



Services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations du Canada, avec un accent particulier sur les enfants de 0 à 6 ans



Services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations du Canada, avec un accent particulier sur les enfants de 0 à 6 ans



Services d'orthophonie et d'audiologie pour les Autochtones du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis : analyse documentaire et rapport des entrevues avec les informateurs-clés

octobre 2010



© 2010, ACOA

Copyright par l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. Aucune partie de cette publication ne peut être réimprimée, reproduite, conservée dans un système d'archivage ou transcrite de quelque manière que ce soit (électronique, mécanique, photocopie ou autre) sans la permission écrite de l'ACOA. Communiquer avec pubs@ACOA.ca. Pour toute citation, les renseignements appropriés doivent être fournis (ACOA, titre de la publication et page (s)).

RÉSUMÉ

On possède peu de données sur la disponibilité et la nature des services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans au Canada. Le présent rapport d'une analyse documentaire d'entrevues auprès d'informateurs clés aborde la question des services accessibles, des fournisseurs et les modes de prestations au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Les auteurs ont recensé les obstacles communs à la prestation des services, notamment les emplacements, la coordination des services, la conformité à la culture et à la collectivité et les pratiques actuelles qui répondent au besoin d'amélioration et de pertinence des services.

Mots-clés : orthophonie, audiologie, enfant inuits, métis et des Premières nations

Consultants : Margaret O'Hara et John Rowlandson

Ce rapport a été financé par la Division de l'enfance et de l'adolescence de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le travail et les opinions qu'il contient ne sont pas ceux de Santé Canada. Toute correspondance concernant ce rapport doit être adressée à Sharon Fotheringham, directrice des normes en pathologie du langage, Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) Ottawa (Ontario). Courriel : sharon@caslpa.ca.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
SOMMAIRE.....	vi
INTRODUCTION.....	1
Terminologie.....	1
Justification et buts de l'analyse documentaire et du résumé des entrevues menées auprès des informateurs clés.....	2
Méthodologie	3
Analyse documentaire.....	4
Entrevues menées auprès des informateurs clés	5
Organisations nationales autochtones	7
SANTÉ DE LA POPULATION ET PRESTATION DES SERVICES	9
Données démographiques	10
État de santé	12
Cadres de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis.....	12
Prestation des services de santé	14
Services à l'enfance et à la jeunesse	17
Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	21
Les troubles de la communication et de l'audition	24
Prévalence des difficultés langagières	26
Prévalence des conditions qui influent sur l'audition et les troubles de l'audition	28
La prévalence des conditions qui influent sur l'audition chez les enfants de Premières nations	30
La prévalence des conditions qui affectent l'audition chez les enfants inuits	32
La prévalence des conditions qui affectent l'audition chez les enfants métis	34
Difficultés langagières et auditives signalées chez les enfants autochtones de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis.....	34
Les enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres	34
Les enfants māoris et pasifikas	37
Les enfants américains autochtones et autochtones de l'Alaska	39
Prestation des services d'orthophonie et d'audiologie.....	41
Prestation des services d'orthophonie et d'audiologie aux enfants autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis.....	43
OBSTACLES À LA PRESTATION EFFICACE DES SERVICES	45
Emplacement.....	46
Accessibilité.....	47

Disponibilité.....	48
Abordabilité des solutions de rechange en matière de prestation des services.....	49
Pertinence des services	51
Coordination des services	53
Conformité à la culture et à la collectivité	55
Pertinence culturelle.....	55
Pertinence linguistique.....	57
Établissement de liens de confiance	59
Adaptation aux besoins des collectivités	60
Obstacles à la prestation des services aux enfants autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis	62
Australie.....	62
Nouvelle-Zélande.....	64
États-Unis.....	66
PRATIQUES ACTUELLES VISANT À ÉLIMINER LES OBSTACLES	72
Perfectionnement de la main-d'œuvre	72
Modèles de prestation de services.....	74
Innovations en matière de répartition des compétences	75
Services dans la collectivité	77
Télésanté	80
Télé-audiologie	82
Dépistage et évaluation.....	82
Normes locales.....	83
Évaluation dynamique	84
Programmes universels basés sur les forces	85
Développement des capacités dans les collectivités	88
Recrutement	88
Responsabilisation	90
Pratiques internationales actuelles	92
Australie.....	92
Nouvelle-Zélande.....	96
États-Unis.....	98
CONCLUSION	104
Recommandations.....	106
Recherche.....	106
Options de prestation de services.....	107
Perfectionnement professionnel.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	110

AUTRES RESSOURCES.....	125
ANNEXE 1: Informateurs clés	133
ANNEXE 2 : Objet et définitions tirées et traduites de la norme du gouvernement de Colombie-Britannique pour les données administratives autochtones, Version 1.....	138
Objet.....	138
Définitions.....	138
ANNEXE 3 : Questions aux informateurs clés.....	141
ANNEXE 4 : Pratiques courantes en matière de services d’orthophonie et d’audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de moins de 6 ans.....	142

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à souligner l'appui et l'orientation des membres du comité consultatif du projet de l'ACOA : May B. Bernhardt, Isabelle Billard, Lori Davis-Hill, Kendra Dean, Sharon Fotheringham (gestionnaire du projet), Elizabeth Kay-Raining Bird (présidente), Melanie Morningstar, Assemblée des Premières nations (APN), Monica Nahwegahbow, Anna Claire Ryan, Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et Deanne Zeidler. Nous remercions les membres du comité consultatif de l'ACOA de leur appui ainsi que May Bernhardt, Elizabeth Kay-Raining Bird et Sharon Fotheringham de leur travail éditorial sur les premières versions de l'analyse documentaire. Nous remercions également les nombreux informateurs qui ont comblé des lacunes et apporté une perspective élargie à l'ensemble du projet.

Margaret O'Hara, RSLP, et John Rowlandson (consultants)
JRAssociates, Salt Spring Island (C.-B.)

SOMMAIRE

Les orthophonistes et les audiologistes se préoccupent des écarts dans l'étendue et les types de services offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations. Dans la vague de la constitution des groupes d'intérêt et des discussions d'experts sur la question, l'ACOA a demandé et obtenu une aide financière de Santé Canada pour examiner la disponibilité actuelle des services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfant inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans par le biais d'une collecte de données quantitatives et qualitatives. L'élaboration du projet a été guidée par un comité consultatif formé de quatre orthophonistes et un audiologiste qui travaillent auprès des enfants inuits, métis et des Premières nations, une représentante de l'Assemblée des Premières nations (APN), une représentante d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), deux orthophonistes professeurs universitaires (UBC, Dalhousie) et une gestionnaire de projet de l'ACOA. Le présent rapport sur les entrevues avec les informateurs clés et l'analyse documentaire est suivi d'un rapport sur une enquête nationale de l'ACOA sur les pratiques dans ce domaine, lequel constitue l'aspect quantitatif du projet.

Le résumé de l'analyse documentaire et des entrevues avec les informateurs clés constitue une source permettant de mieux comprendre la nature des services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans. Les questions suivantes ont plus particulièrement été examinées. Quels sont les services offerts? Qui offre les services? De quelle façon sont-ils offerts? Dans le but d'obtenir une plus vaste perspective de ces aspects uniques de la prestation des services, nous avons élargi la portée de notre examen et inclus des résumés de la documentation pertinente et d'entrevues avec des experts de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis sur les services et les pratiques d'intervention auprès de différents groupes autochtones. En plus de présenter ce qui est connu sur l'accessibilité et la prestation des services, nous avons cherché à examiner les obstacles à la prestation des services. Enfin, nous avons examiné les pratiques actuelles qui portent sur la nécessité d'améliorer les services et de les rendre plus pertinents.

La documentation sur les services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants inuits et des Premières nations de 0 à 6 ans est très limitée. Quant aux données sur les Métis, elles sont presque inexistantes. C'est pourquoi, la structure de ce document sur l'analyse documentaire et le résumé des entrevues avec les informateurs clés est quelque peu irrégulière. L'introduction

s'ouvre par une justification de l'analyse documentaire en concomitance avec les entrevues des informateurs clés, étant donné l'interrogation de plus en plus répandue sur l'accessibilité, la disponibilité et la pertinence des services d'orthophonie et d'audiologie. La pertinence du rapport s'insère dans l'ensemble du projet de l'ACOA. L'introduction décrit aussi la méthodologie de recherche, notamment les termes clés aux fins de publication, le mode d'examen de l'état actuel de la prestation des services au Canada, et le processus de sélection des entrevues avec les informateurs clés. L'Annexe I présente la liste des informateurs clés nationaux et internationaux.

La section suivante, *La santé de la population et la prestation des services*, constitue la base contextuelle du rapport sur le plan (a) des données démographiques générales; (b) de l'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits; (c) de la description des services de santé, par exemple les programmes de développement de la petite enfance et des jeunes financés expressément pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Cette information de base sert à élargir notre perspective sur la façon de répondre aux besoins de communication et d'audition de ces jeunes enfants en démontrant de quelle façon les intérêts culturels courants orientent les recherches, les politiques et les pratiques cliniques à l'intention des (Reading, Kmetz et Gideon, 2007). L'aperçu général est suivi d'une description des données disponibles sur prévalence des troubles orthophoniques et audiolinguistiques chez les jeunes des Premières nations, des Métis et des Inuits au Canada et de données semblables pour les enfants autochtones de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis. La section se termine sur une description de la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie au Canada. Il n'a pas été possible d'effectuer une comparaison complète avec les méthodes internationales de prestation de services puisqu'aucune donnée sur la question n'était facilement accessible.

Suit un examen des obstacles à la prestation des services à partir de la documentation et des entrevues avec les informateurs clés. Les obstacles sont présentés sous trois thèmes : emplacement, coordination des services et conformité à la culture et à la collectivité. Les rapports sur la prestation des services en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis recensent des obstacles semblables, notamment sur les expériences géographiques, socio-économiques, politiques, culturelles et linguistiques des populations autochtones.

La section suivante aborde les efforts mis en place pour lutter contre les obstacles aux services d'orthophonie et d'audiologie. Les « pratiques actuelles » sont examinées en fonction des besoins particuliers soulevés par les praticiens, les membres des collectivités et par les

organismes et établissement professionnels. On aborde plus particulièrement le perfectionnement de la main d'œuvre, les modèles de prestation de services, le dépistage et l'évaluation, les programmes universels basés sur les forces et le développement des capacités dans les collectivités. Les pratiques courantes à cet égard sont semblables en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Pour conclure, nous présentons les modifications apportées pour améliorer les services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants métis, inuits et des Premières nations de 0 à 6 ans. Nous mentionnons les principaux secteurs qui ont besoin d'attention, par exemple les approches évaluatrices et la coordination des services, dans un cadre de reconnaissance et de respect de la diversité culturelle et linguistique dans laquelle évoluent les jeunes enfant inuits, métis et des Premières nations.

INTRODUCTION

Dans son plan stratégique 2009-2011, le Conseil d'administration de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) s'est fixé pour objectif de promouvoir l'affectation de ressources humaines à la satisfaction des besoins des réseaux et de la population. En se fondant sur la rétroaction de ses membres, l'ACOA a élaboré un projet de recherche qui l'aidera dans ses efforts visant à préconiser une augmentation des services d'orthophonie et d'audiologie aux jeunes enfants des Premières nations, inuits et métis. Ce projet, intitulé dans un premier temps *Quantitative and Qualitative Study of Speech-Language and Hearing Services for First Nations, Métis and Inuit Communities in Canada* (Étude quantitative et qualitative des services d'orthophonie et d'audiologie aux communautés des Premières nations, métisses et inuites du Canada) avait pour but de déterminer quels services d'orthophonie et d'audiologie sont actuellement offerts aux enfants des Premières nations, inuits et métis âgés de 0 à 6 ans. Le premier résultat de la recherche consistait en une analyse documentaire et un résumé des entrevues menées auprès des informateurs clés. Le processus de recherche reconnaît et respecte la langue, la culture et les traditions des populations des Premières nations, inuites et métisses.

Terminologie

Les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis sont souvent décrits comme un seul et même groupe et désignés par les termes génériques « Autochtones » ou « Indigènes ». Dans ce document, conformément aux conseils du comité consultatif du projet, nous utilisons les génériques « Premières nations », « Inuits » et « Métis » pour distinguer ces populations. Dans les contextes canadiens, nous adoptons dans ce rapport les définitions à l'appui des normes gouvernementales pour les données administratives sur les Autochtones de la province de la Colombie-Britannique. Ces définitions sont données à l'annexe 2. En Nouvelle-Zélande, les termes d'usage courant sont « Māori » et « Pasifika »; en Australie, « Aboriginal » (Autochtones) et « Torres Strait Islanders » (insulaire du détroit de Torres) sont les termes utilisés; enfin, aux États-Unis, on emploie les termes « Native American » (Américains autochtones) et « Alaskan Natives » (Autochtones de l'Alaska). Le nom d'origine des organisations, les titres d'articles, le nom des groupes, les renvois faits dans les textes cités et ainsi de suite sont préservés tels quels. À l'occasion, les termes « Indigènes » et « Autochtones » sont employés comme génériques.

Justification et buts de l'analyse documentaire et du résumé des entrevues menées auprès des informateurs clés

L'analyse documentaire et le résumé des entrevues menées auprès des informateurs clés ont pour but de donner un aperçu concis et pratique des renseignements sur les services d'orthophonie et d'audiologie glanés dans les sources nationales et internationales. Ce survol est la première étape d'une étude des besoins qui a pour visée d'aider les membres de l'ACOA, les travailleurs en développement de la petite enfance, les familles, les membres des collectivités, les théoriciens et bien d'autres intervenants à comprendre l'état actuel des services à la grandeur du Canada. Il mettra également en lumière les besoins particuliers en outils d'évaluation et de traitement et en matériel destinés aux enfants des Premières nations, inuits et métis qui ont des difficultés d'ordre orthophonique et audiolinguistique.

La justification de cette recherche est double. Premièrement, les praticiens et les membres des collectivités expriment leur frustration et leur préoccupation quant à la disponibilité et des services et à l'adéquation de leur prestation (Ball, 2009) et s'inquiètent de ce que les services d'orthophonie et d'audiologie sont moins accessibles à ces enfants qu'à d'autres (Ball et Lewis, 2005a). En second lieu, des données non scientifiques laissent supposer que chez les enfants des Premières nations, inuits et métis d'âge préscolaire, l'incidence des conditions qui nuisent au développement de communication est élevée, bien que les données réelles propres à corroborer les impressions des praticiens soient presque inexistantes. Certaines études régionales d'audiométrie ont bien été réalisées chez des populations de Premières nations et d'Inuits – notamment sur la prévalence de l'otite (infection de l'oreille moyenne) et de la perte auditive (Langan, Sockalingham, Caissie et Corster, 2007), mais l'absence de données réelles fait ressortir la nécessité d'une approche systématique, d'une cohérence dans la définition et la mesure des données et d'une capacité de prendre en compte les problèmes de méthodologie et d'échantillonnage transculturels (Bowd, 2005). Indéniablement, il est crucial de connaître l'ampleur du déficit de la recherche dans ce domaine et de recueillir des renseignements supplémentaires sur ce qui est fait pour résoudre les difficultés de communication que peuvent vivre les jeunes enfants des Premières nations, inuits et métis.

Le but premier de l'analyse documentaire et du résumé des entrevues menées auprès des informateurs clés est de cerner la pratique actuelle en matière de prestation de services en indiquant qui fournit ces services et comment ces services sont fournis. Le résumé débute par un aperçu du contexte de la population des Premières nations, des Inuits et des Métis et de celui des services de santé. Seront ensuite décrits, tour à tour : a) la situation actuelle de la santé et de la prestation des services au Canada; b) les obstacles connus à l'accès des enfants des Premières nations, inuits et métis âgés de 0 à 6 ans aux services d'orthophonie et d'audiologie; c) des exemples de pratiques actuelles qui relèvent les défis associés aux services d'orthophonie et d'audiologie.

Méthodologie

Il fallait que le cadre de recherche comprenne des sources primaires et secondaires pour traiter le domaine relativement inexploré de prestation des services d'orthophonie et d'audiologie aux populations des Premières nations, inuites et métisses. Cette approche découle de l'intention initiale du projet de l'ACOA, qui était de répondre aux préoccupations des praticiens. Il était prévu qu'une combinaison de lectures et d'entrevues avec les gens permettrait de brosser un tableau plus complet de la situation au Canada et dans d'autres pays. Dans un document récent sur l'amélioration des résultats scolaires des Américains autochtones dans le réseau scolaire de l'État de Washington, les auteurs relèvent deux lacunes interdépendantes qui rendent difficile une action ciblée : une *lacune sur le plan des possibilités*, qui renvoie, au plan structurel, à l'histoire et à la pratique coloniales et aux formes de résistance culturelles qui s'y sont opposées; et une *lacune sur le plan des données*, soit l'absence ou la carence généralisée de données empiriques sur les résultats des Américains autochtones (CHiXapkaid *et al.*, 2008). Des lacunes similaires caractérisent l'information disponible concernant les services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants des Premières nations, inuits et métis de 0 à 6 ans qui vivent au Canada.

Afin de faciliter la compréhension des obstacles aux services d'orthophonie et d'audiologie et des pratiques actuelles qui visent à surmonter ces obstacles, le contexte de la recherche devait mettre à l'avant-plan la situation démographique, les conditions et l'histoire qui caractérisent les Premières nations, les Inuits et les Métis qui vivent au Canada. En outre, la recherche s'inscrivait dans un discours plus général sur le développement de la petite

enfance, qui suppose que les investissements engagés dans le développement de l'enfance pendant les premières années de vie permettent d'améliorer les résultats pour les enfants et les familles et bonifient les chances d'épanouissement de l'enfant.

Analyse documentaire

La recherche d'articles théoriques, de livres, de thèses et d'autres ressources pertinentes comprenait une exploration des moteurs de recherche du World Wide Web et la demande personnelle d'autres sources aux membres du comité consultatif du projet et aux informateurs clés. L'accent était mis sur les travaux récents portant sur la situation actuelle des services d'orthophonie et d'audiologie aux enfants des Premières nations, inuits et métis qui vivent au Canada dans un contexte de développement de la petite enfance, ainsi que sur des travaux similaires effectués en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. On a recherché des sources décrivant des données démographiques actuelles afin d'en savoir davantage sur les populations visées, ce qui était considéré comme un élément nécessaire à la prestation adéquate des services.

Les bases de données qui ont été explorées sont : Academic Search Complete, Academic Search Premier, Bibliography of Native North Americans, CINAHL with Full Text, Communication & Mass Media Complete, Consumer Health Complete – EBSCOhost, Education Research Complete, ERIC, Family & Society Studies Worldwide, Google Scholar, Humanities International Index, MEDLINE with Full Text, Mental Measurements Yearbook, Professional Development Collection, PsycARTICLES, PsycBOOKS, PsycEXTRA, PsycINFO et SocINDEX with Full Text. La recherche effectuée dans ces bases de données était fondée sur une combinaison de termes sujets et de mots clés [dont voici la version française] : orthophonie, difficultés et retards de communication, audiologie, audition, prestation de services d'orthophonie/d'audiologie, enfants, dialecte, trouble, Premières nations, Inuits, Métis, Canada, Indigènes, Autochtones et Insulaires du détroit de Torres, Australie, Māori et Pasifika, Nouvelle-Zélande, Américains autochtones et Autochtones de l'Alaska, États-Unis, multiculturel, pédiatrie, mieux-être de la communauté, préparation à l'école, démographie, développement prélivresque, développement de la petite enfance.

D'autres ressources publiées, en voie de publication et inédites ont été obtenues à la suite de demandes personnelles faites : au comité consultatif du projet; au cours des entrevues avec

les informateurs clés; dans le cadre de communications personnelles avec les organismes communautaires et provinciaux de Premières nations auxquels les auteurs ont rendu visite et dont ils connaissent bien le rôle consultatif; dans une invitation par courriel de l'ACOA à solliciter des renseignements supplémentaires sur les pratiques actuelles auprès de plus de 200 membres de l'ACOA qui ont manifesté leur intérêt pour un groupe spécial sur les Premières nations, les Inuits et les Métis; enfin, à partir des réponses reçues à ce jour à l'enquête que l'ACOA menait au moment de rédiger le présent document.

D'autres ressources pertinentes ont été obtenues par la recherche des sites Web d'organismes professionnels compétents, notamment les organismes au service des orthophonistes et des audiologistes du Canada (à l'échelle nationale et provinciale), d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis. Des demandes par courriel ont également été faites à des membres du personnel de ces organismes professionnels. Parmi les autres sites Web examinés, on peut citer ceux d'organisations particulières de Premières nations, d'Inuits et de Métis, les programmes d'intervention précoce, ainsi que les listes de publications gouvernementales fournies dans les sites Web des ministères provinciaux et fédéraux de la Santé et de l'Éducation, notamment dans celui de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Division de l'enfance et de la jeunesse.

Toutes les références obtenues ont ensuite fait l'objet d'un examen complet de leur pertinence en fonction du but de l'analyse documentaire, soit de décrire la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie, les obstacles à la prestation de ces services et les pratiques actuelles à l'égard des jeunes enfants des Premières nations, inuits et métis. Des données supplémentaires ont été choisies et consignées à partir de ces sources afin d'enrichir le contexte en rapport avec la situation démographique, les conditions de vie et l'histoire des Premières nations, des Inuits et des Métis. Dans le cadre de cette étude, les bibliographies de ces documents ont été passées en revue afin de trouver d'autres articles susceptibles d'être pertinents.

Entrevues menées auprès des informateurs clés

Le plan de recherche du projet prévoyait l'inclusion d'entrevues avec des informateurs clés, afin de glaner des données actuelles introuvables dans la documentation. Le processus

de sélection a découlé de diverses interactions : avec le comité consultatif, pendant l'examen des sources imprimées et électroniques; parmi les membres de l'ACOA et son réseau international; parmi les personnes connues des auteurs et consultées par eux; enfin, par la suite, au cours des communications avec les informateurs clés. Bien que beaucoup de personnes possédant des connaissances spécialisées sur les services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis vivent au Canada, des contacts ont également été établis avec leurs homologues néo-zélandais, australiens et étasuniens qui travaillent auprès de ces populations ou qui font de la recherche sur des questions en lien avec l'orthophonie et l'audiologie chez les Autochtones.

La plupart des entrevues ont été réalisées à l'aide d'un ensemble de questions préparées par les auteurs et le comité consultatif. (La liste des questions figure à l'annexe 3.) Les questions étaient formulées de manière à susciter des réponses ouvertes de la part des participants. Dans certains cas, seules les questions liées au domaine d'expertise de la personne interviewée ont été posées. Dans d'autres cas, les informateurs clés ont choisi de répondre au questionnaire par écrit et d'envoyer leurs réponses par courriel. Les entrevues téléphoniques ont été réalisées par l'un ou l'autre des auteurs (ou par les deux). Pour ce qui est de la recherche sur la situation actuelle de la prestation des services au Canada, les informateurs clés ont été choisis principalement par l'entremise des réseaux provinciaux de la santé et les entrevues ont porté principalement sur la disponibilité des services. Pour ce qui est de la recherche de renseignements plus détaillés sur les pratiques actuelles, les auteurs sont entrés en contact avec des informateurs clés dont les noms avaient été mentionnés par les voies de communication susmentionnées.

Pour la collecte des données sur les informateurs clés, des notes ont été prises pendant chaque conversation, les réponses par courriel ont été recueillies et les sources documentaires additionnelles acheminées par les participants en complément à leurs réponses aux questions d'entrevue ont été passées en revue. Ces ressources ont donné aux auteurs un accès précieux à de l'information sur les activités, la recherche, les programmes, les ressources et les pratiques émergentes aux échelons local, régional, national et international. Au départ, le projet de l'ACOA prévoyait moins de vingt entrevues, mais 85 répondants en tout ont été contactés, que ce soit pour réaliser une entrevue complète ou pour éclaircir certaines particularités de la prestation des services. (On trouvera à l'annexe 1 une liste complète des

informateurs clés indiquant, pour chacun, le pays de résidence, le titre, le principal sujet abordé et la date de l'entrevue.)

L'analyse documentaire et le résumé des entrevues ont été préparés à la demande de l'ACOA et financés par Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Division de l'enfance et de la jeunesse, de Santé Canada. Les consultants comptent plusieurs décennies d'expérience de travail, respectivement dans le domaine de l'orthophonie dans les communautés de Premières nations et dans celui du développement communautaire, des communications et de la télésanté chez les Premières nations et les Inuits. Au moment d'écrire ces lignes, M^{me} O'Hara fournit des services directs d'orthophonie à quatre communautés de Premières nations en Colombie-Britannique, tandis que M. Rowlandson participe à des projets de mise en œuvre de la télésanté en Colombie-Britannique et en Ontario. Comme une faible proportion seulement des personnes mentionnées aux fins des entrevues et contactées sont des Autochtones, les lecteurs sont mis en garde quant au fait que ce rapport sommaire présente principalement le point de vue de non-autochtones sur les Premières nations, les Inuits, les Métis, les Aborigènes, les Insulaires du détroit de Torres, les Américains autochtones, les Autochtones de l'Alaska, les Māoris et les Pasifikas, sur l'expérience qu'ils ont quant aux services et systèmes et à leur accessibilité, et sur l'état de santé de leurs enfants sur les plans de l'audiologie et de l'orthophonie. Il faut noter que les consultants se sont volontairement efforcés de tempérer le privilège des voix exogènes et qu'ils se considèrent responsables de leur échec ou de leur réussite à cet égard. Tous les points de vue autochtones obtenus dans le cadre des entrevues menées auprès des informateurs clés sont soulignés dans ce document.

Organisations nationales autochtones

Il existe trois organisations nationales autochtones représentatives au Canada : l'Assemblée des Premières nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et le Ralliement national des Métis (RNM).

L'APN est l'organisme national de défense des droits des Premières nations au Canada. Le Secrétariat de l'APN a pour objet de présenter le point de vue des diverses Premières nations par la voix de leurs dirigeants dans des domaines tels que les droits autochtones et issus des traités, le développement économique, l'éducation, les langues et la littératie, la

santé, le logement, le développement social, la justice, les impôts, les revendications territoriales, l'environnement et un éventail de questions d'intérêt commun.

ITK est la voix nationale de 55 000 Inuits répartis dans 53 communautés de l'Inuit Nunangat (la terre des Inuits). L'Inuit Nunangat se compose des quatre régions dont le territoire fait l'objet de revendications des Inuits : la région désignée des Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest), le Nunavut, le Nunavik (Nord du Québec) et le Nunatsiavut (Nord du Labrador). ITK représente, promeut et défend les intérêts des Inuits sur un large éventail de questions et problèmes d'ordre environnemental, social, culturel et politique auxquels les Inuits sont confrontés à l'échelle nationale.

Le RNM est un organe de représentation propre aux Métis qui représente la nation métisse aux échelons national et international. Son objectif central est d'assurer un espace sain pour l'existence permanente de la nation métisse au sein de la fédération canadienne.

SANTÉ DE LA POPULATION ET PRESTATION DES SERVICES

Une des exigences sous-jacentes à la recherche démographique est de faire précéder la collecte de données d'un contexte historique et social. Cette approche, qui se reflète dans bon nombre des documents examinés, a également été réitérée par la plupart des informateurs clés. La base démographique de ce résumé de l'analyse documentaire est constituée des enfants des Premières nations, inuits et métis âgés de 0 à 6 ans. Plus particulièrement, ces enfants font l'objet de préoccupations relatives à l'accessibilité, à la disponibilité et à l'adéquation des services d'orthophonie et d'audiologie. En général, on estime que l'état de santé des membres de Premières nations, des Inuits et des Métis est moins bon que celui de l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2001; Young, 2003; Minore et Katt, 2007).

Afin de comprendre cette inégalité sur le plan de la santé, les analyses des services de santé, en particulier dans les domaines du développement de la petite enfance tels que l'orthophonie et l'audiologie, doivent prendre en compte une large gamme de facteurs et de conditions qui influent sur la santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2008; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010). Loppie Reading et Wien (2009), à ce titre, citent des déterminants sociaux qui comprennent la situation et le milieu de même que les structures, systèmes et institutions qui influent sur le développement et le maintien de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Dans le quotidien des enfants et familles des Premières nations, inuits et métis, ces déterminants sociaux reflètent l'interaction de facteurs multiples (Trumper, 2004; APN, 2005; Enquête sur les enfants autochtones, 2006; Statistique Canada, 2006; Walker, 2008; Egeland, 2010; R. Friedlander, communication personnelle, 4 juin 2010), dont les principaux sont :

- un revenu par habitant plus faible, des taux d'insécurité alimentaire élevés et les effets négatifs de la pauvreté et de la faim;
- le racisme et les répercussions du régime des pensionnats;
- les taux de diplomation et les résultats scolaires inférieurs à l'école secondaire pour les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- la forte proportion de résidences ayant besoin de réparations majeures, de logements surpeuplés et de cas d'exposition à des risques pour la santé tels que les infestations de ravageurs, la moisissure et les contaminants industriels.

Les influences colonisatrices qui ont été documentées dans les territoires canadiens dès le seizième siècle continuent d’avoir de profondes répercussions sur le bien-être des Premières nations, des Inuits et des Métis. Dans une correspondance récente avec une orthophoniste¹ et candidate au doctorat néo-zélandaise (K. McLellan, communication personnelle, 20 juin 2010), il a été fait mention d’un article de Borell, Gregory, McCreanor, Jensen et Moewaka Barnes (2009). Karen McLellan a déclaré que cet article lui avait ouvert une nouvelle perspective « choc » sur la position des Autochtones dans une société colonisée, en particulier dans ses travaux sur l’aphasie auprès de Māoris adultes. Brièvement, Borell *et al.* (2009) notent que le privilège des non-Autochtones perpétue l’inégalité et expliquent en quoi l’adoption de ce point de vue a le potentiel de faire évoluer la santé publique et les relations sociales en facilitant la prise de conscience de soi chez ceux et celles qui jouissent d’avantages « octroyés ».

Les sous-sections qui suivent présentent les données démographiques actuellement disponibles, à commencer par un aperçu général de l’état de santé des populations, suivi d’une description des services de santé généraux tels les programmes de développement de la petite enfance et de santé maternelle dont les fonds sont dédiés aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Cette description est complétée par un bref résumé des cadres de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Ces sous-sections initiales ont pour but d’encadrer le traitement des besoins en communication et en audiologie de ces jeunes enfants. La présente section se termine par une description des données disponibles sur la prévalence des troubles de la communication et de l’audition chez les jeunes enfants des Premières nations, inuits et métis, ainsi que sur le moment où ils reçoivent généralement des services d’évaluation et d’intervention et sur la façon dont ces services leur sont prodigués.

Données démographiques

La population autochtone du Canada totalise environ 1,2 million de personnes. Plus de la moitié des personnes qui se sont identifiées comme des Autochtones lors du recensement de 2006 vivaient en milieu urbain (Walker, 2008). Ensemble, les Inuits et les Premières nations représentent environ 2,5 % de la population canadienne, et leur croissance démographique est

¹ En anglais, la désignation des orthophonistes professionnels varie d’un pays à l’autre: *speech-language pathologist* au Canada; *speech pathologist* en Australie; *speech-language therapist* en Nouvelle-Zélande; *speech language pathologist* aux États-Unis. Dans la version française du présent rapport, nous emploierons l’appellation « orthophoniste » dans tous les cas.

de 3,1 fois (Inuits) à 3,9 fois (Premières nations) plus rapide que la moyenne canadienne (Statistique Canada, 2006). Le Ralliement national des Métis estime qu'il y a de 350 000 à 400 000 citoyens de la nation métisse au Canada et que les Métis représentent aujourd'hui 26 % de l'ensemble de la population autochtone au Canada (Ralliement national des Métis, 2010).

La population autochtone du Canada est très dispersée. D'après le ministère des Affaires indiennes et du Nord, il y a au total 634 réserves de Premières nations, 54 collectivités inuites et 65 collectivités métisses. De plus, 119 centres d'amitié servent de lieu de rencontres sociales et culturelles pour les membres de Premières nations, les Inuits et les Métis qui vivent en milieu non autochtone dans un cadre municipal rural ou urbain (personnel du Portail des Autochtones au Canada, communication personnelle, 14 avril 2010).

Les Premières nations forment le plus important par la taille des trois groupes autochtones du Canada. Plus de 750 000 personnes sont des membres inscrits d'une Première Nation. La majorité des réserves de Premières nations ont une population de moins de 1 000 habitants et certaines en comptent moins de 500. Près de 60 % de tous les membres de Premières nations vivent en milieu rural ou éloigné. L'Ontario est la province qui compte le plus grand nombre de membres inscrits des Premières nations, suivi de la Colombie-Britannique. La Saskatchewan est celle qui compte le plus grand nombre de membres de Premières nations au prorata de la population (14 %) et le Québec, celle qui en compte le moins (1,4 %). Plus de 40 % des citoyens de Premières nations sont âgés de 20 ans ou moins (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2006).

Il y a plus de 50 500 Inuits au Canada; la plupart d'entre eux (73 %) vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. La population inuite vit principalement dans les quatre régions visées par des revendications territoriales de l'Inuit Nunangat (la terre des Inuits) : le Nunavut (49 %), le Nunavik (19 %), la région désignée des Inuvialuit (6 %) et le Nunatsiavut (4 %). La pyramide des âges des Inuits est très différente de la moyenne canadienne. Les enfants de 4 ans ou moins représentent plus de 11 % de la population inuite, comparativement à seulement 5,4 % de l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2008).

D'après des chiffres de son recensement de 2010, le Ralliement national des Métis estime que le tiers de la population métisse est âgée de moins de 14 ans et que les deux tiers des Métis vivent en milieu urbain (Ralliement national des Métis, 2010).

Plus de 50 langues indigènes de 11 familles linguistiques différentes sont parlées par les Premières nations et les Inuits du Canada. Les Métis ont leur propre langue reconnue, le michif (ou mitchif). Parmi les langues indigènes du Canada, l'inuktitut, le cri et l'ojobwa sont les plus répandues. Comme le note la *Déclaration universelle des droits linguistiques*, au Canada, la colonisation a imposé des langues étrangères et miné la loyauté linguistique des locuteurs (PEN International, 2006). Les politiques informelles et officielles d'assimilation et les actions des institutions ont eu un impact direct et durable sur l'utilisation et la diversité des langues autochtones (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

État de santé

D'un point de vue général, on observe des écarts entre l'état de santé des Autochtones et celui de l'ensemble des Canadiens. Quel que soit l'indicateur sanitaire consulté (ou presque), les Canadiens autochtones, dans l'ensemble, présentent davantage de problèmes de santé que l'ensemble de la population (Santé Canada, 2001; Young, 2003; Minore et Katt, 2007). Divers rapports indiquent qu'en moyenne, chez les Autochtones, comparativement à la plupart des Canadiens : a) l'espérance de vie est de sept ans plus brève; b) le taux de mortalité infantile est de deux à quatre fois plus élevé; c) le taux d'incidence du diabète est trois fois plus haut; d) dans l'ensemble, les enfants et les adolescents sont davantage à risque d'avoir des problèmes de santé (Vancouver Coastal Health, 2010; Trumper, 2004).

Cela dit, rappelons au lecteur que les descriptions de l'état de santé des Autochtones du Canada ne sont ni complètes ni adéquates (Minore et Katt, 2007). Dans leur rapport de 2007 sur les soins de santé aux Autochtones du nord de l'Ontario, Minore et Katt constatent qu'il y a très peu d'écrits sur les personnes qui vivent hors réserve, les Métis et les Autochtones non inscrits.

Cadres de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis

On s'inquiète de ce que les écrits sur la santé mettent davantage l'accent sur les déficits que sur les forces (Minore et Katt, 2007; Bowd, 2005). Dans son rapport sur l'otite moyenne

et ses conséquences sanitaires et sociales pour les jeunes Autochtones, Bowd (2005) affirme que les mesures de santé publique et de pratique médicale axées sur le traitement de l'otite moyenne et d'autres maladies doivent reposer sur un point de vue plus global sur la santé, qui mette en lien l'individu, la famille, la communauté et l'environnement (Bowd, 2005). Inuit Tapiriit Kanatami, l'Assemblée des Premières nations et le Centre des Métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)² font une promotion élargie de l'accent sur les connaissances et pratiques traditionnelles en matière de mieux-être des Inuits, des Premières nations et des Métis. Les points de vue substituables au modèle dominant de prestation des services sont brièvement décrits ci-après.

Les Inuits, par l'entremise de leur Alianait Mental Wellness Task Group, ont reconnu le mieux-être mental comme une priorité pour la santé des Inuits et mis sur pied un plan d'action, l'Alianait Inuit Specific Mental Wellness Action Plan. Cette stratégie nationale propre aux Inuits et inclusive reflète les priorités des Inuits en matière de mieux-être mental. Ce plan d'action holistique est centré sur une démarche par programmes positifs qui table sur les forces et l'habilitation grâce à des stratégies de prévention et des facteurs de protection. En outre, ce plan d'action promeut des programmes de mieux-être mental qui reposent sur les principes de la priorité aux personnes (ce qui englobe la famille et la communauté) ainsi que la reconnaissance et l'encouragement du rôle des jeunes. Ce plan soutient le développement des capacités linguistiques et culturelles, la communication, la collaboration et la coordination avec des partenaires afin d'élaborer un continuum homogène de programmes et de services appropriés sur les plans culturel et linguistique (A.C. Ryan, communication personnelle, 29 octobre 2010; ITK, 2007).

Le cadre culturel de l'Assemblée des Premières nations a servi de guide à l'analyse et l'interprétation de son Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations. Chacun des quatre éléments de ce « modèle de la personne totale » est en lien avec divers aspects de la vie quotidienne : le *corps* (bien-être physique, comportement extérieur, activité); l'*intellect* (apprentissage, éducation, santé mentale, activité mentale); l'*esprit*

² L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) est un organisme national sans but lucratif voué à l'amélioration de la santé physique, mentale, émotionnelle, sociale et spirituelle des individus, des familles et des communautés des Premières Nations, inuits et métis. L'ONSA s'est donné pour mission de faire évoluer et promouvoir la santé et le bien-être chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, grâce à de la recherche collaborative, au savoir autochtone traditionnel, au développement des capacités et aux initiatives d'origine communautaire.

(spiritualité, culture traditionnelle, santé spirituelle, activité culturelle et spirituelle); le *cœur* (famille étendue, continuité avec le milieu vivant, famille, harmonie et équilibre sociaux, stabilité et bien-être émotionnels) (Reading, Kmetc et Gideon, 2007).

En 2007, le Centre des Métis de l'ONSA énumérait comme suit les convictions « hautement pertinentes » de sa population qui sont le fondement de son cadre des déterminants de la santé : des déterminants holistiques, entrelacés et fluides, axés sur le bien-être et pertinents pour la culture. Par exemple, la description des déterminants « fluides » mentionne que l'éducation informelle et l'apprentissage permanent doivent être incorporés en des variables caractéristiques de l'éducation pour convenir aux Métis. Les autres volets portent sur des thèmes comme l'autodétermination, la colonisation, la spiritualité, le territoire, ainsi que la culture et la tradition (Centre des Métis, 2008).

Le fait de comprendre le point de vue général des Inuits, des Premières nations et des Métis sur le mieux-être favorise une approche inclusive pour la réflexion sur la prestation de services tels que l'audiologie et l'orthophonie. Intrinsèquement, une compréhension accrue des différents points de vue permet d'appréhender une caractéristique constante des collectivités, à observer sous l'angle holistique plutôt que symptomatique. Ce thème trouve une résonance dans d'autres cultures autochtones. Kerrie Gallagher, une orthophoniste māorie qui vit dans un monde biculturel, propose aux familles une approche thérapeutique holistique, *Te Whare Tapa Wha; taha wairua, taha tinana, taha whanau, taha hinengaro*, qui met en relief l'établissement de relations, *Whakawhanaungatanga*; l'inclusion, *Manaakitanga*; de même la généalogie et l'identité culturelle, *Whakapapa*. Son modèle s'appuie sur les principes de la protection, du partenariat et de la participation confirmés par le traité de Waitanga (Gallagher, 2010a).

Prestation des services de santé

Les approches autochtones traditionnelles en matière de guérison reposent sur « la compréhension et l'accessibilité du savoir offert par les mondes physique et spirituel par le recours aux cérémonies » (Weitzel, 2001). Dans le document sur le développement de la médecine autochtone traditionnelle au Canada, au Mexique et au Guatemala qu'elle a préparé pour l'Agence canadienne de développement international, Weitzel (2001) rappelle que les pratiques communautaires comme les cercles de guérison dirigés par des guérisseurs locaux

reposent sur un savoir qui s'est développé et raffiné pendant des milliers d'années. La participation signifiante des guérisseurs, affirme-t-elle, est un « élément critique » du développement des Autochtones, en particulier sur le plan de la santé et du bien-être. Dans toutes les communautés, la revendication de l'adoption de points de vue sur la guérison axés sur un mieux-être global prend de l'ampleur (Weitzel, 2001; T. Laporte, communication personnelle, 27 août 2010). De même, des exemples de capital social comme les activités culturelles (Migone et O'Neil, 2005) démontrent que les communautés ont la capacité d'apporter une contribution positive à la santé et au bien-être. Par exemple, Varcoe et Dick (2008) constatent que les pow-wows et les danses traditionnelles jouent un rôle important pour la santé mentale et la guérison culturelle et spirituelle. Chandler et Lalonde (1998) ont relevé des facteurs de protection – les revendications territoriales, l'autonomie gouvernementale et l'éducation – qui pourraient expliquer les écarts observés entre les taux de suicide de diverses communautés autochtones. McCarty (2008) établit un lien entre la planification linguistique de la base au sommet et la fierté des élèves pour la culture indigène. Sharla Peltier, une orthophoniste de la Première Nation des Ojibwas, cite les grands-mères comme modèles pour les praticiens : « C'est le moyen d'en savoir davantage sur le développement spirituel de l'enfant et ses liens avec le développement de la communication » (communication personnelle, 20 août 2010).

Les partenariats entre les populations autochtones d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis ont adopté des positions semblables qui ont généré des lignes directrices et des modèles pour des services enrichis par la culture. Gould (2005) souligne le rôle essentiel d'amorce et de validation des Autochtones adultes pour la précision de l'évaluation et du diagnostic des enfants. R. Friedlander (communication personnelle, 4 juin 2010) fait le lien entre l'importance d'offrir des aliments traditionnels, en tant que mesure de la compétence culturelle, et la valeur de la mise à contribution des grand-mères pour l'évaluation et le suivi des enfants. De même, en Australie, l'Aboriginal Community Health Service a adopté une approche des soins axée sur le « cycle de vie », de la petite enfance au troisième âge, et l'Australian Resource Centre for Healthcare Innovations a adopté l'atelier *Boomerangs*, un genre de « camp » de trois jours et deux nuits, pour aider les parents à favoriser la santé globale de leur enfant (Australian Resource Centre for Healthcare Innovations, 2009).

Le système actuel des services de santé offerts dans les réserves à l'aide de fonds fédéraux est né au cours de la décennie 1920, dans le contexte de la propagation de la tuberculose (Lavoie et Williams, 2009). Dans leur analyse de l'évolution des besoins des Premières nations en matière de soins de santé, Lavoie et Williams soulignent qu'au départ, les services étaient prodigués par des infirmières assistées de traducteurs et que c'est depuis les années 1970 que des représentants en santé communautaire et des travailleurs en toxicomanie se sont joints aux prestataires de services.

L'accès des Premières nations et des Inuits aux services de santé est une responsabilité fiduciaire du Canada qui est enchâssée dans les domaines législatif et stratégique du gouvernement fédéral. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada est le principal mécanisme de conformité du gouvernement fédéral à ses obligations en matière de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Actuellement, le gouvernement fédéral fournit aux membres de Premières nations et aux Inuits qui vivent dans leur communauté des services de santé qui comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de première ligne. Hadden-Jokiel (2008) a résumé la portée et la couverture des services de santé offerts aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis au Canada. Le tableau 1 présente un résumé modifié de ces données. Aucune distinction n'est faite en ce qui a trait aux soins de santé offerts aux Métis.

Tableau 1 : Services couverts, selon le programme

Programmes ciblant tous les Autochtones	Programme des services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits	Programmes offerts dans toutes les réserves des Premières nations	Programmes offerts seulement dans les communautés isolées et éloignées
• Programmes limités de prévention et de promotion	• Soins de la vue • Soins dentaires • Médicaments • Soins de crise en santé mentale • Transport médical • Équipements et fournitures médicaux • Cotisations au régime provincial de la santé (C.-B. et Alberta)	• Programmes de prévention et de promotion • Santé publique • Traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies • Soins à domicile et communautaires	• Infirmières praticiennes et médecins • Services d'urgence • Soins de première ligne (évaluation, diagnostic, médicaments pour soins actifs et aiguillage vers d'autres services de santé)

Outre le mandat de la DGSPNI à l'égard des politiques et programmes, les services de santé aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis sont garantis par des protocoles

législatifs contemporains. Plus particulièrement, la *Loi canadienne sur la santé* décrit les principes, les objectifs et les critères à respecter pour garantir le transfert des ressources financières aux provinces et aux territoires pour la prestation des services de santé assurés. Les exigences provinciales et territoriales comprennent cinq critères : l'administration publique, l'exhaustivité, l'universalité, la portabilité et l'accessibilité (Gideon, Nicholas, Rowlandson et Woolner, 2009).

Le programme des soins de santé non assurés (SSNA) est un des principaux programmes de la DGSPNI. Les soins de santé « non assurés » sont ceux qui ne sont pas prévus aux régimes de santé provinciaux. En 2007-2008, les SSNA ont accaparé plus de 40 % du budget de 2,04 G\$ de la DGSPNI. Les dépenses pour le transport médical non assuré, qui permettent aux adultes et aux enfants de se rendre à l'extérieur de leur communauté pour recevoir des soins, représentent 29 % du budget total de 898,2 M\$ des SSNA (Santé Canada, 2009a). Dans certaines provinces, au Québec par exemple, Santé Canada maintient des ententes pour l'administration de certains éléments des SSNA, tels les appareils auditifs (I. Billard, communication personnelle, 28 octobre 2010). Aux fins de la présente analyse, il est à noter que les consultations en ORL sont admissibles à une indemnité de transport médical, contrairement aux évaluations et traitements en orthophonie ou en audiologie, sauf exception.

Services à l'enfance et à la jeunesse

Les services à l'enfance et à la jeunesse des Premières nations, des Inuits et des Métis sont soutenus par divers organismes. L'admissibilité des Métis repose sur des critères de programmes comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques. Une brève description de ces programmes est donnée au tableau 2.

Tableau 2 : Programmes de développement de l'enfance et de la jeunesse financés par le gouvernement fédéral

Programme et bailleur de fonds	But et portée
<i>Jeunes et enfants (groupe de programmes)</i> - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada	Les quatre programmes offerts sont axés sur l'amélioration de l'état de santé des personnes, familles et communautés des Premières nations et inuites par le renforcement des services et des appuis en santé maternelle et infantile [bon nombre des 634 communautés de Premières nations et des 53 communautés inuites n'ont pas accès aux quatre programmes] : • <u>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)</u> - En vigueur depuis plus de 10 ans. - À eux deux, le PAPAR et le PAPACUN (voir ASPC, ci-dessous) offrent des services gratuits à près de 14 000 enfants de 0 à 6 ans. - La plupart des sites sont de petite taille. - En 2005-2006, les sites du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont maintenu un rapport moyen intervenant/enfants de 1:7 (variant de 1:4 en Alberta à 1:9 au Manitoba). • <u>Programme canadien de nutrition prénatale – Volet Premières nations et Inuits (PCNP-VPNI)</u> - En vigueur depuis plus de 10 ans. • <u>Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)</u> - Ce programme a récemment réorienté son action, passant de la sensibilisation à l'ETCAF en tant qu'incapacité à des activités communautaires de prévention comme le mentorat, l'éducation et la formation de travailleurs de première ligne et de professionnels de la santé, ainsi qu'à un diagnostic et une intervention plus précoces pour les enfants d'âge préscolaire et leur famille. • <u>Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI)</u> - Les activités communautaires de ce programme ont débuté en 2006-2007 dans certaines régions. Les quatre programmes de ce groupe ont divers objectifs communs à court et moyen termes : - la croissance et l'amélioration de la collaboration et du réseautage; - la participation accrue des particuliers, des familles et des communautés des Premières nations et inuites aux programmes et soutiens en santé maternelle et infantile; - la sensibilisation aux comportements sains; - l'adoption accrue de comportements comme l'allaitement maternel et l'alimentation saine (pour les bébés, les enfants et les femmes enceintes). Les programmes couvrent cinq domaines généraux d'activité : 1. la collaboration avec les autorités et organisations des Premières nations, inuites, fédérales, provinciales et territoriales; 2. la prestation des priorités, programmes et soutiens en santé maternelle et infantile; 3. la direction et l'intégration de pratiques innovantes fondées sur des faits probants aux priorités, programmes et soutiens en santé maternelle et infantile; 4. l'éducation et la sensibilisation à l'égard des priorités, programmes et soutiens en santé maternelle et infantile pour les Premières nations et les Inuits; 5. le renforcement des capacités des personnes, familles et communautés des Premières nations et inuites. (Santé Canada, 2009b)

Programme et bailleur de fonds	But et portée
<i>Grandir ensemble</i> - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada	Fournit une aide à l'élaboration de programmes adaptés à la culture dans les domaines suivants : • la santé mentale au sein de la collectivité; • le développement de l'enfant; • la prévention des blessures; • les compétences parentales; • la santé des bébés. En 2000-2001, la portée du programme était estimée à 45 000 enfants et familles. Le programme reconnaît que les besoins des enfants sont indissociables de ceux de leur famille et de leur communauté. (Canada, 2003) Récemment, d'autres initiatives de développement de l'enfant et de soutien aux parents se sont ajoutées : • l'amélioration des programmes locaux d'aide préscolaire aux Autochtones; • des programmes axés sur la culture et le patrimoine; • des programmes en milieu scolaire (lutte contre l'intimidation et programmes parascolaires). (Santé Canada, 2006)
<i>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN)</i> - Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	Ce programme offre des demi-journées d'activités préscolaires qui répondent aux besoins spirituels, émotionnels, intellectuels et physiques dans six domaines clés : • la préparation à l'éducation et à l'école; • la culture et la langue autochtones; • la participation des parents; • la promotion de la santé; • la nutrition; • le soutien social. Les principales caractéristiques du projet sont : • une conception et un contrôle réalisés localement; • une administration assurée par des organismes autochtones sans but lucratif; • la participation directe des parents et de la communauté à la gestion et à l'exploitation; • le soutien du rôle parental de premier et de plus influent des enseignants de l'enfant; • la valorisation de la sagesse des aînés. (ASPC, s.d.)

Programme et bailleur de fonds	But et portée
Programme d'éducation spéciale - Affaires indiennes et du Nord Canada	Assure la qualité des programmes d'éducation et des services de soutien à l'intention des élèves de 4 à 21 ans vivant dans des réserves et ayant des difficultés d'apprentissage allant d'un niveau modéré à important. Ce programme a pour objectifs : • de permettre aux élèves d'atteindre leur plein potentiel et de devenir des membres productifs de la société; • de permettre à un plus grand nombre d'élèves ayant des besoins spéciaux, qui coûtent cher au système, d'obtenir un diplôme d'études secondaires régulier. Le programme soutient : • l'accès à des programmes et services d'éducation spéciale de qualité, respectueux de la culture et comparables aux normes provinciales généralement reconnues dans la localité; • certains services directs donnés à l'école; • des services indirects comme le soutien aux écoles de Premières nations pour la conception et la mise en œuvre de programmes d'éducation spéciale; • la dévolution de l'administration aux Premières nations, par l'entremise d'un organisme de gestion des Premières nations ou, dans certains cas, par les bureaux régionaux d'AINC. (AINC, s.d.)
Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) - Agence de la santé publique du Canada	Le PACE finance à long terme des coalitions communautaires comme aide à l'élaboration des programmes qui favorisent le développement et la santé des jeunes enfants (de 0 à 6 ans) qui vivent des situations difficiles, et plus particulièrement : • les enfants qui vivent dans une famille à faible revenu; • les enfants de parents adolescents; • les enfants victimes d'un retard du développement ou de problèmes sociaux, émotionnels ou comportementaux; • les enfants victimes de violence et de négligence. Une attention particulière est apportée : • aux enfants métis et inuits et aux enfants de Premières nations vivant hors réserve; • aux enfants d'immigrants et de réfugiés de fraîche date; • aux enfants de familles monoparentales; • aux enfants qui vivent dans les collectivités éloignées et isolées. Dans une évaluation menée en 2007, 15 % des parents visés s'identifiaient comme des Autochtones. Le PACE finance 494 projets, dont 148 fournissent des services à une clientèle autochtone. (ASPC, 2010)

Programme et bailleur de fonds	But et portée
<i>Initiative de services de garde pour les Premières nations et les Inuits (ISGPNI)</i> - Ressources humaines et Développement des compétences Canada	L'ISGPNI est un volet de la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinés aux Autochtones qui appuie : • environ 7 000 places en services de garde pour les enfants de Premières nations et inuits; • l'élaboration et la mise en œuvre communautaires de programmes de services de garde conçus pour répondre aux besoins de la localité et de la région; • l'augmentation de l'offre de services de garde de qualité dans les communautés des Premières nations et inuites; • des programmes de services de garde autochtones adaptés à la culture, y compris des volets culturel et linguistique pertinents, dans les communautés des Premières nations et inuites; • les services offerts aux enfants de moins de 6 ans; cependant, les enfants de 12 ans ou moins sont également admissibles au service de garde après l'école; • les parents qui travaillent, qui recherchent activement du travail ou qui suivent un programme d'enseignement ou de formation. (Canada, 2003)
<i>Programme de services de garde en Alberta et en Ontario</i> - Affaires indiennes et du Nord Canada	Le gouvernement du Canada a conclu une entente financière et administrative avec les gouvernements de l'Alberta et de l'Ontario aux termes de laquelle le Canada financera directement, à l'intention des enfants de Premières nations dans les réserves, des places en services de garde qui offrent des programmes de développement de la petite enfance et des services d'apprentissage comparables à ceux qui sont offerts par le gouvernement provincial aux enfants qui vivent en dehors des réserves. En Alberta, chaque communauté des Premières nations a la responsabilité d'établir la grille tarifaire de son programme. Certaines familles sont admissibles à une subvention, dont le taux varie d'une collectivité à l'autre. En 2002-2003, 812 places étaient ainsi financées dans 17 communautés de Premières nations de l'Alberta. En Ontario, une subvention provinciale des services de garde est offerte aux familles à faible revenu. L'étude des besoins prévue par les lois provinciales s'applique à la détermination de l'admissibilité à la subvention, laquelle peut atteindre 100 % des coûts. En 2002-2003, 3 018 enfants ont bénéficié des 57 programmes offerts en Ontario, soit 51 centres de services de garde, cinq programmes parascolaires et un programme privé de services de garde. (Canada, 2003)

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Il est généralement reconnu que les investissements dans le développement de l'enfance au cours des premières années de vie permettent d'améliorer les résultats pour les enfants et les familles et les chances d'épanouissement pour l'enfant. Au Canada, les services de santé financés par le gouvernement fédéral, notamment les programmes de développement de l'enfance et de la jeunesse décrits au tableau 2 ci-dessus, adoptent ce point de vue. Comme les programmes d'aide préscolaire soutiennent l'intervention précoce à l'échelle locale à l'intention des enfants des Premières nations, inuits et métis

de 0 à 6 ans, il convient d'examiner de plus près l'histoire et la situation actuelle des programmes d'aide préscolaire.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques s'inspirent du programme Head Start des États-Unis, qui a d'abord été mis en œuvre dans la région de Chicago en 1965. Le programme étasunien a manifestement réussi à atténuer les effets de la pauvreté et à répondre aux besoins spéciaux des enfants d'âge préscolaire. D'après les déclarations du programme, les Américains autochtones, les Autochtones de l'Alaska et les Hawaïens représentent environ 4,6 % des enfants inscrits, et environ 11,5 % des enfants inscrits sont atteints d'incapacités (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Au Canada, les troubles de la parole et du langage sont l'incapacité reconnue la plus prévalente : 61 % des enfants souffrant d'incapacités en sont atteints (Santé Canada, 2005). Le programme Head Start des États-Unis évalue périodiquement les indicateurs clés du développement; les résultats de recherches spécialisées sur les projets et le programme sont accessibles dans son site Web (U.S. Department of Children and Families, s.d.).

Au Canada, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones a été lancé en 1998. Des installations spécialisées et intégrées sont établies au sein des Premières nations, dans les communautés inuites ainsi qu'en milieu urbain et municipal. Comme son équivalent étasunien, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones offre une stratégie d'intervention précoce aux enfants des Premières nations, inuits et métis et à leurs familles. L'accès au programme est gratuit. Les expériences préscolaires structurées sont conçues pour préparer les jeunes enfants autochtones à leurs années d'école; elles adoptent une approche holistique, communautaire et intergénérationnelle. Chaque point de service offre des programmes dans divers domaines : la culture et la langue, l'éducation et la préparation à l'école, la promotion de la santé, la nutrition, le soutien social et la participation des parents (Santé Canada, 2004). Les points de service du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont été qualifiés de carrefours du développement de la petite enfance (Ball, 2008) et de pas dans la bonne direction (Gerlach, 2008) parce qu'ils facilitent une gamme d'évaluations et d'interventions intégrées. Les évaluations du programme concluent que l'approche du « carrefour »

facilite l'accès des enfants à des programmes et ressources tels que les soins dentaires, les soins infirmiers communautaires, l'orthophonie et l'ergothérapie (Santé Canada, 2005). Elles mettent en relief la capacité des instances locales de valoriser la connaissance et l'utilisation des langues autochtones chez les enfants et d'améliorer les compétences parentales et les relations parent-enfant (Santé Canada, 2005; ASPC, 2010).

Actuellement, les activités du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones sont offertes à environ 10 % de la population autochtone d'âge préscolaire. Dans son rapport, la conseillère en santé des enfants et des jeunes recommande d'élargir les services du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones afin d'accommoder 25 % de la population autochtone d'âge préscolaire (Leitch, 2007). Aucune explication n'est donnée quant à la raison pour laquelle seulement 10 % des enfants autochtones d'âge préscolaire bénéficient de ce programme ni pourquoi l'élargissement recommandé ne vise que 25 % de ces enfants. Le tableau 3 présente la répartition des points de service du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques au Canada (Santé Canada, 2009b; J. Corbiere, communication personnelle, 7 juin 2010).

Tableau 3 : Points de service du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR) et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN), selon la région et la province

Points de service du PAPAR, selon la région [DGSPNI]		Points de service du PAPACUN, selon la province [ASPC] et dans l'Inuit Nunangat [terre des Inuits]	
	Points de service		Points de service
Atlantique	31	Terre-Neuve-et-Labrador	2
		Nunatsiavut	1
		Île-du-Prince-Édouard	1
		Nouvelle-Écosse	1
		Nouveau-Brunswick	1
Québec	42	Québec	4
		Nunavik	17
Ontario	15	Ontario	11
Manitoba	32	Manitoba	20
Saskatchewan	79	Saskatchewan	15
Alberta	46	Alberta	22
Colombie-Britannique	83	Colombie-Britannique	12
		Nunavut	7
		Territoires du Nord-Ouest	6
		Inuvialuit	2
		Territoire du Yukon	4
Total	328		126

Comme le montre le tableau 3, la DGSPNI comptabilise les points de service du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones selon la région, l'ASPC comptabilise ceux du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones selon la province, et les points de service inuits du PAPACUN sont présentés en fonction de l'Inuit Nunangat (régions inuites du Canada).

