open*, 7(2), E316-E322.
- Waddell, C., Shepherd, C.A., & Chen, A. (2013). Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(1), 9-28.
- Yang, J., Kurdyak, P., & Guttman, A. (2016). Developing indicators for the child and youth mental health system in Ontario. *Healthcare Quarterly*, 19(3), 6-9.
- Yoshikawa, H., Weiland, C., Brooks-Gunn, J., Burchinal, M., Espinosa, L., Gormley, W. T., Ludwig, J. et al. (2013). *Investing in our future: The evidence base on preschool*. Washington, DC: Society for Research in Child Development.
- Young, N.L., Wabano, M.J., Ritchie, S.D., Burke, T.A., Pangowish, B., & Corbiere, R.G. (2015a). Assessing children's interpretations of the Aboriginal children's health and well-being measure (ACHWM). *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 105.
- Young, N.L., Wabano, M.J., Usuba, K., Pangowish, B., Trottier, M., Jacko, D., Burke, T.A. et al. (2015b). Validity of the Aboriginal children's health and well-being measure: Aaniish Naa Gegü? *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 148.
- Young, N.L., Wabano, M.J., Usuba, K., Mishibinijima, D., Jacko, D., & Burke, T.A. (2016). Reliability of the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure (ACHWM). *Springerplus*, 5(1), 2082. DOI: 10.1186/s40064-016-3776-y.
- Young, N.L., Wabano, M.J., Blight, S., Baker-Anderson, K., Beaudin, R., McGregor, L.F., McGregor, L.E. et al. (2017). Relevance of the Aboriginal children's health and well-being measure beyond Wükwemkoong. *Rural and Remote Health*, 17, 3941.