Les troubles de la communication et de l'audition

Il est difficile d'obtenir des données récentes et fiables sur la prévalence des troubles de la communication et de l'audition chez les jeunes enfants des Premières nations, inuits et métis de 0 à 6 ans. Comme l'indique Bowd (2002), les données sur la prévalence des difficultés en orthophonie et en audiologie chez les enfants de Premières nations, inuits et métis d'âge préscolaire ne sont peut-être pas exactes. Selon Bowd, la sous-déclaration éventuelle de ces troubles pourrait découler d'un ou plusieurs des facteurs suivants : 1) le manque d'accès de la communauté à des orthophonistes ou audiologistes professionnels;

2) l'accent mis sur les soins de courte durée par les cliniciens en soins de première ligne;
3) le manque de personnel possédant une formation adéquate aux points de service d'origine;
4) le manque de connaissance et de compréhension de la culture chez les médecins et autres professionnels de la santé. Comme le signale Ball (2008), beaucoup de jeunes enfants autochtones n'ont jamais de consultation avec des spécialistes du développement, qu'il s'agisse de consultants en développement du nourrisson, de pédiatres, d'orthophonistes ou d'audiologistes, en raison de complications multiples sur le plan de la compétence territoriale. Une autre cause possible du sous-signalement reflète les convictions autres que le parti pris dominant, qui est de s'occuper le plus tôt possible des préoccupations relatives au développement du langage; du point de vue de la communauté, la perspective du développement de l'enfant accorde peut-être moins d'importance au fait de savoir si un enfant réagit et parle normalement. Des facteurs culturels, affirme Diana Elliott, conseillère sur les Premières nations pour le programme provincial de développement de la petite enfance autochtone de la Colombie-Britannique, peuvent retarder les renvois en orthophonie et en audiologie jusqu'à l'âge scolaire (D. Elliott, communication personnelle, 13 mai 2010).

La fiabilité des estimations de la prévalence des problèmes d'orthophonie et d'audiologie au sein de cette population est de plus en plus contestée; nous y reviendrons plus en détail dans des sections ultérieures. Contrairement aux problèmes de sous-signalement, on s'inquiète de ce que les praticiens pourraient surdiagnostiquer les différences d'ordre dialectal ou pragmatique comme des problèmes d'orthophonie et d'audiologie chez les jeunes enfants. Ce surdiagnostic peut être attribuable au biais culturel ou linguistique des outils d'évaluation normalisés, associé à une évaluation de la compétence en communication qui manque de pertinence culturelle (Peltier, 2009; Ball et Bernhardt, 2008; Kay Raining-Bird et Vetter (1994). Johnson (2007) décrit trois obstacles principaux à surmonter pour déterminer avec précision la prévalence des difficultés d'élocution et de langage chez les enfants : 1) l'absence de consensus clinique sur ce qui constitue un « trouble de la communication »; 2) l'absence d'échantillons communautaires importants et représentatifs; 3) la nature évolutive des difficultés langagières au fil du développement de l'enfant (de l'oral à l'écrit). Elle souligne également que les chiffres sur la prévalence ne sont pas importants en eux-mêmes, mais qu'ils donnent des points de départ pour le traitement

d'autres aspects importants, tels les antécédents familiaux en problèmes du langage et les facteurs de risque connus (2007).

Cappiello et Gahagan (2009) examinent le développement de la petite enfance dans les collectivités autochtones. Ces auteurs soulignent la relation entre la compréhension du développement de l'enfance autochtone et la signification de l'évaluation des enfants et des soins qui leur sont prodigués. Ils notent, par exemple, qu'en l'absence de recherches sur le développement de la petite enfance, les pédiatres ont du mal à aiguiller les enfants vers des orthophonistes, malgré la vulnérabilité accrue attribuable aux facteurs de risques multiples connus qui accroissent la prévalence potentielle du retard développemental chez les enfants autochtones.

Si, dans son rapport, la conseillère en santé des enfants et des jeunes (Leitch, 2007) s'avoue incapable de quantifier les incapacités langagières ou développementales des enfants de 0 à 4 ans au Canada, elle fait valoir avec vigueur que des déterminants sociaux comme la pauvreté, l'alimentation et le logement inadéquats et la surpopulation placent les enfants des Premières nations, inuits et métis dans une catégorie beaucoup plus élevée de risque pour la santé et que les données de sources dominantes ne reflètent pas leur situation, leurs besoins particuliers et leurs handicaps.

Prévalence des difficultés langagières

Compte tenu de l'impact des déterminants sociaux et de l'association souvent citée entre l'apparition précoce, la fréquence, la durée et la gravité des infections de l'oreille, d'une part, et les difficultés langagières chez les enfants autochtones, d'autre part, la documentation sur la prévalence des troubles du langage chez les enfants de Premières nations, inuits ou métis de 0 à 6 ans est très mince et celle qui porte sur l'incidence de ces troubles, presque inexistante. L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA, 2006) réunit un vaste ensemble de données sur les enfants métis, inuits et de Premières nations vivant hors réserve, qui ont de moins de six ans et qui vivent en milieu urbain, rural et nordique partout au Canada, sauf dans les réserves de Premières nations. Dans le cadre de l'EEA, on a demandé aux répondants si l'enfant avait « un des problèmes de longue durée suivants [difficultés d'élocution ou de langage] qui persistent ou devraient persister 6 mois ou plus ». Si la réponse était affirmative, on demandait ensuite au répondant si le

problème avait été diagnostiqué par un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé. Jusqu'ici, les données publiées sur la prévalence n'ont pas fait l'objet d'une validation clinique (L. Findlay, communication personnelle, 6 avril 2010).

En examinant plus particulièrement le contexte du développement de la petite enfance autochtone, King (2009) établit un lien entre les préoccupations exprimées par les membres du personnel en éducation de la petite enfance du Programme d'aide préscolaire quant au grand nombre d'enfants dans leurs communautés et les retards de la réponse aux besoins spéciaux et en orthophonie. Dans son rapport, Emily King souligne ensuite la forte demande de formation en besoins spéciaux des travailleurs de première ligne, signalée par le personnel communautaire du Programme d'aide préscolaire. Elle recommande que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques élabore un programme de formation en besoins spéciaux échelonné en modules, qui puisse être utilisé assez rapidement dans les communautés.

De même, Santé Canada signale, dans son évaluation du groupe Services à l'enfance et à la jeunesse de la DGSPNI (2010), que les besoins spéciaux des enfants de Premières nations qui vivent dans leurs territoires sont généralement insatisfaits et que ces enfants manquent de soutien et de services. Dans un sondage mené auprès de participants au programme, l'évaluation conclut que le plus souvent, les parents qui disent attendre des services précisent que les services requis sont ceux de spécialistes médicaux et autres (y compris les « orthophonistes »). Dans son *Portrait régional de la situation en matière de besoins spéciaux de pour la clientèle âgée entre 0-6 ans des Premières nations du Québec* (CSSSPNQL, 2008), la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador relève les « troubles du langage » comme le principal besoin spécial recensé dans les services ou les programmes (63 % des répondants; $n = 59$), suivi des troubles d'apprentissage (51 %), du retard développemental (49 %) et du trouble de comportement perturbateur (45 %). La déficience auditive occupe le 17^e rang (12 %).

Contrairement à la rétroaction des parents à la DGSPNI et à la recherche sur les Premières nations du Québec et du Labrador, dans une enquête auprès du personnel de la DGSPNI ($n = 23$) et des communautés ($n = 118$), les troubles du langage ne figurent pas

parmi les cinq besoins prioritaires en santé dans la catégorie du développement de la petite enfance (3 à 5 ans), et la formation en orthophonie occupe le dernier rang des priorités du personnel à l'égard des enfants ayant des besoins spéciaux (Santé Canada, 2010). De même, en 2003, le gouvernement du Nunavut a mené une enquête auprès de son personnel infirmier. Quand on leur a demandé d'indiquer les problèmes les plus souvent perçus chez les nourrissons et les enfants, les infirmières ont cité en tête de liste les maladies respiratoires (20 % des répondants), la nutrition (18 %) et les problèmes associés aux infections de l'oreille (16 %); les troubles du langage, cités par 2 % des répondants, étaient l'un des problèmes les moins courants (Roberts et Gerber, 2003).

La disparité de ces estimations découle peut-être aussi d'un manque de cohésion dans la collecte de données, lesquelles proviennent de divers points de service à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté, de professionnels de la santé, de personnel en éducation et de travailleurs de la santé. De plus, les employés des secteurs de la santé et de l'éducation préscolaire ont un niveau de connaissance variable des services d'orthophonie et d'audiologie services et des troubles de la communication (D. Elliott, communication personnelle, 13 mai 2010). Les faibles taux pourraient aussi refléter la familiarité des membres des communautés avec le dialecte et la trajectoire du développement langagier dans leur communauté. De plus, comme nous l'avons mentionné, il faut peut-être pondérer le besoin et la capacité de demander un aiguillage professionnel au regard des autres priorités et des problèmes d'accessibilité.

Prévalence des conditions qui influent sur l'audition et les troubles de l'audition

Certaines données régionales sur la santé auditive de cette population sont disponibles, surtout en ce qui concerne la prévalence de l'otite moyenne et de la déficience auditive (Langan *et al.*, 2007), mais les lacunes sur le plan des connaissances sont semblables à celles qu'on peut observer dans les données sur l'orthophonie. Comme l'a observé Bowd (2005), pour aller de l'avant, il faut une approche systématique, une cohésion dans les mesures et dans la définition des données, ainsi que la capacité de tenir compte des problèmes transculturels en matière de méthodologie et d'échantillonnage.

L'association entre les infections chroniques de l'oreille chez les jeunes enfants et les difficultés langagières subséquentes ne fait pas encore consensus. Une étude menée

récemment aux Pays-Bas sur les conséquences possibles de l'otite moyenne (OM) et de la déficience auditive sous-jacente chez les jeunes enfants sur le développement du langage conclut qu'une relation positive entre la déficience auditive liée à l'otite moyenne et le développement du langage à 27 mois « n'était plus discernable à l'âge scolaire » (Zumach, Gerrits, Chenault et Anteunis, 2010). Par ailleurs, dans une étude sur l'impact de l'OM sur le développement de la petite enfance, Williams et Jacobs (2009) affirment que malgré le caractère équivoque des liens entre l'OM et les résultats cognitifs et éducatifs, les enfants âgés de moins de 12 mois qui souffrent d'OM sont davantage à risque de manifester des troubles chroniques du langage. Plus particulièrement, ces auteurs notent que les populations d'enfants autochtones, parce qu'elles présentent une tendance à l'apparition précoce, à la prévalence plus élevée et à des épisodes de durée plus longue, sont peut-être exposées à un risque plus élevé de séquelles cognitives et éducatives que les enfants non autochtones (Williams et Jacobs, 2009).

L'Institut canadien de recherche sur la santé estime qu'à l'âge de deux ans, de 70 à 90 % des enfants ont vécu au moins un épisode de maladie de l'oreille moyenne et de déficience connexe des conduits auditifs (ResearchNet, 2009). La prévalence globale de l'OM chez les enfants de Premières nations et inuits du Canada est supérieure à la moyenne et comparable à celle qui s'observe à l'échelle internationale chez les populations indigènes. De même, on observe qu'une proportion de ces enfants significativement plus élevée que la moyenne souffre d'affections chroniques de l'oreille moyenne et d'une déficience auditive concomitante qui pourrait avoir une incidence négative sur le développement du langage (Ayukawa, Lejeune et Proulx, 2003; Guèvremont et Kohen, 2007). Des organisations inuites et de Premières nations ainsi que des audiologistes et des médecins ont documenté la prévalence, à l'échelle régionale et nationale, de l'OM et de la déficience auditive chez les Premières nations et les Inuits. L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006 (Inuits et Premières nations et Métis vivant à l'extérieur des réserves) comprenait deux questions sur l'audition : « Depuis sa naissance, est-ce que ___ a eu une infection des oreilles ou otite? » et « Combien de fois au cours des 12 derniers mois? » (Statistique Canada, 2007). La publication des données de l'EEA sur l'orthophonie et l'audiologie est en instance d'approbation.

Les explications de la forte incidence des infections de l'oreille et de la déficience auditive chez les populations autochtones établissent des liens avec divers facteurs :

- des déterminants sociaux : la pauvreté, l'état de santé préexistant, l'alimentation et le logement inadéquats, la surpopulation, l'hygiène, l'éducation (Australie, 2010; Zubrick, Silburn, Lawrence, Mitrou, Dalby, Blair, Griffin, Milroy, DeMaio, Cox et Li, 2005);
- l'isolement géographique : la distance ou l'accessibilité des prestataires de soins de première ligne (J. Boswell, communication personnelle, 4 juin 2010; O'Connor, Perry et Lannigan, 2009);
- la sécurité culturelle de la prestation des services dans ce domaine : le manque de respect ou la méfiance envers les prestataires de services (Silburn, Zubrick, DeMaio, Shepherd, Griffin, Mirou, Dalby, Hayward et Pearson, 2006).

D'après des renseignements non scientifiques, les enfants des Premières nations, inuits et métis ont un taux de participation plus élevé que prévu aux programmes des écoles pour les malentendants de l'Alberta. Une orthophoniste comptant 29 ans d'expérience qui travaille à l'Alberta School for the Deaf (pour les enfants de la 1^{re} à la 12^e année) estime que les élèves autochtones représentent annuellement de 30 à 35 % de la population étudiante. Aucune raison n'a été donnée à ce degré de participation (M. DiMarco, communication personnelle, 16 juin 2010).

La prévalence des conditions qui influent sur l'audition chez les enfants de Premières nations

Les recherches contemporaines sur l'audiologie et les Premières nations sont rares, et aucune ne porte particulièrement sur les populations d'âge préscolaire des Premières nations du Canada. La recherche qui a été menée confirme une prévalence nettement plus élevée de l'otite moyenne, en particulier chez les enfants plus âgés, ce qui correspond aux taux observés chez d'autres populations indigènes (Bowd, 2002).

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERLSPN) menée en 2002-2003 cite les infections chroniques de l'oreille comme l'une des trois affections les plus courantes chez les enfants de 0 à 11 ans et de 12 à 17 ans. L'ERLSPN relève que 9,2 % des enfants de Premières nations souffrent d'« infections ou problèmes

de l'oreille » qui, indiquent les auteurs sans plus de précision, sont « probablement » l'otite moyenne (APN, 2007).

Dans une des premières études comparatives sur les troubles de l'audition chez les enfants des Premières nations de l'Ontario, Scaldwell et Frame (1985) ont effectué des tests auprès de 739 enfants de 3 à 16 ans qui fréquentaient l'école dans quatre Premières nations du nord et deux du sud de la province. Les tests au tympanomètre électroacoustique ont révélé que 24,3 % présentaient une « otite moyenne séreuse ou purulente ». Cette recherche ne fait pas de distinction des taux d'incidence de l'OM selon l'âge, mais elle indique que les taux les plus élevés (plus de 30 %) ont été observés dans les communautés de l'intérieur les plus éloignées (Fort Hope, aujourd'hui appelée Eabamatoong et Webequie).

Dans leur étude sur la déficience auditive dans une communauté des Premières nations de Nouvelle-Écosse, Langan *et al.* (2007) notent que les parents mi'kmaq qui ont participé à l'ERLSPN de 2002-2003 ont cité les problèmes auditifs comme étant le problème chronique de santé le plus courant chez les enfants de 0 à 11 ans. Leur étude compare l'évaluation initiale des enfants, en octobre ($n = 47$), au retest ($n = 41$) effectué en avril. Dans cette étude, les participants ont été sélectionnés parmi la clientèle du Programme d'aide préscolaire et de l'école maternelle et primaire, et tous les tests ont été effectués au centre de santé communautaire. Les auteurs relèvent qu'environ un enfant sur quatre souffrait de troubles de l'oreille moyenne dans au moins une oreille en octobre (25,5 %) et au retest d'avril (24,4 %). De plus, la moitié des enfants présentant une maladie de l'oreille moyenne au test initial présentaient la même maladie à la date du retest. Fait important, les auteurs ont effectué une ventilation de la population scolaire qui montre un taux plus élevé de troubles de l'oreille moyenne et d'anomalie du système tympano-ossiculaire chez les enfants les plus jeunes. Les chercheurs soulignent que leurs résultats contredisent les observations faites dans l'ensemble de la population, où le taux d'incidence de l'otite moyenne diminue nettement après la première année de vie et devient plutôt rare chez les enfants âgés de sept ans ou plus (Langan *et al.*, 2007).

La prévalence des conditions qui affectent l'audition chez les enfants inuits

L'ensemble des données et renseignements évoqués dans la présente section viennent du Nunavik. Les données sur le Nunavut, les Inuvialuit et le Nunatsiavut sont à peu près inexistantes. Le rapport *Qanuippitaa? How Are We?*, sur l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004, souligne la forte prévalence des déficiences auditives chez les Inuits et en retrace l'origine au contact avec les civilisations du Sud au cours de la décennie 1950 : l'anomalie du système tympano-ossiculaire a des liens avec l'otite moyenne et la perte d'audition neurosensorielle due à l'exposition au bruit des carabines, des fusils, des motoneiges, des outils mécaniques et des tarières à moteur, par exemple. On note que cette enquête mettait surtout l'accent sur les adultes de 18 ans ou plus. Les auteurs concluent, à partir des premiers résultats de recherche, qu'une tendance à l'anomalie du système tympano-ossiculaire débute pendant les années d'école et s'accroît avec l'âge (Ayukawa, Bélanger et Rochette, 2007).

Dans son analyse de l'otite moyenne chez les enfants et adolescents inuits, de Premières nations et métis, Bowd (2002) adopte la distinction faite par l'OMS entre les types d'otite moyenne chronique – l'otite moyenne chronique suppurative et la perforation chronique de la membrane du tympan – et valide les estimations de l'OMS voulant que la prévalence de l'otite moyenne chronique chez les Inuits se situe entre 12 et 46 %. Bowd note également l'émergence, vers la fin des années 1980, de l'otite moyenne aiguë et grave chez les Inuits (dans la zone de Baffin) et cite une étude de 1987 qui démontre que jusqu'à 78 % des enfants inuits présentent « des signes de maladie de l'oreille ». Une recherche menée au début des années 1980 a démontré que plus de 20 % des enfants inuits d'une communauté éloignée du Nunavik présentaient une anomalie du système tympano-ossiculaire (Baxter, Julien, Tewfik, Ilecki et Crago, 1986). L'OMS considère qu'une prévalence supérieure à 1 % de l'otite moyenne suppurative chronique représente un fardeau évitable sur la santé et qu'un taux qui dépasse 4 % indique un problème massif de santé publique. L'OMS note que des taux dépassant les 12 % ont été observés au sein de populations autochtones inuites et australiennes (OMS, 1996).

Le programme *Otite et audition* du Nunavik offre l'une des rares sources de données longitudinales sur la déficience auditive chez les Inuits, données recueillies par Ayukawa et ses collègues. Financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec,

les programmes de l'Ungava et de l'Hudson fonctionnent au Nunavik depuis 1986, en collaboration avec l'Université McGill. Ces programmes sont soutenus par des audiologistes itinérants et des *Siutiliriji* des communautés – des Inuits ayant reçu une formation spéciale, qui offrent une large gamme de services en audiologie : les tests, le réglage des appareils auditifs, l'interprétation, la promotion du programme (I. Billard, communication personnelle, 21 avril 2010).

Hannah Ayukawa, chef audiologiste du programme de l'Ungava (Est), a publié de nombreuses études sur la déficience auditive chez les Inuits, jeunes et adultes (Ayukawa, Bélanger et Rochette, 2007; Ayukawa, Bruneau, Proulx, Macarthur et Baxter, 2004; Ayukawa, Lejeune et Proulx, 2003). Ses travaux publiés avec LeJeune et Proulx en 2003 présentent des données longitudinales sur la moyenne des sons purs qui ont été recueillies pour chaque oreille de chaque enfant depuis 1995. Ces données ont été collectées lors d'un dépistage initial, complétées lorsque les enfants avaient atteint l'âge de 5 ou 6 ans ($n = 524$) et comparées aux résultats d'un test subséquent ($n = 515$). Les résultats du deuxième test correspondent au test le plus récent effectué sur chaque enfant et ne sont donnés qu'en fonction d'une plage d'âges de 7 à 10 ans; ainsi, aucune norme n'a été établie à l'égard du temps écoulé entre les tests. Les auteurs relèvent que 19 % des enfants ont échoué au dépistage à 5 ou 6 ans, et 12 % ont échoué au test subséquent. Parmi les 12 % ayant échoué au test subséquent, 85 % des cas de déficience auditive, décrits comme ayant « échoué au test subséquent, échoué aux deux tests, réussi le test initial et échoué au test subséquent », étaient attribuables à l'otite moyenne (Ayukawa *et al.*, 2003).

Isabelle Billard, une audiologiste du programme *Otite et audition* à l'Université de Montréal, a remarqué une tendance chez les élèves qui prennent part aux programmes à curriculum alternatif. Chez ces élèves, elle a observé plus de cas de déficience auditive bilatérale attribuables à l'otite moyenne que chez les élèves qui suivent le curriculum normal (I. Billard, communication personnelle, 28 octobre 2010).

Dans une étude distincte portant sur de jeunes Inuits de 12 à 16 ans vivant tous dans la même communauté du Nunavik, Ayukawa *et al.* (2004) ont examiné la relation entre les affections de l'oreille moyenne, la déficience auditive et la mesure dans laquelle la déficience auditive peut avoir une incidence sur le rendement scolaire. Ils affirment que

la prévalence de l'otite moyenne chronique est nettement plus élevée chez les jeunes Inuits que dans l'ensemble de la population canadienne de 12 à 16 ans. Plus particulièrement, ils notent qu'un jeune sur cinq de ce groupe d'âge présente une déficience auditive et relèvent une association entre la déficience auditive et un rendement scolaire inférieur, mesurée selon les notes en inuktitut, en langue seconde (anglais ou français) et en mathématiques, inscrites aux dossiers scolaires pour la dernière année scolaire terminée.

La prévalence des conditions qui affectent l'audition chez les enfants métis

La recherche menée pour la production du présent rapport n'a permis de relever aucun ensemble de données démographiques propres aux Métis. Bowd (2002) avait fait la même constatation. Dans son étude sur les conséquences sanitaires, sociales et éducatives de l'OM pour les enfants et adolescents inuits, métis et des Premières nations, Bowd n'a trouvé qu'une seule étude remontant à 1990 qui faisait référence à l'OM et à la déficience auditive chez les enfants métis, mais il note que ces données étaient ventilées selon quatre régions sanitaires de l'Arctique plutôt que selon l'origine ethnique.

Difficultés langagières et auditives signalées chez les enfants autochtones de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis

Les enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres

Dans leur sommaire sur la santé des enfants autochtones fondé sur les données de la Western Australian Aboriginal Child Health Survey de 2000-2001, Zubrick *et al.* (2004) signalent que 13,4 % des enfants de 4 à 11 ans ont, d'après leurs fournisseurs de soins, du mal à prononcer certains sons de la langue anglaise. Au total, seulement 2,7 % de ces enfants avaient consulté un *speech pathologist*³ (orthophoniste) au cours des six mois précédant l'enquête. Cette proportion des contacts s'abaissait à 0,4 % à peine dans les secteurs les plus isolés, comparativement à 3,5 % dans la région métropolitaine de Perth. Dans un rapport d'enquête subséquent, Zubrick *et al.* (2005) relèvent en outre que les

³ Titre professionnel des orthophonistes en Australie.

difficultés langagières sont un facteur⁴ souvent associé au risque de troubles émotionnels ou comportementaux cliniquement significatifs, soit ceux qui compromettent « les aspects émotionnels et psychologiques du développement de l'enfant et de l'adulte ainsi que l'importance et la nature des relations sociales et communautaires favorisant un bon état de santé » (Zubrick *et al.*, 2005). Parmi les enfants dont les fournisseurs de soins disent qu'ils ont de la difficulté à prononcer certains sons, 44,7 % étaient, selon les calculs, considérés à risque de troubles émotionnels ou comportementaux « cliniquement significatifs », comparativement à un taux de risque de 21,7 % pour les autres enfants. Environ un enfant sur dix avait du mal à prononcer certains sons (9,8 %; IC : 8,6 %-11,0 %). Les auteurs concluent que les résultats de l'enquête confirment l'association entre, d'une part, la santé physique et le bien-être social et émotionnel et, d'autre part, les fonctions langagières. Ils affirment aussi que même si l'enquête ne portait pas directement sur le développement du langage, la mesure de la déclaration des fournisseurs de soins utilisée peut généralement être considérée comme un indicateur du perfectionnement et du développement du langage. Aucune mention n'est faite du dialecte et de la prise en compte de son influence sur les mesures.

Les partenariats nationaux entre les politiques et la recherche sur l'audition mis en œuvre en Australie ont permis d'amasser une documentation rigoureuse sur les problèmes d'audition dans l'ensemble de la population et chez les enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres. *Hear US*, une enquête fédérale achevée récemment sur la déficience auditive, attribue son impulsion principale à une étude des coûts et impacts économiques de la déficience auditive en Australie (Australie, 2010). Cette étude de 2006 rapporte des coûts annuels de 11,75 milliards de dollars liés à la déficience auditive et met en relief les problèmes d'audition propres aux populations autochtones d'Australie. Plus particulièrement, elle souligne les coûts économiques substantiels de l'OM chez les enfants autochtones, mentionnant que 60 % of des personnes atteintes de déficience auditive dans le Territoire-du-Nord sont des Autochtones, et recommande la tenue d'une

⁴ Les autres facteurs sont les événements stressants de la vie, la qualité des soins parentaux, le fonctionnement de la famille, l'état de santé physique du fournisseur de soins, les arrangements familiaux, la mobilité résidentielle, le recours des fournisseurs de soins à des services de santé mentale, les enfants aux oreilles « qui coulent » et les enfants ayant des problèmes de vision (Zubrick *et al.*, 2005, p. 101-102).

étude épidémiologique sur la déficience auditive et les facteurs de risque connexes pour les populations autochtones (Access Economics, 2006).

Dès 1979, Moran, Waterford, Hollows et Jones signalaient que l'OM grave était présente chez 30 % des Autochtones de 0 à 9 ans en Australie centrale et chez 20 % des enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres dans le Territoire-du-Nord. En 2004, des chercheurs ont évalué 709 enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres vivant dans 29 communautés du centre et du nord de l'Australie. Ils ont constaté que 90 % des enfants évalués souffraient d'OM et relevé une prévalence de la perforation de 0 à 60 % dans les communautés et de 19 à 33 % dans les quatre régions sanitaires (Morris, Leach, Silberberg, Mellon, Wilson, Hamilton, et Beissbarth, 2005). Ces estimations ont été corroborées dans d'autres régions de l'Australie. La Western Australia Aboriginal Child Health Survey mentionne que 25,6 % des enfants autochtones âgés de 10 ans ou moins présentaient des symptômes d'otite moyenne, comparativement à 3,2 % des enfants non autochtones du même groupe d'âge (Zubrick *et al.*, 2004). Quatre ans plus tard, des chercheurs menant une étude comparative entre les enfants autochtones et non autochtones de la même cohorte de naissances ont estimé que 33 % des enfants autochtones d'Australie-Occidentale souffraient de déficience auditive modérée à grave, selon les mesures prises par diverses méthodes à des âges différents (Lehmann *et al.*, 2008).

Dans leur rapport sur les complications de l'otite moyenne chez les enfants autochtones et non autochtones d'Australie, O'Connor, Perry et Lannigan (2009) estiment que jusqu'à 80 % des enfants autochtones d'Australie souffrent d'une perforation chronique de la membrane du tympan. Qui plus est, ils avancent que le taux de cholestéatome pourrait atteindre 10 % chez les enfants autochtones et que l'otite moyenne suppurative chronique atteint principalement des enfants autochtones (OMS, 1996).

O'Connor *et al.* (2009) décrivent les effets concrets de l'otite moyenne chronique comme un problème de santé chez les enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres en Australie. Ils notent que de trois à cinq enfants meurent chaque année de complications de l'OM et que 15 autres sont victimes d'une déficience auditive permanente des suites de l'OM.

La déficience auditive chez les enfants autochtones d'Australie a été décrite comme un handicap « invisible ». Dans leur étude sur les maladies de l'oreille et les familles autochtones, Howard et Hampton (2006) décrivent la déficience auditive légère ou modérée comme un problème largement non relevé et constatent que les troubles qui découlent de la déficience auditive sont souvent considérés comme un « mauvais comportement ». Howard a prolongé ces relations dans ses études sur les communications interculturelles et la déficience auditive. Il avance que la déficience auditive est un facteur critique pour les interactions des Autochtones avec le système scolaire (réussite, assiduité), le système de justice pénale (arrestation, condamnation, incarcération) et le sport (participation, perceptions des enseignants quant aux aptitudes), et il note qu'il n'est pas rare que 45 % de la population autochtone d'une école primaire souffre d'une déficience auditive (Howard, 2007; Phoenix Consulting, 2009). Au cours des audiences du Sénat sur la santé auditive, un témoin a décrit l'impact de la déficience auditive comme étant un processus de désengagement où les jeunes ayant des problèmes d'audition qui vivent des retards de langage n'arrivent pas à « suivre le rythme » de ce que disent les enseignants et « coupent le contact », tout simplement (Australie, 2010).

Il a également été démontré que la déficience auditive a une influence sur le statut social des Autochtones. Ryan, Johnson, Strange et Yonovitz (2006) ont relevé ce qu'ils appellent l'« effet de l'appareil auditif » chez les enfants autochtones d'Australie. Malgré la prévalence de la déficience auditive chez les Autochtones et les Insulaires du détroit de Torres, le taux d'utilisation d'appareils auditifs est extrêmement faible. L'étude de Ryan et ses collègues, qui porte sur des enfants autochtones de 5 à 12 ans, révèle que la stigmatisation sociale des enfants qui portent un appareil auditif se construit et se renforce à un âge précoce. Ryan et ses collègues démontrent que la sensibilisation des pairs peut avoir une incidence positive sur l'attitude des enfants à l'égard de l'utilisation d'un appareil auditif.

Les enfants māoris et pasifikas

En Nouvelle-Zélande, on estime que jusqu'à 18 % des jeunes enfants māoris d'âge scolaire devraient faire l'objet d'un examen approfondi de leur développement

communicationnel par un *speech-language therapist*⁵ (orthophoniste) en raison de leur faible score au dépistage de l'articulation, de la phonologie et de la langue parlée, bien que ces scores reposent sur une perspective dominante. Le taux d'incidence des troubles du langage est probablement plus élevé chez les enfants māoris que chez les non-Māoris. MacLagan, King et Gillon (2008) citent des études qui situent les jeunes Māoris dans des groupes socioéconomiques inférieurs, ce qui les confronte à un risque plus élevé en matière de développement de la littératie que les enfants de milieu aisé. De plus, ces auteurs renvoient à une recherche longitudinale qui démontre que ce désavantage semble persister à l'école (MacLagan *et al.*, 2008). Bevan-Brown (2004) a constaté que les enfants māoris étaient surreprésentés dans les classes d'éducation spéciale et que la pénurie d'orthophonistes était la priorité la plus souvent mentionnée par 19 parents d'enfants māoris ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre autistique.

Kerrie Gallagher, une orthophoniste māorie de la Nouvelle-Zélande, note la rareté des écrits portant expressément sur le travail en orthophonie auprès des Māoris; elle établit un lien entre ce manque d'information et la sous-utilisation des services d'orthophonie par les Māoris (2008).

La Nouvelle-Zélande a reconnu des « inégalités ethniques » sur le plan de la déficience auditive ainsi que des obstacles financiers et géographiques à l'accès aux services de santé propres aux populations māories. Le ministère néo-zélandais de la Santé note que la déficience auditive est détectée plus tard chez les enfants māoris et encore plus tard les enfants pasifikas que chez les autres enfants néo-zélandais. Le nombre d'enfants māoris atteints de déficience auditive est également disproportionné : il représente en effet « près de la moitié de tous les avis de surdité » (NZMOH-MOE, 2009). Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande quantifie cette différence dans son analyse de la New Zealand Health Survey de 2006-2007, où il relève une prévalence de problèmes auditifs permanents (« diagnostiqué par un médecin [...] qui persiste ou devrait persister plus de six mois ») de 2,1 % chez les enfants māoris de 0 à 14 ans et de 0,09 % chez les enfants non māoris (NZMOH, 2009).

⁵ Titre professionnel des orthophonistes en Nouvelle-Zélande.

Les enfants américains autochtones et autochtones de l'Alaska

Aux États-Unis, le National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) estime la prévalence des problèmes d'orthophonie chez les jeunes aux environs de 8 à 9 %; en première année, quelque 5 % des enfants ont des difficultés d'élocution perceptibles. Pendant les années préscolaires et les premières années d'école, on estime que la prévalence de troubles précis du langage varie entre 2 % et 8 %, la prévalence globale médiane s'établissant à 6 % (NIDCD, 2010). Ces études ne font aucune distinction de langue. Par comparaison, au cours de l'année scolaire 1997-1998, le Bureau of Indian Affairs a relevé que 19 % des élèves recevaient des services d'éducation spéciale et que les services associés aux troubles du langage occupaient le second rang pour ce qui est de la proportion d'élèves inscrits (Allison et Vining, 1999). On a trouvé des données indéterminées sur la prévalence chez les Américains autochtones et les Autochtones de l'Alaska d'un groupe d'âge plus jeune dans un document récent intitulé *Twenty-Eighth Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, dont les auteurs notent que parmi tous les enfants âgés de 3 à 5 ans ($n = 701\,949$) des États-Unis et des zones périphériques visés par l'IDEA en 2004, 48 % (333 290) ont reçu des services d'orthophonie. Seulement 1 % (3 991) de ces enfants étaient identifiés comme étant des Américains autochtones ou des Autochtones de l'Alaska. De même, les auteurs de ce rapport constatent que parmi tous les bébés et petits enfants de 0 à 2 ans ($n = 278\,795$) de cette cohorte en 2004, 49 % (135 910) ont reçu des services d'orthophonie, dont 2 % (2 764) étaient identifiés comme étant des Américains autochtones ou des Autochtones de l'Alaska (U.S. Dept. of Education, 2009). En soi, ces taux de prévalence sont très peu concluants, car ils excluent les enfants ayant des difficultés langagières qui ne font pas partie de la clientèle visée par l'IDEA.

En 1982, Bayles et Harris, dans leur évaluation des aptitudes langagières des Américains autochtones chez les enfants papagos, ont cité des données du Bureau of Indian Affairs datant de la fin des années 1970, selon lesquelles, au total, 33 % des enfants présentaient une déficience; 13 % des enfants étaient atteints d'une déficience auditive, 1 % de surdité et 19 % de troubles du langage. Bayles et Harris notent des

disparités entre ces chiffres et d'autres données publiées, disparités qu'ils attribuent à des différences sur le plan des procédures de dépistage et des critères diagnostiques.

Il est difficile d'obtenir des données nationales récentes sur la déficience auditive chez les Autochtones de l'Alaska et les Américains autochtones d'âge préscolaire. La première enquête nationale menée par les administrations tribales sur les Américains autochtones et les Autochtones de l'Alaska atteints d'incapacité a été effectuée à la fin des années 1990. Les résultats montrent des écarts entre les tribus. Les réponses émanant de 143 administrations tribales des 48 États continentaux et de l'Alaska indiquent que 6 % des Américains autochtones et 15 % des Autochtones de l'Alaska sont sourds ou durs d'oreille. Les auteurs du rapport soulignent que les personnes atteintes d'incapacité doivent faire appel à des programmes d'extension ou à des programmes satellites, parcourir de grandes distances ou se passer des services (Fowler, Seekins, Dwyer, Duffy, Brod et Locust, 2000).

Une étude menée en 1996 auprès de 57 enfants amérindiens (âge moyen = 24,7 mois) vivant dans une réserve du Minnesota a démontré que la tympanométrie était anormale dans 26 % des oreilles et chez 39 % des enfants évalués. Le tiers des enfants (33 %) souffraient d'une déficience auditive d'une oreille ou des deux. Les auteurs notent que les enfants âgés de moins de 24 mois étaient nettement plus susceptibles d'avoir une déficience auditive que les enfants plus âgés (46 % contre 23 %) (Daly, Hunter, Hill, Grant, Delong et Satter, 1998).

Mindy Smeal, chef des services d'audiologie à l'Indian Health Service Hospital, dans la réserve navajo du nord-est de l'Arizona, confirme le taux d'incidence élevé des troubles de l'audition chez les Américains autochtones du sud-ouest. Elle affirme que de 35 à 50 % des 1 500 à 1 700 clients en pédiatrie qu'elle voit chaque année présentent une OM chronique ou aiguë, souvent accompagnée d'une anomalie du système tympano-ossiculaire (M. Smeal, communication personnelle, 27 mai 2010). Par comparaison, le *Twenty-Eighth Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, déjà cité, relève qu'en 2004, seulement 1 % (7 824) de tous les enfants de 3 à 5 ans ($n = 701\,949$) des États-Unis et des zones périphériques visés par l'IDEA en 2004 ont reçu des services d'audiologie. Parmi ces enfants,

seulement 0,99 % (78) étaient identifiés comme étant des Américains autochtones ou des Autochtones de l'Alaska (U.S. Dept. of Education, 2009).

Prestation des services d'orthophonie et d'audiologie

Au Canada, à l'échelle des communautés, la répartition des capacités de dépistage en orthophonie et en audiologie chez les enfants d'âge préscolaire est inégale. Quoi qu'il en soit, la majeure partie des services non médicaux d'orthophonie et d'audiologie ne sont pas admissibles aux subventions de transport prévues au régime des soins de santé non assurés pour les enfants de Premières nations et inuits. Les points d'entrée aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants des Premières nations, inuits et métis varient d'une province ou d'un territoire à l'autre et parfois même à l'intérieur d'une même province, selon l'autorité ou la région sanitaire. Les auteurs du présent rapport ont tenté en vain de résumer la prestation des services dans les 13 ressorts provinciaux et territoriaux du Canada. Il est difficile de déterminer ce qui se passe réellement dans chaque région sanitaire provinciale ou territoriale, en raison du manque de cohérence des données recueillies par le personnel et les praticiens chargés des politiques et programmes quant à la disponibilité réelle et à la prestation des services, en particulier dans les secteurs éloignés et isolés. Les prévisions ne concordent pas toujours avec la réalité du terrain. Toute tentative future de broser le tableau des services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux enfants des Premières nations, inuits et métis de 0 à 6 ans au Canada nécessitera un processus de validation plus complet et plus localisé que celui qui était possible dans le cadre du présent rapport. Des répondants ont indiqué que les cadres supérieurs des services sous-régionaux font preuve de latitude dans l'approbation des praticiens de la province appelés à fournir des services dans les réserves et que certains organismes subventionnaires provinciaux considèrent la télésanté comme un mode acceptable de prestation des services provinciaux d'orthophonie et d'audiologie dans les réserves.

Le territoire de compétence est en lien direct avec la conception des modèles de services et la mesure dans laquelle la politique provinciale ou territoriale favorise le financement des services offerts aux Premières nations, aux Inuit et aux Métis. Plus précisément, le financement est enchâssé dans une démarche de service axée sur le transport et englobe la capacité de la province ou du territoire à répondre aux besoins démographiques uniques des

populations des Premières nations, inuites ou métisses. Les auteurs d'un examen des services estiment que l'efficacité souffre du manque de cohésion des services, de l'absence de coordination et de la fragmentation des services d'orthophonie (Alberta, 2005).

Dans son rapport sur la santé des enfants et des jeunes, Leitch (2007) affirme que le Canada tire de l'arrière par rapport à l'Europe et aux États-Unis, où 86,5 % de tous les nouveau-nés sont maintenant soumis à un dépistage de la déficience auditive, comparativement à 41 % seulement au Canada. Rien qu'aux États-Unis, 95 % des nouveau-nés font l'objet d'un dépistage de la déficience auditive (Joint Committee on Infant Hearing, 2007). À ce jour, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont mis en œuvre des programmes universels de dépistage de la surdité chez les nourrissons, et le Québec est en voie d'en faire autant. Les programmes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique sont en voie d'adapter le dépistage néonatal universel de la surdité aux enfants autochtones (W. Campbell, communication personnelle, 15 avril 2010; S. Lane, communication personnelle, 31 août 2010). Au Québec, des versions adaptées du protocole normalisé de dépistage néonatal de la surdité sont également en développement à l'Hôpital de Montréal pour enfants en réaction à l'augmentation des taux d'OM chez les enfants de Premières nations et inuits (I. Billard, communication personnelle, 28 octobre 2010). L'ACOA a récemment publié un exposé de position à l'appui du dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés en tant que stratégie pour repérer les enfants atteints d'une déficience auditive infantile permanente et de mettre en place une intervention centrée sur la famille en audiologie et en communication (ACOA, 2010).

L'accès et la participation des Premières nations au dépistage universel de la surdité nécessitent une approche souple. Par exemple, les audiologistes du nord de l'Ontario ont relevé d'importantes lacunes sur le plan du suivi du dépistage pour les nouveau-nés des Premières nations qui vivent dans une communauté éloignée et qui ont subi un dépistage à la naissance à l'hôpital (W. Campbell, communication personnelle, 15 avril 2010). L'Early Hearing Program de la Colombie-Britannique, administré par la Provincial Health Services Authority (PHSA), a été annoncé en 2005, et les derniers sites de dépistage ont été mis en place en 2009 (S. Lane, communication personnelle, 31 août 2010). Dans le cadre du régime de santé tripartite des Premières nations de la Colombie-Britannique, le First Nations

Leadership Council a cité nommément le dépistage de la surdité comme une priorité pour tous les enfants de Premières nations de moins de 6 ans de la Colombie-Britannique, qu'ils vivent ou non dans des réserves (FNLC, 2006). Bien qu'aucun renseignement ne soit encore disponible quant aux préoccupations relatives à la prestation des services de dépistage précoce de la surdité aux familles des Premières nations, plusieurs projets culturellement sûrs sont en cours de conception à la PHSA, au Programme de soins de santé maternelle et infantile de la DGSPNI (Santé Canada) et au First Nations Health Council en vue de leur utilisation pour la prestation des services (S. Lane, communication personnelle, 31 août 2010). Ces projets seront abordés plus loin, dans le contexte des pratiques actuelles.

Si le *Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes* n'arrivait pas à quantifier les troubles langagiers ou développementaux des enfants de 0 à 4 ans au Canada, son auteure laisse clairement entendre que des déterminants sociaux tels que l'inadéquation des logements et la pauvreté placent les enfants des Premières nations, inuits et métis dans une catégorie très supérieure en matière de risque sanitaire et que les données issues des milieux dominants ne reflètent pas leur situation, leurs besoins spéciaux et leurs déficiences (Leitch, 2007). Compte tenu de cette mise en garde, il est particulièrement important de répondre aux préoccupations soulevées à l'égard des lacunes actuelles de la prestation des services.

Prestation des services d'orthophonie et d'audiologie aux enfants autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis

Il n'existe pas de données régionales facilement disponibles qui quantifient la prestation des services d'orthophonie aux enfants autochtones de 0 à 6 ans en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis; cependant, les auteurs du présent rapport ont découvert quelques données utiles sur le dépistage universel de la surdité en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Des programmes de dépistage universel de la surdité ont été annoncés en Nouvelle-Zélande en 2007 (Nouvelle-Zélande, s.d.) et en Australie en 2009 (Australie, 2010). Ces programmes visent respectivement une mise en œuvre complète en 2010 et 2011. Aux États-Unis, le suivi du dépistage de la surdité est assuré par le programme Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) du Center for Disease Control. Selon les données les plus récentes (2007), 95,9 % de tous les nouveau-

nés (dans 47 États et deux territoires) ont été soumis au dépistage. Les données tiennent compte des 33 hôpitaux des Indian Health Services (IHS), mais pas nécessairement des 15 maternités tribales (U.S. CDC, s.d.).

OBSTACLES À LA PRESTATION EFFICACE DES SERVICES

Trois thèmes récurrents qui résument les obstacles actuels à la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans revenaient régulièrement dans la documentation et les entrevues avec les informateurs clés : emplacement, coordination des services et conformité des services à la culture et à la collectivité. Ces trois éléments constituent un parapluie thématique recoupant les expériences géographiques et culturelles très différentes des enfants inuits, métis et des Premières nations, de leurs parents, de ceux qui les soignent et de leurs communautés au Canada.

- l'emplacement renvoie à l'expérience d'isolement géographique, socioéconomique et culturel et à son association avec des services accessibles, disponibles, abordables et appropriés;
- la coordination des services traite des répercussions des rôles administratifs normatifs et ambigus sur le bien-être des enfants inuits, métis et des Premières nations. La coordination des services est la clé qui permet de s'insérer dans les négociations continues de coopération entre les organismes par les familles, avec les communautés et entre les fournisseurs;
- l'intégration culturelle et communautaire des services touche tous les aspects de la prestation des services. Être en mesure d'offrir des services appropriés au double plan linguistique et culturel tout en s'adaptant aux besoins des communautés est une considération clé. Compte tenu de l'expérience historique et actuelle des populations inuites, métisses et des Premières nations, investir du temps dans l'établissement d'une relation de confiance est tout aussi important pour une prestation efficace des services.

La documentation internationale et les informateurs clés mentionnent souvent l'emplacement, la coordination des services et la conformité des services à la culture et à la collectivité parmi les obstacles nuisant à la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants autochtones. Après avoir décrit chacun des trois obstacles et leur pertinence pour les Premières nations, les Inuits et les Métis du Canada, nous ferons un bref résumé des renseignements disponibles mettant en lumière les similitudes entre le Canada et l'Australie, la

Nouvelle-Zélande, et les États-Unis en ce qui concerne les obstacles qui limitent ou empêchent la prestation efficace des services.

Emplacement

La discussion de l'accès réduit des populations inuites, métisses et des Premières nations aux services d'orthophonie et d'audiologie en raison de l'emplacement va au-delà de l'élément évident de l'éloignement géographique et inclut le manque de disponibilité des fournisseurs, l'abordabilité des solutions de rechange en matière de prestation des services et la pertinence des services.

Au Canada, les 54 collectivités inuites et plus de 200 Premières nations sont isolées ou semi-isolées – c'est-à-dire qu'elles ne sont pas reliées au réseau routier (Gideon, 2007). L'isolement est défini par le Système d'augmentation des tâches communautaires du gouvernement du Canada, une base de données utilisées pour estimer les besoins en matière de ressources, de financement et de programmes de santé des communautés des Premières nations. En 2002, les chercheurs ont utilisé ce système pour recenser les collectivités des Premières nations isolées dans chaque province. Ils ont constaté que le Manitoba avait le pourcentage de communautés isolées le plus élevé avec 55,6 %, suivi de l'Alberta avec 44,3 % et de l'Ontario avec 31,9 % (Clark, Riben, et Nowgesic, 2002). L'isolement peut aussi être défini en termes d'inclusion sociale. La migration de dizaines de milliers d'Autochtones vers les milieux urbains au Canada d'une seule génération a mis en lumière l'expérience de l'isolement culturel et renforcé la marginalisation économique des Autochtones (Heritz, 2010).

L'expérience de la distance géographique, socioéconomique et culturelle et son association avec des services accessibles, disponibles, abordables et appropriés est indissociable des discussions sur l'emplacement, ou « l'endroit où se trouvent les gens ». En Colombie-Britannique, les auteurs d'une évaluation des programmes destinés aux enfants et aux familles autochtones ont conclu que les distances géographiques et sociales avaient encore une incidence sur la possibilité et la fréquence d'accès par les familles à de tels programmes dans les centres urbains plus ou moins rapprochés (Gerlach, Gray Smith, et Schneider, 2008). Plus particulièrement, les études montrent que ces obstacles ont pour effet

un accès inéquitable aux services de soutien permettant d'optimiser le développement et la santé (Ball, 2009).

Accessibilité

La prestation des services de santé dans les lieux éloignés au Canada a traditionnellement été assurée en « parachutant » des professionnels dans les régions isolées ou en déplaçant les patients et les clients vers des points de service éloignés et peu familiers. En orthophonie/audiologie, c'est le premier modèle de prestation de services qui prévaut dans les communautés autochtones éloignées. Ce modèle se caractérise par des visites à faible fréquence pour l'évaluation et un suivi à distance (Gerlach et al., 2008).

La disponibilité des services d'approche pour les enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada varie considérablement. Un rapport commandé par l'Assemblée des chefs du Manitoba et le Manitoba First Nations Education Resource Centre souligne que la disponibilité des services d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants des Premières Nations vivant avec un handicap dans les réserves est limitée et souvent inexistante (Demas, 2005). Dans un rapport préparé en Ontario en 2003 par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences, l'analyse de l'accès aux services de santé pour les Premières nations conclut que la population autochtone vivant dans des réserves du Nord de l'Ontario avait un taux d'utilisation moins élevé que l'ensemble de la population pour les soins nécessitant une recommandation (soins d'un spécialiste) (Shah, Gunraj et Hux, 2003). L'*Integrated Service Plan for Northwestern Ontario* publié par Closson en 2005 indique que les Premières nations isolées de la région de Sioux Lookout avaient le taux d'admission le plus élevé pour les états de santé pour lesquels il est habituellement possible d'éviter l'hospitalisation dans l'ensemble des réseaux locaux d'intégration des services de santé. Closson conclut que le taux d'hospitalisations évitable de cette population se situe à plus de 250 % du taux moyen des résidents du reste de la province (Closson, 2005). Ce problème d'accès reflète les lacunes du Programme de transport des services de santé non assurés (SSNA-MT), mais les services d'orthophonie et d'audiologie ne sont pour la plupart pas admissibles aux SSNA.

Les chercheurs soulignent aussi l'importance des interventions culturellement appropriées et tenant compte du contexte où elles sont effectuées plus près du lieu de résidence. Dans un examen des services de santé auditive dans l'Arctique central, Ennis et Clarke-Shippman (2004) décrivent les effets pratiques des modèles de transport des patients et d'extension des services sur les Inuits. Ces effets comprennent des restrictions sur les communications interpersonnelles et des modifications alimentaires qui ne tiennent pas compte des normes de la culture et du mode de vie.

Les modèles d'extension des services et de transport des patients reflètent des différences fondamentales dans les paramètres régionaux des résidents qui réduisent l'accès aux services spécialisés pour les familles inuites, métisses et des Premières nations dont les enfants ont besoin. Ces modèles soulignent aussi les limites posées par les infrastructures dans la prestation des services dans la communauté.

Disponibilité

Une prestation des services absente ou peu fréquente reflète généralement une dépendance envers un bassin en diminution de médecins généralistes, de consultants médicaux, d'infirmières et autres professionnels de la santé (Shah et al., 2003). Les préoccupations particulières incluent : a) des pénuries globales, principalement de médecins et d'infirmières, mais aussi d'infirmières auxiliaires; b) des problèmes chroniques de recrutement et de rétention des médecins et des infirmières (Romanow, 2002); c) la sous-représentation des Autochtones dans les professions de la santé (Organisation nationale de la santé autochtone, 2003). La situation est la même en ce qui concerne la disponibilité des orthophonistes et des audiologistes pour les enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé rapporte qu'il y avait en 2007, 6 989 orthophonistes et 1 344 audiologistes – un rapport d'un orthophoniste par tranche de 5 000 Canadiens et d'un audiologiste par tranche de 25 000 Canadiens (ICIS, 2007; Statistique Canada, 2010). Tant que des données de base fiables sur l'incidence et la prévalence n'auront pas été établies, il sera difficile de déterminer si l'offre est suffisante pour répondre à la demande. À l'heure actuelle, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves rapporte qu'il est « souvent difficile d'avoir accès aux professionnels qui pourraient recenser avec exactitude les

enfants [à risque], principalement en raison de l'isolement des communautés et de la longueur des listes d'attente » (Santé Canada, 2005). Dans les régions isolées du Québec, le taux de roulement élevé du personnel influe aussi sur la disponibilité de la prestation des services, menant à un allongement du temps d'attente (I. Billard, communication personnelle, 28 octobre 2010).

Comme c'est le cas de la majorité des Canadiens, les choix de vie faits par les orthophonistes et les audiologistes réduisent encore la disponibilité et augmentent la dépendance envers les modèles de prestation fondés sur l'extension des services. Le recensement de 2006 indique que près de la moitié de la population autochtone vit dans des réserves ou des communautés traditionnelles, alors que les autres vivent en zones urbaines (Statistique Canada, 2006). Le sondage auprès des membres de l'ACOA indique cependant que 86 % des orthophonistes et 95 % des audiologistes vivent dans des villes de 100 000 habitants ou plus et qu'à peine 4 % des orthophonistes et aucun audiologiste ne vivent en milieux éloignés (ACOA, 2008).

Abordabilité des solutions de rechange en matière de prestation des services

Les lacunes en matière d'infrastructure augmentent aussi la dépendance envers les modèles d'extension des services et de transport des patients. Le rapport d'étape 2003-2004 du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves relève le caractère inadéquat de l'infrastructure locale, par exemple les bâtiments et les technologies de communication, parmi les défis du programme (Santé Canada, 2005). Ce besoin a récemment été réitéré par les enseignants et les intervenants de l'Éducation à la petite enfance chez les Inuits et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, qui ont lancé un appel à l'investissement dans les infrastructures afin de faire en sorte que les installations « répondent aux normes minimales afin d'offrir davantage d'espaces professionnels et de lieux sécuritaires et chauds dans lesquels les enfants peuvent jouer et apprendre » (Inuit Tapiriit Kanatami – ITK, 2010).

L'ERLSPN de 2002-2003 offre une perspective plus fondamentale des infrastructures. Près de 20 % des Premières nations indiquent ne pas avoir accès au

téléphone dans leurs domiciles, plus de 50 % n'ont pas d'ordinateur à la maison et plus de 70 % n'ont pas accès à Internet (APN, 2007).

Dans le même ordre d'idée, dans son récent examen des technologies de l'information et des communications dans les communautés rurales et éloignées des Premières nations, le Conseil national de recherche indique que la moitié environ des communautés des Premières nations ne disposent pas de l'accès résidentiel Internet à haute vitesse ou à large bande, et que 10 % environ disposent d'un accès à haute vitesse. Les auteurs démontrent également que l'accès à large bande et le développement des capacités dirigés par la communauté, par exemple la formation par des non-spécialistes, sont des éléments fondamentaux dans l'établissement et le maintien de services de santé distribués en milieu communautaire (O'Donnell, Molyneaux, Gorman, Milliken, Chong, Gibson, Oakley, et Maitland, 2010).

La correction des lacunes dans l'infrastructure est reconnue comme un critère clé de la prestation des services de télésanté. Toutefois, après plus de 30 ans d'investissement dans des projets pilotes, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits n'a pas encore mis en place de services de télésanté. L'un des résultats est la distribution inégale des systèmes et un degré élevé de variabilité dans les modèles de prestation de services et la disponibilité des ressources (Gideon, Nicholas, Rowlandson et Woolner, 2009).

Un très petit nombre d'orthophonistes et un nombre encore plus faible d'audiologistes ont eu recours à la télésanté pour offrir des services cliniques. Les orthophonistes qui ont fait l'essai des systèmes de télésanté ont recensé une série d'obstacles, notamment le coût de l'équipement, la complexité de l'utilisation, les frais d'accès au réseau, le manque de matériel adéquat (p. ex. jouets et livres) dans les points de service, le manque de services ou de personnel de soutien au point de chute, des questions complexes de sécurité et de protection des renseignements personnels et des préoccupations touchant le rapport à la culture (J. Moore, D. Anderson, A. Bullock, R. Currie, N. MacDonald, communications personnelles, 2010).

Il y a unanimité presque complète entre les fournisseurs de services de télésanté en orthophonie/audiologie consultés dans le cadre de cet examen selon laquelle la télésanté ne constituait pas un mode de communication approprié pour les évaluations initiales. De

plus, dans une analyse de la vidéoconférence comme mode de prestation de services, les chercheurs ont reconnu la possibilité de parti pris chez l'examineur, une situation qu'ils ont décrite comme un possible pas en arrière pour les services d'orthophonie en milieux autochtones (Eriks-Brophy, Quittenbaum, Anderson, et Nelson, 2008). Ils estiment qu'un modèle de service réparti pourrait augmenter la distance culturelle entre l'orthophoniste et la communauté. La limitation du contact direct et de l'exposition aux valeurs locales et aux caractéristiques du dialecte du village pourrait avoir une incidence négative sur tous les niveaux du processus d'évaluation, incluant l'administration des tests, l'interprétation des résultats et les décisions de traitement éventuel (Eriks-Brophy et al., 2008). D'accord avec cette position, l'audiologiste assurant les services par l'entremise du système de télé santé ABR de l'Unité sanitaire du District de Thunder Bay mentionne avoir établi que la télé santé n'était pas une approche appropriée pour la livraison en temps réel des résultats de diagnostic. Au lieu de cela, le protocole établi consiste maintenant à faire appel à un membre de la communauté pour communiquer cette information (W. Campbell, communication personnelle, 15 avril 2010).

Pertinence des services

Peu d'orthophonistes et d'audiologistes partagent les expériences sociales, économiques ou culturelles des populations inuites, métisses et des Premières nations. Les résultats préliminaires du sondage ($n=1\ 194$) mené dans le cadre de ce projet montrent que parmi les répondants aux questions sur l'origine ethnique, 1,4 % se disent d'origine autochtone (Métis ($n=7$) ou Indien d'Amérique du Nord/Premières nations ($n=8$)) (ACOA, 2010). Il faut rappeler que le sondage visait la prestation des services aux enfants inuits, métis et des Premières nations; ces résultats pourraient refléter une surreprésentation de la proportion totale de membres de l'ACOA se reconnaissant d'origine autochtone. En d'autres mots, les répondants autochtones pourraient être plus susceptibles de manifester un préjugé d'autosélection.

Dans le sondage 2010 de l'ACOA, 91,5 % des répondants indiquent être titulaires d'un diplôme de deuxième cycle ou plus élevé, plaçant les praticiens en orthophonie /audiologie parmi la tranche supérieure de 3 % de la population canadienne. Les orthophonistes/audiologistes reçoivent une rémunération largement supérieure à la

moyenne canadienne. Statistique Canada rapporte qu'en mai 2010, le salaire horaire moyen pour les occupations du secteur de la santé et de l'éducation était de 27,50 \$. En 2008, l'ACOA rapportait que le salaire horaire moyen dans le secteur public se situait à 22,00 \$ pour le personnel de soutien, 41,75 \$ pour les orthophonistes et 45,00 \$ pour les audiologistes (ACOA, 2008). Dans un récent rapport commandé par la British Columbia Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (BCASLPA) sur les directives d'honoraires pour les orthophonistes en pratique privée, le comité spécial avait rejeté la possibilité de proposer une plage d'honoraires de 80 \$ à 200 \$ l'heure, recommandant plutôt que les honoraires fassent l'objet d'une discussion au cas par cas entre le patient et le clinicien, une situation qui tient davantage compte de la grande diversité des modes de prestation des services dans la profession (BCASLPA, 2010).

Ces indications mettent en lumière les enjeux d'abordabilité pour les communautés inuites, métisses et des Premières nations et placent les fournisseurs de services d'orthophonie et d'audiologie en opposition avec les réalités socioéconomiques de la plupart des populations inuites, métisses et des Premières nations⁶. Une initiative provinciale a commenté l'effet de l'isolement socioéconomique et culturel sur les services. L'Alberta Child et Youth Initiative note que les orthophonistes sont insuffisamment formés pour travailler avec des clients multiculturels et conclut que les modèles de prestation des services ne sont souvent pas adaptés aux besoins de la population autochtones (Alberta, 2005).

Par conséquent, l'appartenance à la majorité, la situation socioéconomique privilégiée et une pratique essentiellement urbaine isolent les orthophonistes et les audiologistes de la vie quotidienne des Autochtones. De plus, comme le soulignent Ball et Lewis dans leur étude de l'expérience de travail des orthophonistes auprès des enfants inuits, métis et des Premières nations, cette situation peut amener les orthophonistes/audiologistes à se sentir

⁶ Statistique Canada rapporte que 40 % des membres des Premières nations âgés de 25 à 64 ans et vivant dans les réserves ont un revenu annuel de moins de 10 000 \$ et estime que 29 % des Autochtones hors réserves gagnent plus de 20 \$ l'heure (Luffman et Sussman, 2007). Le potentiel de gains est plus limité en milieu isolé. En 2001, le revenu personnel moyen des Inuits n'était que de 66 % de la moyenne canadienne, même si les aliments pouvaient coûter de deux à trois fois plus cher que dans le Sud du Canada (Ajjunnginiq Centre, 2007). Un communiqué préparé par les enseignants du Programme d'aide préscolaire aux Inuits indique que le coût d'un bidon de lait (13 \$) est plus élevé que le salaire moyen de la plupart des travailleurs en éducation de la petite enfance (ITK, 2010). De même, le *Journal de l'Association médicale canadienne* note que 25 % des Inuits font état d'une insécurité alimentaire extrême, du nombre de fois où leurs enfants ont sauté un repas, eu faim ou n'ont pas mangé durant une journée entière au cours de la dernière année (Egeland, Pacey et Zirong, 2010).

mal préparés pour offrir des services et à croire que la formation reçue sur les valeurs culturelles est inadéquate (2005).

Coordination des services

La coordination des services pour les Premières nations, les Inuits et les Métis est complexe et difficile. Il y a toutefois peu d'exemples où la complexité a eu des répercussions aussi directes sur les populations vulnérables pendant une période aussi longue. La coordination des services traite aussi des conflits de compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces. Des problèmes inévitables de planification et de communication peuvent influencer sur les enfants inuits, métis et des Premières nations. Collectivement, les problèmes de coordination des services d'orthophonie et d'audiologie portent sur la façon dont les services sont assurés, payés et maintenus. Dans une communication récente avec une audiologiste qui assure des services selon le modèle d'extension des services aux collectivités côtières des Premières nations du Nord de l'Ontario, les services d'intervention de suivi en audiologie ont dû dans un cas être interrompus en raison d'un conflit de compétences territoriales : « En dehors de l'amplification, il n'y a aucun service de soutien en orthophonie ou en facilitation de l'audition dans ces communautés. Nous avons tenté d'offrir de tels services pour quelques enfants des communautés côtières l'automne dernier avec la coopération du Sir James Whitney Home Visiting Program, mais nous avons dû l'abandonner en raison de problème de transport et l'impossibilité de s'entendre sur qui devait payer » (P. Stevenson, communication personnelle, 15 juin 2010).

Le cas de Jordan, un enfant autochtone décédé en 2005 au Manitoba pendant qu'on tentait de résoudre un conflit de compétences et de financement entre le fédéral et la province (Lavallee, 2005), est un exemple tragique des problèmes liés à la prestation de services. Dans une déclaration commune des ministres de la Santé et des Affaires indiennes et du Nord, le gouvernement a proposé une motion, appelée Principe de Jordan, afin de prendre les mesures nécessaires pour qu'une telle situation ne puisse jamais se reproduire (Affaires indiennes et Santé Canada, 2007).

Pour la First Nations Child et Family Caring Society (FNCCS, s.d.), le Principe de Jordan signifie que l'enfant doit passer en premier dans la résolution des conflits de compétences entre le fédéral et les provinces et entre les ministères d'un même ordre de gouvernement et

s'applique à tous les services gouvernementaux destinés aux enfants, aux adolescents et aux familles. Les services couverts comprennent, sans s'y limiter, l'éducation, la santé, les services de garde, les loisirs et les services culturels et linguistiques.

Le Principe de Jordan a été enchâssé dans le projet de loi C249, la *Loi sur la protection de la santé des enfants des Premières nations*. La *Loi* indique que le gouvernement du Canada a l'obligation de payer pour les soins de santé assurés à un enfant des Premières nations habitant dans une réserve et que le paiement de ces services doit être fait dans les 30 jours par le ministère qui est le premier à recevoir une demande de paiement pour ces services (Canada, 2008). Le projet de loi C249 a été déposé pour la première fois en juin 2008 et a été présenté à nouveau durant la 40^e Session du Parlement, en décembre 2008. Le projet de loi n'a pas encore été adopté. On note aussi que le projet de loi est muet sur la question des services assurés aux enfants inuits et métis ou aux enfants des Premières nations ne vivant pas sur une réserve. La conseillère en santé des enfants et des jeunes du gouvernement fédéral a indiqué qu'aucune discussion d'améliorations ou d'ajouts aux services de santé destinés aux enfants et aux jeunes Inuits et des Premières nations ne pouvait se faire sans prise en compte du Principe de Jordan (Leitch, 2007).

Sur le plan fonctionnel, le thème de la coordination des services traite des conséquences des rôles administratifs normatifs sur les services aux enfants inuits, métis et des Premières nations et de la « nature essentielle de la collaboration inter- et intra-organismes dans le soutien de ces services » (E. Inglebret, communication personnelle, 18 juin 2010). La grappe Enfants et jeunes (EJ) de Santé Canada voit dans la collaboration un résultat clé et le définit ainsi : « le processus par lequel la DGSPNI travaille avec les intervenants et les autres partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, pour les engager dans la prise des décisions concernant la conception, l'élaboration ou la mise en œuvre des programmes, de manière à prendre en compte les points de vues autochtones ». Un sondage interne mené auprès du personnel EJ de la DGSPNI indique que 73 % des répondants qualifient de bon/très bon le niveau de collaboration entre les programmes EJ et que 91 % d'entre eux croient qu'il est « possible d'améliorer encore la collaboration entre les programmes EJ au cours des cinq prochaines années ». Lorsqu'on leur demande de recenser les principaux obstacles à la collaboration, l'un d'eux a répondu ceci : « L'obstacle principal est que nous avons travaillé

en vase clos pendant si longtemps qu'il est difficile de changer les mentalités » (Santé Canada, 2009b).

Conformité à la culture et à la collectivité

Certains orthophonistes qui travaillent avec des enfants inuits, métis et des Premières nations demandent une transformation radicale de l'approche de prestation des services (Ball 2009). Les discussions sur les moyens qui permettraient d'améliorer la qualité des services d'orthophonie et d'audiologie portent sur quatre aspects principaux : (1) pertinence culturelle; (2) pertinence linguistique; (3) respect de la nécessité d'établir des liens; (4) souplesse face aux besoins des collectivités.

Pertinence culturelle

Cette section examine de quelle façon la prestation traditionnelle de services comporte des hypothèses qui heurtent les croyances et les valeurs de la communauté, causant ainsi des interactions culturellement non sécuritaires. Ce point est illustré, par exemple, par les réactions de la communauté à l'accent traditionnel sur la préparation à la scolarisation qui, selon certains, perpétue les points de vue de la culture dominante sur le développement de la petite enfance et ne tient pas compte des croyances holistiques. Abordant la question des lacunes dans les services aux communautés éloignées, Sharla Peltier, une orthophoniste membre d'une Première nation, prévient les organismes de financement de fournir les services « de la bonne façon, ou de ne pas s'en mêler ». Madame Peltier se prononce contre le modèle clinique occidental de prestation des services, indiquant que les cliniciens doivent d'abord découvrir ce que veut la communauté. « Ils veulent peut-être tout simplement apprendre comment faciliter plus activement la communication dans les familles/services de garde... Neuf fois sur dix, ils ne veulent pas d'autres évaluations » (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

Contrairement à la plupart des analyses de lacunes culturelles en matière de soins de santé, Borell et ses collègues du Whariki Research Group de l'Université Massey en Nouvelle-Zélande, qui étudient les disparités dans les soins de santé chez les Maoris, s'interrogent sur la nature des privilèges ou des avantages qui ont conduit à la

normalisation de la culture dominante par l'entremise des systèmes politiques et sociaux (Borell et al., 2009). À leur avis, de telles hypothèses normatives font abstraction des faits propres à l'endroit, des comportements et des relations entre les membres de la collectivité et les dévaluent, particulièrement dans le cas des peuples indigènes. C'est dans ce contexte qu'Irihapeti Merenia Ramsden a créé l'expression « sécurisation culturelle » et élaboré son approche de l'interprétation des relations de pouvoir entre les professionnels de la santé et les populations qu'ils servent (Ramsden, 2001)⁷.

Les manifestations d'un environnement culturellement non sécuritaire sont le faible taux d'utilisation des services disponibles, le refus de reconnaître qu'il puisse y avoir un problème, la non-conformité aux recommandations ou aux interventions prescrites, la réticence aux interactions avec les praticiens, la colère, la faible estime de soi et l'expression du manque de pertinence culturelle des outils et des interventions (Ball, 2010). Plusieurs de ces situations et de ces comportements ont été affichés dans la documentation concernant les services d'orthophonie et d'audiologie chez les Indigènes et mentionnés par les informateurs clés. Gardner, par exemple, a signalé que la pratique orthophonique standard des tests formels, des formulaires à remplir et des notes dans un dossier constituait une source d'inquiétude pour les membres de la communauté (A. Gardner, communication personnelle, 20 mai 2010). De la même façon, Elliott a mis en lumière les obstacles éducationnels et émotionnels uniques aux parents inuits, métis ou des Premières nations qui recherchent un soutien orthophonique pour leurs enfants (communication personnelle, 13 mai 2010). Dans sa pratique auprès des enfants inuits, Kit Dench souligne que l'absence de normes locales nuit à la compréhension par l'enseignant du statut de santé orthophonique des enfants bilingues inuktitut et anglais (communication personnelle, 31 mai 2010).

Ball (2008) décrit comment les initiatives communautaires au Canada entrent en conflit avec l'accent mis par les provinces sur la « préparation à la scolarisation ».

[Notant dans quelle mesure ce processus tend à « reproduire le point de vue de la culture

⁷ En Colombie-Britannique, la sécurité est perçue dans le contexte d'un continuum culturel : la *sensibilisation culturelle* est une reconnaissance des différences; la *sensibilité culturelle* correspond à la compréhension et à l'appréciation des conséquences des contacts avec les Européens; la *sécurité culturelle* met l'accent sur la reconnaissance par le praticien qu'il apporte sa propre culture dans l'intervention et qu'il est important de permettre au patient d'intégrer sa propre culture à l'intervention; enfin, la *compétence culturelle* est atteinte lorsque les systèmes ou les personnes sont en mesure d'appliquer leurs connaissances sur la culture pour modifier ou améliorer les pratiques de manière à influencer les résultats en matière de santé (FNHC, 2009).

dominante » du comportement des enfants et du soutien des parents, Ball relie la capacité institutionnelle à établir le programme de développement aux préoccupations exprimées par le personnel basé dans la communauté selon lesquelles les pressions faites pour inculquer les compétences préparatoires à la littératie et à la numératie sont contraires aux objectifs holistiques des Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.] Ce conflit est mis en évidence dans l'analyse faite par Guhn, Gadermann et Zumbo (2007) des outils de l'instrument de mesure du développement des jeunes enfants (instrument EDI) pour mesurer la préparation à la scolarisation. Les auteurs préviennent que malgré la grande taille de l'échantillon, les résultats pourraient ne pas être représentatifs des enfants autochtones et soulignent qu'une collaboration se prépare dans le but d'élaborer un outil de mesure du développement des jeunes enfants qui intégrerait davantage « les valeurs des Autochtones et leur diversité culturelle ».

Pertinence linguistique

On donne ici une brève description des environnements linguistiques potentiellement multicouches auxquels peuvent être exposés les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations et l'importance de reconnaître les normes locales pour éviter une « pathologisation » inutile des différences linguistiques.

L'environnement linguistique des jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations comporte plusieurs couches. Les enfants peuvent entendre et développer la langue de leurs ancêtres, avec ou sans présence de l'anglais, et là encore, il peut ne pas s'agir de l'anglais « standard ». Dans certaines situations, l'anglais peut être la langue qu'ils entendent le plus souvent, mais ce peut être par des locuteurs d'un dialecte de l'anglais, commun à leur communauté (Ball et Bernhardt, 2008; Peltier, 2009; Sterzuk, 2008). De même, de nombreux Autochtones apprennent le français. Ces locuteurs peuvent aussi parler des dialectes différents du français, influencé par les langues patrimoniales.

Dans l'une des premières études des interactions de communication entre quatre enfants inuits et leurs familles, Crago (1990) a rappelé aux praticiens qui évaluent des enfants de milieux culturellement et linguistiquement diversifiés de la nécessité de définir les troubles du langage selon les normes de la communauté. Les recherches dans ce secteur ne permettent pas encore de distinguer entre les « différences linguistiques

(dialectes) et les troubles du langage, de manière à offrir des services culturellement pertinents là où ils sont requis ». (Ball et Bernhardt, 2008)

Sharla Peltier (2009), une orthophoniste autochtone, a établi des liens entre la connaissance des normes locales, les outils d'évaluation appropriés et la possibilité de constater des pathologies chez des enfants qui parlent la langue ou le dialecte de leur milieu. Pour madame Peltier, les praticiens sont restreints par une perception étroite des normes. Par conséquent, leur travail auprès des enfants qui parlent un anglais non standard peut les conduire à des conclusions hautement variables : trouble de l'apprentissage, déficit de communication ou acquisition et développement inadéquats du langage.

Les recherches pratiques dans ce secteur soulignent la nécessité de mieux comprendre le dialecte de l'anglais propre au groupe (I. Genée, communication personnelle, 26 juin 2010; Campbell Wood, communication personnelle, 18 juin 2010). À ce jour, il existe peu d'outils de dépistage et d'évaluation ayant été normalisés pour les enfants inuits, métis et des Premières nations (Dench, Cleave, Tagak, et Beddard, soumis pour publication; J. Johnston, communication personnelle, 5 février 2010). Dans sa récente thèse intitulée *Valuing children's storytelling from an Anishinaabe orality perspective*, madame Peltier (2010a) affirme que les dialectes des Premières nations sont « une composante intégrale de l'identité de l'individu et représentent un lien culturellement pertinent à sa communauté d'origine et à sa terre natale ». Dans sa recherche, elle n'a pu trouver aucune étude évaluant les narrations du point de vue de l'oralité autochtone.

Des références similaires aux obstacles culturels et linguistiques dans la pratique de l'audiologie sont plus difficiles à trouver. Dans un article publié récemment, Siu (2009) note que l'audiométrie de la parole n'a pas de normes bilingues et fait mention d'un préjugé à l'évaluation contre les clients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais. Plus précisément, les locuteurs dont la langue maternelle n'est pas l'anglais montrent une asymétrie entre le seuil d'intelligibilité et l'audiométrie tonale et une aptitude beaucoup plus faible à reconnaître les mots. Siu signale par ailleurs que la perception de la parole dans un environnement bruyant peut être nettement plus faible dans une langue seconde que dans la langue maternelle. Une récente correspondance avec un professeur de la School des Audiology and Speech Sciences de l'Université de la Colombie-Britannique

révèle que plusieurs audiologistes ont fait à l'école des demandes d'audiogrammes langagiers comportant des sons appartenant expressément aux langues des Premières nations des clients qu'ils devaient évaluer. Ces professionnels ont également indiqué qu'il leur serait utile de disposer de références visuelles portant à la fois l'anglais et les langues des Premières nations, dans ce cas particulier, le chilcotin, le shuswap et le carrier. Bien qu'ils reconnaissent la quantité de travail requise et le caractère limité de son application, ils n'en estiment pas moins que cela mérite d'être demandé et que cela constituerait un bon projet de recherche (L. Jenstad, communication personnelle, 27 août 2010).

Établissement de liens de confiance

Cette discussion reconnaît les notions locales de temps et d'établissement des liens et le fait que les modèles dominants d'extension des services ne conviennent pas à ces milieux. La charge de travail en orthophonie et en audiologie suscite des conflits avec la notion culturelle du temps. Smeal et Dench ont souligné que les liens s'établissent au fil du temps. Pour certains soignants autochtones, il peut s'écouler des années avant qu'ils ne soient suffisamment à l'aise pour s'informer publiquement de leurs petits-enfants ou de leur fille (W. Smeal, 31 mai 2010; K. Dench, communication personnelle, 27 mai 2010). Les modèles de service qui compriment le temps peuvent éroder encore davantage le lien de confiance entre les fournisseurs, les patients et les membres de la communauté. Une aînée crie, Debbie Jette, citée dans Ball (2010), explique : « Mes grands-parents m'ont enseigné que pour vraiment comprendre l'importance d'une chose, il fallait regarder sept générations en arrière et sept générations en avant ».

Les modèles dominants de prestation par extension des services entraînent une dépendance envers les conseils d'un expert externe⁸; pourtant, le parachutage dans une communauté est souvent influencé par l'instabilité des conditions météorologiques, des horaires serrés et un taux de roulement important des professionnels itinérants. Les praticiens, comme le soulignent Hill, Leidwinger et Pal (2008), ont peu de temps pour former le personnel de santé local, parler aux membres de la famille et de s'occuper des enfants, « en raison de la charge clinique ». De la même façon, le peu de temps que les

⁸Ball et Lewis (2005), résumant la réponse des parents et des aînés à un sondage, font une remarque sur le titre anglais de « speech-language pathologist », qui indique un accent sur une dysfonction individuelle que les répondants jugent problématique et qu'ils rejettent ».

cliniciens sont en mesure de passer dans la communauté met en lumière le volume et l'acuité des cas et peut faire dévier l'attention sur l'aspect clinique plutôt que sur le caractère culturel de la communauté. Rosalee Shenker, une orthophoniste qui pratique en extension des services dans les communautés du Nord du Québec, mentionne la tension qu'elle ressent entre la nécessité d'offrir des services pendant son séjour dans la communauté et le besoin de prendre le temps de « s'asseoir et de comprendre la communauté qu'elle visite » (R. Shenker, communication personnelle, 18 juin 2010). À titre d'orthophoniste autochtone, madame Peltier dit qu'il est vital d'établir des liens avec les familles et formule deux suggestions : « les services de garde... à la fin de la journée, les parents viennent chercher les enfants. Le clinicien peut être plus actif à ce moment. Ces courtes interactions peuvent être tellement utiles, de brèves conversations, pour en savoir davantage sur ce que vivent les familles... les grands-mères... apprendre à connaître l'une des grands-mères, ou les deux... elles connaissent la communauté, ce qui s'y passe... l'essentiel de ce que nous avons besoins de savoir à titre d'orthophonistes... [Votre] besoin d'apprendre doit être si fort qu'il surpasse cette crainte [de l'inconfort] » (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

Adaptation aux besoins des collectivités

La documentation sur les services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants autochtones d'âge préscolaire au Canada formule en grande partie deux hypothèses non exprimées. La première est que les communautés et les fournisseurs de services comprennent également le rôle des services et des programmes d'orthophonie et d'audiologie et leurs répercussions sur les enfants inuits, métis et des Premières nations. La deuxième hypothèse est que ces services sont ou devraient être importants pour les parents, les familles et les soignants. Les chercheurs et les praticiens mettent en doute ces hypothèses. Comme illustré ci-dessous, les données probantes montrent que les connaissances et les priorités des communautés et des fournisseurs sont divisées.

L'examen des programmes disponibles pour les enfants et les familles autochtones dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci en Colombie-Britannique fait par Gerlach et al. (2008) conclut que dans de nombreux cas, « la prise de décision et la planification stratégique sont contrôlées par un petit nombre d'intervenants et qu'on attend des

familles et des communautés autochtones qu'elles se conforment » à un modèle dominant qui inévitablement ne fonctionne pas pour elles. D'un autre côté, l'une des rares orthophonistes autochtones au Canada a déclaré que « la plupart des communautés sont simplement mal informées à propos de ce qu'un spécialiste du soutien au langage peut faire » (citée dans Ball et Lewis, 2005). Kit Dench, une orthophoniste qui travaille dans les communautés inuites depuis sept ans, renforce et étend cette position en insistant sur le lien entre la pauvreté et les pratiques sociales perturbatrices. Les crises locales, alimentées par les bouleversements économiques et sociaux constants, « font en sorte qu'il devient difficile de comprendre comment la parole et le langage pourraient être une priorité » (K. Dench, communication personnelle, 31 mai 2010). Pour Monica Nahwegahbow, une orthophoniste anishnaabe qui vit dans la Première nation de White River dans le nord-est de l'Ontario, la prestation des services doit être pratique et souple : « Il reste tant de problèmes liés à la santé dans les communautés, par exemple les enfants de maternelle, première et deuxième année qui ont perdu toutes leurs dents, que le fait d'apprendre comment prononcer une occlusive n'est pas vraiment perçu comme une priorité » (M. Nahwegahbow, communication personnelle, 17 juin 2010).

Cette section sur l'intégration culturelle et communautaire des services met en lumière le besoin d'effectuer davantage de recherches sur le développement de la petite enfance chez les Autochtones et sur ce qui fonctionne dans les communautés. Il existe une lacune dans la recherche, reconnue par le milieu universitaire, les décideurs politiques et les fournisseurs de services qui s'efforcent d'élargir les connaissances en matière de prestation des services d'orthophonie/audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations. Alan Bowd, par exemple, a lancé plusieurs appels d'études « systématiques et uniformes » de la santé auditive des populations inuites, métisses et des Premières nations. Plus particulièrement, il affirme que la collecte systématique de données régionales ou territoriales est un élément clé de la planification gouvernementale de la prestation des services de santé publique et d'éducation (Bowd, 2002; 2005). Dans son examen des besoins et des pratiques prometteuses en matière de développement du langage chez les Autochtones, Ball (2009) n'a trouvé que des études à petite échelle de l'acquisition des langues autochtones par les jeunes enfants et aucune étude empirique évaluant les résultats des programmes d'intervention ou de facilitation de l'acquisition

hâtive du langage. Ces absences, écrit-elle, soulignent les lacunes énormes dans la connaissance de ce dont ont besoin les enfants et les familles autochtones pour assurer un développement optimal du langage et des approches effectives permettant de satisfaire ces besoins (Ball, 2009).

Obstacles à la prestation des services aux enfants autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis

La recherche d'informations sur la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis a montré des obstacles similaires à la situation qui prévaut au Canada. Ces obstacles sont présentés brièvement ci-dessous.

Australie

En Australie, la NACCHO (National Aboriginal Community Controlled Health Organization) travaille avec les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres pour comprendre l'isolement dans un continuum allant de l'éloignement à l'urbanisation. Les domaines à explorer comprennent « l'isolement de la culture ou le détachement culturel, l'isolement de la famille ou la déconnexion familiale en raison des politiques, des obligations et des attentes familiales, l'isolement du lieu et de la communauté, les répercussions physiques et émotionnelles de l'isolement et de la solitude, les traumatismes intergénérationnels et les répercussions sur l'individu » (NACCHO, 2006, p,5).

Le sondage WAACHS (Western Australian Aboriginal Children's Health Survey) de 2000-2001 rapporte que dans les secteurs d'isolement extrême, à peine 0,04 % des enfants aborigènes ont des contacts avec un orthophoniste, comparativement à 3,5 % dans la région de Perth (Zubrick et al., 2004). Sans véritable surprise, la proportion de soignants primaires aborigènes se disant heureux de l'accès aux soins et aux services dans la communauté était, dans la plupart des cas, beaucoup plus faible que celle des soignants d'enfants non aborigènes révélée par l'enquête Western Australia Child Health Survey de 1993 (Silburn et al., 2006). Dans un récent rapport sur les soins de santé en général pour les populations aborigènes en Nouvelle-Galles du Sud, les cliniciens ont estimé que les populations aborigènes étaient deux fois plus susceptibles que les non-

Aborigènes d'être hospitalisées pour des problèmes que des investissements dans les interventions et les soins primaires auraient permis d'éviter (NSW, 2008a).

L'accès aux services d'audiologie pour les jeunes Aborigènes et Insulaires du détroit de Torres a récemment fait l'objet d'un sondage par des médecins de l'Aboriginal Medical Service. Les auteurs ont noté que 20 % des enfants attendait plus longtemps que recommandé pour des tests d'audiologie et qu'un enfant sur huit attendait plus de six mois pour obtenir une consultation auprès d'un ORL (Gunasekera, Morris, Daniels, Couzos et O'Connor, 2009).

Les questions de disponibilité des services sont comparables au Canada et en Australie. En ce qui concerne la répartition des orthophonistes en Australie, les résultats d'un sondage de 2002 indiquent que 4,5 % des répondants étaient employés dans des régions modérément accessibles, éloignées ou très éloignées et que 4,5 % des orthophonistes assuraient les services pour plus de 30 % de la population dans plus de 3 700 lieux (O'Callaghan, McCallister et Wilson 2005). On ne sait pas s'il y a des orthophonistes autochtones au Canada; Speech Pathology Australia (SPA) ne demande pas à ses membres de renseignements sur leur origine ethnique ou patrimoniale (personnel de SPA, communications personnelles, 17 juin 2010).

L'utilisation de la télésanté comme option de prestation des services en Australie est apparue dans les recherches les plus récentes. Un sondage auprès des orthophonistes travaillant en milieu régional, rural et éloigné en 2006 permet de constater que la télésanté est rarement utilisée dans les lieux où elle est disponible. Les auteurs estiment que cela pourrait être dû en partie au manque de formation à l'utilisation de la télésanté combiné au manque de preuves de l'efficacité de la prestation de services selon cette méthode (Zabiela, Williams, et Leitão, 2007).

La souplesse dans la prestation des services afin de susciter des situations culturellement sécuritaires pour les enfants aborigènes a fait l'objet de fortes discussions dans le contexte australien. Il y a cinq ans, Judy Gould a confirmé le rôle de facilitation des adultes aborigènes dans l'évaluation du langage en faisant valoir l'importance de ce qu'elle appelle « l'ethnographie de l'apprentissage et de la communication et des interactions subtiles qui surviennent entre la culture, l'environnement et la communication pour contribuer au sentiment de bien-être des Aborigènes (2005).

Soulignant les répercussions des facteurs culturels sur la prestation des services en orthophonie dans le Territoire du Nord de l'Australie, Baildon et Bourke (2003) notent que 50 % des patients hospitalisés à l'hôpital Royal Darwin sont des Aborigènes et que les obstacles culturels et linguistiques occultent tous les autres aspects de la prestation des services.

Le travail de Judy Gould auprès des Aborigènes australiens et des Insulaires du détroit de Torres a établi des liens internationaux entre les environnements non standard du langage et de la parole, la valeur fondamentale des instruments « d'évaluation normative » et la sécurité culturelle. Elle fait remarquer que les langues particulières et les situations culturelles uniques exigent la conception de nouvelles méthodes d'évaluation. À ses yeux, les orthophonistes ont besoin d'un modèle d'évaluation du langage qui tisse des liens avec la nature culturelle du développement du langage tout en renouvelant les approches ethnocentriques de l'évaluation des communications (Gould, 2008a; 2008b).

Bien que Judy Gould reconnaisse que l'information est disponible dans la documentation sur l'évaluation interculturelle pour les orthophonistes, elle prévient qu'il existe un certain nombre de facteurs qui rendent l'évaluation au sein des populations aborigènes unique et entraînent la nécessité d'utiliser des méthodes d'évaluation expressément conçues pour leur situation linguistique et culturelle (Gould, 2008b). Son article reflète quelques-unes de ces préoccupations : (1) l'asymétrie culturelle et linguistique entre l'enfant, l'évaluateur et les outils d'évaluation utilisés; (2) la compréhension réduite de l'anglais aborigène (AA) et des styles de communication aborigènes par les évaluateurs non aborigènes; (3) l'influence de la honte dans un environnement d'évaluation; (4) les grandes différences dans la perception du monde entre les Aborigènes australiens et les autres Australiens, qui se reflètent dans la façon dont le langage est utilisé et interprété par les différentes communautés linguistiques (Gould, 2008b).

Nouvelle-Zélande

Dans le modèle de prestation de services en place en Nouvelle-Zélande, les programmes de dépistage des nouveau-nés et d'intervention précoce lient les obstacles financiers et géographiques et le besoin de traiter les inégalités ethniques, par exemple le

taux élevé de perte de l'audition chez les Maoris (NZ MOH, 2009). Sinon, les obstacles liés à l'emplacement sont moins aigus en ce qui a trait à l'adéquation linguistique, culturelle et communautaire.

Le plan stratégique décennal du ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Zélande indique que les enfants maoris ne participent pas actuellement aux services d'éducation à la petite enfance dans la même mesure que les autres enfants de Nouvelle-Zélande et lie cet obstacle à l'accès à des efforts renouvelés pour élaborer des programmes appropriés avec les Maoris. Plus précisément, le Ministère a établi un besoin crucial de réduire la distance entre ceux qui conçoivent et offrent les services et la population maorie (ME NZ, 2006) : c'est-à-dire de répartir le développement des programmes.

Les chercheurs, incluant les chercheurs du ministère de l'Éducation, font de l'acquisition du langage un secteur de recherche clé, notamment dans le secteur du développement bilingue et de l'immersion et du partage des connaissances des Maoris et de l'immersion et de l'éducation bilingue pour les Pasifikas (Bevan-Brown, 2004; ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Zélande, *He Whāriki Mātauranga mō ngā Mokopuna o Aotearoa*, 2006; ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Zélande, 2003; ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Zélande *Te Whāriki*, 1996; Rau, 2005; Maclagan, King et Gillon, 2008; May et Hill, 2005; Gallagher, 2008). Gallagher note qu'on sait très peu de choses sur l'acquisition de la langue maorie chez les enfants et donne à croire que les traditions culturelles et linguistiques distinctives font en sorte qu'il est difficile de distinguer entre un trouble du langage et l'apprentissage d'une langue seconde (K. Gallagher, communication personnelle, 6 juin 2010).

Le privilège latent de l'anglais et son incidence sur le développement « normatif » du langage sont documentés du point de vue néo-zélandais. Dans une étude de l'acquisition, de l'atteinte et de l'évaluation de la littératie, Rau (2005) met en lumière le conflit entre la lutte contre la perte de la langue maorie et l'utilisation *de facto* de l'anglais dans l'apprentissage langagier initial. Dans leur aperçu de l'anglais des Maoris, Maclagan, King et Gillon (2008) reconnaissent la valeur de la compréhension culturelle. Ils font état d'un nombre potentiellement élevé d'enfants maoris susceptibles d'éprouver des difficultés langagières et remarquent que la profession « ne semble pas prête à se pencher sur la question ». En comparaison de l'établissement de pratiques d'intervention en

orthophonie efficaces pour les locuteurs unilingues anglophones, l'évaluation des pratiques efficaces pour les enfants élevés dans un milieu bilingue ou de dialecte non standard et qui présentent un trouble de la communication, déplorent-ils, en est encore à ses balbutiements (2008). Les chercheurs en neurolinguistiques qui examinent les changements de code et les mélanges de codes chez les enfants bilingues demandent plus de recherches sur la nature du bilinguisme et sur des approches de rechange en évaluation et en intervention en orthophonie (Lew et Hand, 2009).

Les tentatives visant à faire disparaître la perception du monde et les langues autochtones menées dans le passé constituent un défi de premier ordre pour le modèle dominant de prestation des services, le matériel et les approches en orthophonie et en audiologie. Kerrie Gallagher, orthophoniste maorie, a déclaré que le principal obstacle est celui de l'engagement; pour la plus grande part, les gens ne font pas confiance au service, parce qu'il « n'est pas lié à la culture et au mode de pensée des Maoris ». Pour Gallagher, la perception des Maoris, pour qui les enfants sont un trésor, n'est pas compatible avec un modèle centré sur le diagnostic et le traitement d'un trouble. Les membres de la famille et de la famille élargie favorisent plutôt les interactions basées sur leur capacité d'accéder au monde de l'enfant (K. Gallagher, communication personnelle, 6 juin 2010). Dans l'examen fait par Bevan-Brown du point de vue maori sur l'autisme, une informatrice maorie lui a fait part de son expérience personnelle avec une orthophoniste : elle nous a envoyé six pages de choses sur le jeu. Je lui ai téléphoné et je lui ai demandé : N'avez-vous pas écouté ce que nous vous avons dit? N'avez-vous rien remarqué de ce qu'il faisait? Rien dans ces formulaires n'est approprié. Elle m'a répondu que oui, il s'agit d'information sur le jeu chez un enfant normal » (Bevan-Brown, 2004). Dans l'étude réalisée en 2009 par Borell et al., ce type de désengagement est décrit par un participant de Nouvelle-Zélande par la formule suivante : « surfing in kind of white film ».

États-Unis

Les chercheurs en santé aux États-Unis ont documenté la relation entre l'accessibilité aux soins de santé primaire, aux soins de prévention et aux services de mieux-être pour les populations autochtones et l'état de santé. Au milieu des années 1990, des recherches menées en Alaska ont démontré l'existence d'une association positive entre l'isolement

géographique des populations amérindiennes et autochtones de l'Alaska et des taux d'hospitalisation plus élevés et d'hospitalisation évitables potentiellement plus élevés (Cunningham et Altman, 1993).

Lorsqu'on lui demande d'indiquer le principal obstacle à l'accès aux services pour les clients autochtones, Rhonda Friedlander, une orthophoniste amérindienne, répond simplement « la pauvreté ». Pour elle, les aspects économiques ont une incidence directe et fondamentale sur la prestation des services. « Un enfant qui a un retard constitue probablement le moindre des soucis des parents, dit-elle. D'où viendra le prochain repas? » (R. Friedlander, communication personnelle, 4 juin 2010). Une étude sur la participation amérindienne à la législation fédérale sur l'invalidité réalisée il y a dix ans a conclu que « la pauvreté de plusieurs tribus les empêche de faire les investissements nécessaires à la planification des programmes d'invalidité » (Fowler et al., 2000).

Les recherches menées récemment auprès d'enfants samoans ont mis en lumière le rôle fondamental de la disponibilité des fournisseurs dans la réduction du risque de troubles liés à la parole, au langage et à l'audition chez les enfants de la maternelle à la troisième année. Les auteurs notent que si Samoa présente un rapport d'un orthophoniste pour 19 000 élèves, le Sacramento Unified School District maintient un rapport de 1:909 (Boles, Hess, Woll et Musso, 2008). En 1999, le U.S. General Accounting Office a rapporté que les troubles liés au langage et à la parole constituaient le principal secteur de pénurie pour les jeunes Amérindiens d'âge préscolaire présentant des troubles d'apprentissage (US GAO, 1999).

Les répercussions liées à l'emplacement, à l'infrastructure et aux capacités de la communauté transparaissent dans un projet réalisé par l'Indian Health Service au milieu des années 1990 et qui visaient à appliquer des techniques faisant appel à l'ordinateur pour former et soutenir des paraprofessionnels amérindiens qui offriraient des services d'orthophonie et d'audiologie supervisés par des professionnels qualifiés. En plus des moussons quotidiennes – un élément saisonnier dans la communauté qui n'avait pas été prévu par l'équipe de projet de l'université – le projet a finalement été coulé par des problèmes de base comme l'absence d'alimentation électrique appropriée et le manque généralisé de familiarité avec la technologie chez les participants locaux (Culbertson et Tanner, 1998).

Espérant répondre aux besoins de services d'audiologie en « pays indien » (une expression courante aux États-Unis) au moyen des technologies d'information et de communication sur la santé, le directeur de l'Indian Health Service a indiqué qu'il subsistait encore de nombreux problèmes. Plus particulièrement, il signale que les « problèmes de connectivité et d'accès au service » sont la cause de la lenteur de la mise en œuvre et de l'acceptation par les cliniciens (Grim, 2006).

L'expérience sociale, économique ou culturelle disparate des orthophonistes et des audiologistes aux États-Unis est aussi une préoccupation. Aux États-Unis, moins de 10 % des orthophonistes proviennent des minorités raciales ou ethniques et moins de 6 % sont bilingues (Lubinski et Matteliano, 2008). Il a été dit des audiologistes américains qu'ils constituaient la profession de la santé la moins diversifiée aux États-Unis (Bush et Windmill, 2008). Les résultats du sondage de 2008 auprès des membres de l'ASHA démontrent qu'environ un demi de un pour cent de l'effectif total est d'origine amérindienne; 0,3 % sont d'origine hawaïenne ou insulaire du Pacifique (ASHA, 2009). Cet écart de pertinence avait été prévu aux États-Unis il y a plus de dix ans. Le décrivant à cette époque comme un « besoin essentiel », ses partisans demandaient une augmentation de la quantité et de la qualité du personnel offrant des services d'orthophonie et d'audiologie aux nourrissons et aux enfants (Inglebret, 1997).

Un sondage mené récemment auprès des praticiens américains souligne les lacunes institutionnalisées auxquelles les orthophonistes sont confrontés. Tout en soulignant l'important manque de diversité parmi les orthophonistes, les chercheurs rapportent que les orthophonistes disent que le « manque d'instruments d'évaluation appropriés et non biaisés » est l'un des problèmes qu'ils rencontrent le plus fréquemment dans la prestation des services et indiquent que le secteur de formation qui suscite le plus d'intérêt est celui des « méthodes et du matériel moins biaisés pour faire la distinction entre les différences linguistiques et les troubles du langage » (Roseberry-McKibbin et O'Hanlon, 2005).

Parlant d'une évolution du paysage de prestation des services aux États-Unis, l'évaluation de la diversité chez les orthophonistes faite par Lubinski et Matteliano en 2008 montre que l'écart se creuse entre les caractéristiques démographiques des orthophonistes et celles de l'ensemble de la population. Notant que plus de 300 langues sont actuellement parlées dans le pays, ils concluent que les orthophonistes « doivent

acquérir une plus grande compétence culturelle pour être en mesure de servir [leurs clients] d'une manière appropriée et sensible dans l'ensemble des conditions de prestation des services cliniques ».

Verlee Neha se situe elle-même dans un monde interculturel distinct : née de deux clans, une grand-mère qui était une guérisseuse bien connue, bègue, prestataire de services et ensuite orthophoniste navajo dont les croyances traditionnelles « sont souvent en conflit avec le contenu des conférences dans ses cours ». Sa réflexion de 2003 sur sa première année d'exercice en orthophonie dans sa réserve natale fournit des renseignements personnels sur son trouble de la communication et les leçons culturelles apprises. Elle écrit par exemple qu'on lui a appris à croire que son bégaiement venait d'une volonté d'imiter sa grand-mère, qui bégayait aussi, ou de se moquer d'elle, et que les membres de sa famille associent encore son bégaiement à un « manque de respect ». Dans sa pratique, Neha conclut que les études antérieures ont été utiles pour comprendre comment la perception du monde des Navajos modifie les caractéristiques du langage, qui contient davantage de silences et de voix plus douces. Elle prévient les orthophonistes que les attentes standard en matière de temps se traduiront par de faibles résultats. Durant le traitement, elle encourage les orthophonistes à faire des pauses et à permettre des réponses longues. Sinon, remarque-t-elle, donner rapidement la réponse peut frustrer l'élève, qui se taira (Neha, 2003).

La documentation américaine traite aussi de la question de l'évaluation culturellement et linguistiquement appropriée pour les enfants autochtones. Traitant il y a plus de 25 ans de l'évaluation de la performance en anglais chez les locuteurs amérindiens, Gail Harris (1985) recense deux types d'erreurs que peuvent faire les orthophonistes. La première est de supposer qu'un enfant présente un trouble de la parole ou du langage alors qu'il utilise en fait un dialecte de l'anglais approprié à sa culture et à sa communauté. Harris note également que l'enfant a probablement une plus grande facilité d'expression dans une langue qui n'est pas mesurée dans l'évaluation. Elle note également que les orthophonistes supposent que le comportement non-verbal d'un enfant est culturel. Le manque de connaissance par les orthophonistes des formes linguistiques aberrantes et dialectales contribue au deuxième type d'erreur, dans lequel ils peuvent conclure par erreur à l'absence de trouble.

Dix ans plus tard, il semble évident que les préoccupations de Harris en matière d'évaluation n'ont pas été entendues. Banks et Neitsworth (1995), traitant du rôle potentiel des stratégies dynamiques dans l'intervention précoce, constatent une insatisfaction croissante face au statu quo dans les approches au sein des populations des tribus et des communautés. Ils signalent que l'utilisation soutenue des instruments d'évaluation fondés sur des normes auprès des bébés et des jeunes enfants amérindiens et autochtones de l'Alaska laskan Native préoccupe les leaders autochtones, les membres des familles, les éducateurs et les fournisseurs de services, tout comme le manque de recherches dans ce domaine. Comme c'est le cas au Canada, il y a une préoccupation croissante face au manque d'outils appropriés permettant de faire la distinction entre les différences linguistiques et les troubles du langage (Allison et Vining, 1999; Harris 1985; Long et Christensen, 1998; Pedersen et Vining, 2009; Roseberry-McKibbin et O'Hanlon, 2005).

L'étude menée par Tagoilelagi-Leota, McNaughton, MacDonald et Farry (2005) auprès des enfants samoan/tongan montre bien le prix de la littératie dans la langue dominante pour les apprenants autochtones. Les auteurs font remarquer que les enfants de cinq ans bilingues accèdent rapidement à la littératie et à une connaissance de compréhension en anglais durant les années de transition vers l'école secondaire anglaise et supposent que ces enfants deviennent alors des « bilingues à risque ». Pour sa part, dans son examen des approches ascendantes de revitalisation des langues autochtones, McCarty (2008) relève les efforts des écoles secondaires hawaïennes pour créer un environnement culturellement sécuritaire et un programme qui connaît le succès en jugeant l'école sur la réussite dans la langue et la culture hawaïennes et en rejetant la mesure de succès utilisée par la société dominante – parler l'anglais.

Prendre le temps de communiquer l'information et de bâtir la confiance revient aussi dans les conversations avec les personnes intéressées par l'amélioration de la prestation des services aux Autochtones des États-Unis. Ces pratiques constituent la pierre d'assise d'une prestation de services réussie (Allison et Vining, 1999). Dans le cas de l'audiologie, Smeal décrit comment le traitement passé des Amérindiens par le système de santé contribue à une réticence à consulter un audiologiste lorsque les enfants ou les petits-enfants ont des problèmes d'oreille (communication personnelle, 27 mai 2010).

Une orthophoniste amérindienne, Rhonda Friedlander, explique comment l’emplacement des services influence la participation, avec le contexte historique des interactions avec le gouvernement. Elle se rappelle de la situation qui prévalait lorsqu’elle a commencé sa carrière d’orthophoniste au Bureau des affaires indiennes, il y a 15 ans : « Les gens refusaient de m’ouvrir leur porte... si vous vous déplacez dans un véhicule du gouvernement, vous ne valez rien. J’ai donc écrit une lettre à toutes les mères, pour leur dire qui j’étais et quelle était ma tribu. Les choses se sont améliorées par la suite. » (R. Friedlander, communication personnelle, 4 juin 2010). Aux États-Unis comme au Canada, les expériences négatives, comme les tentatives par les pensionnats d’éradiquer la culture et les langues autochtones, alimentent encore aujourd’hui le manque de confiance et les interactions avec les établissements d’enseignement (E. Inglebret, communication personnelle, 15 juin 2010).

PRATIQUES ACTUELLES VISANT À ÉLIMINER LES OBSTACLES

Le contexte géographique, historique, socioéconomique, politique, culturel et linguistique des populations inuites, métisses et des Premières nations offre de nombreux défis à la prestation efficace et appropriée des services de santé par les orthophonistes et les audiologistes. On note cependant des efforts croissants de la part des communautés, des organismes professionnels, des institutions et des praticiens pour éliminer plusieurs des obstacles qui limitent les services d'orthophonie et d'audiologie. Certaines des pratiques actuelles se retrouvent dans la documentation, mais la plupart d'entre elles ont été découvertes par le bouche à oreille. Dans la majorité des cas, il s'agit d'initiatives pilotes qui ne peuvent compter sur un engagement financier de continuité et qui ne sont pas documentées. Malgré des recherches intensives avec l'aide d'autres personnes, cette liste des pratiques actuelles est incomplète. Dans la plupart des cas, nous n'avons pu trouver d'études coût-avantages ou d'évaluation des services. Une liste partielle des pratiques canadiennes actuelles figure à l'annexe 4.

Plusieurs des pratiques actuelles touchent plusieurs niveaux et plus d'un thème, soit l'emplacement, la coordination des services et la conformité des services à la culture et à la collectivité. Pour tenir compte de ce chevauchement, les pratiques actuelles ont été regroupées en cinq catégories représentant dans leurs grandes lignes les besoins exprimés dans la documentation et par les informateurs clés. Ces cinq catégories de besoin donnent des exemples des types de solutions que les communautés, les praticiens, les organismes professionnels et les institutions ont mis en œuvre dans leur recherche de pratiques durables. Les cinq catégories sont 1) le perfectionnement de la main-d'œuvre; 2) les modèles de prestation des services, 3) le dépistage et l'évaluation, 4) les programmes universels basés sur les forces; et 5) le développement des capacités dans les collectivités. La section se termine avec un bref coup d'œil comparatif de différentes pratiques actuelles utilisées en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis.

Perfectionnement de la main-d'œuvre

Les préoccupations face à la disponibilité et à la pertinence des services d'orthophonie et d'audiologie sont abordées de différentes façons, certaines étant décrites ici. Plus précisément, ces approches font appel à a) la promotion des discussions continues de

formation professionnelle, b) la fourniture d'expériences de niveau communautaire pour les étudiants, c) l'augmentation de la participation des Autochtones à l'élaboration du programme universitaire d) l'amélioration de la sensibilité et des connaissances culturelles du personnel enseignant et des étudiants.

Les associations professionnelles et les institutions universitaires commencent à répondre aux préoccupations concernant la disponibilité des praticiens et leur pertinence dans le travail auprès des enfants inuits, métis et des Premières nations. La formation d'un groupe d'intérêt spécial pour les Inuits, les Métis et les Premières nations [Autochtones] a fait pour la première fois l'objet de discussions formelles au congrès annuel de l'ACOA en 2008 en Alberta. En mai 2009, plus de 40 praticiens se sont réunis durant le congrès tenu à London afin d'échanger et de discuter des buts et des objectifs. Un site de clavardage a été créé pour eux; bien qu'il soit actuellement inactif, il sera relancé dans le cadre du présent projet de l'ACOA (T. Moosa, communication personnelle, 20 juin 2010; S. Fotheringham, communication personnelle, 14 juin 2010). Un numéro spécial de la *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie* traitant de la prestation de services d'orthophonie aux populations inuites, métisses et des Premières nations sera publié sous la direction conjointe d'Elizabeth Kay-Raining Bird et d'Alice Ericks-Brophy.

En plus de cette coalition croissante de professionnels offrant des occasions de perfectionnement, les maisons d'éducation font des progrès pour offrir aux étudiants en orthophonie/audiologie une expérience pratique du travail auprès des Inuits, des Métis et des premières nations. Michael Chappell, orthophoniste pour la région de Baffin à Iqaluit, au Nunavut, accueille chaque année des étudiants de deuxième année en orthophonie/audiologie pour un stage clinique unique en son genre. Sa pratique couvre un large éventail de services d'orthophonie et d'audiologie, incluant la déglutition et l'alimentation, les autres types de communications, le dépistage auditif (son pur, impédance et émission oto-acoustique), la rééducation auditive et des consultations gratuites en classe. Les services sont offerts dans plusieurs établissements à Iqaluit, durant les visites à domicile dans les communautés ou par vidéoconférences (Michael Chappell, communication personnelle, 18 mai 2010).

L'initiative de stages nordiques offerte depuis trois ans par l'Université Western Ontario répond au problème de la disponibilité des orthophonistes/audiologistes pour superviser des stagiaires dans les communautés éloignées. Les superviseurs cliniques accompagnent des

étudiants de troisième cycle dans trois communautés crie éloignées de la côte ouest de la baie James pour permettre aux étudiants de participer à un stage leur permettant d'acquérir les compétences qui leur permettront de travailler avec des communautés diverses. Ces visites annuelles d'une semaine sont une tentative de combler l'absence totale de services d'orthophonie/audiologie dans les écoles dans certaines communautés isolées des Premières nations (T. Moosa, communication personnelle, 21 juin 2010; Moosa et Schurr, 2008).

L'Université de la Colombie-Britannique (UBC) a pris l'engagement stratégique d'augmenter la participation des Premières nations, des Inuits et des Métis dans l'élaboration de ses programmes et d'optimiser la compréhension par les étudiants des services d'orthophonie et d'audiologie dans les milieux autochtones. En 2009, UBC a offert le premier modèle collaboratif d'élaboration du programme d'étude au Canada, concernant la prestation de services d'orthophonie et d'audiologie culturellement sécuritaires et pertinents pour les peuples autochtones. La conception et la mise en œuvre des cours ont fait appel à des partenariats avec des personnes d'ascendance autochtone et à la participation du personnel et des étudiants. Le cours offre également aux étudiants des possibilités de stages dans des programmes, des organismes ou des communautés autochtones. Le cours en est actuellement à sa deuxième version. Les commentaires des étudiants, du personnel et de la communauté sont utilisés dans le cadre du processus de développement et d'enrichissement du cours. Les étudiants qui ont suivi le cours se disent mieux préparés à travailler avec des populations autochtones que s'ils ne l'avaient pas suivi et le besoin d'offrir davantage d'occasions d'apprentissage pratiques a été reconnu (M. Bernhardt, communication personnelle, 14 juin 2010; Bernhardt, 2009; Green, Bernhardt, et Wood, 2010; UBC, 2010). Peltier, une orthophoniste issue des Premières nations, nous rappelle qu'en plus de recommander que ce type de formation culturelle soit mis en œuvre dans tous les programmes universitaires au Canada, il existe un autre niveau important - celui des gestionnaires de programmes et des superviseurs cliniciens (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

Modèles de prestation de services

L'absence de continuité dans les services d'orthophonie et d'audiologie pour les populations inuites, métisses et des Premières nations, particulièrement dans les milieux

ruraux et éloignés, a conduit à une plus grande souplesse dans les modèles de prestation des services. En Colombie-Britannique, par exemple, les questions de partage des compétences sont traitées par des partenariats accrus entre les Premières nations et les programmes fédéraux et provinciaux. À l'échelon de la communauté, l'accès aux services sur place est favorisé de plusieurs façons, notamment par une nouvelle collaboration entre les professionnels et les programmes existants dans les sites du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et les centres de santé locaux en milieu urbain. Dans plusieurs milieux où les services étaient inexistantes, des contrats privés sont conclus avec des orthophonistes et des audiologistes. Les autres adaptations de la prestation de services comprennent l'utilisation de la télésanté pour offrir des services directs et de suivi, de l'appui ou de la formation au personnel et des occasions d'apprentissage pour les parents. À la fin de la présente section, on trouvera la description d'un protocole automatisé de réponse du tronc cérébral en télé-audiologie qui vient répondre aux préoccupations des communautés éloignées sur la façon d'assurer le suivi du dépistage auditif auprès des nouveau-nés.

Innovations en matière de répartition des compétences

Plusieurs processus tripartites (Première nation, fédéral et provincial) sectoriels et communautaires sont en cours. À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique est la seule province ayant conclu des ententes avec les groupes d'éducation et de santé des premières nations (First nations School Association, s.d.; First Nations Health Council, s.d.). Ce processus d'intégration pourrait permettre de satisfaire des besoins non satisfaits en matière de services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants de 0 à 6 ans des Premières nations en Colombie-Britannique. Pour une discussion plus détaillée des accords, veuillez consulter le site Web de ces organisations, dont l'adresse figure à la fin de ce rapport.

En Colombie-Britannique également, la First Nations Schools Association (FNSA) et le First Nations Education Steering Committee (FNESC) ont offert ensemble un service d'orthophonie intégré dans le cadre de leur programme d'éducation spécialisée. Ce service est offert depuis 2001 selon une approche multidimensionnelle coordonnée pour les jeunes de 4 à 21 ans permettant d'augmenter l'accès aux services : a) une ligne d'information sans frais sur la parole et le langage des Premières nations pour les

enseignants, les administrateurs scolaires, les parents et les fournisseurs de services qui ont besoin d'information pour appuyer les élèves des Premières nations ayant des besoins en matière d'orthophonie; b) un partenariat avec Special Education Technology-BC pour faciliter l'accès aux dispositifs alternatifs d'augmentation des communications; c) un modèle coordonné d'extension des services en orthophonie qui permet d'envoyer des orthophonistes dans 35 à 40 maternelles et écoles primaires des Premières nations. Le volet de services d'orthophonie comprend deux orthophonistes à temps plein et 10 à 12 orthophonistes contractuels, selon la demande de services dans les communautés. Certaines Premières nations ajoutent au financement assuré par FNEESC afin d'augmenter le nombre de visites par l'orthophoniste. Cette année, les orthophonistes ont effectué des évaluations et assuré des traitements directs et indirects (counselling/formation) à 1 485 enfants d'âge scolaire. De ceux-ci, 18 % ou 266 ont été vus à l'âge de six ans ou avant. Des partenariats ont aussi été établis entre FNSA/FNEESC et le Nicola Valley Institute of Technology dans le but de mettre en place un programme d'assistance en orthophonie (C. Mallett, communication personnelle, 25 juin 2010; FNSA, s.d.; FNEESC, s.d.).

PHSA (Provincial Health Authority Services), qui assure le programme Early Hearing de la Colombie-Britannique, fait actuellement partie d'un groupe tripartite chargé d'adapter différents aspects du programme de dépistage afin de répondre aux besoins des familles autochtones. PHSA, la Direction de la santé maternelle et infantile de Santé Canada et le Forst Nations Health Council produisent actuellement plusieurs projets culturellement sécuritaires, notamment :

- la production d'un DVD pour les familles des Premières nations décrivant le processus de dépistage auditif des nouveau-nés et les services de diagnostic et d'intervention précoce et mettant en vedette un agent de dépistage, un audiologiste et un interventionniste des Premières nations ainsi que des familles des Premières nations;
- l'élaboration d'un sondage permettant de déterminer si les parents autochtones préfèrent parler à un autre parent de même culture, dans le cadre du programme *Guide By Your Side*, qui donne une liste de parents guides qui ont eux-mêmes des enfants ayant des pertes d'audition;

- la formation en évaluation offerte par PHSA en novembre 2010 au personnel d'intervention précoce sur l'utilisation de l'évaluation précoce du langage dans les familles autochtones, selon la recommandation faite par la Direction de la santé maternelle et infantile d'un examen et l'acceptation des protocoles d'évaluation utilisés par le programme *Early Hearing* en Colombie-Britannique;
- la mise en œuvre à l'automne 2010 d'un sondage auprès des familles qui se sont autoidentifiées comme étant d'origine autochtone. Les questions portent sur l'accès aux services, la sécurité culturelle et la connaissance par les parents des avantages mis à la disposition des familles des Premières nations, comme le remboursement des frais de voyage pour se rendre à un rendez-vous en audiologie (S. Lane, communication personnelle, 31 août 2010).

Services dans la collectivité

Margaret Chesterman, orthophoniste pratiquant depuis de longues années en Colombie-Britannique, a souligné que la compréhension du déroulement et des forces des services constituait un élément de base de la coordination de la prestation des services à l'échelon de la communauté. Selon elle, l'utilisation efficace du matériel d'orthophonie découle directement de sa facilité d'utilisation, du degré d'aise du personnel et du degré d'intégration dans les routines préétablies (M. Chesterman, communication personnelle, 27 mai 2010). De son point de vue à titre d'orthophoniste autochtone, madame Peltier dit que ce n'est qu'à partir du « niveau de base » constitué par la communauté que le fournisseur de service peut demander ensuite : « Comment puis-je accorder mes services à cette réalité? Qu'est-ce qui existe déjà dans la communauté et que nous pourrions appuyer? » (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

Santé Canada a adopté une approche de grappes pour ses programmes destinés aux enfants et aux jeunes inuits, métis et des Premières nations. Cette orientation des services établit des liens entre des domaines connexes des programmes comme la nutrition infantile, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, la santé maternelle et infantile, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et l'éducation, ouvrant ainsi des possibilités de collaboration, de coordination et d'intégration (Santé Canada 2009b). Offert dans certains des lieux les plus isolés du Canada et dans les milieux urbains, le

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones est reconnu à titre de pratique actuelle pour la coordination des services. La gestion et la direction locales favorisent un environnement culturellement sûr dans lequel de multiples fournisseurs de services locaux peuvent collaborer sur le territoire de l'enfant et de sa famille et interagir avec des employés culturellement compétents et des parents volontaires (King, 2009; Santé Canada, 2005). Dans son analyse des pas dans la bonne direction pour l'intervention précoce auprès des familles et des communautés autochtones au Canada, Gerlach (2008), un ergothérapeute, établit la valeur de cette approche au plan du service. Elle note que la colocation des services et un guichet d'accès unique sont des caractéristiques importantes des approches collaboratives et de l'engagement interdisciplinaire. Ball (2008) aborde aussi la valeur du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques en tant qu'investissement à l'échelle des communautés. Comme on l'a vu précédemment, elle rapporte que ces programmes sont devenus en plusieurs endroits les plaques tournantes communautaires assurant des environnements culturellement sécuritaires pouvant simplifier l'accès des enfants aux spécialistes... incluant les orthophonistes. Cependant, comme nous l'avons mentionné aussi plus tôt, les Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones ne touchent qu'environ 10 % des enfants autochtones de 0 à 6 ans; les recommandations proposent l'expansion du programme pour qu'il touche 25 % des enfants autochtones de ce groupe d'âge (Ball, 2008; Leitch, 2007).

Le programme AIDP (Aboriginal Infant Development Program) de la Colombie-Britannique soutient les activités de développement des enfants autochtones. L'accent est mis sur les enfants de 0 à 3 ans, même si un soutien est assuré dans d'autres groupes d'âge (0-6) dans les communautés qui n'ont pas de maternelle ou de Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Le personnel autochtone contribue à positionner le rôle des parents dans le développement de l'enfant dans le contexte des enseignements traditionnels. Le personnel autochtone offre un large éventail de services et de services de soutien, notamment dans le dépistage des troubles du langage (voir p. ex. ASQ, Gesell [avec les adaptations]), la défense des droits des parents, la facilitation des rendez-vous des orthophonistes et autres professionnels de la santé (conduite, rappels la veille, garde des enfants). À l'heure actuelle, il existe 46 sites AIDP. Diana Elliott, conseillère

provinciale pour le programme AIDP, indique que bien que le développement du langage soit la priorité dans les communautés, elle a le sentiment qu'il pourrait y avoir beaucoup de recommandations et de diagnostics inutiles (AIDP, 2010; D. Elliott, communication personnelle, 13 mai 2010).

Le centre de santé communautaire Four Directions et le centre de réadaptation Wascana de Regina ont mis en place un projet de services d'orthophonie basé sur la position du centre de santé à titre de ressource communautaire locale. Le service a été mis en place par des employés qui ont constaté que les obstacles liés au transport, à la mobilité, à l'alphabétisation et autres limitaient l'accès des clients aux services d'orthophonie. Un poste d'orthophoniste a été créé en septembre 2008 dans le centre de santé, bien connu et qui a la confiance du milieu dans lequel il est établi. Le programme crée un pont entre les familles et les services de soutien offerts par le centre, comme les services de toxicomanie, le groupe pour les pères, le Programme Bébé en santé, les services d'infirmières en santé publique, les programmes sur le rôle parental, les services de soins primaires, les conseils aux aînés et les programmes prénataux. Le modèle de prestation de services est souple, offrant une intervention directe aux familles, des services de prévention mettant l'accent sur l'attachement, les groupes de développement précoce du langage et de la littératie et des services de centre de jour (C. Bakker, communication personnelle, 15 juin 2010).

Le projet pilote Nitam Giigidowin (Les premiers mots d'un enfant) dans le Nord de l'Ontario est un partenariat entre l'unité sanitaire du district de Thunder Bay, Santé Canada et les Premières nations de Fort William, de Longlake 58 et de Ginoogaming. Les résultats proposés sont d'améliorer la pertinence culturelle des services offerts aux enfants autochtones d'âge préscolaire, d'augmenter la compréhension par les membres de la communauté de l'importance des communications dans le développement de l'enfant et d'augmenter l'accès aux services pour les enfants d'âge préscolaire vivant dans ces trois Premières nations. Un orthophoniste visite chacune de ces Premières nations chaque mois et une assistante en troubles de la communication passe une journée par semaine dans chacune des trois communautés (C. Farrell, communication personnelle, 15 avril 2010; S. Coulter, communication personnelle, 16 juin 2010).

Weeneebayko Health Ahtuskaywin, un conseil de santé dirigé par les Cris qui coordonne les services assurés à près de 10 000 membres des Premières nations vivant sur la côte ouest de la baie James et de la côte sud de la baie d'Hudson, a retenu les services d'une audiologiste afin d'offrir des services dans les communautés côtières, sur une base mensuelle. Les communautés visitées sont Moose Factory (Weeneebayko Hospital), Moosonee (James Bay General Hospital Clinic), Attawapiskat, Fort Albany, Kashechewan et, sur une base occasionnelle, la Première nation Peawanuck (P. Stevenson, communication personnelle, 15 juin 2010).

Affaires indiennes et du Nord Canada a accordé une aide financière pour l'éducation spécialisée dans les écoles dirigées par les bandes. Deux organisations éducatives autochtones provinciales, en Colombie-Britannique et au Manitoba, ont utilisé ces fonds pour répondre aux besoins prioritaires en orthophonie dans les écoles des Premières nations. L'initiative de FNEC en Colombie-Britannique, décrite plus tôt dans ce rapport, représente un changement de compétences. Le programme au Manitoba, qui constitue aussi une innovation de compétences, est brièvement décrit ici afin d'illustrer un modèle de prestation de services communautaire géré par une Première nation. Au Manitoba, le Manitoba First Nations Education Resource Centre (MFNERC) compte sur quatre orthophonistes à temps plein et un orthophoniste contractuel offrant des services à environ 40 Premières nations. Appliquant un modèle d'extension des services, chaque orthophoniste effectue jusqu'à quatre visites par année dans huit à dix Premières nations. La charge de travail des orthophonistes est lourde, dépassant dans certains cas 125 enfants (MFNERC, s.d.; S. Misko, communication personnelle, 28 juin 2010; C. Mallett, communication personnelle, 25 juin 2010).

Télésanté

La plupart des réseaux provinciaux de télésanté appuient les services liés à la parole, au langage et à l'audition. Ces réseaux sont financés par les fonds publics et offrent un accès sécurisé, privé et coordonné aux services offerts par les établissements de santé des provinces et des territoires. L'accès aux services communautaires de télésanté est présentement offert aux communautés inuites, métisses et des Premières nations du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, de l'Alberta, du nord-ouest de

l'Ontario (Keewaytinook Okimakanan Telemedicine), aux nations métisses de l'Ontario (Réseau télémédecine Ontario) et du Manitoba. La télésanté permet d'offrir des services aux communautés éloignées plus fréquemment que les modèles d'extension des services. Les premières études soulignent la nécessité de liens étroits dans les communautés pour assurer une pratique compétente au plan culturel (Eriks-Brophy et al., 2008). D'autres ont fait valoir la nécessité de redéfinir la prestation des services avant de recourir à la télésanté pour les communautés mal servies (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

En 2011, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest mettra en place des services de télésanté dans 59 centres de santé et écoles. À l'heure actuelle, ces services sont assurés par les régies régionales de santé. Selon le modèle de base de prestation de services, des orthophonistes visitent chaque communauté entre deux et quatre fois par année. L'accès par vidéoconférence est utilisé pour assurer le suivi, la formation et le soutien du personnel et l'apprentissage des parents (S. Mann, communication personnelle, 15 avril 2010; A. Geraghty, communication personnelle, 5 avril 2010; W. MacDonald, communication personnelle, 7 juin 2010; K. Scozzafava, communication personnelle, 14 juin 2010).

Depuis 2008, une orthophoniste employée par la Society for Manitobans with Disabilities utilise Télésanté Manitoba pour offrir des services à 40 enfants des Premières nations de Norway House, Pukatawagan, The Pas et Thompson. L'orthophoniste effectue toutes les évaluations initiales en personne. Les services sont rendus dans les établissements de santé (J. Moore, communication personnelle, 16 avril 2010).

Les enfants inscrits au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones de Kikino, dans l'établissement métis de Kikino en Alberta, se rendent à l'école provinciale locale, située à un coin de rue, pour s'entretenir par vidéoconférence avec des orthophonistes basés à Edmonton, en présence d'une assistante en orthophonie locale. En 2009, une orthophoniste a créé et présenté une séance de formation sur les services d'orthophonie pour le personnel et les parents Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (K. Manchur, communication personnelle, 14 juin 2010).

Des orthophonistes sous mandat privé utilisent les technologies de l'information et de la communication comme Skype et la vidéoconférence pour fournir des évaluations, des

consultations, des services directs et de la formation aux enseignants et aux parents à des communautés des Premières nations mal desservies, comme les Premières nations Sandy Lake (Ontario), d'Ehattesaht et de Kyuquot (C.-B.). Certains de ces services sont appuyés par des enseignants en éducation spécialisée et des techniciens en éducation, d'autres ne le sont pas (A. Bullock, communication personnelle, 20 mai 2010; D. Anderson, communication personnelle, 3 juin 2010; K. Manchur, communication personnelle, 14 juin 2010). Dans le cas de la Première nation de Sandy Lake, par exemple, l'orthophoniste vient du sud de l'Ontario une fois par année pour effectuer des évaluations et améliorer sa compréhension des normes culturelles et linguistiques locales. À l'heure actuelle, l'orthophoniste traite plus de 50 enfants de 4 à 14 ans. Les séances hebdomadaires sont planifiées par l'orthophoniste et transmises à l'école par télécopieur. Des assistants locaux emmènent les enfants à la salle de vidéoconférence et les aident durant les séances (C. Meekis et V. Thomas, communication personnelle, 16 avril 2010).

Télé-audiologie

En 2005, l'audiologiste de l'Unité sanitaire du District de Thunder Bay a constaté qu'un grand nombre d'enfants des Premières nations ayant échoué le test de dépistage auditif des nouveau-nés à l'hôpital ne faisaient pas l'objet de tests de suivi. Il a élaboré le premier protocole de réponse évoquée auditive du tronc cérébral (ABR) utilisant la télémedecine, maintenant offert dans sept hôpitaux régionaux. Le service a été lancé en 2008 et on estime qu'environ 85 % des 60 dossiers dans lesquels il a été appliqué proviennent des Premières nations (William Campbell, communication personnelle, 15 avril 2010).

Dépistage et évaluation

Cette section décrit les efforts en vue d'établir des approches de dépistages et d'évaluation plus pertinentes au plan culturel et linguistique. Les professionnels favorisent deux approches : la procédure selon les normes locales et l'évaluation dynamique. Dans les deux cas, l'objectif visé est de fournir une procédure non biaisée permettant de faire la distinction entre les différences fondées sur la culture et le dialecte et les préoccupations orthophoniques et audiologiques.

Dans leur examen de la documentation interculturelle, Carter, Lees, Murira, Gona, Neville et Newton (2005) ont recensé cinq problèmes majeurs dans la conception et l'adaptation des outils d'évaluation orthophoniques pour les enfants qui ne sont pas représentés adéquatement par les méthodes dominantes d'évaluation : a) l'influence de la culture sur le rendement, b) la familiarité avec la situation de test, c) l'effet de l'éducation officielle, d) les enjeux de langage et e) la reconnaissance des images. Ils concluent leur étude par une liste de dix lignes directrices incluant entre autres l'importance de la collaboration avec des locuteurs de la langue maternelle et de la familiarité avec le matériel d'évaluation (Carter et al., 2005). Ces enjeux sont partiellement traités dans le cadre des efforts menés par les chercheurs et les praticiens pour recueillir les normes locales et promouvoir les approches d'évaluation dynamique en tant que méthodes d'évaluation appropriées aux jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada.

Normes locales

Tout en insistant sur l'importance des normes locales pour la fiabilité de l'évaluation pour les populations amérindiennes, Harris (1985) dit de la tâche qu'elle est à la fois « immense et peut-être impossible ». Au Canada, les normes communautaires pour les Premières nations sont examinées depuis le début des années 1990 (Crago, 1990). Plus récemment, les travaux menés par Ball et Bernhardt (2008) et par Peltier (2010) soulignent la nécessité d'une connaissance plus détaillée des caractéristiques des services d'orthophonie basés sur la communauté dans le but d'éliminer la possibilité de surdiagnostic par les orthophonistes.

Un outil de dépistage bilingue, en anglais et en inuktitut, a été élaboré dans le cadre d'un partenariat entre les enseignants et le personnel du Conseil scolaire Qikiqtani, Catherine Dench, une orthophoniste qui travaille avec des organisations et des clients inuits depuis huit ans, Pat Cleave, professeure agrégée de la School of Human Communication Disorders de l'Université Dalhousie et des étudiants de troisième cycle. Le but était de créer un outil basé sur des normes culturelles et fonctionnant aussi bien dans les deux langues, facile à apprendre et à utiliser par les enseignants et les techniciens en enseignement et permettant de reconnaître les élèves chez qui les difficultés langagières pouvaient être un facteur dans les difficultés d'apprentissage, ceux qui

pourraient bénéficier d'un soutien additionnel ou d'une approche d'immersion et ceux qui pourraient bénéficier d'un suivi en orthophonie, une ressource extrêmement limitée dans la région (C. Dench, communication personnelle, 31 mai 2010; Dench et al., 2010).

En Colombie-Britannique, Judith Johnston, professeure émérite à la School of Audiology and Speech Sciences de l'Université de la Colombie-Britannique et la professeure May Bernhardt dirigent un projet visant à générer de nouvelles connaissances sur le développement des services d'orthophonie chez les enfants des Premières nations. Le projet prend la forme d'un partenariat entre UBC, les orthophonistes de la communauté et les fournisseurs de services des Premières nations dans la communauté. Les membres de la communauté, comme le personnel et les enseignants des garderies, des maternelles et des écoles primaires, recueillent des échantillons normatifs de langage pour les enfants de 4 à 4 ans suivant un développement normal dans ces communautés. Lorsqu'il sera terminé et si les communautés donnent leur accord, le processus pourra être présenté comme modèle à d'autres communautés (J. Johnston, communication personnelle, 14 mars 2010).

Évaluation dynamique

En plus des recherches préliminaires sur la collecte des normes locales, certaines études menées au Canada et dans d'autres pays mentionnent que l'évaluation dynamique (apprentissage médiatisé, tester/enseigner/retester) pourrait constituer une procédure non biaisée appropriée pour faire la distinction entre les différences culturelles et dialectales et les difficultés potentielles d'acquisition du langage chez les jeunes enfants autochtones (Kramer, Mallett, Schneider et Hayward, 2009; Peltier, 2009; Banks et Neisworth, 1995; Peter et Hirata-Edds, 2006; Robinson-Zanartu, 1996; Roseberry-McKibbin et O'Hanlon, 2005).

Dans un projet de recherche mené récemment, Kramer, Mallet, Schneider et Hayward (2009) ont utilisé un instrument d'évaluation dynamique pour 17 enfants d'une école primaire dans une communauté des Premières nations. Les résultats indiquent que la capacité des enfants de raconter des histoires est une compétence qui transcende les frontières culturelles, même si elle s'exprime différemment. Leur protocole tester/enseigner/retester appliqué à des cohortes apprenant dans des langues différentes a

montré que l'évaluation dynamique était un outil plus sensible aux différences culturelles. Bien que les deux groupes aient bénéficié d'un enseignement direct, les enfants du groupe d'apprentissage de la langue normale en ont bénéficié davantage. Les auteurs concluent que l'évaluation dynamique est une approche prometteuse comme outil de distinction entre les différences et les difficultés.

Programmes universels basés sur les forces

Les approches universelles de prestation des services en développement de la petite enfance, incluant les services d'orthophonie et d'audiologie, facilitent les compétences de développement en milieu de groupe, sans retraits individuels. Cette pratique est jugée plus pertinente au plan culturel en raison de son accent sur le groupe, du fait qu'elle élimine le modèle peu familier de retrait orienté sur le déficit et de sa capacité de partager les stratégies et les connaissances sur la facilitation du langage avec tous les spectateurs et participants. Les approches universelles ou fondées sur les forces peuvent aussi être adaptées pour y inclure l'utilisation du matériel culturel et des langues ancestrales, ce qui permet de reformuler les valeurs culturelles dans un modèle stimulant et innovateur de prestation de services. Différents documents et ressources spécialisés sont en voie de préparation pour soutenir le développement des services d'orthophonie.

À l'échelle nationale, TigaTalk est une émission de télévision diffusée et distribuée par le réseau de télévision autochtone APTN (Aboriginal People's Television Network). Dans sa troisième saison, cette série destinée aux enfants de 2 à 5 ans offre un monde peuplé de références culturelles pour le développement général des services liés à la parole et au langage. Tiga, un louveteau, interagit avec deux jeunes amis autochtones (âgés de 5 et de 8 ans) et fait des voyages avec Gokum (grand-mère), une conteuse. Les équipes de tournage ont visité des collectivités autochtones de toutes les régions du Canada et établi un contexte localisé pour chaque épisode. Le contenu met l'accent sur les sons du langage : des mots en anglais et dans différentes langues autochtones sont utilisés pour renforcer les sons (May Street Productions, 2010; A. Gardner, communication personnelle, 20 mai 2010).

Dans le nord-ouest de l'Ontario, Peltier (2010a) « réévalue » les compétences de narration orale à la lumière de la baisse de participation en classe et de l'engagement des enfants autochtones. Elle adopte maintenant une approche fondée sur les forces dans sa

pratique d'orthophonie auprès des enfants d'âge scolaire. L'utilisation qu'elle fait des « cercles de conteurs » met l'accent sur les connaissances que les enfants apportent à l'école et favorise la sensibilisation culturelle chez les élèves et le personnel. Elle part du principe selon lequel « aucun élément de ce processus traditionnel n'a à voir avec l'examen des déficits ou des problèmes des participants ». Madame Peltier affirme que le soutien accordé au conte « s'alimente à certaines valeurs communes à tous les peuples autochtones, qu'il s'agisse des Inuits, des Métis ou des Premières nations » (S. Peltier, communication personnelle, 20 août 2010).

Moe the Mouse^{MC} est un concept élaboré par deux orthophonistes de la Colombie-Britannique, Margaret Chesterman et Ann Gardner. Le concept aborde la question du développement précoce du langage chez les enfants de 3 à 5 ans à l'aide d'une boîte remplie de jouets autochtones, de contes et de suggestions d'activités visant à aider les parents et les éducateurs de la petite enfance à donner l'occasion aux enfants de mettre en pratique leurs compétences langagières dans un environnement naturel. L'idée a pris forme en 2002 après une discussion entre Chesterman et une personne des Premières nations à propos de leur frustration commune face au manque de matériel culturellement pertinent. En réponse à des employés de garderie qui avaient mentionné que les services d'orthophonie constituaient une préoccupation majeure, l'Aboriginal Child Care Society de la Colombie-Britannique (BCACCS) a communiqué avec Chesterman et une autre orthophoniste, Ann Gardner, pour leur demander de créer Moe. L'outil d'orthophonie a d'abord fait l'objet d'un projet pilote dans la Première nation de Sechelt, dans le programme Bon départ et à la BCACCS. Deux années de développement supplémentaires ont conduit à des améliorations et à des modifications. Des ateliers Moe ont été présentés au Manitoba et en Saskatchewan (BCACCS, 2010; M. Chesterman, communication personnelle, 27 mai 2010; A. Gardner, communication personnelle, 20 mai 2010). Récemment, Moe a été adopté pour un projet pilote en partenariat entre trois Premières nations de l'île de Vancouver, la Régie de la santé de l'île de Vancouver et le ministère du Développement des enfants et de la famille (Gardner et McCrick, 2008). Au Québec, Kahnawake a adapté Moe the Mouse^{MC} aux connaissances locales. Appelé *Fly with Akweks* et basé sur une légende locale bien connue à propos de trois sœurs, le premier de trois volets a été créé et présenté au personnel du milieu de

l'enseignement et de la culture pour commentaires (R. Schenker, communication personnelle, 23 juin 2010).

Granny et Grampa Connections Box est une ressource culturelle interactive destinée aux parents et soignants de jeunes enfants, distribuée par le ministère du Développement des enfants et de la famille de la C.-B. dans le cadre du programme *Success By 6*. La trousse à outils contient des marionnettes de grands-parents et des objets culturels, comme un tambour, un aviron et des animaux en peluche, afin de favoriser l'utilisation du conte et du jeu comme outils d'interactions entre les parents, les grands-parents et les soignants et les jeunes enfants. Cette approche d'intervention précoce fondée sur la communication a été élaborée en collaboration avec des aînés, des membres des communautés et des représentants des grandes organisations de services autochtones, comme l'Aboriginal Infant Development Program, l'association des Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones de la C.-B., la Métis Nation BC, la BC Aboriginal Child Care Society et le First Peoples Heritage Language and Culture Council (Colombie-Britannique, 2009).

Quill-to-Quill est un projet pilote préscolaire appuyant le développement triculturel du langage à l'aide de chansons préscolaires intégrant des éléments clés de vocabulaire en trois langues : l'otchipwe, le français et l'anglais. Les outils de soutien additionnels comprennent des activités culturelles, comme des contes et des réexécutions dramatiques associées à des images (cartes-éclair) de décorations en piquants de porc-épic de la grand-mère. Les cartes-éclair présentent des thèmes autochtones que l'on retrouve dans les livres pour enfants qui accompagnent la trousse (B. Gale, communication personnelle, 15 juin 2010).

Une pratique actuelle adoptant aussi une approche non axée sur les déficits et faisant appel à la capacité de la communauté locale (que nous aborderons dans la prochaine section) est le projet pilote mené par trois Premières nations Nuuchah-Nulth, la Régie de la santé de l'île de Vancouver, le ministère du Développement des enfants et de la famille et l'Office of the BC Pediatric Therapy Assistant. Le projet a permis de former un assistant en orthophonie autochtone à l'adoption d'une approche universelle, par opposition au suivi thérapeutique individuel. Durant ses visites hebdomadaires dans les trois communautés des Premières nations, elle intègre les activités de Moe the Mouse^{MC} dans des activités de groupe pour tous les enfants. Afin d'incorporer la sensibilité culturelle au projet et d'assurer un sentiment de sécurité, les principes directeurs suivants ont été appliqués : pas d'évaluation formelle, par de

formulaire à remplir, pas de dossier à remplir, rendre l'activité plaisante et amusante. L'évaluation, la planification de l'intervention, la formation et la supervision ont été assurées par une orthophoniste de VIHA offrant actuellement des services d'extension dans ces collectivités (Gardner et McCrick 2009; A. Gardner, communication personnelle, 20 mai 2010).

Développement des capacités dans les collectivités

Les pratiques actuelles qui démontrent un développement de la capacité communautaire présentent deux traits caractéristiques. D'abord, elles assurent la redistribution des connaissances et des compétences précédemment propres aux professionnels des services liés à la parole, au langage et à l'audition au personnel basé dans la communauté, aux membres de la famille et aux membres de la communauté. Par exemple, parmi les indicateurs décennaux de rendement recensés dans le protocole d'entente tripartite sur le plan de santé des Premières nations en Colombie-Britannique, on compte le nombre de professionnels de la santé autochtones pratiquants et certifiés (FNLC, 2006). Deuxièmement, elles engagent les intervenants locaux et les fournisseurs de soins dans un processus de développement où les valeurs comme l'autodétermination, la justice sociale, travailler et apprendre ensemble, la pratique réflexive, la durabilité et la participation sont utilisés pour promouvoir la disponibilité, l'abordabilité et la pertinence de la prestation de services. Bien que plusieurs des pratiques décrites jusqu'ici puissent avoir une incidence positive sur la capacité communautaire, les pratiques dont il sera fait état dans la présente section en font l'un de leurs objectifs principaux. Ces initiatives mettent l'accent sur l'établissement des liens et des capacités requises pour réduire la distance sociale, économique et culturelle entre les sociétés colonisées et dominantes. Plus précisément, ces initiatives touchent a) la représentation des Inuits, des Métis et des Premières nations au sein de la profession, par des efforts de recrutement actifs; b) la responsabilisation locale d'assurer la durabilité pratique et la mise en œuvre des services.

Recrutement

Dans le cadre de ses recommandations sur les enjeux socioéconomiques touchant le salaire, l'emploi et l'avenir des jeunes Autochtones, le rapport *Wen: De Report* demande

de « travailler à l'atteinte d'un objectif à long terme de formation des jeunes dans différentes professions, incluant... l'orthophonie » (First Nations Child and Family Caring Society of Canada, 2005). La formation d'orthophonistes et de personnel de soutien autochtones est un élément de plusieurs programmes de formation en Colombie-Britannique et au Manitoba.

En 2002–2003, le Manitoba First Nations Education Resource Centre (MFNERC) a recruté cinq candidats dans des communautés des Premières nations et commandité leur inscription au programme des troubles de la communication de l'Université du Dakota du Nord. Bien que deux candidats aient abandonné le programme, les trois diplômés sont revenus faire leur stage au MFNERC. Le MFNERC a aussi établi un partenariat avec la division de la formation continue de l'Université du Manitoba pour assurer la formation d'assistants en orthophonie. À l'heure actuelle, 19 assistants en orthophonie ont terminé le cours et travaillent avec des orthophonistes auprès de Premières nations. Le statut du programme est inconnu (MFNERC, s.d.; S. Misko, communication personnelle, 28 juin 2010; C. Mallett, communication personnelle, 25 juin 2010).

En Colombie-Britannique, la First Nations School Association (FNSA) et le First Nations Education Steering Committee (FNESC) ont établi un partenariat avec le Nicola Valley Institute of Technology pour former des assistants en orthophonie qui travailleront dans leurs collectivités respectives pour appuyer la prestation des services en orthophonie. Le premier groupe obtiendra son diplôme en mai 2011 (C. Mallett, communication personnelle, 25 juin 2010).

Tous les programmes d'orthophonie et d'audiologie au Canada ont des politiques de discrimination à rebours qui donnent la priorité aux candidats inuits, métis et des Premières nations (E. Kay Raining-Bird, communication personnelle, 27 août 2010). Le programme d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de la Colombie-Britannique est l'un des programmes universitaires qui applique le principe de l'égalité des chances et qui recrute activement des candidats inuits, métis et des Premières nations. Le programme recrute activement des candidats autochtones depuis 2006. En 2009, deux étudiants autochtones ont été acceptés au programme d'audiologie et deux autres ont entrepris leurs études en 2010, l'un en orthophonie et l'autre en audiologie (M. Bernhardt, communication personnelle, 16 juin 2010).

Le programme sur l'audition et l'otite a été lancé en 1986 par l'Université McGill en réponse aux services assurés par l'Hôpital de Montréal pour enfants dans 14 communautés du Nunavik. Au départ, il s'agissait d'un programme interdisciplinaire dans le cadre duquel un médecin, un audiologiste et une infirmière se rendaient dans chacune des communautés. Il s'agit maintenant d'un programme spécialisé en audiologie. En 1994, le programme a été divisé en deux services distincts et complémentaires : le Programme Hudson (à l'ouest) et le programme Ungava (à l'est). À l'échelon de la communauté, le programme paie une personne ressource locale qui assure la traduction, la coordination du dépistage local (principalement par l'entremise de l'école) et des problèmes reliés aux appareils auditifs et dirige les résidents de la communauté vers des tests plus avancés. Les audiologistes assurent la formation du personnel local. Il n'y a pas de diplôme ou de titres pour la réussite de cette formation (I. Billard, communication personnelle, April 21, 2010).

En réponse au besoin critique de services de réadaptation dans les communautés inuites, le gouvernement du Nunavut, en partenariat avec le Collège de l'Arctique, a créé un programme d'assistant communautaire en thérapie, d'une durée de 18 mois. Le cours adopte une approche combinée pour familiariser les étudiants avec les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et d'audiologie. Après avoir terminé le cours, les diplômés sont de professionnels paramédicaux qualifiés pour réaliser un programme de soin sous la direction et la supervision d'un professionnel de la santé du entre régional. La supervision à distance est assurée au moyen de différentes technologies, incluant le courriel, le télécopieur, le téléphone et la vidéoconférence. Les tâches effectuées par les assistants comprennent par exemple le dépistage auditif, l'animation d'un groupe d'alphabétisation des enfants et la réparation des fauteuils roulants. Les assistants communautaires ont aussi un rôle important et respecté à jouer à titre d'expert de la communauté, de la culture et de la langue au sein de l'équipe de réadaptation (Miller Mifflin, 2008; C. Dench, communication personnelle, 31 mai 2010).

Responsabilisation

Les Lil'wat de la Première nation de Mount Currie ont adopté une approche de développement des capacités de la communauté dans leur mise en œuvre du programme

TLGT (Talk, Learn et Grow Together). Il s'agit d'une approche d'enrichissement familial pour les familles ayant des enfants de 0 à 6 ans. Le programme vise à favoriser la participation des parents au développement de la sensibilisation, au développement de l'enfant et à souligner les aspects positifs des interactions avec leurs enfants, les orthophonistes et le personnel communautaire. Le programme TLGT est un processus dynamique et holistique qui permet d'intégrer des objectifs précis à la communauté dans un programme universel basé sur les forces qui appuie les interactions positives entre les parents et les enfants et qui améliore la connaissance du développement de l'enfant. Un programme de sept séances est offert deux fois par année. La version appliquée par les Lil'wat version a été élaborée avec la participation du personnel du centre culturel, des participants au programme, d'un orthophoniste et d'un ergothérapeute. Les activités offertes durant les séances comprennent l'observation et l'écoute, la participation, à l'aide de routines, du tambour et de la danse, des contes et la célébration de l'apprentissage. Le programme communique la perception de l'orthophoniste de la façon dont l'enfant se développe grâce aux services d'orthophonie et aux compétences générales. Les sujets et les activités évoluent au fil des commentaires des parents et de la communauté. Le programme incorpore des contes traditionnels locaux et des activités linguistiques et traditionnelles (D. Zeidler, communication personnelle, 11 juin 2010).

La Première nation de Garden River, près de Sault Ste. Marie en Ontario, a ajouté au modèle traditionnel orthophoniste/personnel de soutien un volet holistique à l'échelle de la communauté. Le projet pilote est financé par Santé Canada fait appel à un membre de la communauté ayant obtenu un diplôme d'assistant en orthophonie pour travailler avec les enfants d'âge préscolaire, sous la supervision d'un orthophoniste habitant Sault Ste. Marie. En plus de travailler directement avec les enfants et de consulter l'orthophoniste pour mettre à jour les plans de traitement et lui envoyer les enfants à risque en consultation, le modèle de Garden River demande à l'assistant de faire la promotion des services d'orthophonie auprès du personnel clinique et d'éducation et auprès des membres de la communauté et des familles durant les événements culturels et de service locaux (P. Nolan, communication personnelle, 26 mars 2010).

Pratiques internationales actuelles

En Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, les efforts se multiplient aussi pour contrer les principaux obstacles à la prestation des services d'orthophonie et d'audiologie pour les jeunes enfants autochtones. Pour les besoins de ce rapport, nous présentons un bref aperçu de pratiques actuelles de chacun des pays, pratiques qui collectivement touchent les cinq secteurs de besoin : perfectionnement de l'effectif professionnel, augmentation des options de prestation des services, approches de rechange de dépistage et d'évaluation, augmentation des programmes basés sur les forces universelles et développement des capacités communautaires. En Australie, les orthophonistes utilisent la télésanté et les structures en étoile, alors que les orthophonistes et les audiologistes travaillent au développement des capacités dans les communautés autochtones en augmentant les possibilités de formation. En Nouvelle-Zélande, la politique nationale biculturelle entraîne plusieurs changements au sein de la profession, comme un engagement par étapes de l'association professionnelle de corriger la prestation de services aux populations maories, la promotion d'une approche plus holistique de la prestation des services et des changements dans l'évaluation en ce qui a trait aux normes locales, en plus de la mise en œuvre à l'échelle nationale d'un programme de dépistage auditif des nouveau-nés. Aux États-Unis, on a accordé beaucoup d'importance au développement de l'effectif par le recrutement de candidats en orthophonie/audiologie. De plus, de nombreuses études ont appuyé l'adoption des approches d'évaluation dynamiques et basées sur les normes et la promotion de la coordination des services selon une structure en étoile et du matériel d'intervention de conception locale.

Australie

Dans le suivi du sondage réalisé en 2000-2001 (*Western Australian Aboriginal Child Health Survey*), les auteurs recommandent l'adoption d'une approche organisée du perfectionnement de la main-d'œuvre en préparation à la conception et à la mise en œuvre de services appropriés aux enfants autochtones (Silburn et al., 2006). Ces auteurs allèguent que la profession a besoin d'une main-d'œuvre mieux formée pour choisir et mettre en œuvre les programmes de prévention en matière de développement. Afin d'améliorer la prestation de ces programmes aux familles et aux communautés, les

universitaires et les organismes professionnels doivent adopter un rôle plus proactif dans la conception de programmes de perfectionnement professionnels mettant un accent particulier sur la population autochtone. Contrairement aux autres associations mentionnées ici, Speech Pathology Australia n'a pas encore créé de groupe de travail voué expressément aux Aborigènes ou aux insulaires du détroit de Torres (employé de la SPA, communication personnelle, 17 juin 2010). Le programme d'orthophonie à l'Université Charles Sturt de Bathurst en Nouvelle-Galles du Sud, a mis l'accent sur la prestation à distance des services depuis 2002. Le programme offre un modèle de santé fondé sur le bien-être pour préparer les étudiants à travailler en milieu rural ou éloigné (Université Charles Sturt, 2010).

L'utilisation de la télésanté pour répondre aux obstacles géographiques est en hausse en Australie. Dans leur sondage auprès des orthophonistes en milieu rural, régional ou éloigné, Zabiela, Williams et Leitão (2007) décrivent une approche qui fait place à la formation de la communauté par l'entremise de la télésanté. Ils notent comment les orthophonistes forment les assistants pour leur permettre de fournir des services à des clients particuliers et comment l'accès aux technologies de l'information et de la communication permet ce processus. Les orthophonistes surveillent aussi les séances de thérapie au moyen de la télésanté afin de faire des commentaires de formation et assurer un suivi des progrès réalisés par les enfants. Rien n'indique que les orthophonistes fournissent de tels services en milieu aborigène.

L'étendue de la prestation des services en Australie est similaire à ce qui prévaut au Canada. Le besoin de répondre aux problèmes de coordination des services est traité ici aussi par le besoin d'incorporer des solutions de rechange adoptant un point de vue moins occidental du bien-être général de l'enfant. Dans le document-cadre préparé par le Far West Aboriginal Child Development and Well-being Management Group pour améliorer le développement de l'enfant et le bien-être des enfants aborigènes, les auteurs mentionnent le défi de créer des systèmes durables qui soutiennent la collaboration multisectorielle durant de longues périodes dans une définition aborigène du bien-être. Ils définissent cela comme le bien-être social, émotionnel, spirituel et culturel de l'ensemble de la communauté dans le cadre d'une perception de la vie qui inclut le concept cyclique de vie-mort-vie (Alperstein, Burke et Kennedy, 2009).

Rosemary Simpson, directrice d'un centre urbain de développement du langage en Australie-Occidentale, applique des leçons tirées de l'approche en étoile appliquée à Perth au secteur éloigné de Kimberly. Le modèle de centre urbain intègre des objectifs liés à la parole et au langage dans des activités scolaires pour des groupes qui peuvent atteindre 200 enfants. Tenant compte des ressources limitées en orthophonie dans les régions rurales de l'Australie et de l'absence d'infrastructure spécialisée de développement de la petite enfance, Simpson a conçu un modèle en étoile dans les écoles communautaires qui offre des services ciblés pour les enfants de la maternelle, des classes préscolaires et de la première année. Les orthophonistes du centre assurent la formation des enseignants et travaillent avec eux pour établir des objectifs dans les quatre bureaux de soutien répartis à travers l'Australie-Occidentale. Contrairement aux modèles basés sur des cliniques, ce service offre ce que Simpson appelle une clientèle captive. Il met l'accent sur le développement précoce des compétences de littératie comme moyen d'augmenter la compréhension par l'enseignant du développement des compétences en langue orale (R. Simpson, communication personnelle, May 18, 2010).

Les services d'audiologie dans la région de Kimberley mettent aussi l'accent sur le développement des capacités de la communauté. Hill et al. (2008) expliquent comment l'adoption d'une perspective de santé des populations dans la prestation des services d'audiologie permet de redistribuer les compétences et les connaissances parmi les travailleurs de la santé aborigènes et les membres de la communauté. Au lieu d'utiliser les services d'un deuxième audiologiste pour les questions de réadaptation auditive dans les cas d'OM chronique, le projet offre des ateliers qui mettent l'accent sur la compréhension des enjeux de comportement, de bien-être social et émotionnel, de développement du langage, d'éducation et d'emploi qui peuvent découler de la perte d'audition.

L'examen par Silburn et al. (2006) du sondage sur la santé des enfants aborigènes en Australie-Occidentale conclut que l'amélioration des résultats de santé des Aborigènes est contingente à leur participation à toutes les étapes du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes et de la prestation des services (2006). En outre, Cappon (2008) aborde les questions de propriété, de contrôle, d'accès et de possession de l'information. Il souligne la valeur des initiatives de recherche dirigées par des

Autochtones, dont un exemple au Canada pourrait être l'Étude longitudinale régionale sur la santé de l'Assemblée des Premières nations, qui constitue selon lui une démonstration de processus viables et culturellement pertinents de collecte et d'analyse de données.

Pour les Western Australia Aboriginal Community Health Services, la sécurité culturelle se situe dans un programme culturel large et en progression. Ils font valoir que l'enseignement et l'apprentissage des langues aborigènes sont essentiels à la préservation des cultures et à la promotion de l'identification culturelle et de la compréhension et du respect entre les cultures (Silburn et al., 2006). Il y a près de dix ans en Australie, des recherches ont signalé le rôle central des outils de localisation (« wayfinders ») en appui à une prestation des services riche et fiable. « Wayfinder » est un terme utilisé par Wade Davis dans sa description de la capacité des peuples autochtones (voyageurs polynésiens, chasseurs de l'Arctique, coureurs des Andes, canoéistes de l'Amazonie et marcheurs aborigènes de l'Outback) de parcourir les vastes espaces de la planète sans l'aide des outils occidentaux que sont la boussole, le sextant ou le GPS (Davis, 2009). Les recherches menées par Gould en Australie indiquent que les Aborigènes adultes doivent être présents afin de jouer un rôle de direction similaire pendant le processus d'évaluation pour les services d'orthophonie et de santé auditive des enfants (Gould, 2005).

Des programmes universels qui font appel à du matériel culturellement approprié ont été développés en Australie. Speech Pathology Australia a recensé du matériel répondant spécifiquement aux besoins de l'expérience urbaine et rurale des Aborigènes, par exemple les documents *Time for Talk*, *Do You Hear What I See*, *Growing Up Children* et *Poopajyn Boori Norta Boa*, qui peuvent servir de ressources pour les familles et les membres de la communauté (SPA, 2000). De plus, les efforts visant à favoriser un soutien local des services en orthophonie et en santé auditive sont en croissance. Par exemple, *Can't Hear? Hard to Learn*, un programme innovateur en Nouvelle-Galles du Sud, assure un dépistage régulier en santé auditive pour les enfants aborigènes, de l'information pour les parents et les soignants et une formation continue en santé auditive pour les travailleurs aborigènes de la santé (Nye et Russell, 2010).

Nouvelle-Zélande

Les politiques nationales de biculturalisme de la Nouvelle-Zélande, comme la *Māori Language Act of 1987* qui fait du maori une langue officielle; la politique de 2004 du ministère de l'Éducation, *Te Huinga Raukura. Te Whanganui-a-Tara: Tāuhu o te Mātauranga*; et son cadre stratégique, *Nga Huarahi Arataki* (Voies vers l'avenir), sont des facteurs habilitants clés dans le renouvellement des programmes maoris.

En 2008, le groupe d'intérêt multiculturel de la Speech Therapy Association (NZSTA) de Nouvelle-Zélande a reçu un nouveau nom pour devenir le New Zealand Cultural et Linguistic Diversity Special Interest Group (Lee, 2008). Cette année, la NZSTA a ouvert un nouveau portefeuille mettant l'accent sur les questions interculturelles; développer des liens avec les organisations maories de santé et d'éducation, augmenter la sensibilité culturelle parmi les membres et encourager davantage de Maoris à adhérer à la profession (K. Gallagher, communication personnelle, 6 juin 2010). Une ébauche sur une page des paramètres du portefeuille sur les Maoris et le développement culturel de la NZSTA a été fournie par Gallagher et est reproduite ici (Gallagher, 2010) :

- modéliser les partenariats biculturels pour les professionnels dans tous les secteurs incluant le site Web et les documents écrits, afin que notre organisation soit visiblement biculturelle;
- offrir des services de perfectionnement professionnel en services aux Maoris et incorporer des modèles de pratique maoris à la pratique de l'orthophonie;
- établir des liens avec les fournisseurs de soins de santé *iwi, kura, kohanga, wananga* et maoris;
- appuyer les universités dans leurs efforts pour incorporer *tikanga maori, te reo* et les connaissances culturellement pertinentes aux cours;
- retenir les services d'un *kaumatua* pour conseiller la NZSTA et diriger la pratique du *tikanga* au sein de l'organisation;
- encourager la recherche et le partage par l'entremise de groupes d'intérêt particulier et de l'examen des pratiques exemplaires et des cas par des orthophonistes travaillant auprès des Maoris et des autres populations diversifiées au plan linguistique;

- concevoir et diffuser des ressources;
- faire la promotion de la profession pour encourager davantage de Maoris, d'autres groupes ethniques minoritaires et d'hommes à s'engager dans la profession d'orthophoniste.

Récemment, la Nouvelle-Zélande a mis en place un programme universel de dépistage auditif des nouveau-nés et d'intervention précoce (UNHSEIP). Comme les autres initiatives de dépistage, ce service vise à faire en sorte que tous les enfants bénéficient d'un dépistage des troubles de l'audition à la naissance et que des services d'intervention précoce soient disponibles. Ces services comprennent un suivi en audiologie, les services d'ORL et de pédiatres, des conseillers régionaux pour les enfants sourds et des services d'orthophonistes. Le programme ajoute à son modèle hautement coordonné de prestations, des services et des obligations définis envers le peuple maori, comme le soutien aux fournisseurs de services qui se déplacent dans les familles et les *whānau* (familles élargies) selon les besoins, la facilitation de l'engagement des Maoris tout au long de la conception et de la prestation des services, l'augmentation de l'accès au programme UNHSEIP pour les Maoris, l'établissement de liens avec les fournisseurs de soins de santé maoris et le développement des compétences du personnel pour répondre aux besoins particuliers des Maoris (NZMOH et MOE, 2009).

Pour Kerrie Gallagher (2008; 2010a), une orthophoniste maorie, l'engagement de fournisseurs de services autochtones et la création de liens avec le personnel de soutien en développement des enfants maoris sont des facteurs importants de la promotion d'une approche holistique durable. Cette stratégie améliore les modèles existants de développement des capacités en utilisant directement la langue maorie, la pédagogie maorie et la vision du monde maorie. Bien que limitée à certains égards par une faible cohorte de diplômés en orthophonie, elle est améliorée en milieu scolaire par des politiques qui débloquent des fonds pour des *Kaitakawaenga*. Gallagher voit dans cette forme de personnel de soutien une ressource extraordinaire qui appuie les services d'orthophonie dès le départ en assurant le contact initial avec les enfants et les familles, présentant l'orthophoniste et demandant aux familles quelle approche elles préféreraient : traditionnelle ou « entièrement maorie » (K. Gallagher, communication personnelle, 6 juin 2010).

Les préoccupations relatives au rendement en littératie des enfants maoris
l'environnement peu familier de l'apprentissage dans une école sont reconnues par
l'utilisation d'une lentille culturelle plus appropriée. L'une des études a notamment mis
l'accent sur les effets à long terme de ces difficultés plus tard dans la scolarisation et
constaté qu'une approche plus inclusive au plan culturel favorisait l'amélioration du
rendement scolaire. Pour illustrer ce point, Glynn, Berryman, Loader et Cavanaugh
(2005) décrivent une initiative communautaire réussie de traitement des problèmes de
littératie chez des locuteurs maîtrisant la langue maorie mais abordant le secondaire avec
un retard important en matière de lecture et d'écriture. Un programme de dix semaines a
été conçu, incluant une affirmation des valeurs et des pratiques culturelles locales. Ce
programme spécialisé pour la maison et l'école fait maintenant partie de la formation
scolaire régulière.

Deux décennies plus tôt, aux États-Unis, Harris (1985) s'était prononcé en faveur
d'une approche culturellement sensible en matière d'instruments des services
d'orthophonie et plus précisément de la conception, de l'administration et de
l'interprétation d'outils adaptés aux normes locales. Ce type de développement d'outils
adaptés au lieu d'utilisation a pris différentes formes dans les milieux autochtones en
Nouvelle-Zélande. Maclagan, King et Gillon (2008), par exemple, décrivent la
conception d'un outil d'évaluation par le centre de ressources en éducation Poutama
Pounamu en Nouvelle-Zélande. Conçu en fonction des locuteurs maoris, le test Ki Tere
Tonu (« Soyez rapide ») comprend un volet dans lequel le participant doit nommer
rapidement des tâches, une tâche de narration orale à partir de séquences photographiques
portant sur des d'expériences communes de l'enfance et une tâche de narration
personnelle à partir de photos. Un court extrait de l'enfant parlant maori est aussi
recueilli.

États-Unis

L'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) a été la première
association professionnelle nationale d'orthophonie et d'audiologie à mettre en place un
groupe de travail sur les Autochtones. Créé lors de la Convention de Détroit en 1986 en
tant que regroupement multiculturel, le caucus amérindien offrait un cadre permettant

d'aborder les questions relatives à la clientèle amérindienne et autochtone de l'Alaska. Le travail du caucus est aujourd'hui coordonné par un bureau de direction formé de six membres (M. Nahwegahbow, communication personnelle, 21 juin 2010). Les rencontres tenues annuellement durant les congrès de l'ASHA sont décrites comme des expériences enrichissantes et habilitantes pour les Amérindiens (R. Friedlander, communication personnelle, 4 juin 2010).

Plus précisément, le caucus amérindien a permis à la population amérindienne d'avoir accès à des services appropriés grâce au partage de pratiques respectueuses et pertinentes; à une meilleure compréhension de la culture par les fournisseurs de services; au soutien apporté aux personnes d'origine amérindienne et autochtone de l'Alaska intéressées par une carrière en orthophonie ou en audiologie; à la promotion des occasions de leadership et d'administration des services d'orthophonie et d'audiologie destinés aux Autochtones (WSU, s.d.; ASHA, 2010).

Aux États-Unis, le leadership professionnel et universitaire est en phase. La déclaration de l'ASHA sur les pratiques de recrutement, de maintien de l'effectif et de transition de carrière à l'intention des étudiants provenant des groupes minoritaires souligne le rôle de l'engagement envers la diversité de l'effectif dans l'ensemble du système et l'importance de mettre en place des points d'accès et de transition afin d'améliorer la participation des minorités à l'effectif professionnel (ASHA, 2010). Les principes mis de l'avant par le caucus amérindien visant à engager activement, encourager et habilitier les orthophonistes et les audiologistes d'origine amérindienne et autochtone de l'Alaska ont été intégrés aux programmes universitaires.

Au début des années 1980, le Bureau des programmes d'éducation spécialisée de la Division de la préparation du personnel du Département de l'éducation des États-Unis a accordé une aide financière pour la promotion de la participation autochtone dans les professions liées à la parole, au langage et à l'audition. C'est l'Université de l'Arizona qui a mis en place le premier de ces programmes, l'American Indian Professional Training in Speech Language Pathology et Audiology Project. Les autres programmes similaires comprennent Diné Special Education Personnel Preparation Project, qui forme des étudiants navajos comme diagnosticiens en éducation et orthophonistes, et l'Inservice Training for Native American Paraprofessionals in Communication Disorders, qui assure

la formation du personnel paraprofessionnel du Navajo Child Development Program; le programme, qui visait initialement la formation d'assistants d'enseignement, a évolué pour englober le personnel des services sociaux et de la santé communautaire (Gajar, 1985).

L'Université Washington State offre depuis plus de 20 ans des programmes conçus pour recruter, maintenir aux études et diplômer des étudiants amérindiens qui se préparent à une carrière en orthophonie ou en audiologie (Inglebret, 2005). Selon Inglebret, ce programme se caractérise par ses liens avec le leadership local et régional. Elle décrit le processus de signature de protocoles d'entente entre les plus hautes instances de l'université et les leaders tribaux ainsi que les résultats et les liens positifs qui en découlent. En moyenne, les programmes de premier cycle et d'études avancées de l'Université Washington State recrutent deux ou trois candidats autochtones chaque année. Les subventions du Département de l'éducation des États-Unis qui finançaient les programmes d'assistants d'enseignement et de dispense totale ou partielle des frais de scolarité et certaines bourses ont expiré. À l'heure actuelle, le programme offre trois bourses d'études (E. Inglebret, communication personnelle, 18 juin 2010).

L'Université Northern Arizona et l'Université du Kansas exercent un leadership en matière de recrutement d'étudiants autochtones dans les programmes liés aux troubles du langage, de la parole et de l'audition (E. Inglebret, communication personnelle, 18 juin 2010). Les étudiants amérindiens comptent pour 10 % de l'ensemble des étudiants inscrits aux programmes de premier cycle offerts au campus de Flagstaff de l'Université Northern Arizona. L'Université du Kansas, en partenariat avec le Département de l'éducation des États-Unis, a créé un programme d'orthophonie destiné aux Amérindiens et aux Autochtones de l'Alaska. Les quatre objectifs du programme sont le recrutement, les expériences scolaires et pratiques mettant l'accent sur les enfants autochtones, les expériences de collaboration interdisciplinaire et les activités s'adressant aux diplômés qui entrent sur le marché du travail. Le programme tient également compte des réalités socioéconomiques en offrant des prêts que les étudiants peuvent rembourser en argent ou en travaillant comme orthophonistes ou audiologistes en milieu amérindien (Frome Lobe, Banks et Cuny, 2007; Université du Kansas, 2010).

La para professionnalisation de la pratique est une stratégie utilisée depuis longtemps dans les milieux autochtones éloignés et mal servis aux États-Unis. Boles et al. (2008), par exemple, décrivent comment l'échec des tentatives pour recruter un nombre suffisant d'orthophonistes en Samoa américaine a conduit à la certification de 15 enseignants samoans en orthophonie et motivé l'établissement d'un partenariat en orthophonie avec l'Université d'État de la Californie.

Au Center for International Rehabilitation Research Information et Exchange, Lubinski et Matteliano (2008) abordent les enjeux liés à la compétence dans le programme d'orthophonie et positionnent la sécurité culturelle dans le cadre de la formation professionnelle. L'un des changements qu'ils prévoient dans les programmes de formation est une exposition pratique aux populations multiculturelles pour les étudiants en orthophonie, incluant le programme de dépistage Head Start et la prestation de services appropriée pour les populations amérindiennes.

L'information est limitée en ce qui concerne les caractéristiques linguistiques des enfants d'origine amérindienne ou autochtone de l'Alaska (McCarty, 2008; Inglebret, communication personnelle, 18 juin 2010). De plus en plus d'études aux États-Unis concluent à la nécessité de mieux connaître le développement du langage chez les enfants amérindiens; ces discussions tendent à démontrer que le cheminement du développement varie selon les cultures (Bayles et Harris, 1982; Kay Raining-Bird et Vetter, 1994; Lindstedt, 2000; Inglebret, Eagle et CHiXapkaïd (Pavel), 2007; Inglebret, Jones et Pavel, 2008).

Une étude relativement récente aux États-Unis se penche sur l'utilisation d'une batterie de tâches pour l'évaluation des variations du langage chez les jeunes enfants. Sept dossiers sont examinés (enfants de 4 à 9 ans) à l'aide de différents tests, qui constituent éventuellement une approche d'évaluation publiée : les évaluations DELV (évaluation diagnostique des variations du langage), l'outil de dépistage DELV, les éditions DELV basées sur des critères et sur des normes, et l'édition DELV. Les auteurs concluent que les variations de langage chez l'enfant peuvent être expliquées par les modèles de développements typiques, les modèles dialectaux reflétant l'appartenance à une communauté culturelle et linguistique et, dans certains cas, des modèles indicateurs d'un développement lent, retardé ou désordonné (Pearson et Ciolli, 2004). Plus tôt, l'examen

des variables culturelles dans le contexte des services aux Autochtones effectué par Robinson-Zanartu (1996) avait mis en lumière des modèles de communication distinctifs, comme l'utilisation du silence, et recommandé le recours à des méthodes dynamiques et à des approches systémiques pour améliorer la compréhension par le fournisseur de services. De la même façon, après avoir appliqué l'évaluation dynamique dans une garderie accueillant des enfants arapahos/shoshones, Ukrainetz, Harpell, Walsh et Coyle (2000) ont été en mesure de reconnaître ceux qui manifesteraient des difficultés ou de la facilité dans l'apprentissage linguistique. Ils ont conclu que l'évaluation dynamique offrait beaucoup de potentiel comme approche d'évaluation linguistique permettant de faire la distinction entre les troubles du langage et les différences linguistiques chez ces enfants.

Peter et Hirata-Edds (2006) traitent de l'utilisation de l'information normative locale dans le développement de l'approche C-PILA (Cherokee Preschool Immersion Language Assessment). Appliquant l'expertise du Cherokee Nation Cultural Resource Center, les chercheurs ont conçu un outil permettant de fournir aux enseignants de l'information sur les besoins linguistiques des apprenants et d'éclairer l'enseignement. Les éléments utilisés dans les tests, choisis dans le vocabulaire et les expressions régulièrement utilisés en classe, visaient à mesurer la compétence de communication en cherokee. Des ateliers ont été offerts pour permettre aux enseignants d'apprendre les stratégies d'échantillonnage en langue cherokee.

Récemment, Pedersen et Vining (2009) ont décrit le rôle des normes locales et culturelles dans l'élaboration des programmes pour la famille et les jeunes enfants au sein d'une population autochtone diversifiée (Pueblo, Navajo et Apache) et répartie dans l'État du Nouveau-Mexique. Ils notent que cette approche de l'intervention précoce permet aux communautés autochtones de guider et d'examiner le dépistage et l'évaluation précoces d'une façon appropriée à leur culture. Ils indiquent que le modèle positionne les services d'orthophonie dans le contexte d'une philosophie centrée sur la famille et d'une prestation culturellement compétente des services.

Les récits personnels sur la prestation des services décrivent les succès et créent des ponts vers les approches systémiques de la prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants amérindiens. Susan Pavel, par exemple,

documente les efforts des membres des familles et des cliniciens pour combler les lacunes du système pour son fils sourd. Kaid'dub, selon sa mère, était destiné à devenir un leader au sein du peuple Skokomish de l'État de Washington. À l'âge de 2 ans, il a cependant reçu un diagnostic de surdité bilatérale grave à profonde. Au plan systémique, l'absence d'un programme de dépistage auditif des nouveau-nés a retardé le dépistage du déficit auditif de Kaid'dub, ce qui lui a coûté « un temps crucial d'apprentissage du langage ». Sur le plan des programmes, aucun service n'était disponible dans la communauté rurale/éloignée de la famille; la situation a cependant changé lorsque la famille est entrée en contact avec un enseignant pour les sourds au Seattle's Children's Hospital, qui faisait le trajet de 320 kilomètres aller-retour chaque semaine pour apporter son aide. La famille a élargi ce lien au conseil scolaire et au programme Head Start pour créer la première équipe d'éducation des sourds dans la région (Pavel, 2008).

Cette approche en étoile est appliquée avec succès aux États-Unis comme réponse programmatique aux difficultés de développement parmi les populations à haut risque. Par exemple, les partenaires des cliniques tribales de l'IHS (Indian Health Service) ont adopté une approche en étoile basée sur la littératie pour le développement précoce du langage chez l'enfant. L'IHS estime que l'IHS et les cliniques tribales offrent des services à 75 % des enfants amérindiens et autochtones de l'Alaska (Klass, 2009). Par conséquent, en 2007, l'IHS a uni ses efforts à ceux de l'American Association of Pediatricians pour offrir les programmes Reach Out and Read dans ses cliniques et dans les cliniques tribales. Dans ce modèle, des bénévoles font la lecture aux enfants dans les salles d'attente, des livres appropriés à l'âge des enfants leur sont distribués sans frais et le personnel des cliniques renforce les principes de pré-alphabétisation et d'apprentissage précoce du langage avec les parents pendant les rendez-vous. À ce jour, le programme Reach Out and Read a été mise en place dans 176 établissements et touche une population estimée à 49 000 enfants de six mois à cinq ans (Klass, 2009; American Association of Pediatrics, 2010).

À l'échelle de la communauté, les praticiens réussissent à arrimer leur pratique avec les membres et les traditions de la communauté. Rhonda Friedlander, orthophoniste membre de la nation Flathead du Montana, souligne l'importance d'établir des liens avec les aînés et les traditions pour comprendre les enjeux contemporains et créer des solutions

locales signifiantes. Friedlander souligne l'importance d'inclure dans les pratiques d'orthophonie « les traditions, la culture et les langues autochtones propres aux personnes avec qui nous travaillons » (Friedlander, communication personnelle, 4 juin 2010).

Les liens avec les traditions et les histoires de la communauté sont au centre des travaux menés par Inglebret avec les étudiants de l'Université Washington State. Dans le cadre du programme d'enrichissement de la langue (OLE!), par exemple, les étudiants créent du matériel d'intervention à partir d'éléments provenant du contexte culturel des enfants skokomish. La lecture de ces histoires augmenter de façon notable la perception des sons du langage chez les enfants amérindiens qui portent une prothèse auditive, un aide auditif ou un implant cochléaire. Ce matériel a été particulièrement bien accueilli et reconnu par les enseignants autochtones pour sa capacité à « intégrer la culture dans le processus thérapeutique » (Inglebret, Eagle et CHiXapKaid, 2007 et E. Inglebret, communication personnelle, 18 juin 2010). De la même façon, Frome Loeb et Burns Daniels (2007) ont mis à l'essai les contes culturels auprès d'enfants amérindiens à risque (milieu socioéconomique défavorisé). À l'aide de contes comme *Jingle Dancer*, *First Strawberries* et *Grandmother's Dreamcatcher*, ils ont démontré que lorsque ces contes sont utilisés en combinaison avec des activités ciblées, les enfants en situation de groupe apprenaient facilement de nouveaux mots. Les activités de vocabulaire portaient sur l'écoute de mots durant la lecture du conte, l'accent sur un mot par jour pour chaque mot-cible, deux activités sémantiques de 30 minutes pour chaque mot, l'accent sur les trois mots le quatrième jour et une révision « au choix de l'enfant » le cinquième jour. Les auteurs ont conclu que la formation riche dans une approche d'intervention langagière basée sur la littérature culturellement pertinente était une méthode efficace pour aider les enfants amérindiens à risque à ajouter de nouveaux mots à leur vocabulaire.

CONCLUSION

L'analyse documentaire et l'entrevue des informateurs clés résumées aux présentes dressent un portrait général de l'état actuel des besoins en matière d'orthophonie et d'audiologie et de la prestation de services aux jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations du Canada, par rapport aux enfants indigènes d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis. Au sein de

contextes variés et multi-facettaires géographiques, historiques, socioéconomiques, politiques, culturels et linguistiques, la capacité à réagir efficacement au besoin élevé de prestation de service est mise à mal. Particulièrement, l'emplacement, la coordination de services et la conformité des services aux cultures et aux collectivités représentent la gamme d'obstacles à un service efficace pour la plupart des populations indigènes. Les principaux besoins liés aux obstacles sont le perfectionnement de la main-d'œuvre professionnelle, l'augmentation des modèles en matière de prestation de services, d'autres approches de dépistage et d'évaluation, de meilleurs programmes universels fondés sur les forces, et le développement de la capacité au sein des collectivités.

Certains besoins sont reconnus dans un répertoire de plus en plus important des pratiques actuelles au Canada et à l'étranger. Les efforts pour mieux préparer les professionnels à travailler auprès des enfants inuits, métis et des Premières nations, comme le nouveau cours d'orthophonie/audiologie culturelle autochtone à l'Université de Colombie-Britannique, sont en croissance. De plus, la prestation de services se divise pour ajouter des approches efficaces à long terme comme l'utilisation de télésanté, sans toutefois ses difficultés. Sans exception, le besoin de nouvelles approches de triage et d'évaluation est criant; au niveau pratique toutefois, très peu de matériel peut être utilisé. Les informateurs clés étaient invariablement enthousiasmés par des programmes comme Moe the Mouse^{MC} et d'autre matériel créé à l'échelon local qui incorporent les traditions culturelles et linguistiques aux efforts d'intervention en orthophonie et en audiologie. Et à l'échelle communautaire, davantage d'Autochtones se tournent vers les professions de personnel de soutien par exemple, mais négligent les orthophonistes et les audiologistes.

Recommandations

Compte tenu du profil démographique, géographique et culturel varié et très étendu des Métis, des Inuits et des Premières nations, les recommandations suivantes concernant de meilleurs services d'orthophonie et d'audiologie reflètent les approches fondées sur les forces qui visent à s'appuyer sur le développement de la capacité communautaire et qui respectent les comportements et traditions culturels et linguistiques locaux. Les douze recommandations suivantes découlent de l'analyse documentaire et des entrevues avec les informateurs clés. Les recommandations sont regroupées trois thèmes : la recherche, les options de prestation de services, et le perfectionnement.

Recherche

Ces recommandations abordent des manquements et des incohérences dans la connaissance de la meilleure façon d'offrir des services efficaces aux enfants métis, inuits et des Premières nations. Particulièrement, la fiabilité des données actuelles de prévalence en orthophonie et en audiologie est remise en question et peut sous-représenter ou sur-représenter des strates de la population à cause d'incompréhensions linguistiques. Nous remarquons particulièrement l'absence de données concernant les Métis.

1. Les renseignements du présent rapport sur l'état de la prestation de services, les obstacles et les méthodes actuelles trouvés dans la documentation et fournis par les informateurs clés devraient être étudiés davantage pour représenter l'opinion des Inuits, des Métis et des Premières nations.
2. L'inégalité des données actuelles et historiques en matière de prévalence d'orthophonie et d'audiologie doit être résolue de façon méthodique et exhaustive; des balises culturelles et linguistiques doivent être fixées.
3. La question d'outils adéquats de dépistage et d'évaluation est une priorité. Étant donné la portée de différents profils linguistiques dans l'ensemble du pays et au sein des communautés, il faudrait d'abord penser à encourager l'adaptation d'outils, l'usage de méthodes narratives et dynamiques, et l'élaboration d'un processus pratique d'obtention de normes locales, un processus qui fait appel à la

communauté locale et qui correspond à la nature variée et holistique des Métis, des Inuits et des Premières nations.

4. Une évaluation de l'efficacité et de l'efficacité des pratiques courantes recensées afin de déterminer ce qui a profité aux membres de la communauté, aux praticiens et aux décideurs.

Options de prestation de services

L'amélioration de l'accès aux services d'orthophonie et d'audiologie dans les communautés rurales et éloignées est un défi qui exige des solutions souples, créatives et durables, y compris une aide financière plus importante pour augmenter le nombre de professionnels et le personnel de soutien en général. En ce qui a trait au service actuel, il faut une souplesse soutenue par l'organisme dans les modèles actuels de services grand public pour répondre aux besoins particuliers de chaque communauté.

5. D'autres options de prestation de services doivent être étudiées en profondeur et leur utilité doit être évaluée. À l'aide de télésanté et en créant davantage de relations officielles avec les sites d'intervention précoce communautaires, comme les garderies, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et les cliniques locales s'avèrent des possibilités prometteuses.
6. En préparation à la prestation continue de services dans une communauté, il est important d'étudier d'abord les besoins de la communauté afin de trouver un équilibre approprié entre le service direct et l'augmentation de la capacité collective. Il est conseillé de prendre le temps d'établir un parcours régi par la communauté.
7. Les orthophonistes et les audiologistes doivent être encouragés et soutenus dans leurs efforts de collaboration avec la communauté pour cultiver leur conscience culturelle, pour échanger davantage de connaissances de façon moins formelle et pour tisser des liens culturels avec les enfants, les familles et les communautés qu'ils servent.
8. Davantage de connexions interprofessionnelles doivent être établies et entretenues dans les domaines de la santé, de l'éducation, des services sociaux, de la culture et autres soutiens communautaires, entraînant une augmentation de la connaissance

et de la compréhension pour mieux comprendre et soutenir, s'il y a lieu, les besoins des enfants inuits, métis et des Premières nations.

Perfectionnement professionnel

Le recrutement de candidats inuits, métis et des Premières nations dans la profession, et une meilleure préparation de tous les orthophonistes, des audiologistes et des membres du personnel de soutien actuels et futurs à travailler dans un contexte linguistique et culturel varié reflètent une avenue positive pour la profession.

9. Les efforts actifs de recrutement et le soutien des candidats orthophonistes et audiologistes qui sont également de descendance inuite, métisse ou des Premières nations doivent être amplifiés.
10. Des avenues plus ouvertes et accessibles doivent être envisagées et mises en œuvre pour que les professionnels et le personnel de soutien qui offrent des services aux populations inuites, métisses et des Premières nations tiennent des discussions ouvertes et échangent des ressources.
11. Le personnel actuel et futur en orthophonie, en audiologie et le personnel de soutien doit être respectueux et tenir compte des perspectives autochtones de la santé, de la guérison et de l'apprentissage dans leur formation officielle, dans leurs activités de perfectionnement et dans leurs interactions avec les guérisseurs communautaires et les membres de la famille.
12. Il faut créer des occasions de formation et de perfectionnement professionnel qui traitent des problèmes de pratique de l'orthophonie et de l'audiologie auprès des Inuits, des Métis et des Premières nations, et donner une occasion au personnel de prestation de services communautaires de formuler ses inquiétudes, ses priorités et ses solutions.

Les habiletés en orthophonie et en audiologie sont des aptitudes de communication essentielles au développement humain. Les familles peuvent être assurées que les habiletés d'orthophonie et d'écoute de leurs enfants se développent normalement en fonction de leur environnement communautaire. Chez certains enfants, les capacités de communication peuvent être compromises, peu importe les expériences linguistiques ou culturelles. Le fait de savoir

quand régler ces questions et, au besoin, d'obtenir des services d'orthophonie et d'audiologie, doit être une première étape facile et rapide à franchir dans le processus d'obtention d'aide à communiquer et à entendre. Le présent rapport-sommaire souligne la valeur des services et du matériel culturellement et linguistiquement appropriés, et qui sont ouverts aux perspectives alternatives de bien-être selon lesquelles l'enfant est soutenu par une approche plus générale, axée sur les forces, au sein d'une communauté plus générale.

BIBLIOGRAPHIE

Canada

- Aboriginal Infant Development Program. (2010). *Aboriginal infant development programs of BC*. Retrieved from <http://www.aidp.bc.ca/>
- Aboriginal Children's Survey [ACS]. (2006). *Inuit health and social conditions*. Retrieved from <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/...2008/.../89-637-x2008001-eng.pdf>
- Ajjunnginiq Centre. (2007). *Backgrounder on World Suicide Prevention Day*. Retrieved from www.naho.ca/inuit/english/.../SuicideBackgrounder_000.pdf
- Alberta. (2005). *Alberta Children and Youth Initiative: Towards sustainable speech-language services for Alberta's children and youth: A review of speech-language services in Alberta – final report for the Deputy Ministers*. Retrieved from http://www.child.alberta.ca/home/documents/youthprograms/Speech-Language_Final_Report1.pdf
- Assembly of First Nations. (2005). *First Nations Housing Action Plan*. Ottawa, ON. Retrieved from www.afn.ca/cmslib/general/Housing-Action-Plan.pdf
- Assembly of First Nations. (2007). *Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*. (Rev. 2nd ed.) Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.rhs-ers.ca/english/phase1.asp>
- Ayukawa, H., Bélanger, R., & Rochette, L. (2007). *Hearing loss and dental health. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How are we?* Quebec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS). Retrieved from <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/nunavik.asp>
- Ayukawa, H., Bruneau, S., Proulx, J.F., Macarthur, J., & Baxter, J. (2004). Otitis media and hearing loss among 12–16 year old Inuit of Inukjuak, Quebec, Canada. *Circumpolar Health*, 63(Suppl 2), 312–314.
- Ayukawa, H., Lejeune, P., & Proulx, J.F. (2003). Hearing screening outcomes in Inuit children in Nunavik, Quebec, Canada. *Circumpolar Health*, 63(Suppl 2), 309–311.
- Ball, J. (2008). Promoting equity and dignity for Aboriginal children in Canada. *Institute for Research on Public Policy (IRPP) Choices*, 14(7).
- Ball, J. (2009). Supporting young Indigenous children's language development in Canada: A review of research on needs and promising practices. *Canadian Modern Language Review*, 66(1), 19–47.
- Ball J. (2010). Cultural safety in practice with children, families and communities. *Proceedings of the Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA) Conference, May 19–22, 2010*. Whitehorse, YT.
- Ball, J., & Bernhardt, B.M. (2008). First Nations English dialects in Canada: Implications for speech-language pathology. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22, 570–588.
- Ball, J., & Lewis, M. (2005). First Nations elders' and parents' views on supporting young children's language development. *Proceedings of the Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists Conference, May 6, 2010*. Regina, SK. Retrieved from www.ecdip.org/reports

- Ball, J. & Lewis, M. (2005a). Talking points: What can speech-language partners contribute to Aboriginal early childhood development? *Research Connections Canada: Supporting Children and Families*, 12, 21–40.
- Baxter, J.D., Julien, G., Tewfik, T.L., Ilecki, H.J., & Crago, M. (1986). Observations on the prevalence of ear disease in the Inuit and Cree Indian school population of Kuujjuaraapik. *The Journal of Otolaryngology*, 15(1), 25–30.
- BC Aboriginal Child Care Society. (2010). *Moe-the-Mouse*. Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/moe-the-mouse-TM.html
- BCASLPA. (2010). *S-LP Private Practice Fee Guidelines Committee final report*. Vancouver, BC: British Columbia Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists.
- Bernhardt, M. B. (2009). *Progress report: TLEF grant to school of audiology and speech sciences 2009*. Vancouver, BC: UBC School of Speech Sciences and Audiology.
- Birch, J. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary school children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(4) 178–185.
- Bowd, A. (2002). *Otitis media: Its health, social and educational consequences particularly for Canadian Inuit, Métis and First Nations children and adolescents*. Learning and Communication Task Force, Lakehead University. Centre of Excellence for Children and Adolescent with Special Needs. Retrieved from <http://www.coespecialneeds.ca/?display=page&pid=11&mn=14>
- Bowd, A. (2005). Otitis media: Health and social consequences for Aboriginal youth in Canada's north. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1), 5–15.
- British Columbia. (2007). Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation. *Government standard for Aboriginal administrative data, version 1*. Victoria, BC. Retrieved from http://www.cio.gov.bc.ca/local/cio/standards/documents/standards/aboriginal_administrative_data_standards.pdf
- British Columbia. (2009). Ministry of Child and Family Development. *New community-based resources highlight the strength of Aboriginal teachings as the foundation for early childhood development*. Success By Six newsletter, February 12, 2009. Retrieved from www.fphlcc.ca/downloads/success-by-six.pdf
- Canada. (2003). Early childhood development activities and expenditures: Baseline report 2002–2003 multilateral framework on early learning and child care. Ottawa: ON. Retrieved from: http://www.socialunion.gc.ca/ecd/2003/report1_e/te.html
- Canada. (2008). *Bill C-239: The First Nations Children's Health Protection Act*. Ottawa, ON: House of Commons.
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2008). *Highlights of the 2008 salary survey*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.caslpa.ca>
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2010). Draft findings of the survey of speech-language pathologists/audiologists on speech-language and hearing services for First Nations, Inuit and Métis children. Ottawa: ON.
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2010). Position paper on universal newborn hearing screening in Canada. Retrieved from http://www.caslpa.ca/PDF/position%20papers/Universal_Newborn_Hearing_Screening_Position_Paper_2010.pdf

- Canadian Institute for Health Information. (2007). *Health personnel professional profiles*. Ottawa, ON. Retrieved from http://www.caslpa.ca/PDF/CIHI_breakdown_province_2006.pdf
- Cappon, P. (2008). *Measuring success in First Nations, Inuit, and Métis learning. Policy options*. Ottawa, ON: Canadian Council on Learning. Retrieved from <http://www.ccl-cca.ca>
- Chandler, J.J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191–219.
- Clark, M., Riben P., & Nowgesic, E. (2002). The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations Communities. *International Journal of Epidemiology*, 31, 940–945.
- Closson T. (2005). *The integrated service plan for Northwestern Ontario, report of the Special Advisor. MOHLTC*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/closson05/closson05.html
- Commission on the Future of Health Care in Canada. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Retrieved from <http://publications.gc.ca/pub?id=237274&sl=0>
- Crago, M. (1990). Development of communicative competence in Inuit children: Implications for speech-language pathology. *Communication Disorders Quarterly*, 13, 73.
- Crago, M., & Westernoff, F. (1997). Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists position paper on speech-language pathology and audiology in the multi-cultural, multilingual context. *Journal of Speech and Language Pathology and Audiology*, 21, 35–44.
- Davis, W. (2009). *The wayfinders: Why ancient wisdom matters in the modern world*. Toronto, ON: CBC Massey Lectures.
- Demas, D. (2005). Addressing gaps in services for on reserve First Nations children with disabilities and their families: A service delivery model. Ottawa, ON: Assembly of Manitoba Chiefs and First Nations Education Resource Center.
- Dench, C., Cleave, P., Tagak, J., & Beddard, J. (2010). The development of an Inuktitut and English language screening tool in Nunavut. Manuscript submitted for publication.
- Egeland, G., Pacey A., Zirong C. (2010). Food insecurity among Inuit pre-schoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007–2008. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 243–248.
- Ennis, J., & Clarke-Shippam, N. (2004). Hearing the scoop on the north. *HearSay*, 21(2), 5. Retrieved from <http://www.msha.ca/>
- Eriks-Brophy, A., Quittenbaum, J., Anderson, D., & Nelson, T. (2008). Part of the problem or part of the solution? Communication assessments of Aboriginal children residing in remote communities using videoconferencing. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22(8), 589–609.
- First Nations Centre. (2005). *Preliminary findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (Rhs) 2002–03 Children's Survey*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Retrieved from <http://www.rhs-ers.ca>
- First Nations Child and Family Caring Society (FNCFCSC). (2005). *Wen: De – We are coming to the light of day*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.fncfcs.com/jordans-principle/index.php>
- First Nations Child and Family Caring Society. (n.d.). *Jordan's Principle fact sheet*. Retrieved from <http://www.fncfcs.com/jordans-principle/index.php>

- First Nations Education Steering Committee. (n.d.) Jurisdictional agreements. Retrieved from <http://www.fnesc.ca/jurisdiction/>
- First Nations Health Council. (2009). *British Columbia Tri-partite First Nations Health Plan – Year in Review, 2008–2009*. Retrieved from www.fnhc.ca/pdf/Year_in_Review_Report_2009-web.pdf
- First Nations Health Council. (n.d.) First Nations Health Plan timeline of events. Retrieved from http://www.fnhc.ca/pdf/FNHC_TIMELINE_v6.png
- First Nations Leadership Council (FNLC). (2006). *The Transformative Change Accord: First Nations Health Plan*. Retrieved from <http://www.afn.ca/article.asp?id=1586>
- First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. (2008). Regional portrait of the special needs situation for First Nations clientele between the ages of 0–6 years. Wendake: QC. Retrieved from: <http://www.cssspnql.com/eng/petite-enfance/publications.htm>
- First Nations School Association. (n.d.). *Special education*. Retrieved from <http://www.fnsa.ca/specialed.htm>
- Gardener A., & McCrick H. (2010). *A speech-language pathology support personnel pilot project for Aboriginal communities on the West Coast of Vancouver Island*. Retrieved from www.therapybc.ca/pdf/TA_docs/WCVIACSM.pdf
- Gerlach, A. (2008). *Steps in the right direction: connecting & collaborating in early intervention therapy with Aboriginal families & communities in British Columbia*. Vancouver, BC: BC Aboriginal Child Care Society. Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/resources.html
- Gerlach, A., Gray Smith, M., & Schneider, J. (2008). *Initial Aboriginal early years strategic framework*. Victoria, BC: BC Ministry of Children and Family Development. Retrieved from www.littledrum.com/pdf/Initial_Aboriginal_EY_Framework_Outline.pdf
- Gideon, V. (2007). Keynote Address. *Proceedings of the Canadian Health Informatics Association Conference, October 3, 2007, Toronto, ON*. Retrieved from <http://www.cnia.ca/Conference2007/VGideon.html>
- Gideon, V., Nicholas E., Rowlandson J., & Woolner F. (2009). Enabling and accelerating First Nations telehealth development in Canada. *Community Informatics Journal*, 5(2).
- Green, E., Bernhardt, B.M., & Wood, H. (2010). Course development concerning service delivery to Aboriginal people: the student perspective. *Proceedings of the CASLPA Conference, Whitehorse, YT, May, 2010*.
- Guèvremont, A., & Kohen, D. (2007) Inuit children's health: A report using the 2001 Aboriginal Peoples Survey (Children and Youth Component). Statistics Canada, Ottawa. Retrieved from www.statcan.gc.ca/pub/89-627-x/89-627-x2007003-eng.htm
- Guhn M., Gadermann A., Zumbo B. (2007). Does the EDI measure school readiness in the same way across different groups of children? *Early Education and Development*, 18(3), 453–472.
- Hadden-Jokiell, P. (2008). *Program description* [Slide presentation]. Ottawa, ON: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch. Retrieved from www.fnhealthmanagers.ca/.../How%20FNIHB%20Works%20-%20Hadden-Jokiell%20EN.pdf
- Health Canada. (2001). Certain circumstances: Issues in equality and responsiveness in access to health care in Canada. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/part1-doc1-sec2-eng.php>

- Health Canada. (2004). *Aboriginal Head Start: program overview*. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/ahs_overview-eng.php
- Health Canada (2005). *Aboriginal Head Start on Reserve Program 2003–2004 progress report*. Ottawa, ON: Children and Youth Cluster, First Nations and Inuit Health Branch.
- Health Canada. (2006). *Brighter futures and building healthy communities evaluation summary*. Ottawa: ON. Retrieved from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/mental/2006-sum-rpt/index-eng.php>
- Health Canada. (2007). *FNIHCC program: environmental scan of the unmet home care needs of First Nations and Inuit children and youth*. Retrieved from <http://www.rhs-ers.ca>
- Health Canada. (2009a). *Non-insured health benefits program annual report*. Ottawa, ON: First Nations and Inuit Health Branch. Non-Insured Health Benefits Directorate. Retrieved from http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2009/sc-hc/H33-1-2-2008E.pdf
- Health Canada. (2009b). *Performance Report 2004–2005 to 2006–2007*. Ottawa, ON: Children and Youth Cluster, First Nations and Inuit Health Branch.
- Health Canada. (2009c). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada: Determinants of health, 1999 to 2003*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/index-eng.php>
- Health Canada. (2010). *Cluster evaluation: final evaluation report*. Ottawa, ON: Children and Youth Cluster, First Nations and Inuit Health Branch.
- Heritz, J. (2010). Urban Aboriginal peoples in Canada: beyond statistics. *Proceedings of the Canadian Political Science Association, Conference, June 1-3, 2010*. Montréal, QC. Retrieved from www.cpsa-acsp.ca/papers-2010/Heritz.pdf
- Indian and Northern Affairs Canada. (2006). *Fact sheet: 2006 census Aboriginal demographics*. Retrieved from <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/cad-eng.asp>
- Indian and Northern Affairs Canada and Health Canada. (2007). Joint Statement on Jordan's Principle by the Ministers of Health and Indian and Northern Affairs, 12 December 2007. Retrieved from: <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2007/2-2981-eng.asp>
- Indian and Northern Affairs Canada. (n.d.) SEP Website: Retrieved from: <http://www.ainc-inac.gc.ca/edu/ep/sep-eng.asp>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2007). *Alianait Inuit mental wellness action plan*. Retrieved from http://www.itk.ca/sites/default/files/alainait_action_plan_english.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2010). *Inuit speak of frustration, hope at national early-childhood education gathering*. Retrieved from <http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-speak-frustration-hope-national-early-childhood-education-gathering>
- Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *American Academy of Pediatrics*, 120, 898–921. Retrieved November 1, 2010 from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/extract/120/4/898>
- King, E. (2009). *A training curriculum for early childhood educators in the Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities program working with Aboriginal children with special needs*. Centre of Excellence for Children & Adolescents with Special Needs. Thunder Bay, ON. Retrieved from www.coespecialneeds.ca

- Kramer, K., Mallett, P., Schneider, P., & Hayward, D. (2009). Dynamic assessment of narratives with grade 3 children in a First Nations community. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 33(3), 119–128.
- Langan, L., Sockalingham, R., Caissie, R., & Corsten, G. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary school children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(4), 178–185.
- Lavallee, T. (2005). Honouring Jordan: putting First Nations children first and funding fights second. *Paediatric Child Health*, 10(9), 527–529.
- Lavoie, J., & Williams, D. (2009). Managing changes in First Nations' health care needs: Is telehealth the answer? *Journal of Community Informatics*, 5(2). Retrieved from: <http://www.ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/368/445>
- Leitch, K. (2007). *Reaching for the top: A report by the Advisor on Healthy Children and Youth*. Ottawa, ON: Health Canada. Retrieved from www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-eng.php
- Loppie Reading, C., & Wien F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Prince George, BC. Retrieved from http://www.nccah-ccnsa.ca/40/Social_Determinants.nccah
- Luffman, J., & Sussman, D. (2007). *Perspectives on labour and income. The Aboriginal labour force in Western Canada*. Ottawa, ON: Statistics Canada, 8(1), Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10107/9570-eng.htm>
- Manitoba First Nations Education Resource Centre. (n.d.). *Manitoba First Nations Education Resource Centre Special Education Services*. Retrieved from http://www.mfnecr.org/index.php?option=com_content&task=category§ionid=4&id=10&Itemid=56
- May Street Productions Limited, & Hummingbird Take Two Productions Ltd. (2010). *TIGA TALK!* Victoria, BC: Aboriginal Peoples Television Network (APTN). Retrieved from http://www.maystreet.ca/prjcts_Tiga.html
- Métis Centre, National Aboriginal Health Organization. (2008). *Social determinants of Métis Health*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Retrieved from http://www.naho.ca/metiscentre/english/documents/Research_SocialDeterminantsofHealth.pdf
- Métis National Council. (2010). *The Métis Population in Canada*. Retrieved from <http://www.metisnation.ca>
- Migone, J., & O'Neil J. (2005). Social Capital as a health determinant in First Nations: an exploratory study in three communities. *Journal of Aboriginal Health*, 2(1), 26–33.
- Miller Mifflin, T. (2008). Community therapy assistant (CTA) program. *The Caribou Heard*, 1(6). 7. Retrieved from: http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/northern_medical_unit/pages/caribou_heard.shtml
- Minore, B., & Katt M. (2007). Aboriginal health care in Northern Ontario: Impacts of self-determination and culture. *Choices*, 13(6).
- Moosa, T., & Schurr, S. (2008). Integrating community needs with clinical education opportunities. *Communiqué*, 32(2), 9.
- National Aboriginal Health Organization. (2003). *Aboriginal health human resources: A pillar for the Future*. Retrieved from www.naho.ca/english/pdf/pillar_for_future.pdf

- Nunavut. (2005). *Inuit Qaujimajatuqangit education framework for Nunavut curriculum development*. Iqaluit, NU: Department of Education.
- O'Donnell, S., Molyneaux, H., Gorman, E., Milliken, M., Chong, G.C., Oakley, K., & Maitland, J. (2010). *Literature review of information and communication technologies to support health and wellness in remote and rural First Nations communities*. Fredericton, NB: National Research Council.
- Peltier, S. (2009). First Nations English dialects in young children: assessment issues and supportive interventions. *Encyclopedia of Language and Literacy Development*. London, ON: Canadian Language and Literacy Research Network. Retrieved from <http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=276>
- Peltier, S. (2010). Providing culturally and linguistically relevant speech language pathology services in First Nations. *Proceedings of the Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA) Conference, May 19-22, 2010*. Whitehorse, YT.
- Peltier, S. (2010a). Valuing children's storytelling from an Anishinaabe orality perspective. [M. Ed. thesis.] North Bay, ON: Nipissing University. Retrieved from <http://www.collectionscanada.gc.ca/index-e.html>
- Public Health Agency of Canada. (2008). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2008*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/Aboriginal-autochtones-eng.php>
- Public Health Agency of Canada. (2010). Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-eng.php> and http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/ahs_main-eng.php
- Public Health Agency of Canada. (n.d.). Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities website. Retrieved from: http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/ahs_main-eng.php
- Public Health Agency of Canada. (n.d.) Community Action Program for Children (CAPC) program evaluation. Retrieved from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/comm-eval/index-eng.php>; on-line project search tool at: [http://capc-pace.phac-aspc.gc.ca/results-resultats-eng.php?category\[\]=ABORG&province=&btnSubmit=Search](http://capc-pace.phac-aspc.gc.ca/results-resultats-eng.php?category[]=ABORG&province=&btnSubmit=Search)
- Reading, J., Kmetz, A., & Gideon, V. (2007). *First Nations wholistic policy & planning model: Discussion paper for the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, ON: Assembly of First Nations (AFN). Retrieved from http://www.afn.ca/cmslib/general/07-05-28_AFN_Paper_to_WHO_Commission_on_Social_Determinants
- ResearchNet. (2009). Canadian Institute of Health Research. *Team grant: Vision, hearing and communication disorders*. Retrieved from: <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/vwOpprtntyDtls.do?prog=635&view=search&org=CIHR&type=AND&resultCount=25>
- Roberts, A., & Gerber L. (2003). *Nursing perspectives on public health programming in Nunavut*. Iqaluit, NU: Government of Nunavut. Department of Health and Social Services. Retrieved from http://74.125.155.132/scholar?q=cache:-wzDfuMhTkIJ:scholar.google.com/&hl=en&as_sdt=2000
- Romanow, R. (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Ottawa, ON: Privy Council. Retrieved from <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115024341/www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html>

- Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Chapter 3: Health and Healing* (3). Retrieved from http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071207000711/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/si16_e.html#1.3%20Social%20and%20Emotional%20Health
- Scaldwell, W., & Frame, J. (1985). Prevalence of otitis media in Cree and Ojibway school-children in six Ontario communities. *Journal of American Indian Education*, 25(1).
- Shah, B.R., Gunraj, N., & Hux, J. (2003). Markers of access to and quality primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 93(5), 798–802.
- Siu, C. (2009). Focus on assessing and treating diverse populations (First Nations, ethnic, bilingual): Integrating a culturally sensitive approach in the practice of audiology. *Communiqué*, 23(3), 4–5.
- Statistics Canada. (2006). *Aboriginal identity (8), age groups (8), area of residence (6), sex (3) and selected demographic, cultural, labour force, educational and income characteristics (233), for the total population of Canada, provinces and territories, 2006 census – 20% sample data*. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/subject-sujet/result-resultat.action?pid=10000&id=10008&lang=eng&type=CENSUSTBL&pageNum=1&more=0>
- Statistics Canada. (2007). *Aboriginal children's survey 2006 questionnaire: Speech-language and hearing questions.10 & 16*. Retrieved from http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5108_Q2_V1-eng.pdf
- Statistics Canada. (2008). *Inuit statistical profile*. Retrieved from www.itk.ca/sites/default/files/InuitStatisticalProfile2008_0.pdf
- Statistics Canada. (2009). *Population by sex and age group*. Retrieved from <http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/DEMO10A-eng.htm>
- Statistics Canada. (2010). *Average hourly wages of employees by selected characteristics and profession, unadjusted data, by province (monthly) (Canada)*. Retrieved from <http://www40.statcan.ca/l01/cst01/labr69a-eng.htm>
- Sterzuk, A. (2008). Whose English counts? Indigenous English in Saskatchewan schools. *McGill Journal of Education*, 43(1) 9–19.
- Trumper, R. (2004). *Health status and health needs of Aboriginal children and youth literature review*. Southern Alberta Child & Youth Network. Retrieved from <http://sacyhn.ca/sphider/search.php?query=trumper&x=0&y=0&search=1>
- University of British Columbia. (2010). *School of speech science & audiology course descriptions*. Retrieved from <http://www.courses.audiospeech.ubc.ca/coursedetails.asp?ID=126>
- Vancouver Coastal Health Authority. (2010). *Aboriginal health facts*. Retrieved from <http://Aboriginalhealth.vch.ca/facts.htm>
- Varcoe, C., & Dick, S. (2008). The intersecting risks of violence and HIV for rural Aboriginal women in a neo-colonial Canadian context. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1), 42–52.
- Walker, R. (2008). Social housing and the role of Aboriginal organizations. *Choices* 14(4), 1–18.
- Weitzel, R. (2001). *Development implications for traditional indigenous medicine in the Americas*. Ottawa, ON. Manuscript prepared for the Canadian International Development Agency.
- Young, T.K. (2003). Review of research on Aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs. *British Medical Journal*, 327, 419–422.

Australie

- Access Economics. (2006). *Listen hear! The economic impact and cost of hearing loss in Australia*. Retrieved from <http://www.accesseconomics.com.au/publicationsreports/showreport.php?id=71>
- Alperstein, G., Burke H., & Kennedy, C. on behalf of the Far West Aboriginal Child Development and Well-Being Management Group. (2009). Strategic framework document to improve child development and well-being for Aboriginal Children in the far West. Maari Ma Health Aboriginal Corporation. Retrieved from <http://www.archi.net.au/documents/e-library/awards/Aboriginal-health09/strategic.framework.pdf>
- Australia. (2010). *Hear us: Inquiry into hearing health in Australia*. Canberra, ACT: Senate Community Affairs References Committee. Retrieved from http://www.aph.gov.au/SENATE/COMMITTEE/CLAC_CTTE/hearing_health/report/index.htm
- Australian Resource Centre for Healthcare Innovations. (2009). *Innovation in Aboriginal health: Boomerangs Parenting Program*. Retrieved from <http://www.archi.net.au/e-library/awards/2009-nsw-Aboriginal-awards/boomerangs-parenting>
- Baildon, G., & Bourke, N. (2003). Cross-cultural challenges: Northern Territory Experiences. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 5(1), 28–30.
- Charles Sturt University. (2010). *Speech pathology program*. Retrieved from http://www.csu.edu.au/faculty/educat/teached/staff/mcleod_sharynne.htm
- Gould, J. (2005). Joint assessments for Koori children: Working with Aboriginal people to improve outcomes for Aboriginal English (lingo) speaking children in the speech pathology assessment situation. *Australian Communication Quarterly*, 3, 136–138.
- Gould, J. (2008). Language difference or language disorder: Discourse sampling in speech pathology assessments for Indigenous children. In J. Simpson & G. Wigglesworth (Eds.). *Children's language and multilingualism: Indigenous language use at home and school* (pp. 194–215). New York: Continuum.
- Gould, J. (2008a). Non-standard assessment practices in the evaluation of communication in Australian Aboriginal children. *Clinical linguistics and phonetics*, 22(8), 643–657.
- Gould, J. (2008b). The effects of language assessment policies in speech-language pathology on the educational experiences of Indigenous students. *Current Issues in Language Planning*, 9(3), 299–316.
- Gunasekera, H., Morris, P., Daniels, J., Couzos, S., & Craig, J.C. (2009). Otitis media in Aboriginal children: The discordance between burden of illness and access to services in rural/remote and urban Australia. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 45(7/8), 425–430.
- Hill, D., Leidwinger, L., & Pal, P. (2008). Tackling hearing health in the remote Kimberley region of Western Australia. *Services for Australian Rural and Remote Allied Health*. Retrieved from www.sarrah.org.au/client_images/749902.pdf
- Howard, D. (2007). Intercultural communications and conductive hearing loss. *First Peoples Child & Family Review*, 3(4), 96–105.
- Howard, D., & Hampton, D. (2006). Ear disease and Aboriginal families. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*, 30(3), 9–11.
- Lehmann, D., Weeks, S., Jacoby, P., Elsbury, D., Finucane, J., Stokes, A., Monck, R., & Coates, H. (2008). Absent otoacoustic emissions predict otitis media in young Aboriginal

- children: A birth cohort study in Aboriginal and non-Aboriginal children in an arid zone of Western Australia. *BMC Paediatrics*, 8(32).
- Lew, J., & Hand, L. (2009). Monolingual and bilingual child: Do we think in terms of “two monolingualisms”? *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 11(1), 10–16.
- Moran, D.J., Waterford, J.E., Hollows F., & Jones, D.L. (1979). Ear Disease in rural Australia. *Medical Journal of Australia*, 2(4), 210–212.
- Morris, P.S., Leach, A.J., Silberberg, P., Mellon, G., Wilson, C., Hamilton, E., & Beissbarth J. (2005). Otitis media in young Aboriginal children from remote communities in Northern and Central Australia: a cross-sectional survey. *BMC Pediatrics* 5(27). Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/5/27>
- NACCHO (National Aboriginal Community Controlled Health Organisation). (2006). *Understanding isolation and loneliness in Aboriginal communities*. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au/Indigenous/seww06/presentations/index.cfm>
- NSW Department of Health. (2008). *Evaluation of the Aboriginal otitis media screening program: Final report*. North Sydney, NSW: ARTD Consultants. Retrieved from http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/pdf/otitis_report.pdf
- NSW Department of Health (2008a). The Walgan Tilly Project: Chronic care for Aboriginal people. Retrieved from <http://www.archi.net.au/e-library/delivery/Indigenous/walgan-tilly>
- Nye, A., & Russell, P. (2010). *Aboriginal Can't Hear? Hard to Learn. Greater Southern Area health service final report* [Slide presentation]. Retrieved from <http://www.archi.net.au/documents/e-library/primary/community/cant-hear/Aboriginal.canthear.pdf>
- O'Callaghan, A., McCallister, L., & Wilson, L. (2005). Consumers' proposed solutions to barriers to access of rural & remote speech pathology services. *Advances in Speech-Language Pathology* 7(2), 58–64.
- O'Connor, T.E., Perry C.F., & Lannigan F.J. (2009). Complications of otitis media in Indigenous and non-Indigenous children. *Medical Journal of Australia*, 191(9 Suppl), S60–64.
- Phoenix Consulting. (2009). *Submission to the senate committee: Hearing us - Inquiry into hearing health in Australia*. Item 19. Retrieved from http://www.aph.gov.au/SENATE/COMMITTEE/CLAC_CTTE/hearing_health/report/e01.htm
- Ryan, B., Johnson, A., Strange, A., & Yonovitz, A. (2006). The ‘hearing aid effect’ in Northern Territory Indigenous Australian children as perceived by their peers. *The Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 28(1), 55–74.
- Silburn, S.R., Zubrick, S.R., De Maio, J.A., Shepherd, C., Griffin, J.A., Mitrou, F.G., Dalby, R.B., Hayward, C., & Pearson, G. (2006). *The Western Australian Aboriginal child health survey: Strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities*. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research. Retrieved from <http://espace.lis.curtin.edu.au/archive/00002456/>
- Speech Pathology Association of Australia. (2000). *Fact sheet 2.4: Speech pathologists working in early intervention programs with Aboriginal Australians*. Melbourne, Victoria: Speech Pathology Australia.
- Speech Pathology Association of Australia. (2007). *Working with Aboriginal people in rural and remote northern territory: A resource guide for speech-language pathologists*. Katherine

- Region Aboriginal Health & Related Services (KRAHRS) Allied Health Team. Retrieved from http://spacms.com/library/Working_With_Aboriginal_People_in_Rural_and_Remote_NT.pdf
- Williams, C.J., & Jacobs, A.M. (2009). The impact of otitis media on cognitive and educational outcomes. *Medical Journal of Australia*, 2;191(9 Suppl):S69–72.
- Zabiela, C., Williams, C., & Leitão, S. (2007). Service delivery in rural, remote and regional speech pathology, part 1: Current approaches. *ACQuiring knowledge in speech, language & hearing*, 9 (3) 39–43.
- Zubrick, S.R., Lawrence, D.M., Silburn, S.R., Blair, E., Milroy, H., Wilkes, T., ..., & Doyle, S. (2004). The Western Australian Aboriginal child health survey: The health of Aboriginal children and young people. Perth: Telethon Institute for Child Health Research. Retrieved from http://espace.library.curtin.edu.au:80/R/?func=dbin-jump-full&object_id=116886
- Zubrick, S.R., Silburn, S.R., Lawrence, D.M., Mitrou, F.G., Dalby, R.B., Blair, E.M., ..., & Li, J. (2005). The Western Australian Aboriginal child health survey: The social and emotional wellbeing of Aboriginal children and young people. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research. Retrieved from http://www.ichr.uwa.edu.au/waachs/publications/volume_two.lasso

Nouvelle-Zélande

- Bevan-Brown, C. (2004). *Māori Perspectives of autistic spectrum disorder*. Wellington, WR: New Zealand Ministry of Education. Retrieved from http://www.educationcounts.govt.nz/publications/special_education/5479
- Borell, B., Gregory, A., McCreanor T., Jensen V., & Moewaka Barnes, H. (2009). It's hard at the top but it's a whole lot easier than being at the bottom: The role of privilege in understanding disparities in Aotearoa New Zealand. *Race/Ethnicity*, 3(1) [Autumn], 29–50.
- Gallagher, K. (2008). *An intervention approach to target vocabulary development in Te Reo Māori in Māori immersion settings* (MSLT Thesis). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10092/1879>
- Gallagher, K. (2010). *Draft parameters for the NZSTA Maori and Cultural Development Portfolio*. Wellington, WR: New Zealand Speech Therapy Association. Manuscript prepared for the New Zealand Cultural And Linguistic Diversity Special Interest Group.
- Gallagher, K. (2010a). Working with Māori: A practical guide to implementing Māori models of practice and reporting. *Proceedings of the New Zealand Speech Therapy Association Conference, April 22-23, 2010*. Wellington, WR.
- Glynn, T., Berryman, M., Loader, K., & Cavanaugh, T. (2005). From literacy in Māori to biliteracy in Māori and English: A community and school transition programme. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 8(5), 433–454.
- Lee, T. (2008). SIG: NZ Cultural and Linguistic Diversity. *Communications Matters*, 08–09, 11.
- Maclagan, M., King, J., & Gillon, G. (2008). Māori English. *Clinical Phonetics and Linguistics*, 22(8), 658–670.
- May, S., & Hill, R. (2005). Māori-medium education: Current issues and challenges. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 8(5), 377–403.

- New Zealand. (n.d.) Hearing screening program information: Retrieved from:
<http://www.nsu.govt.nz/current-nsu-programmes/newborn-hearing-screening.asp>
- New Zealand Ministry of Education. (1996). *Te Whāriki*. Retrieved from
<http://www.educate.ece.govt.nz/learning/curriculumAndLearning/TeWhariki.aspx>
- New Zealand Ministry of Education. (2003). *Language acquisition research*. Retrieved from
http://www.educationcounts.govt.nz/publications/pasifika_education/5171
- New Zealand Ministry of Education. (2006). *He Whāriki Mātauranga mō ngā Mokopuna o Aotearoa: early childhood curriculum*. Retrieved from
<http://www.educate.ece.govt.nz/learning/curriculumAndLearning/TeWhariki.aspx>
- New Zealand Ministry of Health. (2009). *A focus on the health of Māori and Pacific children: key findings of the 2006/07 New Zealand health survey*. Retrieved from
<http://www.moh.govt.nz>
- New Zealand Ministries of Health and Education. (2009). *Universal Newborn Hearing Screening and Early Intervention Programme (UNHSEIP)*. Retrieved from
<http://www.nsu.govt.nz/Health-Professionals/2940.asp>
- Ramsden, I.M. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu* (PhD thesis). Victoria University of Wellington. Retrieved from
<http://culturalsafety.massey.ac.nz/thesis.htm>
- Rau, C. (2005). Literacy acquisition, assessment and achievement of year two students in total immersion in Māori programmes. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 8(5), 404–429.
- Tagoilelagi-Leota, F., McNaughton, S., MacDonald, S., & Farry, S. (2005). Bilingual and biliteracy development over the transition to school. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 8(5), 455–479.

États-Unis

- Allison, S.R., & Vining, C.B. (1999). Native American culture and language. *Bilingual Review*, 24, 193–207.
- American Association of Pediatrics. (2010). *reach out and read*. Retrieved from
<http://www.aap.org/ror/AboutUs.htm>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2009). *2009 Membership survey summary report: Number and type of responses*. Rockville, MD: Janota, J. Retrieved from
<http://www.asha.org/research/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2010). *Multicultural constituency groups*. Retrieved from
<http://www.asha.org/practice/multicultural/opportunities/constituency.htm>
- Banks, S.R., & Neisworth, J.T. (1995). Dynamic assessment in early intervention: Implications for serving American Indian/ Alaska Native families. *Journal of American Indian Education*, 34(2), 27–43.
- Bayles, K.A. & Harris, G.A. (1982). Evaluating speech-language skills in Papago Indian Children. *Journal of American Indian Education*, 21(2), 11–20.
- Boles, L., Hess, G., & Woll, E., Musso, S. (2008). Speech, language, and hearing risk of Samoan Children K-3. *Proceedings of the American Speech-Language-Hearing Association Convention, November 19-21, 2008*. Chicago, IL. Retrieved from
<http://www.hhs.csus.edu/Boles/documents/ASHA%20Samoa%20Handout.pdf>

- Bush, D.F., & Windmill, I.M. (2008). Diversity in the audiology profession. *Audiology Today*, 20(6), 40–51.
- Cappiello, M., & Gahagan, S. (2009). Early child development and developmental delay in Indigenous communities. *Paediatric Clinics of North America*, 56(6), 1501–1517.
- CHiXapkaid [Michael Pavel], Banks-Joseph, S.R., Inglebret E., McCubbin L., Sievers J., Bruna L., ..., Sanyal, N. (2008). *Where the sun also rises - addressing the educational achievement of Native Americans in Washington State*. Pullman, WA: Clearinghouse on Native Teaching and Learning. Retrieved from <http://education.wsu.edu/nativeclearinghouse/achievementgap/>.
- Culbertson, W.R., & Tanner, D.C. (1998). The power of the internet: Training speech pathology assistants on Indian reservations. *Proceedings of the California State University Northridge Conference on Technology and Persons with Disabilities, March 1998*. Los Angeles, CA.
- Cunningham, P.J., & Altman, B.M. (1993). The use of ambulatory health care services by American Indians with disabilities. *Medical Care*, 31(7), 600–616.
- Daly K.A., Hunter, L.L., Hill, G.L., Grant, S.M., DeLong, A.J. & Satter, D.E. (1998). Otitis media and hearing loss in Native American Children (Poster). *Proceedings of The Association for Research in Otolaryngology*. Retrieved from <http://www.aro.org/archives/1998/489.html>
- Fowler, L. Seekins, T., Dwyer, K., Duffy, S.W., Brod, R.L. & Locust, C. (2000). American Indian disability legislation and programs: Findings of the first national survey of tribal governments. *Journal of Disability Policy Studies*, 10(2), 166–185.
- Frome Loeb, D., Banks, C., & Cuny L. (2006). Project Circle: A path for Native Americans to become speech-language pathologists. Retrieved from http://www2.ku.edu/~splh/project_circle/poster.pdf
- Frome Loeb, D., & Burns Daniels, D. (2007). Literacy-based language intervention with at-risk Native American and at-risk Hispanic American school-age children. *Proceedings of the ASHA Conference, November 15-17, 2007*. Boston, MA.
- Gajar, A. (1985). American Indian personnel preparation in special education: Needs, program components, programs. *Journal of American Indian Education*, (24)2. Retrieved from: <http://jaie.asu.edu/v24/V24S2ame.html>
- Grim, C. (2006). Addressing the audiology needs in Indian Country. Albuquerque Area Indian Health Board Audiology Meeting. 25 April. Albuquerque: NM. Retrieved from: http://www.ihs.gov/PublicInfo/PublicAffairs/Director/2006-Statements/ABQ_audiology-Meeting-April_25-Web_version.pdf
- Harris, G. (1985). Considerations in assessing English language performance of Native American children. *Topics in Language Disorders*, 5(4), 42–52.
- Inglebret, E. (1997). *Significance of the Native American Program at WSU Department of Speech & Hearing Sciences*. Retrieved from <http://libarts.wsu.edu/speechhearing/overview/nap-significance.asp>
- Inglebret, E. (2005). Connecting culture and community: Washington State University builds partnerships with Northwest tribes. *ASHA Leader*, 10(16:1), 20–21.
- Inglebret, E., Eagle, D., & CHiXapkaid (Pavel, D.M.). (2007). American Indian stories enrich intervention. *ASHA Leader*, 12(1), 1.

- Inglebret, E., Jones, C., & Pavel, D.M. (2008). Integrating American Indian/Alaska Native culture into shared storybook intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 521–527.
- Inglebret E., McCubbin L., & Banks-Joseph, S.R. (2010). Infusing tribal culture in Washington schools: State-funded study notes factors that increase Native student success. *ASHA Leader*, 15(1), 24–25.
- Kay-Raining Bird, E., & Vetter, D. K. (1994). Storytelling in Chippewa-Cree children. *Journal of Speech & Hearing Research*, 37(6), 1354–1368.
- Klass, P. (2009). Pediatrics by the book: Reach Out and Read's American Indian/Alaskan Native Initiative. [Slide presentation]. *Proceedings of the 3rd International Meeting on Indigenous Children's Health, March 2009*. Albuquerque, NM. Retrieved from <http://www.aap.org/nach/3InternationalMeeting.html>.
- Lindstedt, D.E. (2000). Eyewitness reporting by Navajo and mainstream-culture children. *Communication Disorders Quarterly*, 21(3), 166–175.
- Long, E., & Christensen, J.M. (1998). Indirect language assessment tool for English-speaking Cherokee Indian children. *Journal of American Indian Education*, 38(1) 1–22.
- Lubinski, R., & Matteliano, M.A. (2008). Competence in the curriculum: Speech-language pathology. Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/curriculum/index.php>
- McCarty, T.L. (2008) Native American languages as heritage mother tongues. *Language, Culture, and Curriculum*, 21(3), 201–225.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). (2010). Retrieved from <http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/vsl.asp#2>
- Neha, V. (2003). Home again: A Native American slp's experiences teaching in a Navajo reservation school. *The ASHA Leader online*, February 18. Retrieved from <http://www.asha.org/publications/leader/archives/2003/q1/030218fa.htm>
- Pavel, S. (2008). Crossing boundaries: Accessibility for children in rural areas. *The ASHA Leader*. Retrieved from <http://www.asha.org/publications/leader/2008/080617/080617f.htm>
- Pearson, B.Z., & Ciolli, L. (2004). Distinguishing dialect and development from disorder: case studies, *Seminars in Speech & Language*, 25(1) 101–12.
- Pedersen, M., & Vining, C. (2009). Early intervention services with American Indian tribes in New Mexico. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations*, 16(3), 86–94.
- Peter, L., & Hirata-Edds, T.E. (2006). Using assessment to inform instruction in Cherokee language revitalisation. *International Journal of Bilingual Education & Bilingualism*, 9(5), 643–658.
- Robinson-Zanartu, C. (1996). Serving Native American children and families: Considering cultural variables. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27(4), 373–384.
- Roseberry-McKibbin, C. & O'Hanlon, L.S. (2005). Nonbiased assessment of English language learners: a tutorial. *Communication Disorders Quarterly*, 26, 178–185.
- Ukrainetz, T.A., Harpell, S., Walsh, C., & Coyle, C. (2000). A preliminary investigation of dynamic assessment with Native American kindergarteners. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31 (2), 142–154.
- University of Kansas. (2010). *Creating Native American resources to facilitate communication skills in learning environments*. Retrieved from http://www2.ku.edu/~splh/project_circle/

- U.S. Centre for Disease Control. (n.d.) Early Hearing Detection and Intervention Program. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/ehdi/data.htm>
- U.S. Department of Children and Families, (n.d.). Head Start research website. Retrieved from: <http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/project/headStartProjects.jsp>
- U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs, (2009). *28th Annual Report to Congress on the Implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2006*, vol. 2. , Washington, DC. Retrieved from <http://www2.ed.gov/about/reports/annual/osep/2006/parts-b-c/index.html>
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). Head Start Program fact sheet, fiscal year 2010. Retrieved from: http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/About_Head_Start/fHeadStartProgr.htm
- U.S. General Accounting Office. (1999). *Special education: Estimates of handicapped Indian preschoolers and sufficiency of services*. Washington, DC. Retrieved from <http://handle.dtic.mil/100.2/ADA280775>
- Washington State University. (n.d.). *Native American Caucus*. Pullman, WA. Retrieved from <http://libarts.wsu.edu/speechhearing/overview/nap-caucus.asp>

Autres pays

- Carter, J.A., Lees, J.A., Murira, G.M., Gona, J., Neville, B.G., & Newton, C.R. (2005). Issues in the development of cross-cultural assessments of speech and language for children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40(4), 385–401.
- Johnson, C. (2007). Prevalence of speech and language disorders in children. Retrieved from <http://literacyencyclopedia.ca/index.php?fa=items.show&topicId=24>
- PEN International. (2006). *Universal Declaration of Linguistic Rights*. Barcelona: Translation and Linguistic Rights Committee. Retrieved from <http://www.linguistic-declaration.org/main-gb.htm>
- World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/publications/en/index.html
- World Health Organization. (1996). Prevention of hearing impairment from chronic otitis media – Report of a WHO/CIBA foundation workshop. London, UK. Retrieved from www.who.int/pbd/deafness/en/chronic_otitis_media.pdf
- Zumach, A., Gerrits, E., Chenault, M., & Anteunis, L. (2010). Long-term effects of early-life otitis media on language development. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 34–43.

AUTRES RESSOURCES

- Aboriginal ECD Roundtable. (2004). Many voices, common cause: A report on the aboriginal leadership forum on early childhood development. *Proceedings of Addressing Aboriginal Early Childhood Development Education and Training Needs Strategic Planning Session – April 27/28, 2004, Follow-Up Session II*. Vancouver, BC: British Columbia Aboriginal Child Care Society (BCACCS). Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/resources.html
- Aithal, S. (2009). Identification and management of middle ear pathology in infants referred from the Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) Program [Abstract]. *Proceedings of the Australian Newborn Hearing Screening Conference, May 22–23, 2009*. Brisbane, Australia.
- Aithal, V., Yonovitz, A. & Aithal, S. (2006). Tonal masking level differences in Aboriginal Children: Implications for binaural interaction, Audiology Processing Disorders and Education. *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 28(1), 31–40.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services*. Retrieved from www.asha.org/policy.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Audiologists providing clinical services via telepractice: Position statement*. Retrieved from <http://www.asha.org/docs/html/PS2005-00029.html>
- Australian Indigenous HealthInfoNet. (2004). *Review of ear health and hearing among Indigenous peoples*. Retrieved from <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/other-health-conditions/ear/reviews/our-review>
- Australian Resource Centre for Healthcare Innovations [ARCHI]. (2009). *Excellence in program and service delivery: La Perouse Aboriginal Community Health Centre*. Retrieved from <http://www.archi.net.au/e-library/awards/2009-nsw-Aboriginal-awards/la-perouse-archi>
- Australian Resource Centre for Healthcare Innovations (2009). *Strengthen primary health and continuing care in the community: Speech pathology in schools (SPinS)*. Retrieved from http://www.archi.net.au/e-library/awards/nsw-awards08/primary-health/schools_spins
- Ball, J. (2005). *Talking points: Exploring needs and concepts for aboriginal early childhood language facilitation and supports*. Concept discussion paper prepared for the Public Health Agency of Canada, Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities. Retrieved December 3, 2008, <http://www.ecdip.org/earlylanguage/>
- Ball, J. (2007). *Aboriginal young children's language and literacy development: Research evaluating progress, promising practices, and needs*. Manuscript prepared for the Canadian Language and Literacy Networked Centre of Excellence, National Literacy Strategy. Retrieved from <http://www.ecdip.org>
- Ball, J. (2010a). *The politics of comparison and the proliferation of "best-practices" in early childhood education*. Manuscript prepared for the Encyclopedia on Early Childhood Development, Centre of Excellence for Early Childhood Development, Canada. Retrieved from <http://www.ecdip.org>
- Baxter J., & Crago M. (1987). Chronic otitis media and hearing deficit among Native Children of Kuujuarapik (Northern Quebec): A pilot project. *Canadian Journal of Public Health*, 78, 57–61.

- BC Aboriginal Child Care Society. (2007). *Environmental scan of Aboriginal early childhood development programs in BC: The winds of change*. Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/resources.html
- BC Aboriginal Child Care Society. (2007a). *Initial response to Ministry of Education Early Learning Framework, June 1st, 2007*. Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/resources.html
- BC Ministry of Education. (2008). *British Columbia Early Learning Framework*. Victoria, BC: Co-published by the Ministry of Health and the Ministry of Children and Family Development.
- Bellon-Harn, M.L., & Garrett, M.T. (2008). Vision: A model of cultural responsiveness for speech-language pathologists working in family partnerships. *Communication Disorders Quarterly*, 29(3), 141–148.
- Bernhardt, M.B. (2008) Acknowledgements, questions, and additional resources. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(8), 671–677.
- Birch, J. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary school children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and audiolinguistics*, 31(4) 178–185.
- Blackstock, C., Bruyere, D., & Moreau, E. (2006). Many hands, one dream: Principles for a new perspective on the health of First Nations, Inuit and Métis children and youth. *Proceedings of the Canadian Paediatric Society Conference, December 3, 2005*. Victoria, B.C. Retrieved from www.manyhandsonedream.ca
- Bowd, A. (2003). *A video workshop to assist in community-based identification and prevention of otitis media and associated disabilities in Ontario's north: A report to the Children with Special Needs Branch, Ministry of Health and Long Term Care, Government of Ontario*. Retrieved from <http://www.coespecialneeds.ca/?display=page&pid=11&mn=14>
- Bowen, C. (2009). Webwords: Multiculturalism in communication sciences and disorders. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 11(1), 29–30.
- Canada. (2008a). *The well-being of Canada's young children*. Ottawa, ON. Retrieved from: http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/en/page00.shtml
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (2006). *Position paper: The use of telepractice for CASLPA speech-language pathologists and audiologists*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.caslpa.ca>
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *Speech, Language and Hearing Fact Sheet*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.caslpa.ca>
- Canadian Home Care Association (2006). *Home Care for children with special needs: An environmental scan across Canadian provinces and territories*. Mississauga, ON. Retrieved from www.cdnhomecare.ca
- Centre for Suicide Prevention. (2003). *Alert #52: Suicide among Canada's Aboriginal Peoples*. Retrieved from <http://www.suicideinfo.ca>
- Charles, G., Bainbridge, L., Copeman-Stewart, K., Tiffin Art, S., & Kassam, R. (2006). The Interprofessional Rural Program of British Columbia (IRPbc). *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 40–50.
- Connor, C.M., & Morrison F.J. (2006). Services or programs that influence young children's academic success and school completion. In R. Tremblay, R. Barr, & R. Peters (Eds.), *Encyclopaedia on Early Childhood Development*. Montreal, QC: Centre of Excellence

- for Early Childhood Development, 1-12. Retrieved from http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/Connor-MorrisonANGxp_rev.pdf.
- Cunningham C. (2010). Focus Inuit research agenda on best outcomes. *CMAJ*, 182(3), 228–229.
- Demmert, W.G., Grissmer, G., & Towner, J. (2006). A review and analysis of the research on Native American students. *Journal of American Indian Education*, 45(3), Special Issue, 5–23.
- Demmert, W.G., McCardle, P., Mele-McCarthy, J., & Leos, K. (2006). Preparing Native American children for academic success: A blueprint for research. *Journal of American Indian Education*, 45(3), Special Issue, 92–106.
- Dubray, W. & Sanders, A. (1999). Interactions between American Indian ethnicity and health care. *Journal of Health & Social Policy*, 10(4), 67–84.
- Ducharme, C., Muskegoa, D., Muswagana, A., Paupanekisa, C., Muswagana, M., Spencea, W., & Ramdattb, J. (2007). Kinosao Sipi Minisowin Agency: Creating a community response for special needs children. *First Peoples Child & Family Review*, 3(3), 12–20.
- Durieux-Smith, A., Seewald, R., & Hyde, M. (1999). *CASLPA position paper on universal newborn and infant hearing screening*. Ottawa, ON: CASLPA.
- Dyson, L.E., Hendriks, M. & Grant, S. (Eds.). (2007). *Information technology and Indigenous people*. Hershey, PA: Information Science Publishing.
- Eikelboom, R. & Atlas, M. (2005). Tele-otology for children with chronic ear disease. In R. Wootton, & J. Batch (Eds.). *Telepediatrics: Telemedicine and child health*. 166-173. London: Royal Society of Medicine Press.
- Eriks-Brophy, A., & Ayukawa, H. (2000). The benefits of sound field amplification in classrooms of Inuit students of Nunavik: A pilot project. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31 (4), 324–335.
- First Nations Centre (2007). *OCAP: Ownership, control, access and possession*. Sanctioned by the First Nations Information Governance Committee, Assembly of First Nations. Ottawa: National Aboriginal Health Organization. Retrieved from <http://www.rhs-ers.ca>
- Forst, K., & Morrical, D. (2009). Telehealth: Perspectives from a speech-language pathologist and supportive personnel. *Communiqué*, 22(2), 9.
- Gerlach, A., & Zeidler, D. (2004). *A guide for culturally-focused early intervention therapy programs for Aboriginal children & families in British Columbia*. Vancouver, BC: BC Aboriginal Child Care Society. Retrieved from http://www.acc-society.bc.ca/files_new/resources.html
- Gould, J. (2007). Ear health and Aboriginal education: Examining the impact of non-Aboriginal interventions upon child outcomes [Slide presentation]. *Proceedings of the Hear, Speak, Live Conference, September 4-7, 2007*, Gold Coast, QLD. Retrieved from http://archive.healthinonet.ecu.edu.au/html/html_community/ear_health_community/ear_news_events.htm
- Government of British Columbia. (2008). *Aboriginal act now: Aboriginal health promotion: A literature review and environmental scan*. Victoria, BC.
- Government of Nunavut. (2008). *Nunavut early childhood development update report 2004–2007 & early learning and child care update report 2004–2007*. Iqaluit, NU: Dept. of Education.
- Government of Western Australia (2008). *Medical research boost to help country kids fight ear disease*. East Perth, WA: Department of Health. Retrieved from http://www.health.wa.gov.au/press/view_press.cfm?id=803

- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Ngaroimata Fraser, T. (2007). Aboriginal children and early childhood development and education in Canada: Linking the past and the present to the future. *Canadian Journal of Native Education*, 30(1), 1–16.
- Hamilton, E., & Gillon, G. (2005). Phoneme awareness intervention for Samoan children: Linguistic transfer effects from English to Samoan. *New Zealand Journal of Speech-Language Therapy*, 13, 48–60.
- Health Canada (2010). *Improving the delivery of health care services and programs to First Nations people and Inuit*. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/index-eng.php#hii-iis>
- Hendryx-Bedalov, P. (1998). Ethnography: An introduction to method and application. *Communication Disorders Quarterly*, 20, 19–25.
- Hertzman, C., Frank, J., & Evans, R.G. (1994). Heterogeneities in health status and the determinants of population health. In R.G. Evans, M.L. Bare, & T.R. Marmor (Eds). *Why are some people healthy and others not?* New York, NY: Adline de Gruyter.
- Hicks, J. (2007). The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth. *Indigenous Affairs* 4, 30–7.
- Hinton R. (2010). Shadow report on progress towards closing the gap in life expectancy between Indigenous and non-Indigenous Australians. Steering Committee for Indigenous Health Equality. Oxfam.
- Hodge, T., & Downie, J. (2004). Together we are heard: Effectiveness of daily “language” groups in a community preschool. *Nursing and Health Sciences*, 6, 101–107.
- Howard, D. (2006). Classroom case study: Cross cultural obstacles to the referral of Aboriginal children for hearing tests. *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 28(1), 41–46.
- Huer, M.B. (1997). Culturally inclusive assessments for children using augmentative and alternative communication (AAC). *Communication Disorders Quarterly*, 19, 23–34.
- Inglebret, E., sa'hLa mitSa (Pavel, S.), & CHiXapkaid (Pavel, D.M.) (2008). Our circle widens. *ASHA Leader*, 13(8), 6.
- Jonk, L.B. (2009). Using a western-based survey to assess cultural perspectives of Dene mothers in Northern Manitoba. *First Peoples Child & Family Review*, 4(2), 71–84.
- Jonk, L.B., & Enns, C. (2009). Using culturally appropriate methodology to explore Dene mothers' views on language facilitation. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and audiolinguistics*, 33(1), 34–44.
- Lafargue, A. (2010). Focus on early hearing detection & intervention: Evolution and advances – New Brunswick universal newborn and infant hearing screening program. *Communiqué*, 24(1), 6.
- Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians: A working document. Government of Canada. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>
- Langan, L.A., Sockalingham, R., Caissie, R., & Kreisman, B.M. (2009). The benefit of sound-field amplification in First Nations elementary school children in Nova Scotia, Canada. *Australian & New Zealand Journal of Audiology*, 31(2), 55–71.
- Latimer, K., & Pan, H. (2009). *Literature review and analysis of discussion group: National Aboriginal Head Start Council and National Working Group meeting*. Centre of Excellence for Children & Adolescents with Special Needs. Retrieved from www.coespecialneeds.ca/uploads/docs/literaturereviewandanalysis.pdf

- Lehmann, D., Arumugaswamy, A., Elsbury, D., Finucane, J., Stokes, A., Monck, R., ..., & Stanley, F.J. (2008). The Kalgoorlie otitis media research project: Rationale, methods, population characteristics and ethical considerations. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22, 60–71.
- Leung, C. (2009). Updates from the Multicultural Interest Group-NSW. *ACQuiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 11(1), 23.
- Lewis, A.N., Barry, M., & Stuart, J.E. (1974). Screening procedures for the identification of hearing and ear disorders in Australian Aboriginal children. *The Journal of Laryngology & Otology*, 88(04), 335–347.
- Lomay, V.T., & Hinkebein, J.H. (2006). Cultural considerations when providing rehabilitation services to American Indians. *Rehabilitation Psychology*, 51(1), 36–42.
- Long, E. (1998). Native American children's performance on the Preschool Language Scale-3. *Communication Disorders Quarterly*, 19, 43–47.
- Loughery, S., Macaulay, A., Fricke, M., Durcan, A., & Cooper, J. (2004). Speech language pathology services in Kivalliq Region of Nunavut, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(Suppl2), 120–123.
- Manna, A., Wurtzburg, S.J., Huckabee, M.L., & Blake, T.K. (2003). Cultural issues influencing dysphagia management practices in the New Zealand Maori population: A descriptive study. *New Zealand Journal of Speech-Language Therapy*, 58(12), 35–46.
- Manuel-Dupont, S., & Yoakum, S. (1997). Training interpreter paraprofessionals to assist in the language assessment of English language learners in Utah. *Communication Disorders Quarterly*, 18, 91–102.
- Māori Language Commission. (2010). *Language issues*. Retrieved from <http://www.tetaurawhiri.govt.nz/english/>
- Māori Language Information. (2009). *He Korero mo Te reo Maori*. Retrieved from <http://www.maorilanguage.info/index.html>
- Martens, P. J., Sanderson, D., & Jebamani, L. (2005). Health services use of Manitoba First Nations people: Is it related to underlying need? *Canadian Journal of Public Health*, 96(1), S39–S44.
- May, S. (2005). Introduction: Bilingual/immersion education in Aotearoa/New Zealand: Setting the context. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 8(5), 365–376.
- McDonald, R.A. (2006). *First Nations children and special needs programs: Assessment tools and early learning training requirements: A literature review*. Ottawa, ON: Assembly of First Nations. Retrieved from <http://www.coespecialneeds.ca/?display=page&pid=11&mn=14>
- McKeever, W.F., Hunt, L., Wells, S., & Yazzie, C. (1989). Language laterality in Navajo reservation children: Dichotic test results depend on the language context of the testing. *Brain and Language*, 36(1), 148–158.
- McLeod, S., & McKinnon, D. (2007). Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14500 primary and secondary school students. *International J of Language and Communication Disorders*, 42(S1), 37–59.
- Millett, P. (2008). *Sound field amplification research summary*. Toronto, ON: York University, Faculty of Education. Retrieved from http://74.125.155.132/scholar?q=cache:w0HyaFTKc4J:scholar.google.com/+Sound+field+Amplification+Research+Summary&hl=en&as_sdt=2000.

- Ministerial Council on Education, Employment, Training and Youth Affairs (MCEETYA) (2000). *National statement of principles and standards for more culturally inclusive schooling in the 21st Century*. Retrieved from www.curriculum.edu.au/verve/_resources/principles_file.pdf.
- Moyle, J. (2005). The New Zealand Articulation Test Norms Project. *New Zealand Journal of Speech-Language Therapy*, 60, 61–74.
- National Center for Education Statistics. (2005). Status and trends in the education of American Indians and Alaska Natives. Retrieved from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2005108>
- New Zealand Ministry of Education. (2001). *Much more than words – monitoring and encouraging communication development in early childhood*. Retrieved from <http://www.minedu.govt.nz/Parents/YourChild/SupportForYourChild/ExtraSupport/EarlyInterventionServicesAndSupport.aspx>
- New Zealand Ministry of Education. (2008) *Pathways to the future: Nga Huarahi Arataki - A 10-year strategic plan for early childhood education 2002-2012*. Retrieved from <http://www.minedu.govt.nz/NZEducation/EducationPolicies/EarlyChildhood/ECEStrategicPlan/PathwaysToTheFutureEnglishPlanAndTranslations.aspx>
- New Zealand Ministry of Education. (2010). *Ngā Whanaketanga Rumaki Māori: Māori-medium education*. Retrieved from <http://www.minedu.govt.nz/theMinistry/Consultation/NgaWhanaketangaRumakiMaori/AboutMaoriMediumEducation.aspx>
- New Zealand Ministry of Education (2010). *Te Kete Ipurangi (TKI) – the online learning centre*. Retrieved from <http://www.tki.org.nz>
- New Zealand Ministry of Health. (2010). *Ko rero Ma rama: Health Literacy and Māori: Results from the 2006 adult literacy and life skills survey*. Retrieved from <http://www.moh.govt.nz>
- NSW Department of Health (2009). *Newsroom: Communicate to participate in Wagga*. Greater Southern Area Health Service. Retrieved from <http://www.gsahs.nsw.gov.au/page.asp?t=mr&p=1333>
- New Zealand Speech Therapists Association. (2009). *Annual Report*. Retrieved from <http://www.speechtherapy.org.nz/information-for-speech-and-language-therapists/NZSTA%20Annual%20Reports%202009.pdf>
- Papillon, M. (2008). Aboriginal quality of life under a modern treaty: Lessons from the experience of the Cree Nation of Eeyou Istchee and the Inuit of Nunavik. *Choices*, 14 (9).
- Paq'tnkek First Nation Health. (2008). Developing sustainable early intervention services in CMM communities in Nova Scotia. Manuscript submitted to Funding Arrangements and Capacity Development, First Nations and Inuit Health Branch. Retrieved from <http://www.coespecialneeds.ca/?display=page&pid=11&mn=14>.
- Peltier, S. (2008). Preface. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(8) 567–569.
- Perry, B., Dockett, S., Gilbert, S., Howard, P., Mason, T., Simpson, T., ..., & Woodrow, C. (2006). Successful transition programs from prior-to-school to school for Aboriginal and Torres Strait Islander children: Methodological considerations. *Refereed Proceedings of the Australian Association for Research in Education Annual Conference*, November 27–30, 2006. Adelaide, Australia. Retrieved from www.aare.edu.au/05pap/per05571.pdf
- Philpott, M. (2003). The Revised Kimberley Early Language Scales. Retrieved from www.speechpathologyaustralia.org.au/library/Kimberley_Scales.pdf

- Population Resource Centre. *Executive summary – American Indians and Alaska Natives: A demographic perspective*. Retrieved from http://www.prcdc.org/files/American_Indians_and_Alaska_Natives.pdf
- Rescorla, L., & Achenbach, T.M. (2002). Use of the language development survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 45(4), 733–743.
- Roppolo, K., & Chelleye, C.L. (2007). Native American education vs. Indian learning: Still battling Pratt after all these years. *Studies in American Indian Literatures*, 19(1), 3–31.
- Rosa-Lugo, L., & Fradd, S.H. (2000). Preparing professionals to serve English-Language learners with communication disorders. *Communication Disorders Quarterly*, 22, 29–42.
- Rosen, N. (2008). French-Algonquian interaction in Canada: A Michif case study. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(8), 610–624.
- Rowicka, J., & Eijk, J.V. (2008). A review of "When I was small--I wan kwikws: A grammatical analysis of St'át'imc oral narratives." *International Journal of American Linguistics*, 74(1), 147–150.
- Shaw, E., Goode, S., Ringwalt, S., & Ayankoya, B. (2004). Minibibliography: early identification of culturally and linguistically diverse children (aged 0–5). *Communication Disorders Quarterly*, 26, 49–54.
- Snider, W.C., Potter, R.E., & Kennedy, K.B. (1982). Language comprehension differences exhibited by kindergarten and second grade Nez Perce Indian and Caucasian children. *Communication Disorders Quarterly*, 6, 110–116.
- Special Needs Information Service Online. (2010). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada (PHAC). Retrieved from <http://www.snis.ca/>
- Sumsion, J., Cheeseman, S., Kennedy, A., Barnes, S., Harrison, L., & Stonehouse, A. (2009). Insider perspectives on developing “Belonging, Being & Becoming”: The Early Years Learning Framework for Australia. *Australasian Journal of Early Childhood*, 34(4), 4–13.
- Sutherland, D. (2008). Review: In my shoes: An everyday look at autism spectrum disorders. *Communication Matters*, Autumn 09. Retrieved from www.inmyshoes.co.nz
www.moh.govt.nz/autismspectrumdisorder
- Taylor, D.M., & Wright, S.C. (2003). Do Aboriginal students benefit from education in their heritage language? Results from a ten-year program of research in Nunavik. *The Canadian Journal of Native Studies*, 23(1), 1–24.
- Thielke, H.M., & Shriberg, L.D. (1990). Effects of recurrent otitis media on language, speech, and educational achievement in Menominee Indian Children. *Journal of American Indian Education*, 29(2).
- Tuafuli, P., & McCaffery, J. (2005). Family and community empowerment through bilingual education. *International Journal of Bilingual Education & Bilingualism*, 8(5) 480–503.
- U.S. Department of Education (2005). *Status and trends in the education of American Indians and Alaska Natives*. Washington, DC: Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics. Retrieved from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2005108>
- Weiss, A.L., & Van Haren, M.S. (2003). What pediatricians should know about normal language development: Ensuring cultural differences are not diagnosed as disorders. *Pediatric Annals*, 32(7), 446–52.

- Westby, C. (1990). Ethnographic interviewing: Asking the right questions to the right people in the right ways. *Communication Disorders Quarterly*, 13, 101–111.
- While, J., & Maxim P. (2007). Community well-being: a comparable communities analysis. Indian and Northern Affairs Canada. Ottawa, ON. Retrieved from <http://www.aainc-inac.gc.ca/ai/rs/pubs/re/cca/cca-eng.asp>
- White, F. (2006). Rethinking Native American language revitalization. *American Indian Quarterly*, 30(1/2), 91–109 .
- Zabiela, C., Leitão, S., & Williams, C. (2007). Service delivery in rural, remote and regional speech pathology part 2: The influence of context and philosophy. *ACQuiring knowledge in speech, language & hearing*, 9(3) 44–47.
- Zens, N., & Gillon, G. (2006). Word learning in SLI: Implications for bilingual children with SLI. *New Zealand Journal of Speech-Language Therapy*, 61, 19-30.

ANNEXE 1: Informateurs clés

Nom	Pays	Titre	Thème du contenu	Dates de communication
Personnel du Portail des Autochtones du Canada	Canada	Assistance technique Google Maps	Cartographie des Premières nations, des Inuits et des Métis	14 avril 2010
Anderson, Deborah	Canada	Orthophoniste, Anderson Consulting	Télépratique	3 juin 2010
Ashworth, Valerie	Canada	Gestionnaire provincial Télésanté, PHSA	BC Telepractice	5 avril 2010
Bakker, Cynthia	Canada	Orthophoniste, centre de santé communautaire de Regina 4 Directions	Pratique actuelle	15 juin 2010
Ball, Jessica	Canada	Professeur, Département du service de garde de l'UVIC	Interface ECD/orthophonie et culture	Les 27 mars et 17 avril 2010
Bernhardt, B. May	Canada	Professeur UBC School of Speech Sciences and Audiology	Pratique actuelle	Les 10 février et 13 juin 2010
Billard, Isabelle	Canada	Audiologiste, École d'orthophonie et audiologie, Univ. de Montréal (Qc)	Nunavik, programme OM	21 avril 2010
Bolen, Christine	Canada	Orthophoniste, conseillère, Services de soutien aux étudiants, Ministère de l'Éducation (Sask.)	Service d'orthophonie de la Saskatchewan	15 avril 2010
Borchardt, Dagmar	Canada	Coordonnateur de Télésanté, HSS, Whitehorse, (Yk)	Télépratique au Yukon	16 avril 2010
Bosch, Marla	Canada	Orthophoniste, Communautés Piikani et Kainai Blackfoot du Sud de l'Alberta	Pratique actuelle	22 juin 2010
Boswell, Judith	Australie	Audiologiste, Adelaide Hearing Consultants	Audiologie en Australie	3 juin 2010
Brown, Janet	É.-U.	ASHA, directrice de Telepractice	US Telepractice	4 avril 2010
Bullock, Alison	Canada	Orthophoniste, SD 61, Victoria (C.-B.)	Télépratique	20 mai 2010
Burnaby, Barbara	Canada	Professeur, Faculté d'éducation, Memorial University	Lang/Culture	13 mai 2010
Campbell, Bill	Canada	Audiologiste en chef, Bureau de santé du district de Thunder Bay	Télépratique	15 avril 2010
Campbell Wood, Heather	Canada	Orthophoniste, étudiante à la maîtrise, UBC	Pratique actuelle	Les 18 et 20 juin 2010
Chappell, Michael	Canada	Orthophoniste, Région de Baffin (Nt)	Services d'orthophonie au Nunavut	18 mai 2010
Chesterman, Margaret	Canada	Orthophoniste, Vancouver Coastal Health Sechelt, BC	Pratique actuelle	27 mai 2010
Corbière, Jennifer	Canada	Directrice, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, ASPC	PAPACUN	20 avril et 7 juin 2010
Cormiere, Judy	Canada	Analyste de politiques, Éducation, Gouv. de Saskatchewan	Services d'orthophonie de la Sask.	19 avril 2010
Coulter, Susan	Canada	Orthophoniste, Bureau de santé du district de Thunder Bay	Pratique actuelle	15 juin 2010

Nom	Pays	Titre	Thème du contenu	Dates de communication
Davis Hill, Lori	Canada	Orthophoniste des Premières nations	Pratique actuelle	25 octobre 2010
Dawson, Vickie	Australie	Conseiller principal, normes professionnelles, SPA	Pratique actuelle	20 mai 2010
Dench, Catherine (Kit)	Canada	Orthophoniste, privé, Montréal (Qn)	Pratique actuelle	31 mai 2010
Derochers, Johanne	Canada	Télésanté; Administre du réseau de pédiatrie et du programme de santé des habitants du Nord et des Autochtones, Centre de santé de l'Université McGill	Télépratique au Québec	30 avril 2010
DiMarco, Meluccia	Canada	Orthophoniste, Alberta School for the Deaf	Problèmes quant au service auprès des Autochtones sourds	16 juin 2010
Elliott, Diana	Canada	Conseillère provinciale pour le développement des poupons autochtones en C.-B.	Problèmes quant au service d'orthophonie auprès des Autochtones	13 mai 2010
Ellis, Anneliese	Canada	Orthophoniste (T.-N.-L.)	Services d'orthophonie à T.-N.-L.	7 mai 2010
Erdos, Caroline	Canada	Orthophoniste, Hôpital de Montréal pour enfants	Services d'orthophonie du Québec	11 mai 2011
Farrell, Cathy	Canada	Directrice, Programmes cliniques pour enfants, Bureau de santé du district de Thunder Bay	Pratique actuelle	16 avril 2010
Findlay, Leanne	Canada	Statistique Canada, Analyse de la santé	EEA	6 avril 2010
Friedlander, Rhonda	É.-U.	Orthophoniste autochtone	US AI/AN SLP services & issues	4 juin 2010
Gale, Barbara	Canada	Orthophoniste, Barrie (ON)	Pratique actuelle	15 juin 2010
Gallagher, Kerrie	Nouvelle-Zélande	Orthophoniste māori	Orthophoniste māori	6 juin 2010
Gardner, Anne	Canada	Orthophoniste, VIHA, co-créatrice du MTM, conseillère TigaTalk	Pratique actuelle	20 mai 2010
Genee, Inge	Canada	Professeure agrégée en linguistique Département de ML, Université de Lethbridge	Dialecte c. trouble	Les 15 et 19 juin 2010
Geraghty, Ashley	Canada	Gestionnaire de projet CHI	Pratique actuelle	5 avril 2010
Hagerman, Valerie	Canada	Directrice régionale, Transformation clinique et Télésanté	Télépratique NB	7 avril 2010
Harse, Charlene	Canada	Aboriginal Infant Development Program, superviseur, North Island, Vancouver Island	Pratique actuelle	11 juin 2010
Inglebret, Ella	É.-U.	Professeure adjointe, Department of Speech & Hearing Sciences, Washington State University	Services d'orthophonie aux É.-U., Affirmative Action for AI/AN	18 juin 2010

Nom	Pays	Titre	Thème du contenu	Dates de communication
Ingram, ChrisAnne	Canada	Directrice de la télémedecine pédiatrique à IWK Halifax, Nouvelle-Écosse	Atlantic Telepractice	6 avril 2010
Jenstad, Lorient	Canada	Professeure adjointe, Aud(C), UBC, School of Audiology and Speech Sciences	Évaluation en audiologie	27 août 2010
Johnston, Judith	Canada	Professeure émérite, UBC, School of Audiology and Speech Sciences	Pratique actuelle – normes locales	8 février et 14 mars 2010
Kelly, Diana	Canada	Orthophoniste, Child Development Centre, Kenora (ON)	Pratique actuelle	7 juin 2010
Kroening, Carole	Canada	Orthophoniste et services d'audiologie (Yk)	Telepractice, prestation de service	4 juin 2010
LaFarge, André	Canada	Audiologiste, directeur des services d'orthophonie et d'audiologie, Région 3, NB	Services d'orthophonie et d'audiologie des PN	4 juin 2010
Lane, Susan	Canada	Coordonnateur provincial en intervention BC Early Hearing Program Provincial Health Services Authority	BC Early Hearing Program	31 août 2010
LaPorte, Tiare	Canada	Coordonnatrice de projet autochtone – programme de visites communautaires autochtones; UBC, School of Audiology and Speech Sciences	Pratiques de guérison autochtone	27 août 2010
Lewis, Marlene	Canada	Orthophoniste, Victoria (C.-B.); co-auteure avec Jessica Ball de l'ouvrage intitulé Elder, Parent and S-LP Survey	Pratique actuelle	10 mars 2010
MacDonald, Wendy	Canada	Orthophoniste, Services d'orthophonie et de traitement de la communication	Pratique actuelle	7 juin 2010
Mallett, Curtis	Canada	Directeur, Éducation de l'enfance en difficulté, Comité consultatif des Premières nations sur l'Éducation	Pratique actuelle	25 juin 2010
Manchur, Karen	Canada	Orthophoniste, Khan Communication Services, Edmonton (AB)	Alberta Telepractice	14 juin 2010
Mann, Sandra	Canada	Planificatrice en santé – Services de réadaptation, Division de la santé publique, Gouv. T.N.-O., Ministère de la Santé et des Services sociaux	Pratique actuelle	15 avril 2010
McAuliffe, Megan	Nouvelle-Zélande	Professeure principale Department of Communication Disorders Université de Canterbury	Orthophoniste māori	16 mars 2010
McLellan, Karen	Nouvelle-Zélande	Doctorant, orthophonie	Approche culturelle	20 juin 2010
McDougall, Nadine	Canada	Orthophoniste, Manitoba First Nations Education Resource Centre	Pratique actuelle	15 avril 2010

Nom	Pays	Titre	Thème du contenu	Dates de communication
Meaning, Shirley	Canada	Directrice de thérapie, CYSN, Politique concernant les enfants et les jeunes ayant des besoins spéciaux, BC Ministry of Children and Family Development	Pratique actuelle	1 ^{er} avril 2010
Meekis, Christina	Canada	Directrice de l'Éducation, Première nation de Sandy Lake	Pratique actuelle	16 avril 2010
Misko, Stacey	Canada	Orthophoniste, Manitoba First Nations Education Resource Committee	Pratique actuelle	28 juin 2010
Moore, Jill	Canada	Orthophoniste, services de pédiatrie sur la réserve, Man.	Pratique actuelle	16 avril 2010
Moosa, Taslim	Canada	Superviseur clinique et professeur, School of Communication Sciences and Disorders, Université de Western Ontario	Pratique actuelle	21 juin 2010
Nahwegahbow, Monica	Canada	Orthophoniste des Premières nations	Pratique actuelle	17 et 21 juin 2010
Nolan, Pam	Canada	Directrice, Garden River First Nations Wellness Centre	Pratique actuelle	26 mars 2010
O'Donnell, Jennifer	Canada	Orthophoniste, Bathurst	Services d'orthophonie du N.-B.	4 juin 2010
Peltier, Sharla	Canada	Orthophoniste des Premières nations	Dialecte/Trouble Pratique actuelle	13 juin et 20 août 2010
Purves, Barb	Canada	UBC, School of Audiology and Speech Sciences - Admissions	Action affirmative	17 juin 2010
Reid, Joanne [et Viva Pittman]	Canada	Directeurs télésanté	Télépratique T.-N.-L.	7 avril 2010
Ryan, Anna Claire	Canada	Coordonnatrice du projet santé, Department of Health and Environment, Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)	Renseignements propres aux Inuits	29 octobre 2010
Ryan, Elizabeth	Canada	Directrice par intérim de Telehealth (Nunavut)	Telepractice Nunavut	15 avril 2010
Sadorra, Candace	É.-U.	UC Davis, Directrice de programme télé-médecine pédiatrique.	Infant ABR	4 avril 2010
Sanderson, Brenda	Canada	Coordonnatrice Télésanté, Clinique, Programme autochtone, MBTelehealth	Telepractice Manitoba	7 avril 2010
Scozzafava, Katie	Canada	Orthophoniste (T.-N.-O.)	Pratique actuelle	14 juin 2010
Sharpe, Dianne	Canada	Orthophoniste, (N.-B.)	Pratique actuelle	8 juin 2010
Shenker, Rosalee	Canada	Orthophoniste, Centre de la fluidité verbale de Montréal	Pratique actuelle	18 juin 2010
Simpson, Rosemary	Australie	Consultante principale, Orthophonie, Circonscriptions d'éducation de Swan, Midlands et Kimberley, Perth, Australie-Occidentale	Orthophoniste en Australie-Occidentale	18 mai 2010

Nom	Pays	Titre	Thème du contenu	Dates de communication
Smeal, Mindy	É.-U.	Audiologiste en chef Chinle Comprehensive Health Care Facility	US NA/AN audiology	27 mai 2010
Smith, Arlene	Canada	Orthophoniste, Services à l'enfance et à la famille, Nation Squamish, North Vancouver, (C.-B.)	Pratique actuelle	17 juin 2010
Speech Pathology Australia	Australie	Questions d'orthophonie	Pratique actuelle	17 juin 2010
Stevenson, Paul	Canada	Audiologiste, Kingston (ON)	James Bay Coast Hearing Services	16 juin 2010
Thierry, Judith	É.-U.	Coordonnatrice en santé préscolaire et primaire, IHS, HC HHS Liaison avec le CYS	US Indian Health Service – Programmation d'orthophonie et d'audiologie	6 mai 2010
Thomas, Viola	Canada	Enseignant à l'enfance en difficulté Première nation de Sandy Lake	Pratique actuelle	16 avril 2010
Wigglesworth, Carol	Canada	Ardivision Videoconferencing, (T.-N.-O.)	Télépratique T.-N.-O.	4 avril 2010
Williams, Cori	Australie	Professeure, orthophoniste Université Curtin	Pratique actuelle	9 avril 2010
Williams, Donna	Canada	Coordonnatrice e-Santé, Assemblée des Premières nations	Télésanté PN	15 avril 2010
Zeidler, Deanne	Canada	Orthophoniste, Comité consultatif sur l'éducation des Premières nations	Pratique actuelle	11 juin 2010

ANNEXE 2 : Objet et définitions tirées et traduites de la norme du gouvernement de Colombie-Britannique pour les données administratives autochtones, Version 1

Objet

La province de Colombie-Britannique s'engage à rapporter les progrès à resserrer l'écart socio-économique entre les Britanno-colombiens autochtones et les autres (Colombie-Britannique, 2007). De plus, la province reconnaît l'importance des programmes et services culturellement appropriés pour répondre aux besoins des Autochtones. Plusieurs ministères et organismes provinciaux offrent des programmes et services visant à soutenir des résultats améliorés pour les clients autochtones. D'autres, comme Vital Statistics, recueillent des données qui peuvent être utilisées pour mesurer les résultats socio-économiques des citoyens. Des données précises et de bonne qualité soutiennent la capacité de mesurer l'efficacité des programmes et services et de surveiller les résultats. L'intérêt de mettre en œuvre une norme de données du gouvernement provincial pour la collecte de données propres aux Autochtones est de soutenir l'amélioration des données administratives du gouvernement provincial, ce qui, en retour, soutiendra les objectifs suivants :

- la création de politiques, programmes et services efficaces et appropriés d'un point de vue culturel
- gestion et évaluation du rendement
- recherche socio-économique, analyse et production de rapports

Définitions

Autochtone : Un Autochtone est identifié conformément à la *Loi constitutionnelle* de 1982, Partie II, article 35(2), comme « des Indiens, des Inuit et des Métis du Canada. » La population autochtone du Canada est variée et distincte. La Loi constitutionnelle reconnaît que l'expression « peuples autochtones du Canada » s'entend notamment des Indiens, des Inuit et des Métis du Canada. L'expression « Première nation » est le terme généralement préféré pour les peuples indiens du Canada. Le terme « Indien » est toujours usité en référence à la loi ou aux statistiques du gouvernement.

Identité autochtone : L'identité autochtone s'entend d'une personne qui indique qu'elle appartient ou s'identifie à une entité politique ou culturelle organique qui provient, historiquement, des premiers peuples d'Amérique du Nord. Le terme comprend les peuples indiens, inuits et métis du Canada.

Loi sur les Indiens : La *Loi sur les Indiens* est une loi qui remonte à 1876. Plus de vingt changements majeurs ont été apportés à la *Loi* depuis cette époque. La *Loi* est administrée par le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien. Elle régit les Indiens inscrits, les bandes et le système des réserves indiennes.

Premières nations : Officiellement appelés Indiens dans la *Loi sur les Indiens*, ce terme fait référence aux peuples indigènes d'Amérique du Nord qui habitent dans ce que nous appelons maintenant le Canada, ainsi qu'à leurs descendants, qui ne sont ni Inuits, ni Métis. Aux fins de l'identification des Autochtones en Colombie-Britannique, le terme « Première(s) nation(s) » est le terme généralement usité, de préférence au terme « Indien. » À des fins statistiques et analytiques, ces termes sont réputés être synonymes parfaits et désigner les mêmes personnes.

Inscrit : Les Premières nations (Indiens) peuvent être inscrits ou non-inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens inscrits sont admissibles à des prestations en vertu des dispositions de la *Loi sur les Indiens*.

Non-inscrit : Les Premières nations qui se réclament d'identité autochtone sans réunir les critères d'inscription, ou qui ont choisi de ne pas être inscrits, en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

Métis : Le terme Métis désigne une personne qui s'identifie comme Métis, qui est de descendance de la nation métisse, qui est distincte des autres peuples autochtones, et qui est acceptée par la nation métisse (*Définition adoptée à l'Assemblée générale annuelle 2002 du Ralliement national des Métis*). Les Métis s'identifient, et sont réputés, à part des Premières nations (Indiens), Inuit, ou de descendance européenne. La culture distincte

métisse provient du contact avec les premiers explorateurs et colons européens, mais avant la colonisation (*définition générale*).

Inuit : Les Inuits sont les habitants autochtones de l'Arctique d'Amérique. Ils sont unis par un patrimoine culturel commun et une langue commune. Anciennement, les Inuits étaient appelés des Eskimo. Ils préfèrent désormais leur propre expression, « Inuit, » qui signifie simplement « peuple » (Colombie-Britannique, 2007).

ANNEXE 3 : Questions aux informateurs clés

- Q1 : OBSTACLES
Quels sont les obstacles qui influencent la création de nouveaux services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants autochtones?
- Q2 : BONNES PRATIQUES OU PRATIQUES EN COURS DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES
Quels ont été les succès découlant de la conception et de la prestation de services d'orthophonie et d'audiologie aux enfants autochtones?
- Q3 : PARTENARIATS
De quels facteurs les professionnels et les communautés pourraient-ils tenir compte dans la création de partenariats?
- Q4 : LEADERSHIP PROFESSIONNEL ET SCOLAIRE
D'après vous, est-ce que les ordres professionnels et les établissements d'enseignement en orthophonie et en audiologie jouent un rôle dans l'amélioration de la prestation des services auprès des enfants de moins de 6 ans dans les communautés autochtones?
- Q5 : DÉVELOPPEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE
À votre connaissance, quelles sont les initiatives destinées aux membres de la communauté qui sont en mesure de combler les besoins en communication et en audiologie des enfants des communautés autochtones?
- Q6 : SOUTENIR LES SOLUTIONS ÉLABORÉES PAR LA COMMUNAUTÉ
Que pouvons-nous apprendre des échecs des programmes? Quelles sont vos idées pour faire la promotion de la réussite?
- Q7 : APPROCHES
Dans votre expérience, quelles approches améliorent les services dans les communautés autochtones?
- Q8 : LEADERSHIP AUTOCHTONE
Quelles personnes ou organisations autochtones au/en/aux [nom du pays] vous semblent-elles à l'avant-garde de l'élaboration et de l'application de bons modèles de services?
- Q9 : CONTRIBUTIONS DES PROFESSIONNELS
Qu'est-ce qui vous amène à vous intéresser aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants autochtones?
- Q10 : AUTRE
Avez-vous des commentaires à ajouter pour contribuer à la compréhension, de la part de l'ACOA, des obstacles aux services ou des stratégies d'amélioration de l'accès aux services, à l'acceptation et à l'efficacité des services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants autochtones?

ANNEXE 4 : Pratiques courantes en matière de services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de moins de 6 ans

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
PERFECTIONNEMENT DE LA MAIN D'ŒUVRE : ORTHOPHONISTE ET & ASSISTANT ORTHOPHONISTE				
1	UBC, Programmes ou organismes autochtones pour les visites communautaires autochtones (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Formation des orthophonistes et des audiologistes pendant leur programme de maîtrise	Une introduction à la prestation de services auprès de personnes de descendance inuite, métisse ou des Premières nations. Les diplômés en orthophonie et en audiologie connaissent mal les conditions, circonstances et exigences pour la prestation de service aux Autochtones.	Actuellement, dans la deuxième édition du cours; d'après les avantages mentionnés par les étudiants, enseignants et membres de la communauté pendant le processus d'élaboration du cours. Les étudiants se sentent mieux équipés pour travailler avec les membres des Premières nations, les Métis ou les gens de descendance inuite que s'ils n'avaient pas suivi le cours, quoiqu'il manque toujours des stages pratiques. ✓ le premier modèle collaboratif du Canada en élaboration de programme concernant la prestation de soins de santé sécuritaires et pertinents d'un point de vue culturel en orthophonie et en audiologie pour les Autochtones. ✓ les partenariats avec les peuples de descendance autochtone et la formation des étudiants ✓ compilation des ressources ✓ entreprises dérivées comprenant la dissémination en (réseautage étendu)
2	Placement de stages cliniques d'Iqaluit (NUNAVUT)	Occasions de stage pour orthophoniste et audiologiste	Formation en orthophonie et en audiologie sur place dans les communautés inuites éloignées.	Orthophoniste pour la région de Baffin – à temps plein pour les services de réadaptation pour la région de Baffin, qui sont affiliés à l'Qikitani General Hospital, les services sociaux et de santé du gouvernement du Nunavut (le bureau principal se trouve à Iqaluit). Services offerts : hospitalisation, clinique externe, soins actifs (évaluation de la déglutition) et soins à long terme (AVC). Les services sont dispensés sur rendez-vous à Iqaluit, dans la clinique des centres de soins de santé, à domicile lors des déplacements pour devoir auprès de la communauté, ou par téléconférence. Il y a également un important programme de garderie, de soins préscolaires et de soins scolaires. Les orthophonistes reçoivent de 200 à 300 cas par année, dont 85 % d'Inuits. De ces dossiers, la vaste majorité est d'âge préscolaire (0–6 ans). Le domaine d'exercice concerne les retards et troubles d'élocution, les retards et troubles du langage, les problèmes de déglutition, et d'alimentation, et les autres formes de communication. La plupart des cas traités ont trait au retard de langage par référence et le soutien à la programmation. Cependant, les problèmes de

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
				déglutition requièrent beaucoup de temps. L'orthophoniste collabore avec des équipes spécialisées en développement (enfants à besoins chroniques, enfants requérant des soins complexes et évaluation du retard de développement). L'orthophoniste effectue le dépistage audiolinguistique (Pure Tone, impédance et émissions otoacoustiques). Il travaille également avec des enfants en rééducation auditive (AVT), donne des consultations dans des classes à champ libre et dans le cadre de programmes de communications gestuelle et visuelle. <u>Un service de jumelage de 2^e stage clinique est offert.</u> Ils établissent des partenariats de recherche élargis.
3	The Northern Initiative Placement (ONTARIO)	Occasion de stage clinique supervisé en orthophonie et en audiologie	Formation sur place en orthophonie et en audiologie dans les communautés inuites éloignées - pour s'assurer que les étudiants effectuent un stage qui les aide à acquérir des habiletés qui leur permettront de travailler auprès de différentes populations. Comme il n'y a pas d'orthophoniste pour assurer le jumelage des étudiants dans ces communautés, des superviseurs cliniques et enseignants accompagnaient les étudiants pour combler ce besoin, en tant que superviseurs cliniques.	Le placement supervisé d'étudiants en orthophonie pour offrir le service aux communautés défavorisées et pour rendre la formation des diplômés en orthophonie plus adaptée à une société multiculturelle. Elle doit être jumelée à un modèle de supervision constante dans ces régions. Consultez le court article dans le bulletin de l'ACOA, qui présente des renseignements – en vedette en page 8 de la pièce jointe : « Integrating Community Needs with Clinical Education Opportunities » dans les possibilités de formation clinique. » (MooseFactory, Attawapiskat, et Kashechewan.). Les étudiants en orthophonie et les superviseurs assurent l'évaluation orthophonique, l'intervention et la formation. L'étudiant en audiologie et le superviseur n'ont visité qu'Attawapiskat cette année (il s'agit du premier placement en audiologie)

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
OPTIONS DE PRESTATION DE SERVICE : TÉLÉSANTÉ, SERVICES COMMUNAUTAIRES, RAYONNEMENT				
4	Accès des Premières nations aux services d'orthophonie par Télésanté (MANITOBA)	Contourner les problèmes de compétences et l'éloignement	Les enfants des Premières nations du Manitoba n'ont pas accès aux services d'orthophonie de la province. Il est difficile d'obtenir que le transport médical de l'enfant et d'un accompagnateur vers Winnipeg pour un traitement soit remboursé par SSNA. De plus, ce modèle n'est pas très efficace.	Un orthophoniste qui travaille avec la Society for Manitobans with Disabilities se sert de Télésanté Manitoba (visioconférence sécurisée) pour offrir des services à quarante enfants autochtones de moins de 6 ans à Norway House, Pukatawagan, The Pas et Thompson.
5	Établissement métis de Kikino (ALBERTA)	Accès à la télépratique	Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones n'a pas accès aux services locaux d'orthophonie	Khan Communications est une société privée d'orthophonie qui offre des services publics aux communautés dans l'ancienne région de la Santé d'Aspen (région de Lac LaBiche). En vertu d'un contrat avec Alberta Health Services (<i>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)</i>), Khan fournit des services de télépratique aux écoles depuis 2005. Le <i>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones</i> finance un assistant orthophoniste qui se sert d'une salle réservée à la télépratique pour consulter un orthophoniste d'Edmonton. Les enfants qui participent au PAPA et qui ont des besoins d'orthophonie reçoivent les services à l'école. Autrement, les enfants d'âge préscolaire peuvent recevoir des services de l'orthophoniste provincial, à une distance de 20 à 40 minutes de route. En 2009, un membre du personnel de Khan a élaboré un pré-programme d'orthophonie pour le personnel et les parents du PAPA.
6	Vancouver Island First Nations schools (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Accès Skype	Communautés éloignées mal servies	Service d'orthophonie rendu par Skype à deux communautés Nuu Chah Nulth.

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
7	Différentes communautés des T.N.-O. : Yellowknife, Fort Smith, Wha'Ti, Hay River (T.N.-O.)	Accès par Télépratique	Communautés éloignées mal servies et à coût élevé	Le gouvernement des T.N.-O. a adopté une norme de télépratique (2–4 rencontres à domicile dans les communautés; tous les suivis sont effectués par visioconférence). Les points de service sont situés dans les écoles et les centres de santé. Les assistants à l'apprentissage appuient la prestation de service. Yellowknife : thérapie d'articulation pour les enfants qui n'ont pas pu se rendre à la clinique pour participer à la thérapie. Se rendre au point de services du PAPA. Articulation Wha'Ti (Idem, pour les régions éloignées). Suivi mensuel des patients en articulation par télédiscours avec un assistant orthophoniste dans la salle.
8	Dépistage des troubles auditifs chez les poupons des Premières nations – suivi (ONTARIO)	Améliorer l'accès des Premières nations aux programmes universels	Les enfants des Premières nations qui sont nés à l'hôpital régional de Thunder Bay et qui échouent au test d'audition fréquemment ne reçoivent pas de suivi de réponse évoquée auditive du tronc cérébral à cause de l'emplacement du domicile (communautés nordiques isolées).	Un audiologiste du Bureau de santé du district de Thunder Bay s'est associé au Réseau Télémédecine Ontario pour jumeler la visioconférence avec un flux de données enregistré pour fournir des services de réponse évoquée auditive du tronc cérébral dans sept centres hospitaliers du nord-ouest de l'Ontario : Fort Frances, Kenora, Sioux Lookout, Geraldton, Marathon, Dryden et Red Lake. Il a reçu une cinquantaine de patients de moins de 9 mois, dont 85 %, estime-t-il, de membres des Premières nations.
9	Nitam Giigidowin (Premiers mots) Fort William, Premières nations Ginoogaming et Long Lake 58 (ONTARIO)	Abattre les barrières de compétences et assurer la préparation des écoles	Les bureaux de santé publique n'assurent pas les services d'orthophonie auprès des Autochtones. Les longues distances de route et les barrières culturelles restreignent le nombre d'enfants autochtones reçus. L'accessibilité des	Santé Canada a financé un projet pilote pour trois années scolaires, de 2009-2010 à 2011-2012. Deux orthophonistes du Bureau de santé du district de Thunder Bay se rendront dans trois emplacements autochtones : Fort William (urbain); Ginoogaming et Long Lake (3-3,5 h de Thunder Bay) une fois par mois. Un assistant en troubles de la communication passera un jour dans chaque communauté chaque semaine. À Long Lake, le centre de santé a aménagé un espace de consultation. À Ginoogaming, un espace est disponible dans le sous-sol de l'établissement du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Le programme soutient les évaluations, les activités d'intervention, les suivis et les « vérifications » auprès des enfants du PAPA. Mise à jour reçue (15 juin)

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
			services et les taux de référence plus élevés pour les enfants qui entreprennent la dernière année d'admissibilité à la garderie. Objectif : offrir des services sur les réserves entraînera une accélération des dossiers dirigés en consultation et de l'accès aux services.	→ « <i>Au cours des six mois que nous avons passés sur les réserves, nous avons reçu plus de 30 dossiers, la plupart du temps à l'initiative du parent. La communication avec des partenaires de la communauté s'est avérée la pierre angulaire de notre succès. Nos partenaires communautaires ont été de fervents partisans du service et ont aidé à faciliter notre insertion dans la communauté afin que nous soyons acceptés par les membres de la communauté. L'achalandage a été bon à cause de la résolution régulière des problèmes en collaboration avec notre partenaire communautaire. Nos partenaires nous ont également fourni des occasions inestimables de discuter de la pertinence de nouveaux programmes, présentations et documents pour leur communauté. Il fallait déterminer les besoins de chaque communauté, puisque notre approche a été adaptée à chacune. Les Anciens des communautés ont été mis à contribution en donnant à notre projet un nom qui reflète l'objectif de la programmation.</i> »
10	Programme d'acuité auditive et de traitement des otites moyennes (NUNAVIK)	Améliorer l'accès aux services d'audiologie, augmenter la capacité des Inuits	Le Québec s'est doté d'une politique universelle de dépistage en audiologie. Les enfants inuits qui vivent au Nunavik ont un accès très limité aux services d'audiologie et une forte prévalence d'otites moyennes favorisant la perte d'ouïe.	Le programme d'audiologie et de traitement des otites a commencé en 1986 sur l'initiative de McGill par l'entremise de l'hôpital de Montréal pour enfants, dans 14 communautés du Nunavik. Le programme original avait une portée interdisciplinaire : médecin, audiologiste, infirmier, qui se rendaient tous dans chaque lieu. Il s'agit maintenant d'un service d'audiologie. En 1994, le programme s'est scindé en deux services complémentaires : le Programme Hudson (ouest) et le Programme Ungava (est). Le point de service de l'Ouest est à Povungnituk (POV). L'hôpital de POV soutient six autres communautés. Depuis 2008, le programme Hudson est assuré par une équipe de cinq audiologistes. Au niveau communautaire, une ressource locale assure la traduction, la coordination des dépistages locaux (surtout scolaires), coordonne les questions d'aide auditive, et dirige les membres de la communauté vers d'autres tests. L'expérience des ressources communautaires varie. Les audiologistes les forment, mais elles n'ont pas de certification ou de diplôme pour la réussite de la formation. Le taux de roulement est élevé dans certaines communautés. À POV, le programme gère également 1,5 ETP pour les assistants en audiologie qui vivent dans la communauté et qui possèdent de plus grandes habiletés et connaissances. On les appelle les Siutiliriji (mot en Inuktitut signifiant une « personne ayant des connaissances sur l'oreille »). Les audiologistes se servent quelquefois de l'otoscope numérique pour prendre et

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
				transmettre des images aux TNE pour consultation. Le programme est financé par le ministère de la Santé du Québec.
11	Services coordonnés d'orthophonie par un organisme autochtone (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Les Premières nations ont assuré la coordination et la prestation de service	Plusieurs petites Premières nations de C.-B. sont incapables d'assumer les coûts des services d'orthophonie dans leur communauté.	Le Comité consultatif sur l'éducation des Premières nations et la First Nations School Association de C.-B. ont créé un programme d'éducation pour enfants en difficulté qui aide les enfants. L'orthophonie est un des services fournis aux poupons, aux enfants d'âge préscolaire et aux enfants d'âge scolaire. Une ligne d'aide orthophonique gratuite, SET, un partenariat britanno-colombien pour la suppléance à la communication et 10–12 orthophonistes contractuels et deux ETP pour la prestation directe, couvrant de 35 à 40 écoles par année selon la demande de la communauté. Les orthophonistes se rencontrent chaque année pour échanger sur l'évolution de la pratique et sur les questions de prestation de service.
12	Prestation coordonnée de services d'orthophonie par un organisme des Premières nations (MANITOBA)	Coordination et prestation des services gérés par les Premières nations	Plusieurs petites Premières nations de C.-B. sont incapables de soutenir des services d'orthophonie dans leur communauté et de se doter d'une telle capacité (former des assistants en orthophonie).	Le Centre de ressources éducationnelles des Premières nations du Manitoba coordonne la prestation de services d'orthophonie dans une quarantaine d'écoles de bande du Manitoba des Premières nations du Manitoba. De plus, 4 ETP et d'un orthophoniste contractuel se rendent dans chaque communauté jusqu'à quatre fois l'an. Ils profitent d'un partenariat avec l'Université du Manitoba pour la formation des assistants en orthophonie (19 travaillent dans les communautés)
13	Four Directions Community Health Centre et rayonnement du programme pour enfants du centre de réadaptation de Wascana (SASKATCHEWAN)	Amélioration de la coordination et de l'accès aux services pour la population autochtone urbaine de Regina.	Les patients de quartiers à risque (surtout des autochtones urbains) n'avaient pas un accès régulier aux services d'orthophonie pour leur famille, à cause de problèmes de transport, d'emplacement, d'alphabétisme, et de nombreux autres problèmes d'ordre social.	- Le personnel du centre local de santé communautaire, en partenariat avec le programme pour enfants du centre de réadaptation de Wascana, a rédigé une proposition de financer la venue d'un orthophoniste dans le quartier. - Le poste a été financé et le titulaire est entré en fonction en septembre 2008. Le poste est désormais financé en permanence. - Le poste est soutenu et géré par le programme pour enfants, mais à l'extérieur du centre local de santé qui est bien connu dans la communauté et en lequel les gens ont confiance. Le centre local de santé soutient les services de toxicomanie, les groupes de pères, le programme Healthiest Babies Possible, d'infirmière en santé publique, les programmes de formation au rôle de parent, les groupes de soutien, les services de soins de première ligne, les conseils des Anciens, et les programmes prénataux.

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
			Le taux de concrétisation des cas de patients dirigés en consultation est très faible. Les services d'orthophonie n'étaient pas à distance de marche ou faciles d'accès dans le quartier.	- Le but de l'orthophonie était d'offrir une intervention directe aux familles qui en désiraient une dans le voisinage, ainsi qu'offrir des services de prévention portant sur l'attachement, le développement précoce du langage et l'alphabétisme. - Les services sont offerts à domicile si les familles le désirent. - L'orthophoniste s'est associé à des programmes de soutien familial, de formation au rôle de parent, de cours prénataux et de garde populaires déjà en place et réussis pour offrir les services. - L'orthophoniste est disponible pour participer aux programmes et groupes locaux, pour former des partenariats et établir des relations avec les familles. - Résultats : meilleur taux de réponse aux cas dirigés en consultation, meilleur accès aux services thérapeutiques au sein du voisinage central, augmentation des partenariats de service de garde dans la communauté, programme d'essai d'alphabétisme des familles avant la naissance, et création d'un groupe de jeu sur appel.
14	Telespeech de la Première nation de Sandy Lake (ONTARIO)	Amélioration de la prestation de services	La collectivité est servie sur appel uniquement. Il y a une liste d'attente de deux ans pour qu'un enfant soit vu en consultation. Santé Canada ne paiera pas les services d'orthophonie par les prestations de soins de santé non-assurés. Un nombre élevé d'enfants présentent des problèmes d'orthophonie.	La Première nation de Sandy Lake (Ontario) : un orthophoniste y vient du Sud de l'Ontario une fois l'an pour effectuer des évaluations et améliorer la compréhension des normes culturelles et langagières locales. Actuellement, il reçoit plus de 50 enfants de 4 à 14 ans. Les séances hebdomadaires sont planifiées par l'orthophoniste et l'horaire est télécopié à l'école. Les assistants locaux vont dans les classes et emmènent les enfants dans une salle de vidéoconférence particulière et animent la séance. Pendant l'année scolaire, les enseignants à l'enfance en difficulté dirigent d'autres élèves à l'orthophoniste au besoin.

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION : SERVICES ASSURÉS DANS LA COMMUNAUTÉ, NORMES LOCALES				
N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
16	Projet pilote des Premières nations sur quatre Premières nations (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Exemples de langage normatif développé habituellement entre 4 et 5 ans auprès de quatre Premières nations	Les évaluations normalisées du discours et du langage ne reflètent pas précisément les profils locaux de discours et de langage. Il peut s'en suivre des erreurs de diagnostic ou des diagnostics exagérés sur les enfants de la communauté.	
17	Michael Chappell, orthophoniste à Iqaluit, en coordination avec des TNE, des audiologistes du Canada et avec une université ontarienne. (NUNAVUT)	Dépistages d'audiologie auprès de la population préscolaire inuite	Financement assuré récemment pour l'évaluation audiolinguistique de la population préscolaire inuite	L'orthophoniste reçoit de 200 à 300 patients qui lui sont adressés par année, dont 85 % d'Inuits. De ces patients envoyés en consultation, la vaste majorité est d'âge préscolaire (0–6 ans). L'orthophoniste travaille avec des équipes de développement (enfants à besoins chroniques, enfants requérant des soins complexes, et évaluation du retard du développement). Il effectue également les examens de dépistage audiolinguistique (Pure Tone, Impédance et Émissions otoacoustiques), et il travaille avec des enfants en réadaptation auditive, des consultations générales en classe et des programmes de communication visuelle/gestuelle de rechange. Il a récemment reçu une aide financière pour offrir un programme préscolaire de surveillance auditive auprès de la population inuite préscolaire, en coordination avec le TNE, des audiologistes du Canada et une université ontarienne. Il y a un développement continu des protocoles locaux de dépistage et d'évaluation, ainsi qu'une augmentation de la capacité communautaire au développement de la parole, de l'écoute et du langage.

N°	Nom/Lieu	Accent	Problème ou besoin comblé	Description
18	Programmes d'anglais standard langue seconde pour les circonscriptions scolaires de C.-B. (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Programmes PSEP, dialectes des Premières nations	Aucune information n'est disponible actuellement sur les pratiques en vigueur, mais il y a un certain consensus selon lequel il y a des dialectes anglais-Premières nations qui sont peut-être parlés par certains enfants et que ces dialectes peuvent différer des normes générales d'éducation.	Des étudiants à la maîtrise effectuent une étude qualitative des programmes d'anglais standard comme deuxième dialecte dans quatre circonscriptions de C.-B. Au moins une des personnes rencontrées (orthophonistes et enseignants) peut également être intéressée à participer. Plusieurs circonscriptions scolaires observent une amélioration des résultats d'évaluation et de l'examen FSA chez les étudiants qui obtiennent de l'aide des PSEP. Les pratiques varient d'une circonscription à l'autre, mais on reconnaît le besoin d'enseigner le changement de code et d'enseigner la différence entre le langage à l'école et le langage à la maison. Des efforts sont faits pour que des enseignants participent au PSEP, pour relever le profil et pour améliorer la compréhension de la nécessité du programme. Il est question d'un processus cohérent de dépistage et d'évaluation dans l'ensemble de la province, mais pour le moment, chaque circonscription scolaire le fait à sa manière. Il y a aussi une conscience du besoin de connaître la phonologie, la syntaxe, etc. des langues et dialectes autochtones locaux afin de distinguer les différences et les troubles, mais il y a loin de la coupe aux lèvres. On dispose de données d'enfants d'âge scolaire. Les entrevues sont effectuées auprès d'orthophonistes qui travaillent dans des programmes d'anglais comme deuxième dialecte (ESD) dans leur circonscription scolaire. Ils travaillent auprès d'enfants autochtones, mais pas nécessairement dans les communautés. Heather s'est renseignée sur la façon d'identifier un dialecte et sur les difficultés et réussites, sur les genres de méthodes et de documents utilisés.
19	Description du dialecte Inge Genée, PhD, Départ. de ML, U. de Lethbridge (ALBERTA)	Collecte de données sur les dialectes autochtones	Augmenter la connaissance en matière de description du dialecte, dans le but de fournir une base au travail appliqué sur les questions d'évaluation et de traitement	Les travaux actuels portent sur le domaine de la description du dialecte, dans le but de donner une base au travail appliqué sur les questions d'évaluation et de traitement. Une section d'un numéro spécial du <i>Canadian Journal of Native Education</i> sera consacrée à différents aspects de l'anglais autochtone : Inge Genée et Shelley Stigter (2010): <i>Not Just "Broken English": Some Grammatical Characteristics of Blackfoot English</i> .

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
PROGRAMMES UNIVERSELS ÉTABLIS SELON LA FORCE : DOCUMENTS, CAMPS....				
20	Camp d'apprentissage intensif linguistique d'été des Premières nations (NOUVEAU BRUNSWICK)	Occasion d'enrichissement linguistique pour les enfants et la communauté locale	Manque de services d'orthophonie pour les jeunes d'âge préscolaire des Premières nations	Même si les services d'orthophonie sont offerts dans un hôpital urbain, les familles sont aux prises avec plusieurs obstacles pour obtenir des rendez-vous et à d'interminables listes d'attente pour les services d'intervention. La bande a embauché un orthophoniste pour fournir des services continus à l'école et à la garderie de la Première nation. Cependant, les enfants d'âge préscolaire ne sont pas visés et les enfants « à risque » dans l'environnement scolaire exigent un enrichissement linguistique plus poussé l'été. Il s'agit d'un programme estival bonifié et continu qui avait été lancé et développé par la Première nation et l'orthophoniste en milieu scolaire embauché. Les discussions entre les enseignants, le directeur et l'orthophoniste ont permis de recenser le besoin d'offrir une programmation d'orthophonie (activités de conscience phonologique, stratégies d'animation langagière). L'accent est mis sur le plaisir et apporte de la nourriture aux enfants. Les activités comprennent la cuisine, l'art, la lecture, le théâtre et les déplacements sur le terrain. Le programme fonctionne quatre jours par semaine pendant quatre semaines d'été. Les enfants ont de 3 à 10 ans. Cette année, des enseignants autochtones y participeront.
21	Projet pilote à l'endroit du personnel de soutien en orthophonie : Les Premières nations Hitatsoo, Esowista, et Opitsaht (NuuChahNulth), Vancouver Island Health Authority, ministère du développement de l'enfance et de la famille, Bureau du conseiller en thérapie pédiatrique	Augmentation de la capacité de la Première nation et utilisation d'outils thérapeutiques adaptés à la culture	Manque de documentation et de programmes pertinents d'un point de vue culturel abordant précisément le développement du discours et du langage destiné aux personnes compétentes dans la communauté.	Les services d'orthophonie aux Premières nations sur la côte Ouest de l'Île de Vancouver utilisent <i>Moe the Mouse</i> comme outil. <u>Cible</u> – Un modèle de remplacement pour offrir des services d'orthophonie, à savoir la formation d'un membre de la communauté pour soutenir la prestation des services d'orthophonie en région éloignée. <u>But</u> – Donner à la communauté les outils pour le développement en orthophonie des enfants d'âge préscolaire. Les critères de ce poste comprenaient des traits de personnalité comme le dynamisme, l'expression, la joie, l'énergie, la créativité et la connaissance de la culture autochtone. Afin de tisser une sensibilité culturelle tout au long de ce projet et de garantir une impression de sécurité, on a utilisé certains principes directeurs : pas de test officiel, pas de formulaire à remplir, pas de dossier à tenir, faites-vous plaisir. Une formation du personnel de soutien aux orthophonistes prévoyait la prestation des modules sur l'articulation et le langage précoce du cours sur les partenariats

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
	(COLOMBIE-BRITANNIQUE)			en communications, présentée par deux orthophonistes. Un orthophoniste a également assuré un mentorat et une formation sur le tas deux fois par mois : p. ex., observation du programme en utilisation; consultation concernant un enfant en particulier et ses besoins d'orthophonie (i.e. travailler sur des sons en particulier, bâtir un vocabulaire mot par mot, se servir de prépositions, etc...); discussion et modélisation de principes et stratégies pour favoriser le langage p. ex. : suivre l'inclinaison de l'enfant, lecture d'un livre interactif, bâtir les habiletés de jeu imaginaire, introduire le vocabulaire et modeler le langage au niveau de l'enfant; et appels hebdomadaires pour discuter des progrès, proposer de nouvelles idées et des moyens de résoudre des problèmes par la coopération.
22	<i>Fly with Akweks</i> (Moe the Mouse dans une communauté Mohawk) (QUÉBEC)	Augmentation de la capacité des Premières nations et utilisation d'outils de thérapie appropriés	Susciter la fierté communautaire envers l'adaptation locale d'un programme pertinent d'un point de vue culturel	En créant le concept de Moe the Mouse pour la communauté Mohawk, Kahnawke établit trois solutions : <i>Solution 1</i> , qui porte sur le sujet des trois sœurs, une légende bien connue dans la communauté; <i>Solution 2</i> , qui porte sur Akweks dans la communauté et sa quête pour le meilleur endroit de nidification. La solution deviendra la <i>Solution 1</i> , celle qui présentera le caractère des Akweks qui continueront ensuite à diriger les enfants pour le reste des activités. Ils ont identifié les lieux communautaires que Akweks visitera et une gamme d'activités que les enfants entreprendront et qui sont reliées aux objectifs de l'orthophonie. Ils ont également tenu compte de la nature du DVD et des éléments animés qui l'accompagneraient; le scénario pour Akweks et Ainsley (une petite fille qui l'accompagnera dans ses aventures), et ils ont adapté des histoires traditionnelles reliées au thème et incorporé les objectifs de l'orthophonie. Un plan de jeu de table portant sur le sujet a également été créé.
23	Étudier la façon de se servir de la culture crie pour améliorer les habiletés en communication des enfants (QUÉBEC)	Documents pertinents d'un point de vue culturel rédigés dans la communauté, en conjonction avec une formation en développement du langage	Absence de connaissance communautaire de la façon d'appliquer les outils culturels aux activités de développement du langage	En août et en septembre 2009, le Centre de la fluidité verbale de Montréal a organisé un atelier d'aide à la communication des Cris. Les participants étaient enseignants crs, éducateurs, et directeurs du département de l'enfance en difficulté des neuf communautés. Les objectifs d'apprentissage comprenaient la compréhension du rôle de l'orthophoniste, ainsi que la compréhension du langage, du langage expressif, du langage social et de l'alphabétisme. Après avoir appris à discerner les enfants qui risquent d'éprouver des difficultés de langage et d'alphabétisme, les participants ont relevé les caractéristiques des enfants qui profiteraient de l'intervention en communication et des objectifs

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				d'intervention. Les orthophonistes ont ensuite guidé les participants à imaginer des façons de se servir de l'art (histoires contées, livres, chansons) pour améliorer les habiletés de communication des enfants. Tous ont étudié les moyens de se servir des chansons pour compléter le développement littéraire. Les participants ont ensuite créé leurs propres histoires culturellement pertinentes avec des affiches et autres éléments visuels pour soutenir la compréhension du langage et l'expression. Chaque professionnel a pu ramener ces histoires dans sa communauté et les faire connaître aux autres enseignants.
24	Premières nations Nookmis Mishoomis, Rama et Beausoleil et Orillia Native Women's Group, Barrie Native Friendship Centre, Georgian Bay Native Women's Group, Georgian Bay Friendship Centre, Midland, Enaahdig Healing Lodge (ONTARIO)	Raconter un conte sur le développement, tisser des liens communautaires, se concentrer sur l'orthophonie, célébrer la langue et la culture autochtones, apprendre le rôle de parent, les comptines et les chansons, et les contes	Intervention précoce, orthophonie, conte, apprentissage du rôle de parent, soutien communautaire, réseautage et utilisation des langues autochtones (comptines en Ojibwe)	Le programme a été lancé en 2002, et il est offert depuis. Chaque lieu a reçu de l'aide, un jour par semaine, sur sept semaines. Matinées : Grands-parents, parents avec enfants, activités en club : comptines, chansons, histoires, en Ojibwe et en français Repas : fourni pour les enfants et les parents. Après-midi : service de garde pendant que les parents participent activement aux histoires conçues pour guérir.
25	Projet pilote Quill-to-Quill (moins de 6 ans), [Classes de 1 ^{re} année] Conseil scolaire de Simcoe County, Midland et Barrie, projet pilote autochtone urbain. Orillia Central Preschool (0–6 ans) (ONTARIO)	Éléments culturels	Chansons préscolaires, mots clés : trois mots, trois langues, chanson de la trilogie (Ojibwe, français, anglais). En Ontario, ceci fait appel aux parents qui ont un héritage francophone et autochtone {Métis}. Les parents ne veulent pas être forcés à choisir entre la langue autochtone et	Documents tri-culturels à l'appui pour les enfants d'âge préscolaire Les initiatives englobent la langue, les activités culturelles, le pré-alphabétisme, les nombres, les comptines, les rimes, l'art, les chansons et les contes, les reconstitutions dramatiques, associées à des images (cartes-éclair) de Grandmother's Quillwork. Les cartes-éclair font le lien entre le thème, l'alphabétisme autochtone et les livres et histoires pour enfants, disponibles au www.goodminds.com (librairie autochtone à guichet unique). Exemple : Comment le tamia a obtenu ses rayures.

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
			le français lors des programmes préscolaires. En 4 ^e année, le système exige de choisir entre la langue autochtone ou le français	
26	So Sah Latch Family Program Ayas Men Men Child & Family Services, Nation Squamish, North Vancouver, C.-B. (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Élaborer des outils culturels à l'aide de photos du peuple Squamish, leur culture et leur langue	Développer une identité à titre de peuple Squamish; faire participer les anciens; enseigner une manière saine de tisser des liens; enseigner la patience; susciter des expériences précoces d'alphabétisme qui sont amusantes pour les familles; offrir des occasions de raconter des histoires, et développer les habiletés langagières en anglais et en langue squamish.	Association avec le personnel du programme familial de So Sah Latch (comprend un coordonnateur de programme, des enseignants d'ECE, des gardiens d'enfants, un coordonnateur de services prénataux et postnataux, développement du poupon, un infirmier, un orthophoniste). Les familles et les enfants de moins de 6 mois participent au programme. Confection de livres à l'aide de photos du peuple squamish, de leur culture et de leur langue. (p. ex., animaux, almanach, chansons, ballades) Texte en anglais, en langue squamish avec guides de prononciation et CD d'accompagnement pter les livres pour enfants en prenant certains mots et en ajoutant la langue squamish pour débutants (p. ex., les couleurs, les nombres, les noms d'animaux) • Les familles créent des histoires touchantes pour accompagner les livres et les légendes
27	APTN – <i>Tiga Talk</i> (CANADA)	Programmation d'orthophonie adaptée à la culture pour les enfants d'âge préscolaire	Davantage de contenu culturel dans les médias pour enfants, avec un accent sur le développement orthophonique	Émission de télévision visant à soutenir les objectifs de développement orthophonique en plaçant les sons parlés dans un langage approprié à la culture, et dans des activités axées sur la place. http://www.maystreet.ca/prjcts_Tiga.html
DÉVELOPPEMENT DE LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE : RECRUTEMENT, HABILITATION				
28	UBC School of Audiology and Speech Sciences	Recrutement de membres des Inuits, des Métis et des	Manque d'orthophonistes et d'audiologistes en	Recrutement actif d'élèves des Premières nations, des Inuits et des Métis pour les programmes d'orthophonie et d'audiologie fondé sur un principe d'action affirmative

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
		Premières nations pour un programme d'orthophonie et d'audiologie	langue autochtone	
29	Talk, Learn and Grow Together – Lil'wat [Mt Currie] (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Healthy Child and Family Development	Enrichissement fondé sur les forces des familles avec enfants de moins de 6 ans. Fait la promotion de la participation des parents à la conscientisation au développement de l'enfant et souligner les aspects positifs de leurs interactions avec leurs enfants [avec l'orthophoniste et le partenaire de la communauté (CHR, CW, ECE,...)]	Un processus dynamique et holistique qui permet d'intégrer des objectifs propres à la communauté et un programme universel fondé sur les forces qui soutient l'interaction entre les parents et l'enfant et qui augmente la connaissance du développement de l'enfant. Le programme en sept séances est offert par cycles, deux fois l'an. La version Lil'wat a été élaborée avec la participation du personnel du centre culturel, des participants du programme, de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute. Les séances ont pour thème <i>Watch and Listen (regarde et écoute)</i>, <i>Join in (participe)</i>, <i>Routines (les routines)</i>, <i>Drumming and Dance (tambour et danse)</i>, <i>Storytelling (le conte)</i>, <i>Celebrating Learning (célébrer l'apprentissage)</i>. Le programme incorpore la sensibilisation de l'orthophoniste à la façon dont l'enfant apprend non seulement à communiquer, mais dont il se développe en général. Les thèmes et activités varient et reflètent la participation des parents et de la communauté. Le programme incorpore les légendes locales, la langue et les activités traditionnelles. TLGT est un programme universel fondé sur les forces et reconnaît les forces que les parents apportent en ce qui a trait à • la connaissance de leur communauté • leur niveau d'intérêt aux sujets • leur créativité et leur capacité à adapter la terminologie à leur situation (p. ex., les animaux comme style de rôle de parent, leur identification saisonnière à ce qu'est une routine, etc) • leur façon de transmettre leur langue • leur capacité à faire connaître des histoires traditionnelles aux autres parents, que ceux-ci ne connaissent pas toujours Plusieurs familles participent au programme plus d'une fois, ce qui bonifie l'apprentissage.

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
30	Assistant orthophoniste autochtone (ONTARIO)	Habilitation des Premières nations, coordination des services	Les enfants d'âge préscolaire ne recevaient les services que pendant les mois d'été (lorsque l'orthophoniste avait le temps de passer). La communauté n'avait pas les moyens d'assurer le suivi des consultations.	Besoin d'identification : Les enfants de Garden River fréquentent une école hors réserve. Les commentaires de la direction de l'école indiquent que certains enfants ne sont pas « prêts pour l'école. » Les enfants sont inscrits à une liste d'attente de consultations. Les retards de service nuisent aux enfants et au système scolaire. On ne dispose pas de la capacité de contourner les problèmes d'orthophonie dans la communauté. Un orthophoniste est embauché à contrat depuis environ huit ans. Jusqu'à l'an dernier, l'orthophoniste ne passait à la garderie qu'en été pour évaluer les enfants et travailler avec eux. Limites du modèle actuel : Temps insuffisant pour que l'orthophoniste établisse une complicité avec les parents et d'autres membres de la communauté à propos des soins de l'enfant, et incapacité de faire un suivi, sauf l'été. L'enfant arrivait à l'école et avait toujours des problèmes de « préparation ». Longue attente pour consulter les orthophonistes à Sault Ste. Marie. Modèle de service holistique • Un membre de la communauté formé et agréé comme aide-orthophoniste et travaillant en vertu d'un permis d'orthophoniste contractuel assure le suivi et travaille auprès des enfants, des parents et autres aidants naturels à domicile pour faire le suivi des objectifs fixés par l'orthophoniste. • L'orthophoniste évalue et élabore un plan de thérapie, et l'aide-orthophoniste en fait le suivi. • L'aide-orthophoniste envoie les enfants en consultation auprès de l'orthophoniste, rencontre l'orthophoniste pour discuter de la progression des enfants et des objectifs, et établit le lien avec les prestataires de services de santé communautaire. • L'aide-orthophoniste collabore avec les prestataires de services de santé locaux (superviseurs et personnel de programmation communautaire et clinique) pour faire la promotion du rôle des services d'orthophonie dans le développement de l'enfant (partie de la programmation de santé : mères et enfants, séances d'info aux parents). L'aide-orthophoniste rencontre les groupes communautaires et assiste aux

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				activités scolaires et communautaires (p. ex., se préparer pour l'école, soirées d'alphabétisme familial) pour répondre aux questions sur les services d'orthophonie pour le développement de l'enfant et pour sensibiliser les gens à la disponibilité des services locaux d'un aide-orthophoniste.
31	Aides-thérapeutes interdisciplinaires - orthophoniste /audiologiste/ physiothérapeute/ ergothérapeute (NUNAVUT)	Bâtir la capacité des Inuits	Le taux de handicap des Inuits rapporté est près du double de la moyenne nationale, même si le niveau de dotation en personnel de réadaptation par personne du Nunavut demeure bien inférieur au reste du Canada.	Cours de 18 mois; huit diplômés. Arctic College : Les aides-thérapeutes communautaires (CTA) améliorent la qualité, la quantité et la continuité des services de réadaptation au Nunavut. Ces para-professionnels compétents sont qualifiés pour exécuter les programmes de traitement prescrits et supervisés par un professionnel de la santé du centre régional. La supervision à distance s'obtient par différents moyens technologiques, dont le courriel, le télécopieur, le téléphone et la visioconférence Télésanté. Parmi les tâches d'un CTA, notons les examens d'audition, la direction d'un groupe d'alphabétisme pour enfants, la réparation d'un fauteuil roulant, et l'aide à un vieillard dans l'exécution des exercices à domicile. Les CTA ont également un rôle important et grandement estimé à jouer en tant qu'experts en communauté, en culture et en langage au sein de l'équipe de réadaptation. La connaissance de leurs communautés et de leur culture contribuera à faire en sorte que les plans de traitement et les méthodes d'évaluation sont appropriés aux clients. Personne ressource : Arctic College
32	Orthophoniste des Premières nations Première nation M'Chigeeng Première nation Sagamok Anishnawbek Sheshegwaning Première nation Whitefish River (ONTARIO)	Développement de la main d'œuvre, compétence culturelle, Services linguistiques des PN	L'ACOA compte quelques membres de descendance autochtone.	Monica Nahwegahbow, M.S., orthophoniste CCC; Services d'orthophonie Anishnaabe Monica est de la Première nation Whitefish River, et y exerce, là et dans la région, depuis plus de six ans, dans quatre écoles autochtones, dont une école de jeunes enfants (et bientôt des classes de garderie). La clé de sa pratique réside dans les liens tissés. Les gens la connaissent, elle et sa famille, ainsi que son attachement à la communauté. Elle est désormais un élément intégral de la communauté. Les gens lui font confiance et respectent son honnêteté. Monica sait que les tests normalisés sont inappropriés étant donné le contexte très variable de la vie des Autochtones par rapport aux Nord-Américains de classe moyenne. Elle travaille beaucoup par instinct à la recherche de la vérité.

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				Elle est directe et très honnête avec les familles, car elles acceptent de lui faire confiance. Les gens sont contents de son travail; ils reconnaissent que ses recommandations sont efficaces. Même si elle est de la région, elle a dû travailler fort pour acquérir leur confiance. <i>« Le recrutement d'étudiants en orthophonie provenant des Premières nations est une excellente idée, mais difficile à mettre en œuvre. Il s'agit d'un domaine difficile à intégrer. Et vous devez être un type différent de penseur; un qui pense à l'invisible. L'élément scolaire prépondérant est un obstacle pour ceux qui disposent de moins d'occasions et pour ceux qui ont toujours des difficultés avec les effets générationnels des pensionnats.</i> <i>Il est très important de reconnaître que les cliniciens non-autochtones peuvent avoir des <u>préjugés</u> inconscients contre les Autochtones. Ils ne réalisent peut-être pas qu'ils ont des notions préconçues des communautés et des familles autochtones. Ils doivent prendre du recul et comprendre l'effet domino [du colonialisme et des pensionnats] qui a donné lieu à la situation actuelle. Les cours de conscience culturelle peuvent aider. En gros, tous veulent la même chose : que leurs enfants soient heureux, qu'ils dorment bien, qu'ils soient en sécurité, qu'ils suivent leurs passions; c'est simplement plus difficile pour certains d'y parvenir. Il y a toujours <u>tant de problèmes de santé</u> dans les communautés (p. ex., les jeunes enfants qui éprouvent des problèmes de dentition... pour qui apprendre à prononcer une occlusive n'est pas tout à fait une priorité.</i> <i>Gardez l'<u>esprit</u> ouvert. Vous devez tenir compte de plusieurs éléments; faites preuve de souplesse et ne portez pas de jugement. Rappelez-vous de la chance que vous avez eue, et que plusieurs personnes n'ont pas eu cette chance. »</i> <u>Développement communautaire</u> – Récemment, Monica a élaboré des plans pour consacrer davantage d'efforts au développement communautaire. Elle recherche ce dont les parents ont besoin pour mettre en œuvre les changements à l'échelle de la communauté. Elle croit qu'une des choses les plus importantes pour les

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				enfants est de découvrir ce qui les passionne, d'être dans une position pour trouver leur passion, de bâtir la communauté dans cette optique. Les écoles prennent de l'ampleur et évoluent tandis qu'elles accueillent et intègrent d'autres traditions et d'autres cultures.
33	Orthophoniste des Premières nations, Nipissing (ONTARIO)	Développement de la main d'œuvre, compétence culturelle, services linguistiques des PN	L'ACOA compte quelques membres de descendance autochtone	Sharla Peltier : « Les cercles de conte sont assurément <u>une approche fondée sur les forces</u> qui porte sur la connaissance de l'enfant qu'il emporte à l'école, et ils font la promotion de la conscience culturelle chez les élèves et le personnel. Aucun élément de ce processus traditionnellement utilisé par les Autochtones n'est relié de quelque façon à l'étude des déficiences ou des problèmes de ceux qui participent. L'écoute est la clé! Lorsque j'ai fait une recherche à ce sujet, j'ai découvert que les enfants peuvent écouter, quelquefois pendant une heure lorsqu'ils participent au conte. Ils ont écouté toutes les histoires racontées par leurs camarades. C'est peut-être en partie attribuable au fait qu'ils sont plus vieux (8–10 ans), mais le facteur respect y est; ils savent que tout ce qui est partagé est important. Le processus était si naturel pour eux. Il puise dans certaines valeurs autochtones qu'elles soient inuites, métisses ou des Premières nations. L'écoute est une habileté de vie importante. Il faut écouter pour apprendre. »
34	Orthophoniste des Premières nations, Territoire des Six Nations de la rivière Grand (ONTARIO)	Développement de la main d'œuvre, compétence culturelle, services linguistiques des PN	L'ACOA compte quelques membres de descendance autochtone	Lori Davis-Hill est orthophoniste de sa Première nation, du territoire des Six Nations de la rivière Grand. Elle est la <u>première personne issue des Premières nations</u> , des Inuits ou des Métis au Canada à décrocher une maîtrise à l'Université de Toronto, en 1990. C'est la deuxième fois, cette année, qu'une femme métisse obtient un grade similaire à l'Université de Toronto. « Il n'a pas été facile de recruter d'autres personnes au cours des 20 dernières années. » Actuellement, Lori fait partie d'une équipe comptant deux assistants en communication qui sont, d'après elle, « très habiles à faire participer les clients et les familles. Le travail d'équipe, par une équipe de rêve! » <u>Lori se sert de son enseignement pour faire le pont entre deux mondes;</u> « Autochtone d'une part, Blanc d'autre part. » Au cours des dix dernières années, elle a exercé sa profession dans sa communauté d'origine. Elle estime être devenue un pont entre deux mondes, pour transposer les habiletés de base qu'elle

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				a acquises dans la communauté, puis apporter des changements à ces habiletés dans un objectif d'adaptation au potentiel de la communauté et pour en faire la promotion. Elle reconnaît que plusieurs personnes n'ont pas réussi la transition et qu'elle a longuement pensé à ce qui explique son succès. Elle pense que c'est lorsqu'elle a pu faire le lien entre l'enseignement et le contexte de sa propre réalité que l'apprentissage est devenu plus significatif. Elle établit un lien entre cela et sa pratique auprès des familles. « Les faits et les chiffres n'ont aucun sens; les parents et les aidants naturels doivent être avec vous dans la salle pour voir comment fonctionne la thérapie. » Toute son approche envers la communication est de nature <u>holistique</u>; pour « offrir tous les moyens possibles de communiquer et observer une diminution de la frustration. Le comportement, c'est une forme de communication... La communication, c'est une forme de comportement. » De plus, elle prévient que les gens ne font parfois pas le lien aussi rapidement que vous l'avez fait. « Vous oubliez l'ampleur de votre savoir en orthophonie. » Elle connaît le <u>modèle de bien-être</u> d'autres Premières nations, comme la Médecine Wheel, et elle incorpore des aspects de l'Arbre de la paix de sa culture (quatre principales orientations) dans toute sa compréhension de ce qui intéresse un enfant. Il s'agit de bâtir une relation, de connaître les intérêts, les relations, le vocabulaire familial et les personnages familiers, ainsi que les expériences : « Elles [les familles] sont les expertes; nous devons les écouter, et bâtir sur cette base. » Elle invite les familles à s'engager en les engageant dans le processus d'évaluation : « Elles prennent du temps d'école ou de travail et se rendent au rendez-vous. Si nous nous rendons si loin, elles ont fait preuve de volonté. » De plus, elle s'assure que la thérapie commence la semaine suivant l'évaluation : « Ils obtiennent le service immédiatement... et peu importe, vous pouvez démontrer un certain genre de progrès dans l'analyse; c'est le meilleur moment de faire de la modélisation... certains parents ont la larme à l'œil. » Lori demande également un engagement écrit de la part des familles pour confirmer la relation qu'elles entreprennent. « C'est une question de confiance et de

N°	Nom/Lieu	Cible	Problème ou besoin comblé	Description
				relations. » Lori offre également un placement étudiant pour permettre aux autres futurs diplômés de voir ce qui importe dans son contexte. Elle leur indique que c'est acceptable de prendre le temps de tisser des liens. « C'est la moitié de la bataille. Les parents ou aidants naturels auront confiance en vous, surtout si vous prenez le temps de leur montrer comment ça fonctionne. »
35	Communautés Piikani et Kainai Blackfoot du sud de l'Alberta (ALBERTA)	Ateliers de développement d'orthophonie prénataux et au cours des premiers jours	Ré-enseignement des habiletés parentales traditionnelles relatives à la façon de parler aux bébés et à la façon d'employer le langage oral à la maison.	Une approche communautaire terre-à-terre commençant à l'école secondaire et dans les cours prénataux. 1. « La langue dans la vie » - ce programme traite de la question du manque de langage dans les demeures des Premières nations. Le principal objectif est que le programme soit enseigné dans chaque centre de santé, dans chaque cours prénatal. 2. Cours « Baby Play and Learn » – Bosch a donné ces cours à des groupes de parents sur la réserve. L'accent est mis sur la création d'une communauté autour du bébé, apprendre des chansons et des chants traditionnels, et modeler le langage parlé en tout temps.
36	Formation d'aide-orthophoniste des Premières nations (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Développement de la capacité	Plusieurs Premières nations sont incapables d'assurer adéquatement la prestation du service.	Le comité consultatif sur l'éducation des Premières nations et la First Nations School Association en C.-B. ont établi une relation avec le Nicola Valley Institute of Technology (une institution gérée par les Premières nations et pouvant décerner un diplôme) pour former les aides-orthophonistes communautaires. Le premier groupe de 40 étudiants terminera ses études et entrera sur le marché du travail en mai 2011.
37	Formation d'aide-orthophoniste des Premières nations (MANITOBA)	Développement de la capacité	Plusieurs Premières nations sont incapables d'assurer adéquatement la prestation du service.	Le Manitoba First Nations Education Resource Centre a établi un partenariat avec l'Université du Manitoba pour former des aides-orthophonistes. Une quarantaine de candidats se sont inscrits au programme et 19 travaillent désormais auprès d'une communauté des PN. Les orthophonistes du MFNERC donnent également une formation informelle aux assistants en éducation pour offrir le soutien au service.

Services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations du Canada, avec un accent particulier sur les enfants de 0 à 6 ans



Rapport du sondage mené auprès des audiologistes, des orthophonistes et du personnel de soutien offrant des services au Canada

décember 2010



© 2010, ACOA

Copyright par l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. Aucune partie de cette publication ne peut être réimprimée, reproduite, conservée dans un système d'archivage ou transcrite de quelque manière que ce soit (électronique, mécanique, photocopie ou autre) sans la permission écrite de l'ACOA. Communiquer avec pubs@ACOA.ca. Pour toute citation, les renseignements appropriés doivent être fournis (ACOA, titre de la publication et page (s)).

Résumé

On sait peu de choses sur la disponibilité et la nature des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans au Canada. Les résultats d'un sondage mené auprès des audiologistes, des orthophonistes et du personnel de soutien sont présentés ici. Plus précisément, ce rapport présente une information à jour sur la disponibilité des services, le degré de préparation des professionnels, les pratiques et les perceptions en matière services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada.

Mots-clés: parole, langage, orthophonie, audiologie, enfants inuits, métis et des Premières nations.

Consultants : Margaret O'Hara et John Rowlandson

Ce rapport a été financé par la Division de l'enfance et de l'adolescence de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le travail et les opinions qu'il contient ne sont pas ceux de Santé Canada. Toute correspondance concernant ce rapport doit être adressée à Sharon Fotheringham, directrice des normes en pathologie du langage, Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) Ottawa (Ontario). Courriel : sharon@caslpa.ca.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	vii
Méthodologie générale.....	viii
Aperçu des conclusions du sondage	viii
Profil de l'échantillon	ix
Prestation de services par les répondants cibles	ix
Modèles de prestation des services liés à la parole, au langage ou à l'audition	x
Éducation, formation, apprentissage, préparation.....	x
Recommandations.....	xi
CONTEXTE	1
But du sondage.....	1
MÉTHODOLOGIE	3
Répondants cibles	3
Procédure	3
Élaboration du sondage.....	3
Analyse des données	4
Mise en garde relative à l'interprétation des données.....	5
RÉSULTATS DU SONDAGE	6
Présentation des résultats	6
Profil démographique des répondants.....	7
Distribution géographique de l'échantillon total	7
Démographie de l'échantillon complet.....	8
Échantillon cible	9
Clients servis.....	9
Lieu où les services sont rendus.....	11
Lieu de prestation des services, mode de transport et durée des déplacements.....	11
Pratique actuelle de l'échantillon cible	13
Prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition.....	13
Emploi.....	13
Affiliation culturelle.....	15
Lieu où les services sont fournis et langue parlée dans la collectivité.....	16
Listes d'attente, charge de travail, fréquence.....	18
Intervention et formation	19
Services d'intervention	19
Prestation de services d'enseignement ou de formation	21
Stratégies et outils relatifs aux services	23
Collaboration avec des partenaires communautaires.....	23
Adaptation des services pour les clients inuits, métis et des Premières nations.....	24
Modalités d'intervention et d'évaluation	25
Méthodes et stratégies de traitement et d'évaluation.....	27

Stratégies utilisées pour appuyer les services aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis.....	30
Enseignement et formation destinés aux fournisseurs de services	31
Préparation pour offrir des services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations	31
Occasions de formation.....	32
Résumé des obstacles aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les clients inuits, métis et des Premières nations	34
Obstacles physiques	34
Obstacles relatifs à la pratique	34
Obstacles à la formation.....	35
Aperçu des données et recommandations	36
Transfert des connaissances et sensibilisation	38
Élaboration des modèles de service	38
Perfectionnement professionnel.....	39
ANNEXE 1 : Comparaison statistique des réponses des personnes interrogées cibles travaillant dans des collectivités isolées par rapport à des collectivités non isolées.....	41
ANNEXE 2 : Tableaux décrivant la totalité de l'échantillon.....	43

TABLEAUX

Tableau 1 :	Comparaison de l'effectif canadien en audiologie et orthophonie et de l'échantillon total – province de résidence par profession.....	7
Tableau 2 :	Répondants cibles disant avoir offert des services aux enfants métis, inuits ou des Premières nations de 0 à 6 ans entre 2005 et 2010	10
Tableau 3 :	Groupes d'âge des clients servis par les répondants cibles.....	10
Tableau 4 :	Perception d'isolement du milieu inuit, métis ou des Premières nations où les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont fournis	11
Tableau 5 :	Types d'établissements où les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont habituellement fournis.....	12
Tableau 6 :	Mode de transport vers le lieu principal et secondaire de prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition	12
Tableau 7 :	Durée du déplacement aller-retour au lieu de travail pour les professionnels de la parole, du langage et de l'audition	13
Tableau 8 :	Ressort en vertu duquel les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont rendus	13
Tableau 9 :	Disponibilité d'autres spécialistes de la parole, du langage et de l'audition où les services aux clients inuits, métis et des Premières nations sont offerts	14
Tableau 10 :	Compétence des professionnels en orthophonie et en audiologie dans une langue autochtone	15
Tableau 11 :	Groupes inuits, métis ou des Premières nations servis par les professionnels de la parole, du langage et de l'audition	15
Tableau 12 :	Lieux où les professionnels de la parole, du langage et de l'audition offrent leurs services.....	16
Tableau 13 :	Langues indigènes dans les collectivités inuites, métisses ou des Premières nations servies par les spécialistes de la parole, du langage et de l'audition.....	17
Tableau 14 :	Comment les nouveaux clients sont recensés par les orthophonistes et les audiologistes	18
Tableau 15 :	Pourcentage estimatif de clients inuits, métis ou des Premières nations selon le degré d'isolement des collectivités	19
Tableau 16 :	Services d'intervention fournis par des professionnels en orthophonie et en audiologie.....	20
Tableau 17 :	Les approches de prévention et de promotion de l'orthophonie et de l'audiologie mises en application avec les clients inuits, métis et des Premières nations	21
Tableau 18 :	À quelle fréquence les professionnels en orthophonie et en audiologie ont-ils signalé avoir offert une formation à des membres de la collectivité, des travailleurs et des auxiliaires communautaires?	22

Tableau 19 :	Personnes recevant une formation de la part de professionnels en orthophonie et en audiologie dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations....	23
Tableau 20 :	Organismes avec lesquels les professionnels en orthophonie et en audiologie collaborent.....	24
Tableau 21 :	Adaptation des services pour les clients inuits, métis et des Premières nations ...	24
Tableau 22 :	L'adaptation des services des orthophonistes et des audiologistes interrogés pour les clients inuits, métis et des Premières nations selon le degré d'isolement	25
Tableau 23 :	Méthodes utilisées par les professionnels en orthophonie et en audiologie pour offrir des services d'intervention et d'évaluation	25
Tableau 24 :	Utilisation par les professionnels en orthophonie et en audiologie de l'Internet et de la vidéoconférence selon le degré d'isolement	26
Tableau 25 :	Approches d'intervention des services d'orthophonie utilisées avec les clients inuits, métis et des Premières nations	27
Tableau 28 :	Stratégies d'évaluation audiolinguistique utilisées avec les clients inuits, métis ou des Premières nations	29
Tableau 29 :	Stratégies de soutien utilisées par les professionnels en orthophonie et en audiologie qui travaillent avec des clients inuits, métis ou des Premières nations	31
Tableau 31 :	Activités qui ont préparé les orthophonistes et les audiologistes interrogés à travailler avec des clients inuits, métis ou des Premières nations.....	32
Tableau 32 :	Occasions d'apprendre des collectivités par profession	33
Tableau 33 :	Disponibilité perçue des programmes de formation continue par profession.....	33
Tableau 34 :	Problèmes relatifs aux obstacles physiques	34
Tableau 35 :	Problèmes d'obstacle à la pratique	35
Figure 1 :	Pourcentage estimatif des clients en orthophonie ou en audiologie qui sont des Inuits, des Métis ou des membres des Premières nations (n=549)	19

SOMMAIRE

Dans son plan stratégique de 2009-2011, le conseil d'administration de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) s'était donné pour objectif de militer en faveur de l'augmentation des ressources humaines afin de répondre aux besoins des systèmes et de la population. À partir des commentaires de ses membres, l'ACOA a élaboré un projet de recherche visant à soutenir les efforts visant à défendre l'augmentation et l'amélioration des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations. Le but de ce projet, intitulé *Étude quantitative et qualitative des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les collectivités inuites, métisses et des Premières nations au Canada*, était de mesurer les services liés à la parole, au langage et à l'audition actuellement offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans. Une analyse documentaire et entrevue auprès des informateurs clés a constitué le premier résultat de cette recherche. Le présent rapport du sondage mené auprès des professionnels de la parole, du langage et de l'audition au Canada est le second.

La recherche était guidée par un comité consultatif formé de quatre orthophonistes et d'une audiologiste de différentes régions du Canada qui travaillent auprès des enfants inuits, métis ou des Premières nations, de deux représentants de l'Assemblée des Premières nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), de deux orthophonistes/universitaires (UBC, Dalhousie) et de la chargée de projet de l'ACOA.

Ce rapport sur le sondage reflète le point de vue des audiologistes, des orthophonistes et du personnel de soutien offrant des services aux jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations. Plus précisément, le sondage visait à en savoir davantage sur les audiologistes, les orthophonistes et le personnel de soutien qui travaillent avec les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans et sur leurs pratiques professionnelles auprès de ces populations : où et avec qui ils travaillent; quel matériel et stratégies d'évaluation et d'intervention ils utilisent avec les enfants inuits, métis et des Premières nations; la disponibilité des services; les obstacles à la prestation des services à cette population. Le sondage examine aussi comment les services pourraient être améliorés. Il n'a pas été possible d'étendre le sondage à d'autres professionnels et membres de la collectivité, en raison de restrictions liées au financement, à la logistique et au temps.

Le rapport est divisé en quatre parties : après le Sommaire, la deuxième partie (Contexte) donne le contexte de la recherche, son but et ses objectifs; la troisième (Méthodologie) explique

la méthodologie appliquée. Enfin, la dernière partie présente les commentaires obtenus et des recommandations visant les obstacles relevés à partir des résultats du sondage.

Méthodologie générale

C'est la première fois que l'ACOA demande aux professionnels de la parole, du langage et de l'audition de lui donner un feedback quantitatif sur leur expérience des services offerts aux clients inuits, métis ou des Premières nations. Un sondage anonyme en ligne a été affiché sur le site Web SurveyMonkeyTM entre le 31 mai et le 30 juin 2010. Une invitation au sondage a été envoyée par courriel à tous les membres de l'ACOA; puisque l'adhésion à l'ACOA n'est pas obligatoire, les associations alliées et les collèges provinciaux ont aussi été invités à transmettre l'invitation à leurs membres.

Répondre au sondage en ligne demandait environ 35 minutes. Au total, 1 307 personnes ont commencé à y répondre et 1 194 questionnaires ont été remplis et analysés. Tous les répondants ont répondu aux questions démographiques et fourni de l'information sur leur expérience en matière de prestation de services aux clients inuits, métis ou des Premières nations. Dans le cadre du sondage, un sous-ensemble de répondants nous intéressait particulièrement : il s'agit des audiologistes, orthophonistes et membres du personnel de soutien (professionnels de la parole, du langage et de l'audition) ayant travaillé avec des enfants inuits, métis ou des Premières nations de 0 à 6 ans entre 2005 et 2010. Environ la moitié des répondants (n=563) satisfaisaient à ce critère. Ces répondants sont appelés « répondants cibles ». Ils ont répondu à des questions additionnelles sur les collectivités qu'ils ont servies et les services qu'ils ont offerts aux personnes d'ascendance inuite, métisse ou des Premières nations.

Aperçu des conclusions du sondage

L'échantillon du sondage comportait au moins deux caractéristiques dont il faut tenir compte dans l'examen des résultats :

1. l'échantillon n'est pas aléatoire, ce qui peut produire une impartialité dans les résultats;
2. les répondants peuvent avoir un plus grand intérêt envers la question des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les clients inuits, métis ou des Premières

nations, ou appartenir ou être liés par l'emploi à une organisation ayant un intérêt particulier envers cet aspect des services liés à la parole, au langage et à l'audition.

Nonobstant cela, ce feedback permet à l'ACOA de comprendre comment les professionnels de la parole, du langage et de l'audition perçoivent et traitent le développement et la prestation des services aux enfants inuits, métis et des Premières nations.

Profil de l'échantillon¹

Plus de 90 % des répondants (n=1 194) sont des femmes (91 %) et ont un diplôme universitaire (92 %). Quatre-vingt-deux pour cent disent être d'origine occidentale (Amérique du Nord/Europe) et 76 % se disent unilingues. La catégorie professionnelle la plus représentée est celles des orthophonistes (79 %), suivie par les audiologistes (15 %) et le personnel de soutien (5 %). Les deux tiers des répondants disent travailler dans le secteur public, 60 % disent avoir 11 ans d'expérience pratique ou plus et c'est en Ontario qu'ils travaillent le plus souvent : audiologistes (45 %), orthophonistes (34 %), personnel de soutien (50 %).

Il faut souligner que l'échantillon du Québec est proportionnellement largement inférieur au nombre de professionnels de la parole ou du langage dans cette province. Environ 3 % des répondants proviennent du Québec, alors que 22 % des audiologistes et 23 % des orthophonistes y vivent, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/provincial_profiles_2010_f.pdf).

Prestation de services par les répondants cibles

Les profils démographiques de l'échantillon complet et de l'échantillon cible sont similaires. Les répondants cibles (n=563) indiquent que les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont actuellement offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations dans toutes les provinces et tous les territoires au Canada. La majorité de ces professionnels de la parole, du langage et de l'audition travaillent pour des organismes provinciaux (santé, éducation, services à l'enfance ou à la famille) et mentionnent que les clients inuits, métis ou des Premières nations constituent moins de 10 % de leur charge professionnelle. Il n'a pas été possible de déterminer combien de clients inuits, métis ou des Premières nations étaient inscrits dans la charge professionnelle ou sur des listes d'attente

¹L'Annexe B contient des tableaux décrivant l'échantillon complet.

pour des services. La demande de services est élevée. Les trois quarts des répondants environ indiquent que d'autres professionnels de la parole, du langage et de l'audition sont disponibles pour la population qu'ils servent. Par contre, les répondants qui offrent leurs services dans une collectivité inuite ou des Premières nations sont beaucoup moins nombreux à indiquer que d'autres professionnels sont disponibles. La plupart des répondants indiquent que les professionnels et les membres de la famille sont les principales sources de référence. Les répondants mentionnent rarement le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones comme lieu de prestation de services. Moins de 1 % des répondants indiquent qu'ils étaient à l'aise ou pouvaient tenir une conversation dans une langue inuite, métisse ou des Premières nations. La plupart ne considèrent pas qu'il s'agisse d'un obstacle à la prestation de services.

La majorité des orthophonistes ou audiologistes répondants ont indiqué ne pas offrir de services dans les collectivités inuites ou des Premières nations et ne considèrent pas leur lieu de travail comme une collectivité isolée ou éloignée. La plupart des répondants disent se rendre à leur lieu de travail en voiture en 30 minutes ou moins. Les répondants qui ont travaillé dans des lieux géographiquement isolés ont une vue différente de la prestation de services et des modalités de pratiques uniques².

Modèles de prestation des services liés à la parole, au langage ou à l'audition

Les professionnels en orthophonie et audiologie qui sont les répondants cibles indiquent utiliser une variété de modèles d'intervention avec les clients inuits, métis ou des Premières nations. La grande majorité des orthophonistes et des audiologistes disent utiliser l'intervention directe. Les répondants disent aussi offrir de la formation aux membres de la collectivité, au personnel de la collectivité et aux paraprofessionnels et travailler en équipe avec d'autres disciplines. Cinquante pour cent des répondants disent avoir adapté leurs services pour répondre aux besoins des clients inuits, métis ou des Premières nations. Les répondants utilisent rarement la vidéoconférence ou les modalités Internet pour les services d'intervention et d'évaluation.

Éducation, formation, apprentissage, préparation

² Isolé et éloigné sont considérés comme des termes équivalents. Les 54 collectivités inuites, environ 30 % des 634 collectivités des Premières nations et plusieurs établissements métis sont considérés isolés ou éloignés. L'Annexe A présente les statistiques sur les collectivités.

Environ 70 % des répondants offrant des services liés à la parole, au langage ou à l'audition ayant une maîtrise – le diplôme d'accès à la profession d'orthophoniste ou d'audiologiste – ont fait leurs études professionnelles au Canada. Environ la moitié d'entre eux disent s'être sentis préparés ou très préparés lorsqu'ils ont commencé à offrir des services aux clients inuits, métis ou des Premières nations. À l'opposé, près de 90 % indiquent se sentir actuellement préparés ou très préparés à offrir de tels services et attribuent principalement leur degré de préparation à l'expérience personnelle, à la recherche et aux lectures.

Recommandations

Dans ce rapport, nous formulons des recommandations sur le transfert de connaissances, la diffusion de l'information, les modèles de prestation des services et le perfectionnement professionnel. Il est reconnu que les collectivités éloignées présentent des exigences particulières en matière de pratique. Nous croyons que les recommandations permettront d'améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la pertinence des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada.

CONTEXTE

Les orthophonistes et les audiologistes sont de plus en plus préoccupés par les lacunes dans l'étendue et le type de services offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations. En réponse aux préoccupations soulevées par un groupe d'intérêt spécial de l'ACOA et par des discussions à la conférence de l'ACOA, l'association a demandé et reçu de Santé Canada une aide financière lui permettant de mieux comprendre la disponibilité actuelle des services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations (de 0 à 6 ans) par un processus de collecte de données quantitatives et qualitatives. Une analyse documentaire et un sommaire des entrevues avec les informateurs clés ont produit les premiers résultats de ces travaux. Le deuxième est un sondage réalisé auprès des professionnels de la parole, du langage et de l'audition au Canada. Les connaissances acquises à la suite de l'analyse documentaire, des entrevues avec les informateurs clés et du sondage permettront de déterminer les prochaines étapes dans l'amélioration des services d'orthophonie et d'audiologie pour les clients inuits, métis et des Premières nations.

Comité consultatif du projet

Le comité consultatif du projet est formé des orthophonistes Lori Davis-Hill (Ont), Kendra Dean (Sask.), Monica Nahwegahbow (Ont.) et Deanne Zeidler (C.-B.), et de l'audiologiste Isabelle Billard (Qc), qui travaillent avec les enfants inuits, métis et des Premières nations; de la représentante de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Anna Claire Ryan; de la représentante de l'Assemblée des premières nations (APN), Melanie Morningstar; des orthophonistes et professeurs d'université May B. Bernhardt, de l'Université de la Colombie-Britannique, et Elizabeth Kay-Raining Bird (présidente), de l'Université Dalhousie; ainsi que de la chargée de projet de l'ACOA, Sharon Fotheringham. Les consultants sont Margaret O'Hara et John Rowlandson.

But du sondage

Le sondage visait à fournir une description des services liés à la parole, au langage et à l'audition actuellement offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans par des audiologistes (Aud.), des orthophonistes (Orth.) et du personnel de soutien (PS).

L'ACOA a établi huit questions importantes :

- Qui offre les services liés à la parole, au langage et à l'audition?

- Quels sont les services liés à la parole, au langage et à l'audition actuellement offerts?
- Quels sont les besoins perçus en matière de services liés à la parole, au langage et à l'audition par les membres des collectivités inuites, métisses et des Premières nations?
- Quels sont les outils utilisés pour le dépistage et l'évaluation des troubles de la parole, du langage ou de l'audition et de quelle façon ces outils ont-ils été adaptés pour les différents groupes?
- De quelle façon les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont-ils offerts (p. ex. télé santé, consultation, intervention directe)?
- Quels sont les outils de prévention et de promotion utilisés en orthophonie et en audiologie et comment ces outils sont-ils utilisés?
- Quelle formation, professionnelle et communautaire, reçoivent les fournisseurs de services actuels?
- Quels sont les obstacles aux services liés à la parole, au langage et à l'audition dans les différentes populations autochtones?

Le comité consultatif a ajouté une neuvième question :

- Où les services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans sont-ils offerts?

MÉTHODOLOGIE

Répondants cibles

Les répondants cibles du sondage étaient les professionnels de la parole, du langage et de l'audition travaillant actuellement auprès des enfants inuits, métis ou des Premières nations de 0 à 6 ans, notamment :

- les orthophonistes;
- les audiologistes;
- le personnel de soutien (assistants pour les troubles de communication, assistants en orthophonie, assistants en audiologie).

Procédure

Élaboration du sondage

Le sondage a été préparé par les consultants en consultation avec le comité consultatif. Les consultants et les membres du comité consultatif se sont rencontrés à Ottawa les 22 et 23 avril 2010 afin de concevoir le sondage et d'entreprendre la rédaction des questions. L'information provenant des entrevues avec les informateurs clés et de l'analyse documentaire a guidé le processus. Trois enjeux relatifs à la prestation des services, tirés de la documentation (emplacement, coordination des services et intégration culturelle et communautaire) ont été utilisés pour structurer les questions. Les éléments clés de la conception étaient la facilité d'utilisation (des menus de choix partout où c'était possible), l'accessibilité (basé sur Internet, anglais et français) et rapidité (le sondage devait être prêt avant le début des vacances d'été). Une ébauche de questionnaire a été préparée à partir de ces discussions.

Le comité consultatif a effectué un essai pilote en ligne du sondage. Ce processus a permis de recenser des problèmes de logique et de formulation qui ont ensuite été corrigés.

Le sondage final a été traduit en français. La période de sondage a débuté le 31 mai 2010 à environ 9 h et s'est terminée le 30 juin 2010 à environ 24 h, HAE. L'accès au questionnaire en ligne a été assuré par Survey MonkeyTM.

Tous les membres de l'ACOA ont reçu un courriel le 31 mai expliquant le but de l'initiative de recherche et les invitant à participer au sondage en ligne. Les autres méthodes utilisées par l'ACOA pour favoriser la participation comprenaient un message sur le site Web

de l'ACOA (<http://www.caslpa.ca/english/profession/aboriginalproject.asp>) et des invitations directes aux délégués à la Conférence de mai 2010 à Whitehorse. L'ACOA a également encouragé la participation en offrant un certificat de 50 \$ à valoir sur une activité d'éducation continue. De plus, l'ACOA a demandé aux sept organismes de réglementation provinciaux et à la CDAAC (Communication Disorders Assistants Association of Canada) d'encourager leurs membres à répondre au sondage. Un courriel de rappel a été envoyé à tous les membres de l'ACOA et aux organismes provinciaux deux semaines avant la date de clôture du sondage.

Répondre au sondage en ligne prenait environ 35 minutes et le sondage comprenait 79 questions. Les neuf catégories de questions portaient sur les données démographiques (12 questions), l'expérience de travail auprès des clients inuits, métis ou des Premières nations (18 questions), les considérations linguistiques, culturelles et communautaires (9 questions), les outils et les approches en orthophonie et audiologie (14 questions), les considérations liées à l'emplacement (8 questions), la collaboration et la prestation coordonnée des services (5 questions), les priorités en matière de services (5 questions), les questions ouvertes (6 questions) et autres (2 questions). Soixante-seize de ces questions étaient destinées uniquement aux répondants cibles.

Au cours des 31 jours de la période de sondage, 1 307 répondants ont commencé à répondre au sondage : 58 ont choisi la version française et 1249 la version anglaise. Le taux de réponse aux questions individuelles varie fortement³.

Analyse des données

Les données ont été téléchargées de SurveyMonkeyTM dans une feuille de calcul MS-ExcelTM. Ce processus a généré plus de 250 variables à partir des 79 questions originales et facilité l'analyse dossier par dossier. Après intégration des dossiers anglais et français, une analyse a été effectuée pour recenser les dossiers vides, presque vides⁴ et en double⁵. Au

³Les deux tiers des répondants environ (66 %) ont répondu complètement au sondage. SurveyMonkey considère un sondage « complet » si le répondant clique sur le bouton de fin du sondage à la dernière page du sondage.

⁴Un dossier est considéré vide si la personne a indiqué dans quelle langue elle souhaitait répondre au sondage et n'a répondu à aucune autre question. Les dossiers en double ont d'abord été relevés par adresse IP (internet protocol) et recoupés par le nom ou l'adresse de courriel du participant. Les dossiers presque vides ont été relevés par un examen visuel ligne par ligne.

⁵ Dans les cas où une même personne a commencé à répondre à plus d'un questionnaire, seul le dossier le plus complet a été retenu.

total, 103 dossiers vides, 7 dossiers presque vides et 5 dossiers en doubles ont été enlevés, laissant 1 194 dossiers valides (51 en français et 1 143 en anglais).

L'ensemble de données a ensuite été transféré dans PASW 18TM (anciennement PSSS) et des modifications ont été apportées à l'ensemble de données.

Mise en garde relative à l'interprétation des données

Plusieurs mises en garde doivent être faites à propos des données. Premièrement, les conclusions d'un sondage en ligne ouvert à tous représentent une population non contrôlée, en ce que l'origine des réponses est inconnue. Toute personne connaissant l'URL peut répondre de façon anonyme.

Deuxièmement, puisque le sondage ne peut pas être considéré comme un recensement et que les participants n'ont pas été choisis de façon aléatoire, il n'est pas possible de calculer une marge d'erreur. Il est possible que les résultats de ce sondage ne soient pas représentatifs de l'effectif canadien total en orthophonie et en audiologie. Plus précisément, les efforts consentis pour sensibiliser les professionnels de la parole, du langage et de l'audition au sondage en ligne et les inciter à y répondre peuvent avoir contribué à l'autosélection, c'est-à-dire qu'une proportion plus élevée des personnes ayant un intérêt à l'égard du sujet du sondage y participent.

L'analyse des données montre que la formulation de certaines questions était ambiguë ou pouvait donner lieu à des interprétations variables par les répondants et les analystes. Les réponses à ces questions ne sont pas incluses dans ce rapport.

Enfin, il faut noter que les professionnels de la parole, du langage et de l'audition ne sont pas tous membres de l'ACOA et que le degré auquel les associations provinciales se sont conformées à la demande de l'ACOA d'encourager leurs membres à participer au sondage est inconnu⁶. Par conséquent, il ne faut pas accorder d'importance particulière à la participation faible ou élevée de certains groupes régionaux et de certaines catégories de praticiens.

⁶L'appartenance à la CASLPA/ACOA n'est pas obligatoire pour exercer la profession au Canada.

RÉSULTATS DU SONDAGE

Un nombre élevé de professionnels de la parole, du langage et de l'audition (n=1 194) ont participé au sondage. Les répondants appartiennent à l'une de trois catégories : ceux qui n'ont aucune expérience du travail auprès de clients inuits, métis ou des Premières nations (n=241 ou 20,2 % de 1 194); ceux ont offert des services aux clients inuits, métis ou des Premières nations avant 2005 (n=147 ou 12,3 % de 1 194); et ceux qui ont offert des services aux enfants ou aux adultes inuits, métis ou des Premières nations entre 2005 et 2010 (n=806 ou 67,5 % de 1 194).

Les répondants cibles, un sous ensemble de ce dernier groupe, sont ceux qui ont offert des services aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans entre 2005 et 2010 (n=563). Parmi les répondants cibles, 467 (82,9 %) indiquent être des orthophonistes, 62 (11,0 %) indiquent être des audiologistes, 9 (1,6 %) disent être compétents à la fois en orthophonie et en audiologie, 22 (3,9 %) sont des membres du personnel de soutien et 3 n'ont pas indiqué leur profession.

Présentation des résultats

Les résultats de l'analyse des données sont présentés comme suit :

- profil démographique de l'échantillon complet (n=1 194) et de l'échantillon cible (n=563);
- pratique actuelle de l'échantillon cible. Cette section comprend les réponses des répondants cibles aux questions ciblées décrites dans la section *But du sondage* (p. ex. qui rend les services, comment les services sont rendus, ...);
- aperçu des données et recommandations.

Les conclusions sont présentées par question et par domaine (p. ex. profession, perception de l'isolation du cadre de service) dans chacune des sections. Il peut arriver que la somme des pourcentages ne donne pas 100, en raison de l'arrondissement⁷. Tous les résultats présentés sont basés uniquement sur l'échantillon total non pondéré, parce que cet échantillon ne représente exactement que les personnes qui ont répondu.

⁷Les neuf répondants qui ont indiqué être compétents en orthophonie et en audiologie sont inclus dans le nombre total. Les trois qui n'ont pas répondu à la question sur la profession n'ont pas été attribués à une cohorte professionnelle. Dans certains cas, cela fait en sorte que le nombre total d'orthophonistes, d'audiologistes et de membre du personnel de soutien est inférieur au nombre total de répondants.

Profil démographique des répondants

Distribution géographique de l'échantillon total

Le Tableau 1 compare la distribution provinciale/territoriale des audiologistes, des orthophonistes et du personnel de soutien, selon les données⁸ de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour l'échantillon total de répondants au sondage.

Tableau 1 : Comparaison de l'effectif canadien en audiologie et orthophonie et de l'échantillon total – province de résidence par profession

Administration	ICIS 2008 (n=8 734)				Sondage Premières nations, Inuits et Métis (n=1 167)					
	Aud.		Ort.		Aud.		Ort.		PS	
Canada	1 418	16 %	7 316	84 %	172	14,7 %	941	80,6 %	54	4,6 %
Alberta	130	9 %	1 058	14 %	17	10 %	172	18 %	10	19 %
Colombie-Britannique	185	13 %	811	11 %	33	19 %	183	19 %	13	24 %
Manitoba	55	4 %	344	5 %	8	5 %	43	5 %	1	2 %
Nouveau-Brunswick	52	4 %	196	3 %	4	2 %	35	4 %	2	4 %
T.-N.-et-Labrador	17	1 %	100	1 %	6	4 %	25	3 %	0	0 %
*T.-N.O.	2	0,14 %	6	0,08 %	0	0 %	12	1 %	0	0 %
Nouvelle-Écosse	62	4 %	192	3 %	9	5 %	21	2 %	1	2 %
*Nunavut	1	0,07 %	NA	NA	0	0,0 %	2	0,2 %	0	0 %
Ontario	565	40 %	2 659	36 %	78	45 %	316	34 %	27	50 %
Île-du-Prince-Édouard	3	0,21 %	30	0,4 %	1	0,6 %	23	2,4 %	0	0 %
Québec	313	22 %	1 650	23 %	5	3 %	25	3 %	0	0 %
Saskatchewan	33	2 %	253	3 %	11	6 %	78	8 %	0	0 %
*Yukon	2	0,14 %	10	0,14 %	0	0,0 %	6	0,6 %	0	0 %

⁸ Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Profils provinciaux de 2008 des dispensateurs de soins du Canada*. Ottawa, Ont. Affiché à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/provincial_profiles_2010_f.pdf. Le rapport de 2010 de l'ICIS ne fournit pas de données pour le Nunavut, les T.-N.-O. ou le Yukon. Les données des territoires sont tirées de 2006. Institut canadien d'information sur la santé. (2008). **Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006– Guide de référence*, audiologistes et orthophonistes. Ottawa, Ont. Affiché à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hpdb_audiologists_f, ou à http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hpdb_slp_f

À l'exception du Québec, o moins de 4 % des audiologistes et orthophonistes ont répondu⁹, la distribution relative de l'échantillon correspond à l'effectif national. Dans les deux cas, les audiologistes, orthophonistes et membres du personnel de soutien de l'Ontario constituent le groupe géographique le plus nombreux (34–50 %) et ceux des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut le moins nombreux (0–1 %).

Démographie de l'échantillon complet

Les orthophonistes constituent la plus grande part de l'échantillon (79 %) et le personnel de soutien la plus petite (4,6 %). Environ 15 % des répondants indiquent être des audiologistes et moins de 2 % disent être compétents en audiologie et en orthophonie. Quatre-vingt onze pour cent des répondants sont des femmes (93 % des orthophonistes, 98 % des membres du personnel de soutien et 81 % des audiologistes).

Près du tiers (31,1 %) des répondants ont fait leurs études professionnelles hors du Canada, le plus souvent aux États-Unis (27,7 %). L'exigence minimale pour exercer la profession d'orthophonistes ou d'audiologiste au Canada est un diplôme de maîtrise ou l'équivalent. Comme on peut donc s'y attendre, 95 % des orthophonistes et 99,4 % des audiologistes ont une maîtrise ou un diplôme plus élevé. Environ 30 % des 54 employés de soutien ont un diplôme et 58,5 % ont un baccalauréat.

Les trois quarts des répondants disent ne parler qu'une seule langue : l'anglais (74 %) ou le français (2 %). Près de 17 % des répondants se disent à l'aise en anglais et en français. Moins de 1 % des répondants disent parler l'anglais ou le français et une langue autochtone.

Les catégories du recensement du Canada ont été utilisées pour interroger les répondants sur leur origine ethnique¹⁰. Plus de 80 origines ethniques distinctes ont été indiquées. Lorsqu'on leur demande quelle catégorie correspond le mieux à leur origine ethnique, plus de 81 % des répondants indiquent une origine occidentale (nord-américaine ou européenne). Un peu plus de 1 % des répondants se disent d'origine métisse, indienne d'Amérique du Nord ou inuite. De ces 15 répondants, six Métis et sept membres des Premières nations sont

⁹Les faibles taux de participation du Québec ont aussi été observés dans des sondages précédents de l'ACOA. Environ 5 % de l'effectif a répondu au sondage de 2008. Le personnel de soutien n'est pas reconnu au Québec (Sharon Fotheringham, communication personnelle, 22 avril 2010).

¹⁰Voir les annexes C1-17 sur le site Web de Statistique Canada : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/app-ann003-fra.cfm>.

orthophonistes; un Métis et un membre des Premières nations font partie du personnel de soutien. Aucun répondant ne s'est dit d'origine inuite.

Invités à indiquer leur type de pratique, 67 % des répondants disent travailler dans le secteur public et environ 17 % disent travailler dans le secteur public et le secteur privé. La plupart des professionnels de la parole, du langage et de l'audition disent travailler dans le secteur public. Les audiologistes sont les plus nombreux à exercer dans le secteur privé (39 %).

Au total, 75 % de tous les répondants indiquent compter six ans d'expérience ou plus en orthophonie ou en audiologie. Représentant le caractère récent de leur statut professionnel, la plupart des membres du personnel de soutien ont cinq années d'expérience ou moins. Au total, 37 % des audiologistes et 32 % des orthophonistes indiquent avoir plus de 20 ans d'expérience.

Les répondants ont été invités à préciser dans quel contexte ils offrent le plus souvent leurs services. Cinquante-cinq pour cent des répondants disent offrir le plus souvent leurs services dans un milieu de soins de santé.

Échantillon cible

Comme nous l'avons vu plus haut, les répondants cibles au sondage étaient les audiologistes, orthophonistes et membres du personnel de soutien offrant actuellement (2005 à 2010) des services aux enfants métis, inuits ou des Premières nations de 0 à 6 ans. Parmi les répondants, 563 répondaient à ce critère. Les données démographiques de l'échantillon complet et de l'échantillon cible étaient très similaires.

Clients servis

- A. *Offrez-vous actuellement des services à des personnes inuites, métisses ou des Premières nations?*
- B. *Quelle est la dernière année où vous avez offert des services à des personnes inuites, métisses ou des Premières nations?*

Le Tableau 2 montre en quelle année les répondants disent avoir pour la dernière fois offert des services aux clients métis, inuits ou des Premières nations. Près des quatre cinquièmes (70,6 %) disent avoir offert des services en 2010. Les autres (20,4 %) répondants ont offert des services liés à la parole, au langage et à l'audition entre 2005 et 2009.

Tableau 2 : Répondants cibles disant avoir offert des services aux enfants métis, inuits ou des Premières nations de 0 à 6 ans entre 2005 et 2010

Année	Fréquence	%
2010	448	79,6
2009	63	11,2
2008	22	3,9
2007	14	2,5
2006	8	1,4
2005	8	1,4
Total	563	100

C. *Veuillez indiquer l'âge des personnes inuites, métisses et des Premières nations avec lesquelles vous avez travaillé (0 - 6, 7 - 12, 13 - 18, 19 - 65, 66 +)?*

Le Tableau 3 donne la distribution de l'âge des clients traités par les répondants cibles selon l'âge du client. Deux répondants sur cinq (41,2 %) ont indiqué n'offrir des services qu'aux enfants de 0 à 6 ans. Un autre 22,7 % disent offrir des services aux enfants de 0 à 12 ans, 20,4 % aux enfants de 0 à 18 ans et 9,9 % à tous les groupes d'âge.

Tableau 3 : Groupes d'âge des clients servis par les répondants cibles

Groupes d'âge	Fréquence	%
0 à 6 ans seulement	232	41,2
0 à 12 ans	128	22,7
0 à 18 ans	115	20,4
Tous les âges	56	9,9
Autres combinaisons 0-6 ans*	32	5,7
Total	563	100
*Cette catégorie comprend les répondants qui ont indiqué fournir des services à plusieurs catégories d'âge, par exemple 0 à 6 ans, 13 à 18 ans et plus de 65 ans.		

Lieu où les services sont rendus

D. *Décririez-vous l'emplacement où vous offrez actuellement des services à des personnes inuites, métisses ou des Premières nations comme un milieu éloigné ou isolé?*

Le Tableau 4 montre que 21,3 % des répondants cibles disent travailler dans un milieu isolé. Le pourcentage est plus élevé pour le personnel de soutien que pour les audiologistes ou les orthophonistes.

Tableau 4 : Perception d'isolement du milieu inuit, métis ou des Premières nations où les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont fournis

Éloigné/isolé	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Non	346	72,8	32	64,0	296	74,4	10	55,6
Oui	101	21,3	11	22,0	82	20,6	7	38,9
Ne s'applique pas	28	5,9	7	14,0	20	5,0	1	5,6
Total	475	100	50	100	398	100	18	100

Lieu de prestation des services, mode de transport et durée des déplacements

E. *Nous aimerions mieux comprendre où vous offrez des services, comment vous vous y rendez et combien de temps/d'effort vous devez consacrer pour vous y rendre et revenir chez vous. Veuillez compléter les 4 phrases suivantes en choisissant la meilleure réponse dans chacun des trois menus déroulants (type de milieu, comment je m'y rends, durée de l'aller-retour).*

Le Tableau 5 montre que la plupart des audiologistes (71,4 %) travaillent dans les centres de santé, alors que les orthophonistes travaillent plus souvent dans les écoles (41,2 %). Le personnel de soutien travaille presque également dans les centres de santé et les écoles. Les Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones sont rarement mentionnés comme lieu de prestation des services (4,8 %).

Tableau 5 : Types d'établissements ou les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont habituellement fournis

Établissement	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
École	285	38,9	10	15,9	257	41,2	11	35,5
Centre de santé	212	28,9	45	71,4	150	24,0	13	41,9
Garderie/maternelle	114	15,6	1	1,6	105	16,8	5	16,1
Centre communautaire / soins à domicile	46	6,3	2	3,2	42	6,7	1	3,2
Centre spécialisé ou de réadaptation	41	5,6	5	7,9	35	5,6	1	3,2
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	35	4,8	0	0,0	35	5,6	0	0,0
Total	733	100	63	100	624	100	31	100

Lorsqu'on leur demande comment ils se rendent à leur lieu de travail principal ou secondaire, 85 % des professionnels disent utiliser une automobile (Tableau 6).

Seulement 7,9 % des répondants disent utiliser l'avion comme mode de transport habituel, ce qui indique qu'ils travaillent dans un milieu éloigné.

Tableau 6 : Mode de transport vers le lieu principal et secondaire de prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition

Mode de transport	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Automobile	591	85,0	29	53,7	525	90,2	16	53,3
Avion	55	7,9	15	27,8	38	6,5	1	3,3
À pied / transport local	37	5,3	7	13,0	11	1,9	5	16,7
Automobile et traversier	7	1,0	1	1,9	5	0,9	1	3,3
Embarcation privée	3	0,4	1	1,9	2	0,3	0	0,0
Train	2	0,3	1	1,9	1	0,2	7	23,3
Total	695	100	54	100	582	100	30	100

Les deux tiers des répondants (66,9 %) disent se rendre au travail et en revenir en moins d'une heure (Tableau 7). Les audiologistes indiquent plus souvent une durée plus longue des déplacements : 21,1 % des audiologistes, 4,9 % des orthophonistes et aucun membre du personnel de soutien voyagent une journée ou plus pour se rendre à leur lieu de travail.

Tableau 7 : Durée du déplacement aller-retour au lieu de travail pour les professionnels de la parole, du langage et de l'audition

Durée (aller-retour)	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
< 1 heure	459	66,9	22	42,3	404	68,6	24	80,0
1–3 heures	143	20,8	9	17,3	124	21,1	6	20,0
4–6 heures	43	6,3	10	19,2	32	5,4	0	0,0
1 journée	20	2,9	5	9,6	15	2,5	0	0,0
> 1 journée	21	3,1	6	11,5	14	2,4	0	0,0
Total	686	100	52	100	589	100	30	100

Pratique actuelle de l'échantillon cible

Prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition

Emploi

A. Veuillez indiquer selon quel ressort vous offrez actuellement des services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations.

Seulement 11,3 % des répondants cibles indiquent offrir des services en vertu d'un contrat avec une organisation (Tableau 8). Aucun d'eux n'est audiologiste. Par contre, près de 30 % des répondants disent être sous contrat avec un organisme provincial (26,5 %) ou fédéral (2,6 %). Il est intéressant de noter que 59,7 % des répondants cibles disent travailler pour un « Autre ».

Tableau 8 : Ressort en vertu duquel les services liés à la parole, au langage et à l'audition sont rendus

Ressort	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Contrat (provincial)	134	26,5	19	36,5	109	25,8	1	4,5
Contrat (autochtone)	57	11,3	0	0,0	53	12,6	1	4,5
Contrat (fédéral)	13	2,6	5	9,6	8	1,9	0	0,0
Autre	302	59,7	28	53,8	252	59,8	20	90,9
Total	506	100	52	100	422	100	22	100

B. Y a-t-il d'autres orthophonistes, audiologistes ou membres du personnel de soutien qui offrent des services aux personnes inuites, métisses ou des Premières nations à l'endroit où vous travaillez?

Lorsqu'on leur demande si d'autres spécialistes de la parole, du langage et de l'audition offrent des services dans les collectivités où ils travaillent, plus de 75,6 % des répondants cibles indiquent que d'autres professionnels de la parole, du langage et de l'audition sont disponibles (Tableau 9).

Tableau 9: Disponibilité d'autres spécialistes de la parole, du langage et de l'audition où les services aux clients inuits, métis et des Premières nations sont offerts

Type de spécialiste	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Autres ort. ou PS	227	52,9	10	23,8	207	55,8	10	62,5
Aucun	105	24,5	8	19,0	95	25,6	2	12,5
Autres aud. ou ort.	39	9,1	16	38,1	21	5,7	2	12,5
Toutes les autres combinaisons	58	13,5	8	19,0	48	12,9	2	12,5
Total	429	100	42	100	371	100	16	100

À l'opposé, 18 % des fournisseurs seulement disant travailler dans une collectivité inuite ou des Premières nations (n=85) et 19 % de ceux qui indiquent que leur lieu de travail est isolé (n=96) disent que d'autres ressources en orthophonie ou en audiologie sont offertes. Les écarts sont importants¹¹.

C. *Quelle est votre niveau de compétence dans n'importe quelle langue autochtone?*

Quand on leur demande de décrire leur niveau de compétence dans une langue autochtone, moins de 1 % des répondants disent être en mesure de soutenir une conversation et un seul répondant déclare parler une langue autochtone couramment (Tableau 10). Au total, 126 répondants disent connaître quelques mots et phrases fonctionnelles et 75,6 % disent n'avoir aucune connaissance des langues autochtones. Les orthophonistes sont plus nombreux que les audiologistes et les membres du personnel de soutien à signaler une certaine connaissance d'une langue autochtone, ce qui peut refléter les différences dans les exigences professionnelles.

¹¹Résultats d'un test d'association du chi carré : Travaillez-vous dans une collectivité inuite ou des Premières nations (oui/non) et d'autres ressources en orthophonie ou en audiologie sont-elles offertes (oui/non) : $\chi^2 (1, N=372) = 13\,594, p > 0,001$. Veuillez consulter l'annexe 1 pour les résultats des variables d'isolation.

Tableau 10: Compétence des professionnels en orthophonie et en audiologie dans une langue autochtone

Compétence	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Aucune	403	75,6	48	87,3	327	73,2	20	95,2
Quelques mots et phrases fonctionnelles	126	23,6	7	12,7	116	26,0	1	4,8
Niveau conversationnel	3	0,6	0	0	3	0,7	0	0
Parle couramment	1	0,2	0	0	1	0,2	0	0
Total	533	100	55	100	447	100	21	100

Affiliation culturelle

D. À quel groupe de personnes autochtones offrez-vous actuellement des services (cochez toutes les réponses appropriées)?

Lorsqu'on leur demande d'indiquer les groupes (Premières nations, Inuits, Métis) autochtones avec lesquels ils travaillent, 50,7 % des professionnels de la parole, du langage et de l'audition mentionnent exclusivement les Premières nations (Tableau 11).

Tableau 11: Groupes inuits, métis ou des Premières nations servis par les professionnels de la parole, du langage et de l'audition

Origine ethnique de la population servie	Fréquence	%
Premières nations	282	50,7
Premières nations et Métis	156	28,1
Premières nations, Inuit et Métis	33	5,9
Premières nations, Inuit et ne sait pas	32	5,8
Ne connaît pas l'origine ethnique	24	4,3
Inuit ou Inuit et ne sait pas	15	2,7
Premières nations, Métis et ne sait pas	7	1,3
Métis	5	1,0
Total	556	100

Un autre 41,1 % des répondants disent fournir des services à des clients des Premières nations et à des clients inuits ou métis. Environ 4 % des répondants disent ne pas connaître l'identité culturelle de leurs clients métis, inuits ou des Premières nations. Le sondage ne donnait pas aux répondants de lignes directrices pour

distinguer l'identité culturelle. Par conséquent, il est possible que les réponses de décrivent pas de façon exacte les groupes recevant les services.

Lieu où les services sont fournis et langue parlée dans la collectivité

E. Où offrez-vous actuellement des services aux clients inuits, métis ou des Premières nations?

Tableau 12: Lieux où les professionnels de la parole, du langage et de l'audition offrent leurs services

Lieu	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Dans une collectivité des Premières nations	84	18,6	2	4,1	78	20,7	2	11,1
Dans une collectivité inuite	9	2,0	4	8,2	5	1,3	0	0
Autre milieu	359	79,4	43	87,8	293	78,0	16	88,9
Total	452	100	49	100	376	100	18	100

Un répondant sur cinq environ (18,6 %) dit offrir ses services dans une collectivité des Premières nations et 2,0 % disent le faire dans une collectivité inuite (Tableau 12). Les orthophonistes sont plus susceptibles d'offrir leurs services dans une collectivité des Premières nations que les audiologistes ou le personnel de soutien. Neuf personnes seulement disent offrir des services dans des collectivités inuites : quatre audiologistes et cinq orthophonistes. Puisque la majorité des Inuits vivent dans ces collectivités, ceci laisse voir un manque réel de services à cette population.

Parmi ceux qui qualifient leur milieu de travail d'isolé, 9,5 % (n=8) disent travailler dans une collectivité inuite et 33,3 % (n=28) dans une collectivité des Premières nations.

F. Dans quelles collectivités et auprès de quels organismes offrez-vous actuellement des services?

Au total, 311 répondants ont mentionné 516 lieux. La plupart des lieux de prestation de services sont des villes ou des municipalités hors des établissements inuits, métis ou des Premières nations. Bien que 11 répondants aient expressément indiqué que les clients inuits, métis ou des Premières nations doivent se rendre au lieu

de travail du répondant pour obtenir des services, il n'a pas été possible de déterminer combien de clients doivent le faire.

Environ 27 % de tous les lieux recensés (136 de 516) sont des collectivités des Premières nations (81 %), des Inuits (15 %) ou Métis (4 %).

G. Quelles sont les langues indigènes dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations où vous travaillez ou avez travaillé?

Au total, 245 répondants ont mentionné 49 langues autochtones parlées par les résidents des collectivités qu'ils servent. Environ 5 % (n=13) de ces répondants ont répondu « anglais » ou « plusieurs ». Le Tableau 13 affiche les langues les plus fréquemment mentionnées par les spécialistes de la parole, du langage et de l'audition¹².

Tableau 13 : Langues indigènes dans les collectivités inuites, métisses ou des Premières nations servies par les spécialistes de la parole, du langage et de l'audition

Langue	Fréq.	%
Cri	76	31,0
Anishnaabemowin	33	13,5
Maliseet	31	12,7
Haudenosaunee	20	8,2
Les langues inuites	10	4,1
Micmac	4	1,6
Toutes les autres	71	28,9

Les langues recensées dans la catégorie « Autres » comprennent les langues suivantes : algonquin, pied-noir, carrier, chilcotin, chippewan, comox, dene, dogrib, gitxsan, gwich'in, haida, haisla, halq'emeylem, hul'qumi'num, innu, katzi, ktunaxa, kwakwaka'wakw, musqueam, niska, tutchone, peigan, salish (côtier), salish (intérieur), sautaux, sechelt, secwepemc, seneca, shuswap, sioux, slave, smhalgahx, squamish, st'at'imc, stolo-halkomelem, tahltan, tlingit, tshehat, tsimshian, tsuutina, tsawassen, tutchone, uchwamc et wet suwet'en.

¹²Les langues recensées dans le Tableau 13 peuvent présenter des variations dialectales par région, par exemple des variations dans la langue crie (cri des plaines, maskigon, mushkegowuk), Anishnaabemowin (ojibway, ojibway de Walpole, pji-cri), Haudenosaunee (iroquois, mohawk, cayuga, oneida...) et des langues inuites (Inuktitut et Innuinuktitut).

Listes d'attente, charge de travail, fréquence

H. Selon vos expérience de travail auprès des personnes inuites, métisses et des Premières nations, par quelle entremise les enfants avec des besoins en orthophonie et en audiologie sont-ils recensés (cochez toutes les réponses appropriées)?

Les professionnels en orthophonie et audiologie indiquent que les clients sont relativement recensés par les professionnels de la santé, les enseignants, les éducateurs à la petite enfance ou par les parents/gardiens et passablement moins souvent par les programmes de dépistage (Tableau 14). Les services universels sont rarement mentionnés comme avenues de recensement. Ces schémas sont relativement constants d'une profession à l'autre.

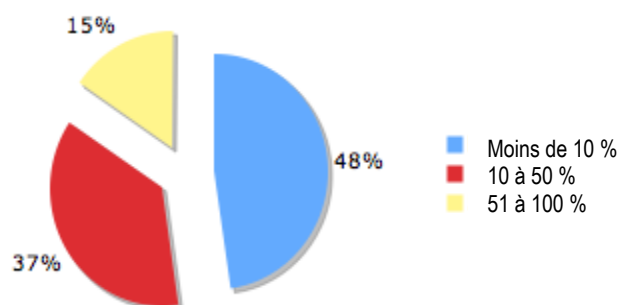
Tableau 14 : Comment les nouveaux clients sont recensés par les orthophonistes et les audiologistes

Recensés par :	Total		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Professionnels de la santé	302	53,6	39	58,2	248	53,1	11	50,0
Enseignants	298	52,9	30	44,8	250	53,5	14	63,6
Personnel ECE	243	43,2	22	32,8	207	44,3	8	36,4
Parents /soignants	238	42,3	32	47,8	191	40,9	10	45,5
Programmes de dépistage	184	32,7	25	37,3	145	31,0	11	50,0
Services universels	45	8,0	12	17,9	30	6,4	3	13,6

I. Veuillez estimer quel pourcentage de vos clients actuels sont des personnes inuites, métisses ou des Premières nations.

Lorsqu'on leur demande combien, en pourcentage, de leurs clients actuels sont des Inuits, des Métis ou des membres des Premières nations, 48 % des répondants indiquent que les enfants inuits, métis et des Premières nations représentent moins de 10 % de leur dossiers, alors que 15 % seulement estiment que les Inuits, les Métis ou les membres des Premières nations représentent 51 % et 100 % de leur charge de travail (Figure 1). La situation est la même dans toutes les professions.

Figure 1 : Pourcentage estimatif des clients en orthophonie ou en audiologie qui sont des Inuits, des Métis ou des membres des Premières nations (n=549)



Un pourcentage plus élevé de spécialistes de la parole, du langage et de l'audition travaillant dans des milieux isolés disent que les Inuits, les Métis ou les membres des Premières nations comptent pour 10 % à 100 % de leur clientèle (Tableau 15).

Tableau 15 : Pourcentage estimatif de clients inuits, métis ou des Premières nations selon le degré d'isolement des collectivités

Pourcentage	Total		Isolées		Non isolées	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Moins de 10 %	214	46,0	25	25,5	189	51,5
10-50 %	174	37,4	32	42,8	132	36,0
51-100 %	77	16,6	41	31,6	46	12,5
Total	465	100	98	100	367	100

Intervention et formation

Services d'intervention

A. *Quel type d'intervention avez-vous offert? (cochez toutes les réponses appropriées).*

Les professionnels en orthophonie et en audiologie ont déterminé 50 combinaisons de services parmi les six choix présentés : a) consultation à distance, b) directe, individuelle, c) directe, en groupe, d) activités de prévention, échelle communautaire, e) activités de prévention/promotion, par emplacement, f) collaboration (p. ex. buts de thérapie partagés/délégation à d'autres). Les réponses variaient des choix exclusifs, tels que la consultation directe, individuelle à un choix de toutes les options.

Les choix des personnes interrogées ont été rassemblés en 14 catégories absolument exclusives¹³. Les six interventions les plus souvent citées sont décrites dans le Tableau 16. Les autres réponses sont fusionnées dans la catégorie « Autres ». Presque tous les professionnels en orthophonie et en audiologie ont affirmé avoir utilisé des interventions directes avec les clients inuits, métis et des Premières nations et entre 29 % (orthophonistes) et 50,9 % (personnel de soutien et audiologistes) ont précisé qu'ils avaient utilisé exclusivement des services directs. Seulement 3,5 % des audiologistes ont affirmé avoir utilisé des interventions directes et en collaboration, contrairement à 14,8 % des orthophonistes et à 13,6 % du personnel de soutien.

Tableau 16 : Services d'intervention fournis par des professionnels en orthophonie et en audiologie

Service d'intervention	Ensemble		AUD.		ORT.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Interventions directes seulement	167	32,3	29	50,9	127	29	11	50
Directes, collaboration, et prévention/promotion	77	14,9	4	7	72	16,4	1	4,5
Directes et collaboration	70	13,5	2	3,5	65	14,8	3	13,6
Directes, prévention/promotion	53	10,3	6	10,5	42	9,6	5	22,7
Toutes les interventions	45	8,7	3	5,3	41	9,4	1	4,5
Directes, collaboration, à distance	35	6,8	1	1,8	34	7,8	0	0
Autres	70	13,5	12	21,1	57	13,0	1	4,5
Total	517	100	57	100	438	100	22	100

Dans la catégorie combine « Autres », un petit nombre de personnes interrogées ont indiqué qu'elles utilisaient des consultations à distance (n=13), la prévention/promotion (n=10) et des interventions en collaboration exclusivement (n+1).

¹³ (1) Consultations à distance seulement, (2) interventions directes seulement, (3) prévention/promotion seulement, (4) collaboration seulement, (5) toutes les interventions, (6) directes et collaboration, (7) à distance et collaboration, (8) directes et à distance, (9) directes, à distance et collaboration, (10) directes, prévention/promotion et collaboration, (11) directes, à distance, prévention/promotion, (12) directes et prévention/promotion, (13) à distance et prévention/promotion, (14) collaboration et prévention/promotion.

B. *Quelles activités de prévention et de promotion offrez-vous (cochez toutes les réponses appropriées)?* *NOTA : les « Services universels » sont ceux qui sont fournis à tous les enfants plutôt qu'à un sous-ensemble ayant été établi comme ayant des besoins spéciaux.*

Une grande variété d'activités de promotion et de prévention a été utilisée par les orthophonistes et les audiologistes interrogés (Tableau 17). On ne leur a pas demandé la fréquence à laquelle ils avaient participé à ces activités. En général, cependant, les orthophonistes ont participé à ces activités plus que les audiologistes : un pourcentage plus élevé d'orthophonistes que d'audiologistes a signalé l'utilisation d'activités en service (41,1 %, par rapport à 22,3 %), de démonstrations en classe (33,4 % par rapport à 12,1 %), de la formation universelle des parents (22,9 % par rapport à 12,1 %) et de programmes d'interaction parents-enfants (19,7 % par rapport à 5,2 %).

Tableau 17 : Les approches de prévention et de promotion de l'orthophonie et de l'audiologie mises en application avec les clients inuits, métis et des Premières nations

Activités	Dans l'ensemble		AUD. et PS		ORT. et PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Services internes	209	39,8	17	29,3	192	41,1
Conversations informelles	202	38,5	19	32,8	183	39,2
Démonstrations en classe	163	31,0	7	12,1	156	33,4
Dépliants/brochures	161	30,7	17	29,3	144	30,8
Services universels directs à l'enfance	148	28,2	13	22,4	135	28,9
Expositions lors d'événements communautaires	128	24,4	11	19,0	117	25,1
Formation universelle des parents	114	21,7	7	12,1	107	22,9
Programmes universels d'interaction parents-enfants	95	18,1	3	5,2	92	19,7
Présentations à des rencontres communautaires	76	14,5	10	17,2	66	14,1
Présentation multimédias	50	9,5	3	5,2	47	10,1
Radio/télé	20	3,8	3	5,2	17	3,6

Prestation de services d'enseignement ou de formation

C. *Avez-vous déjà offert une formation officielle à des membres de la collectivité, à du personnel de soutien, des travailleurs ou des auxiliaires communautaires?* On a demandé à des professionnels en orthophonie et en audiologie d'estimer la fréquence à laquelle ils ont donné de l'enseignement ou de la formation à des membres de la

collectivité, à du personnel de soutien, des travailleurs et des auxiliaires communautaires dans le cadre de leur travail : jamais, une fois, de 2 à 5 fois, de 6 à 10 fois, ou 11 fois ou plus. Ces catégories de réponses ont été regroupées dans jamais, de 1 à 5 fois et 6 fois ou plus.

Tableau 18 : À quelle fréquence les professionnels en orthophonie et en audiologie ont-ils signalé avoir offert une formation à des membres de la collectivité, des travailleurs et des auxiliaires communautaires?

Fréquence de la formation	Dans l'ensemble		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Jamais	194	41,7	26	55,3	155	39,4	11	68,8
De 1 à 5 fois	148	31,8	13	27,7	128	32,6	4	25
6 fois ou plus	123	26,5	8	17,0	110	28	1	6,3
Total	465	100	47	100	393	100	16	100

Le Tableau 18 révèle que 58,3 % des personnes interrogées ont répondu qu'elles ont fourni des services d'enseignement ou de formation au moins une fois. Un nombre moins élevé d'audiologistes et de membres du personnel de soutien que d'orthophonistes ont signalé avoir donné la formation. Ceux qui ont répondu à cette question et qui ont également qualifié d'isolée la collectivité où ils travaillent étaient nettement plus susceptibles que ceux qui ne travaillaient pas dans une collectivité isolée de signaler qu'ils avaient offert de la formation une fois ou plus (72 %).

D. À qui offrez-vous de l'enseignement ou de la formation dans la collectivité inuite, métisse ou des Premières nations?

On a demandé aux personnes interrogées de déterminer à qui elles offraient de la formation (Tableau 19). Elles ont répondu qu'elles offraient de l'enseignement ou de la formation à un vaste éventail de personnes, le plus souvent des parents ou des fournisseurs de soins. On n'a pas recueilli d'information sur l'intensité de la formation.

Tableau 19 : Personnes recevant une formation de la part de professionnels en orthophonie et en audiologie dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations

Type de stagiaire	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Parents / fournisseurs de soins	250	44.4	23	34.3	217	46.5	5	22.7
Enseignants	179	31.8	16	23.9	155	33.2	3	13.6
Aides-enseignants	174	30.9	10	14.9	156	33.4	3	13.6
Éducateurs de la petite enfance	159	28.2	7	10.4	143	30.6	3	13.6
Personnel de soutien	127	22.6	10	14.9	110	23.6	4	18.2
Prestataires de soins de santé	87	15.5	14	20.9	68	14.6	3	13.6

Stratégies et outils relatifs aux services

Collaboration avec des partenaires communautaires

A. Avec quels organismes ou programmes collaborez-vous (cochez toutes les réponses appropriées)?

On a demandé aux personnes interrogées de nommer tous les organismes avec lesquels elles collaboraient. Tandis que 21,1 % des répondants des services d'orthophonie et d'audiologie ont répondu qu'ils collaboraient avec les services à l'enfance et à la famille, les organismes et les ministères de l'éducation, de la Santé et des Services sociaux provinciaux et territoriaux, 9 % seulement ont répondu qu'ils collaboraient avec le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques, 8,9 % avec le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et 5,3 % avec Affaires indiennes et du Nord canadien (Tableau 20). Cependant, il faut signaler que la collaboration pourrait avoir été interprétée de façons différentes par diverses personnes interrogées (p. ex. financement collaboratif ou planification collaborative).

Tableau 20 : Organismes avec lesquels les professionnels en orthophonie et en audiologie collaborent

Organisme/programme	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Ministère ou organisme provincial/territorial	476	21,1	46	17,2	400	21,4	21	23,9
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des collectivités urbaines et nordiques/ASPC	101	9	6	4,5	86	9,2	6	13,6
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves /SPNI	100	8,9	17	12,7	75	8	5	11,4
Affaires indiennes et du Nord	30	5,3	5	7,5	23	4,9	1	4,5

Adaptation des services pour les clients inuits, métis et des Premières nations

B. *Avez-vous adapté votre approche et vos outils d'intervention pour tenir compte des caractéristiques culturelles, linguistiques et communautaires?*

En général, la moitié de toutes les personnes interrogées (49,8 %) ont répondu qu'elles adaptaient leurs approches ou leurs outils d'intervention aux clients inuits, métis et des Premières nations. Certaines d'entre elles (10,4 %) ont signalé que l'adaptation ne s'appliquait pas, peut-être parce que l'adaptation n'était pas définie pour les personnes interrogées ou qu'elles travaillaient avec des personnes qui étaient très assimilées. Le Tableau 21 démontre comment l'adaptation variait selon la profession. Un plus grand nombre d'audiologistes (67,4 %) ont indiqué qu'ils n'adaptaient pas leurs services à ce groupe de clients, comparativement aux orthophonistes (51,9 %) ou au personnel de soutien (42,9 %).

Tableau 21 : Adaptation des services pour les clients inuits, métis et des Premières nations

Services adaptés	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Oui	225	49,8	14	32,6	205	51,9	6	42,9
Non	180	39,8	29	67,4	145	36,7	6	42,9
Sans objet	47	10,4	0	0	45	11,4	2	14,3
Total	452	100	43	100	395	100	14	100

Il vaut la peine de signaler que les professionnels qui travaillent dans des endroits isolés étaient plus susceptibles d'adapter leurs services que ceux qui n'habitaient pas dans de tels endroits (Tableau 22). Ce résultat peut refléter soit leur connaissance des pratiques communautaires, des langues et des habitudes locales, ou le plus grand besoin de les apprendre.

Tableau 22 : L'adaptation des services des orthophonistes et des audiologistes interrogés pour les clients inuits, métis et des Premières nations selon le degré d'isolement

Adaptation	En général		Isolé		Non isolé	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Oui	213	52,1	58	67,4	155	48
Non/Sans objet	196	47,9	28	32,6	168	52
Total	409	100	86	100	323	100

Modalités d'intervention et d'évaluation

C. Veuillez indiquer à quelle fréquence vous utilisez actuellement les modalités suivantes pour offrir des services d'évaluation ou d'intervention aux personnes inuites, métisses et des Premières nations.

À la question relative au taux de fréquence auquel elles offraient des services d'intervention et d'évaluation dans diverses modalités, 87,1 % des personnes interrogées ont répondu qu'elles offraient régulièrement ou fréquemment des services en personne à leurs clients (Tableau 23). Par contre, elles ont répondu le plus souvent qu'elles utilisaient l'Internet et la vidéoconférence à l'occasion ou jamais. Cependant, environ le quart des trois groupes professionnels utilisaient régulièrement ou fréquemment la conférence téléphonique.

Tableau 23 : Méthodes utilisées par les professionnels en orthophonie et en audiologie pour offrir des services d'intervention et d'évaluation

	En général		Aud.		Ort.		PS	
En personne	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Régulièrement/fréquemment	461	87,1	49	81,6	387	87,9	18	90
À l'occasion/jamais	68	12,8	11	18,4	53	12	2	10
Total	529	100	60	100	440	100	20	100
Téléphone	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
À l'occasion/jamais	331	76,6	37	75,6	277	77	13	76,5
Régulièrement/fréquemment	101	23,4	12	24,4	83	23	4	23,5

Total	432	100	49	100	360	100	17	100
Internet	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
À l'occasion/jamais	380	93,8	44	97,8	317	93,3	15	100
Régulièrement/fréquemment	25	6,2	1	2,2	23	6,5	0	0
Total	405	100	45	100	340	100	15	100
Vidéoconférence	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
À l'occasion/jamais	370	95,1	44	100	307	94,2	14	100
Régulièrement/fréquemment	19	4,9	0	0	19	5,8	0	0
Total	389	100	44	100	326	100	14	100

Le Tableau 24 recode les choix de réponses originaux en deux choix (« a utilisé » et « n'a pas utilisé ») et compare la fréquence d'utilisation de l'Internet et de la vidéoconférence mentionnée par les personnes travaillant dans des collectivités isolées à celle des personnes travaillant dans des collectivités non isolées. Les personnes qui travaillent dans des endroits isolés étaient plus susceptibles que celles travaillant dans des endroits non isolés de répondre qu'elles utilisaient l'Internet ou la vidéoconférence pour offrir des services aux clients.

Tableau 24 : Utilisation par les professionnels en orthophonie et en audiologie de l'Internet et de la vidéoconférence selon le degré d'isolement

Méthode	En général		Isolé		Non isolé	
Internet	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Jamais	278	80,6	56	64,4	222	80,6
Régulièrement/fréquemment/à l'occasion	67	19,4	31	35,5	36	19,4
Total	345	100	87	100	258	100
Vidéoconférence	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Jamais	289	87,8	61	72,6	228	93,1
Régulièrement/fréquemment/à l'occasion	40	12,1	23	27,4	17	6,9
Total	320	100	84	100	245	100

Méthodes et stratégies de traitement et d'évaluation

D. *Lesquelles des méthodes de traitement suivantes utilisez-vous pour offrir des services aux personnes inuites, métisses ou des Premières nations (cochez toutes les réponses appropriées)?*

Les orthophonistes et les audiologistes ont répondu qu'ils utilisaient une variété de méthodes de traitement avec les clients inuits, métis et des Premières nations (Tableau 25). Les professionnels en orthophonie ont signalé plus fréquemment qu'ils utilisaient des stratégies fondées sur le jeu (72,4 %), des programmes et du matériel de thérapie en orthophonie offerts sur le marché (50,5 %) et des programmes fondés sur l'interaction avec les parents (46,3 %). L'utilisation d'analyses instrumentales (c.-à-d. l'analyse acoustique, les ultrasons, l'électropalatographie et la nasométrie) n'a jamais été mentionnée.

Tableau 25 : Approches d'intervention des services d'orthophonie utilisées avec les clients inuits, métis et des Premières nations

Approche d'intervention	Ort. et PS	
	Fréq.	%
Méthodes fondées sur le jeu	338	72,4
Matériel/programmes de thérapie en orthophonie du marché	236	50,5
Méthodes fondées sur l'interaction avec les parents	216	46,3
Méthodes fondées sur la narration	131	28,1
Rétroaction visuelle	105	22,5
Méthodes fondées sur le mouvement	87	18,6
Méthodes fondées sur la musique	77	16,5
Méthodes fondées sur les arts	76	16,3
Analyse acoustique	15	3,2
Nasométrie	2	0,4
Ultrasons	0	0
Électropalatographie	0	0
Sans objet	18	3,9

En ce qui a trait aux interventions axées sur la prestation de services, les professionnels en audiologie ont affirmé qu'ils offraient des programmes de rééducation (counseling) auditive (70 %) plus fréquemment, suivis d'ajustements de prothèses auditives (67,2 %) et d'amplification en salle de classe (44,8 %) (Tableau 26).

Tableau 26 : Approches d'intervention des services d'audiologie utilisées avec les clients inuits, métis et des Premières nations

Type d'intervention	Ensemble des aud. et du PS	
	Fréq.	%
Réadaptation auditive (counseling)	41	70,7
Ajustement de prothèses auditives	39	67,2
Amplification en salle de classe	26	4478
Suivi après la pause d'implants cochléaires	11	19

E. *Parmi les stratégies et les outils d'évaluation suivants, lesquels avez-vous utilisés pour offrir des services à des personnes inuites, métisses ou des Premières nations (cochez toutes les réponses appropriées)?*

On a demandé aux personnes interrogées de préciser les stratégies et méthodes d'évaluation qu'elles ont employées en offrant des services aux clients inuits, métis et des Premières Nations¹⁴. De 76,9 % à 81,8 % des orthophonistes interrogés ont répondu ce qui suit : observation, échantillons de langage, entrevues, ou questionnaires auprès des parents/fournisseurs de soins ou enseignants et tests normalisés offerts sur le marché (Tableau 27). Un nombre moins élevé de personnes interrogées (de 7,5 % à 12,6 %) ont répondu qu'elles utilisaient des stratégies et des outils adaptés aux clients inuits, métis et des Premières nations tels que des tests normalisés avec des normes locales, des outils d'évaluation fondés sur des critères créés localement et des tests traduits/modifiés offerts sur le marché. Quoi qu'il en soit, la fréquence d'utilisation de la norme locale signalée semblait élevée et peut refléter des différences d'interprétation de l'expression « norme locale ». De même, 55,9 % ont affirmé utiliser une évaluation dynamique, stratégie souvent recommandée dans la documentation pour évaluer des personnes aux antécédents multiculturels. Ce pourcentage est plus élevé que celui des personnes ayant affirmé qu'elles utilisaient cette stratégie dans les sondages américains, mais conforme aux autres sondages canadiens.

¹⁴ Les stratégies n'ont pas été définies. Les personnes interrogées peuvent avoir appliqué des définitions individuelles de ce qui constitue l'échantillon de langage, l'évaluation dynamique ou les tests traduits/modifiés offerts sur le marché.

Tableau 27 : Stratégies d'évaluation orthophonique utilisées avec les clients inuits, métis ou des Premières nations

Stratégie	Ort. et PS	
	Fréq.	%
Observation	382	81,8
Échantillons de langage	370	79,2
Entrevues ou questionnaires auprès des parents/soignants ou enseignants	364	77,9
Tests normalisés du marché	359	76,9
Évaluation dynamique	261	55,9
Dépistage de l'audition	153	32,8
Tests normalisés avec des normes locales	59	12,6
Outils d'évaluation fondés sur des critères créés localement	46	9,9
Tests traduits/modifiés du marché	35	7,5
Sans objet	12	2,6

Le Tableau 28 résume les stratégies d'évaluation audiolgogique énumérées. En général, la plupart des personnes interrogées ont répondu qu'elles utilisaient l'audiométrie tonale, les mesures d'immitance, les tests de réception et de discrimination de la parole et les émissions otoacoustiques. Les types de stratégies établis indiquent que les audiologistes ont répondu en se fondant sur l'ensemble de leurs cas et non seulement sur la cohorte de 0 à 6 ans.

Tableau 268 : Stratégies d'évaluation audiolgogique utilisées avec les clients inuits, métis ou des Premières nations

Stratégies d'évaluation audiolgogique	Ensemble des aud. et du PS	
	Fréq.	%
Audiométrie tonale	48	82,8
Mesures d'immitance	47	81,0
Tests de réception et de discrimination de la parole	43	74,1
Émissions otoacoustiques	39	67,2
PÉATC	25	43,1
Tests du traitement auditif central	14	24,1

Stratégies utilisées pour appuyer les services aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis

F. *Quels stratégies/méthodes utilisez-vous quand vous offrez des services à des personnes inuites, métisses et des Premières nations (cochez toutes les réponses appropriées)?*

Lorsqu'on a demandé aux participants au sondage de préciser les stratégies qu'elles utilisent quand elles travaillent avec des clients inuits, métis ou des à partir d'un menu déroulant, elles ont choisi diverses stratégies (Tableau 29). Il est intéressant de signaler que seulement 22,9 % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles faisaient appel à des interprètes, bien que la proportion d'audiologistes (25,4 %) qui ont répondu qu'ils les utilisaient était plus élevée que celle des orthophonistes (10,5 %) ou du personnel de soutien (0 %). On ne leur a pas demandé si des interprètes étaient nécessaires ou disponibles dans leurs milieux de travail. Aucune personne interrogée ou presque n'a signalé qu'elle utilisait des tests traduits. Les difficultés qu'entraîne l'utilisation de traductions font souvent l'objet de discussions dans la documentation et semblent être comprises par les personnes interrogées.

Tableau 279 : Stratégies de soutien utilisées par les professionnels en orthophonie et en audiologie qui travaillent avec des clients inuits, métis ou des Premières nations

	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
J'accorde plus de temps	258	45,8	19	28,4	228	48,8	8	36,4
J'apprends les coutumes locales	173	30,7	18	26,9	147	31,5	6	27,3
J'amorce un dialogue informel au sujet des attentes	156	27,7	8	11,9	141	30,2	4	18,2
J'utilise des normes établies localement	138	24,5	5	7,5	123	26,3	6	27,3
J'ai participé à une formation sur la sensibilisation aux réalités culturelles	127	22,6	14	20,9	105	22,5	6	27,3
J'apprends du vocabulaire/des termes locaux	106	18,8	3	4,5	97	20,8	4	18,2
Je fais appel à des interprètes	67	11,9	17	25,4	49	10,5	0	0
J'utilise des documents appropriés au plan culturel	19	3,4	2	3	15	3,2	0	0
J'utilise des tests traduits	12	2,1	1	1,5	9	1,9	1	4,5

Enseignement et formation destinés aux fournisseurs de services

Préparation pour offrir des services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations¹⁵

- A. *Quand vous avez commencé à offrir des services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations, dans quelle mesure vous sentiez-vous préparé?*
- B. *Dans quelle mesure vous sentez-vous préparé actuellement?*

À la première question, la moitié (51,4 %) des personnes interrogées ont indiqué qu'elles se sentaient préparées ou très préparées. Par contre, la plupart (99,4 %) ont affirmé qu'elles se considéraient préparées ou très préparées à offrir ces services aujourd'hui. Les degrés les plus élevés de préparation initiale ont été signalés par le personnel de soutien (72,7 %), tandis que la plupart des professionnels en orthophonie et en audiologie ont répondu qu'ils étaient actuellement préparés ou très préparés à offrir des services à ce groupe de personnes (Tableau 30).

¹⁵Les personnes interrogées ont défini elles-mêmes la préparation et ces définitions peuvent varier grandement. Il importe de signaler que les personnes interrogées peuvent avoir hésité à répondre qu'elles n'étaient pas préparées. Leur diplôme ou leur agrément leur permettant d'offrir des services indiquent qu'elles auraient dû être préparées.

Tableau 30 : Préparation estimée à offrir des services aux clients inuits, métis ou des Premières nations quand vous avez commencé à offrir des services et aujourd'hui

Préparation	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
AU DÉBUT								
Préparé ou très préparé	278	51,4	37	59,7	225	49,2	16	72,7
Peu préparé ou non préparé	263	48,6	25	40,3	232	50,8	6	27,3
Total	541	100	62	100	457	100	22	100
AJOURD'HUI								
Préparé ou très préparé	479	88,4	60	96,8	397	86,7	22	100
Peu préparé ou non préparé	63	11,6	2	3,2	61	13,3	0	0
Total	542	100	62	100	458	100	22	100

Occasions de formation

C. Quelles activités ou formation vous ont préparé expressément à travailler avec des personnes inuites, métisses ou des Premières nations (cochez toutes les réponses appropriées)?

Lorsqu'on leur a demandé de choisir dans un menu les activités qui les ont aidées à se préparer à offrir des services aux Inuits, aux Métis et aux Premières nations, les orthophonistes et les audiologistes ont cité des expériences personnelles (59,7 %) le plus souvent, bien qu'ils aient cité d'autres activités très fréquemment (Tableau 31).

Tableau 31 : Activités qui ont préparé les orthophonistes et les audiologistes interrogés à travailler avec des clients inuits, métis ou des Premières nations

Activités	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Expériences personnelles	336	59,7	33	49,3	286	61,2	13	59,1
Recherche/lecture personnelles	215	38,2	14	20,9	191	40,9	6	27,3
Formation en cours d'emploi	212	37,7	24	35,8	175	37,5	9	40,9
Présentations lors de conférences	147	26,1	12	17,9	128	27,4	6	27,3
Cours/apprentissage d'expérience dans la collectivité	133	23,6	9	13,4	118	25,3	4	18,2
Orientation en début d'emploi	66	11,7	9	13,4	50	10,7	5	22,7
Rien ne les a aidés	49	8,7	8	11,9	38	8,1	2	9,1

D. Dans le cadre de votre travail avec les personnes inuites, métisses et des Premières nations, est-ce qu'il existe des occasions d'en apprendre davantage sur la culture des personnes que vous servez?

De 21 % à 27 % des personnes interrogées ont répondu qu'elles avaient participé à une formation sur la sensibilisation aux particularités culturelles. Lorsqu'on leur a demandé d'indiquer si elles connaissaient des occasions d'en apprendre davantage sur la culture des personnes qu'elles servaient, la plupart ont répondu dans l'affirmative (Tableau 32), particulièrement le personnel de soutien.

Tableau 32 : Occasions d'apprendre des collectivités par profession

Occasions	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Oui	367	69,4	34	61,8	310	69,8	18	90
Non	162	30,6	21	38,2	134	30,2	2	10
Total	529	100	55	100	444	100	20	100

E. Avez-vous actuellement accès à des programmes de formation continue sur la prestation de services auprès de personnes inuites, métisses ou des Premières nations?

Lorsqu'on a demandé aux participants s'ils avaient accès à des programmes de formation continue sur la prestation de services auprès des personnes inuites, métisses ou des Premières nations, les deux-tiers d'entre eux (66,9 %) ont répondu non ou je ne le sais pas (Tableau 33). Il importe de signaler que les occasions de formation continue n'étaient pas définies.

Tableau 33 : Disponibilité perçue des programmes de formation continue par profession

Disponibilité	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Oui	154	33,1	10	21,3	134	34,1	8	50
Non	144	31	16	34	120	30,5	4	25
Je ne le sais pas	167	35,9	21	44,7	139	35,4	4	25
Total	465	100	47	100	393	100	16	100

Résumé des obstacles aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les clients inuits, métis et des Premières nations

Les réponses des personnes interrogées qui offrent des services d'orthophonie et d'audiologie ont fait ressortir les obstacles importants à la prestation de services pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans. Un total de 11 problèmes a été décelé dans trois catégories : obstacles physiques, au plan de la pratique ainsi que de l'enseignement et de la formation.

Obstacles physiques

Les obstacles physiques ont trait à l'emplacement et à la géographie et soulignent l'accessibilité des services (Tableau 34). Peu de personnes interrogées ont affirmé qu'elles offraient des services dans une collectivité des Premières nations, dans une collectivité inuite ou dans des endroits isolés. Comme nous l'avons vu plus haut, cette réalité souligne la nécessité d'offrir plus de services dans ces collectivités. Une constatation particulièrement importante était que très peu de personnes interrogées ont affirmé travailler au sein des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones ou en collaboration avec ceux-ci. Ces programmes procurent une occasion très inexploitée aux professionnels en orthophonie et en audiologie de collaborer avec les Premières nations, les Inuits et les Métis pour appuyer le développement des jeunes enfants.

Tableau 34 : Problèmes relatifs aux obstacles physiques

Problèmes	Description	Référence
Proximité de la population de 0 à 6 ans	• Seulement 4,8 % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles offraient habituellement des services dans des établissements offrant le programme d'aide préscolaire aux Autochtones.	page 12
Proximité des services pour les membres de la collectivité	• La plupart des personnes interrogées (73 %) n'offraient pas de services dans les collectivités isolées. • La plupart des personnes interrogées (79,4 %) ont affirmé qu'elles n'offraient pas de services dans une collectivité des Premières nations ou inuite.	page 11 page 16

Obstacles relatifs à la pratique

Les professionnels en orthophonie et en audiologie ont affirmé travailler avec des collègues et des membres de la collectivité pour déceler les enfants qui ont besoin de services et collaborer avec des organismes à la prestation de services. Des professionnels

en orthophonie et en audiologie ont signalé des obstacles de compétences, de coordination et d'infrastructure à la prestation de services (Tableau 35). En général, quelques personnes interrogées ont affirmé offrir des services sous l'autorité d'organisations autochtones ou collaborer avec des organismes locaux ou fédéraux. Moins de la moitié ont affirmé adapter leurs services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations. Enfin, bien que les populations inuites, métisses et des Premières nations soient largement réparties, la grande majorité des personnes interrogées ont signalé n'avoir jamais utilisé les technologies de l'information et des communications comme façon d'élargir leur pratique.

Tableau 35 : Problèmes d'obstacle à la pratique

Problèmes	Description	Références
Autorité relative aux services	La plupart des personnes interrogées ont offert des services sous l'autorité d'organismes non autochtones.	page 12
Collaboration	Les personnes interrogées ont le plus souvent collaboré avec des organismes provinciaux et territoriaux et moins fréquemment avec des organismes fédéraux et communautaires.	page 24
Intervention	Les interventions directes individuelles étaient le service le plus souvent signalé, soulignant le désordre plutôt qu'une orientation axée sur les forces.	page 20
Adaptation	Moins de la moitié des personnes interrogées ont adapté leurs approches pour la prestation de services aux Inuits, aux Métis et aux Premières nations.	page 24
Modalités des services	La quasi-totalité des personnes interrogées n'a pas utilisé les services médiatisés (télé Santé/Internet) et les modèles de services.	page 26

Obstacles à la formation

Les obstacles à la formation ont trait aux lacunes en matière de capacité institutionnelle à réussir à acquérir, mettre en application ou transférer les connaissances pertinentes aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations âgés de 0 à 6 ans (Tableau 36). Le pourcentage peu élevé de personnes interrogées d'ascendance inuite, métisse ou des Premières nations dans l'effectif des professionnels en orthophonie et en audiologie démontre la nécessité de recruter et de former ces personnes dans ces professions. La moitié des professionnels ont affirmé être peu préparés ou non préparés lorsqu'ils ont commencé à offrir des services aux personnes inuites, métisses et des Premières nations, et un grand nombre a également signalé un manque d'accès aux occasions de formation continue dans ce domaine. Ces

données illustrent la nécessité d’offrir plus d’occasions de formation dans les programmes universitaires et sur place. Un grand nombre de personnes interrogées ont affirmé offrir une formation à un vaste éventail de personnes. Cependant, cette formation a souvent eu lieu ailleurs que dans les collectivités inuites ou des Premières nations dans les établissements métis. La plupart des personnes interrogées n’ont pas vraiment travaillé dans ces collectivités, ce qui illustre la nécessité de rendre une telle formation accessible.

Tableau 36 : Problèmes relatifs aux obstacles à l’enseignement/la formation

Problèmes	Résumé	Référence
Diversité des fournisseurs	Seulement 15 personnes interrogées ont affirmé qu’elles avaient une ascendance inuite, métisse ou des Premières nations.	page 8
Préparation à offrir des services	Presque la moitié de la population cible estimait qu’elle était peu préparée à offrir des services lorsqu’elle a commencé à travailler avec des clients inuits, métis ou des Premières nations.	page 32
Formation continue	Un tiers seulement des personnes interrogées a affirmé que les occasions de formation continue étaient accessibles.	page 33

Aperçu des données et recommandations

La plupart des personnes interrogées travaillaient dans des organismes ou des établissements financés par les gouvernements provinciaux. À quelques exceptions près, cela signifie que les personnes inuites, métisses et des Premières nations qui vivent dans des régions rurales, éloignées et isolées, doivent se rendre à l’extérieur de leur collectivité pour recevoir ces services.

Seulement 1,4 % des personnes cibles interrogées ont indiqué qu’elles faisaient partie des Premières nations ou des Métis. Aucune n’a indiqué qu’elle était professionnelle en audiologie.

Marginalement, plus de la moitié de toutes les personnes interrogées ont affirmé qu’elles étaient préparées à offrir des services pour les clients inuits, métis et des Premières nations. Une proportion importante des personnes interrogées a pourtant affirmé aborder les lacunes en matière de connaissance des services en déployant un effort personnel pour apprendre davantage. Tout de même, plus de 75 % ont affirmé qu’elles n’avaient pas participé à des approches officielles de formation culturelle (sensibilisation/sécurité/compétence). Les deux tiers des personnes interrogées estiment que les programmes de formation continue qui

contribueraient à leur compréhension des cultures et de conditions communautaires ne sont pas disponibles.

La relation entre l'isolement géographique et la prestation de services, le soutien et les perceptions des fournisseurs a été soulignée dans tout le présent rapport. À titre d'exemple, les professionnels qui qualifient leur milieu de prestation de services aux Premières nations, aux Inuits ou aux Métis d'éloigné/isolé, étaient plus susceptibles que ceux qui n'étaient pas dans de tels milieux d'établir les avantages personnels, d'offrir la formation à plus de personnes de la collectivité, d'utiliser les méthodes de vidéoconférence et d'adapter leurs services aux besoins des personnes inuites, métisses et des Premières nations. Ces professionnels sont une importante ressource de changement et devraient être chargées d'orienter l'innovation des services.

Bien que les services de télésanté soient très perfectionnés au Canada (des réseaux existent dans chaque province), la plupart des personnes interrogées ignoraient personnellement ou dans leur pratique leur utilisation en tant que mode de prestation de services. Cette réalité peut refléter une série de facteurs tels que des lacunes en matière d'infrastructure, la disponibilité inégale de ces technologies dans les collectivités ou dans les milieux scolaires ou des garderies, le manque de formation dans les établissements postsecondaires, des préoccupations relatives à la confidentialité, et le coût élevé perçu pour les fournisseurs d'adopter et de maintenir de nouvelles technologies.

Moins de 10 % des 563 personnes interrogées qui ont affirmé qu'elles offraient actuellement des services aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans ont précisé qu'elles offraient ces services dans une collectivité des Premières nations et 1,6 % seulement dans une collectivité inuite. Bien que 100 % des collectivités inuites soient classées comme étant isolées et qu'environ le tiers des Premières nations soient considérées comme étant éloignées (accessibles uniquement par avion ou par bateau et/ou par route saisonnière), 18 % seulement des personnes interrogées offrant actuellement des services ont décrit leur milieu de pratique en ces termes.

Plus des trois-quarts des personnes interrogées ont affirmé qu'elles travaillaient dans des installations qui n'étaient pas gérées par des organisations inuites, métisses ou des Premières nations et quelques personnes ont précisé qu'elles offraient des services dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Au total, 54. % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles offraient habituellement des services dans une école, un centre

préscolaire ou une garderie et 28,9 % dans un centre de santé. Seulement 4,8 % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles offraient des services dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Transfert des connaissances et sensibilisation

Ces recommandations abordent les lacunes et les incompatibilités en matière de connaissances sur la meilleure façon d'offrir des services efficaces aux enfants inuits, métis et des Premières.

1. On doit élaborer et maintenir des partenariats avec des organisations inuites, métisses ou des Premières nations, afin de diffuser des points de vue communautaires, de déceler les exigences et les capacités uniques et de promouvoir des résultats positifs en matière de prestations de services d'orthophonie et d'audiologie auprès de personnes recevant ces services.
2. On doit élaborer des occasions officielles de raffermir et maintenir des liens interprofessionnels, particulièrement en ce qui a trait à une compréhension améliorée des milieux urbains et non urbains où sont réunis des enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans (p. ex. garderies, Programme d'aide scolaire aux Autochtones dans les réserves et les collectivités nordiques).

Élaboration des modèles de service

L'amélioration de l'accès aux services d'orthophonie et d'audiologie dans les collectivités rurales et éloignées représente un défi qui exige des solutions souples, créatives et durables, dont un financement accru pour un plus grand nombre de professionnels et d'employés de soutien. Pour les services existants, les modes de prestation de services actuels doivent être souples afin de tenir compte des traditions linguistiques et culturelles locales de chaque collectivité.

On doit examiner des stratégies visant à appuyer l'élargissement des services avec les organisations inuites, métisses et des Premières nations et les organismes provinciaux et territoriaux afin de déterminer comment accroître la proximité, la fréquence et la qualité des services. Notamment, les recommandations suivantes sont suggérées.

3. Les frais de déplacement des professionnels en orthophonie et en audiologie pour se rendre dans les collectivités des Premières nations, inuites et métisses et en revenir sont très élevés. Les établissements de formation et les organismes de réglementation doivent encourager l'évaluation et l'utilisation de services d'information et de communication axés sur la technologie pour offrir des services, former du personnel communautaire, permettre des occasions de perfectionnement professionnel et surveiller les élèves pendant les placements.
4. Des renseignements linguistiques et culturels locaux doivent être intégrés aux modèles d'évaluation et d'intervention de la prestation de services. Afin d'être éclairés, ces modèles doivent être élaborés en collaboration avec les membres de la collectivité.

Perfectionnement professionnel

Le recrutement de candidats inuits, métis et des Premières nations dans ces professions et une meilleure préparation de tous les orthophonistes, audiologistes et employés de soutien futurs et actuels afin de travailler dans des milieux diversifiés au plan linguistique et culturel reflètent des orientations positives pour la profession.

5. Il faut déployer plus d'efforts pour recruter activement et appuyer des candidats inuits, métis et des Premières nations pour les programmes de formation des orthophonistes, des audiologistes et du personnel de soutien à l'échelle du pays.
6. Il faut élaborer et mettre en œuvre des possibilités ouvertes et accessibles à l'intention des professionnels et du personnel de soutien qui servent les populations inuites, métisses et des Premières nations afin d'avoir des discussions permanentes et de partager des ressources.
7. L'enseignement et la formation au sein des collectivités doivent être axés sur l'amélioration des connaissances et des compétences du personnel de soutien existant et sur la facilitation de l'affectation des ressources communautaires. Les pratiques de formation doivent être souples et en milieu communautaire.
8. Les programmes de formation universitaires doivent être encouragés afin de mettre en œuvre des cours théoriques et communautaires en prestation de services pour les personnes inuites, métisses et des Premières nations. Un financement sera nécessaire pour les postes de coordinateurs et les déplacements. De plus, les universités doivent

être encouragées à offrir une aide financière aux départements pour embaucher des érudits à des postes menant à la permanence d'ascendance inuite, métisse et des Premières Nations qui peuvent offrir un programme de formation et de recherche pratique pour appuyer la prestation de services aux ascendants autochtones.

ANNEXE 1 : Comparaison statistique des réponses des personnes interrogées cibles travaillant dans des collectivités isolées par rapport à des collectivités non isolées¹⁶

Variable	Interprétation	Résultats
Probabilité que d'autres ressources en orthophonie et en audiologie soient offertes à la collectivité	<i>Les professionnels isolés sont moins susceptibles que les professionnels qui ne définissent pas l'endroit où ils offrent leurs services comme étant éloigné /isolé d'avoir accès à d'autres ressources en orthophonie et en audiologie.</i>	$\chi^2 (1, N=436) = 7.133, p < .01$
Pourcentage du nombre de cas qui sont des personnes inuites, métisses ou des Premières nations	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles d'avoir une proportion importante de personnes inuites, métisses et des Premières nations parmi leur clientèle : 47,9 % ont affirmé que les personnes inuites, métisses et des Premières nations représentaient de 26 % à 100 % de l'ensemble des cas par rapport à 24,8 % pour les professionnels non isolés.</i>	$\chi^2 (4, N=465) = 31.282, p < .001$
Pourcentage du nombre des clients qui sont des personnes inuites, métisses ou des Premières nations	<i>La proportion de personnes inuites, métisses ou des Premières nations dans l'ensemble des clients des professionnels isolés est plus élevée : M=2,74 par rapport à 1,92</i>	$(M=2.74, SE=.149), t(463) = 5.688, p < .001$
Adaptation de l'intervention, des approches et des outils orthophoniques pour tenir compte des caractéristiques de la collectivité	<i>Les professionnels en orthophonie isolés sont plus susceptibles d'adapter leurs services pour tenir compte des facteurs culturels et linguistiques : 67,4 % par rapport à 48 %</i>	$\chi^2 (2, N=409) = 10.386, p < .01$
Utilisation des services d'un interprète pendant la prestation de services	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles de faire appel aux services d'un interprète dans le cadre de leur travail : 33 % par rapport à 14,2 %.</i>	$\chi^2 (1, N=472) = 19.203, p < .001$
Une formation fréquente est donnée aux personnes de la collectivité	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles de donner une formation plus fréquemment et moins susceptibles de n'avoir jamais donné une formation : 64,7 % ont donné une formation deux fois ou plus par rapport à 46 %; et 28,3 % n'ont jamais donné une formation par rapport à 45,2 %</i>	$\chi^2 (4, N=464) = 14.274, p < .01$
Une formation fréquente est donnée aux personnes de la collectivité	<i>Les professionnels isolés donnent une formation à un plus grand nombre de personnes de la collectivité : M=3,01 par rapport à 2,4</i>	$(M=3.01, SE=.155), t(462) = 3.564, p < .001$
Endroit où les professionnels en orthophonie et en audiologie offrent des services	<i>Les praticiens isolés sont plus susceptibles d'offrir des services dans une collectivité inuite ou des Premières nations : 42,8 % par rapport à 16.5 %</i>	$\chi^2 (3, N=394) = 47.173, p < .001$
Avantages perçus de l'endroit où des services sont offerts	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles de convenir qu'il existe des avantages personnels liés à l'endroit où ils offrent des services : 60,4 % par rapport à 41,1 %</i>	$\chi^2 (1, N=456) = 11.405, p < .01$
La fréquence d'utilisation de la vidéoconférence sert à l'évaluation ou à l'intervention	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles d'utiliser la vidéoconférence pour la prestation de services : 27,4 % par rapport à 6,9 %</i>	$\chi^2 (3, N=329) = 26.799, p < .001$

¹⁶ Un total de 101 (21,3 %) des 475 personnes interrogées ont défini l'endroit où elles offraient des services comme isolé et 374 (78,7 %) ont répondu « Non » ou que la question était sans objet pour eux.

Variable	Interprétation	Résultats
La fréquence d'utilisation de l'Internet pour l'évaluation ou l'intervention	<i>Les professionnels isolés sont plus susceptibles d'utiliser l'Internet pour la prestation de service : 35,5 % par rapport à 14 %</i>	$\chi^2 (3, N=345) = 25.408, p < .001$

ANNEXE 2 : Tableaux décrivant la totalité de l'échantillon

	Fréq.	%
Femmes	1 077	91,2
Vivant en Ontario	434	36,3
Sont unilingues	906	75,9
Pratiquent en Ontario	435	36,4
Pratique publique	782	66,6
Sont des orthophonistes	941	79,2
Pratiquent depuis au moins 11 ans	718	60,4
Ascendance nord-américaine/européenne	977	81,8
Niveau de scolarité élevé (maîtrise ou niveau plus élevé)	1 091	91,6
Formation professionnelle au Canada	822	69,0
La plupart du temps, offrent des services dans des hôpitaux/cliniques	619	55

Endroit où les personnes interrogées ont suivi leur formation professionnelle

	Fréquence	%
Canada	822	69,0
États-Unis	330	27,7
Autre	39	3,2
Total	1 191	100

Plus haut niveau d'études atteint

	Fréquence	%
Diplôme	23	1,9
Baccalauréat	78	6,5
Maîtrise	1,038	87,1
AuD	33	2,8
PhD	20	1,7
Total	1,192	100

Langues parlées

	Fréquence	%
Anglais seulement	887	74,4
Français seulement	19	1,6
Bilingue	256	21,5
Trilingue	26	2,2
Anglais et langue autochtone	3	0,3
Bilingue et une certaine connaissance d'une langue autochtone	2	0,2
Total	1 193	100

Identité ancestrale, réponses les plus fréquentes et réponses des personnes inuites, métisses et des Premières nations

	Fréquence	%
Canadien	503	42,2
Anglais/Britannique	126	10,6
Européen	50	4,2
Premières nations	8	0,7
Métis	7	0,6
Inuit	0	0
Autre	499	41,8
Total	1,193	100

Répartition des professionnels en orthophonie et en audiologie par type de pratique

	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Publique	767	66,9	85	50,6	643	69,4	39	73,6
Publique/privée	200	17,4	4	10,1	179	19,3	4	7,5
Privée	180	15,7	10	39,3	104	11,2	10	18,9
Total	1 147	100	168	100	926	100	53	100

Années d'exercice de la profession

	En général		Aud.		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
0 à 5 ans	292	25,1	30	17,6	238	25,4	24	45,2
6 à 20 ans	507	43,7	78	45,9	405	43,2	24	35,8
>20 ans	363	31,2	62	36,5	296	31,5	5	9,4
Total	1 162	100	170	100	939	100	53	100

Lieu d'exercice par profession

	En général		Auds		Ort.		PS	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Hôpital/clinique	619	54,9	161	93,6	433	47,9	25	49
École	382	33,8	4	2,3	369	40,8	15	29,4
Autre	74	6,6	7	4,1	62	6,9	8	15,7
Pré-scolaire/garderie	52	4,6	0	0	43	4,8	3	5,9
Total	1 127	100	172	100	904	100	51	100



Rapport sommaire de projet et recommandations sur les questions d'orthophonie et d'audiologie

décember 2010

Consultants : Margaret O'Hara et John Rowlandson

Ce rapport a été financé par la Division de l'enfance et de l'adolescence de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le travail et les opinions qu'il contient ne sont pas ceux de Santé Canada. Toute correspondance concernant ce rapport doit être adressée à Sharon Fotheringham, directrice des normes en pathologie du langage, Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) Ottawa (Ontario). Courriel : sharon@caslpa.ca.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
LACUNES DANS LES CONNAISSANCES ACTUELLES ET LA PRESTATION DE SERVICES.....	2
Renseignements manquants	2
Lacunes dans la prestation des services	4
OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES ET À LEUR UTILISATION	7
Emplacement.....	7
Coordination des services	7
Pertinence culturelle et communautaire des services.....	8
BESOINS EXISTANTS ET PRATIQUES DES FOURNISSEURS DE SERVICES	12
Quels sont les services offerts et où?	12
Quel est le matériel utilisé pour le dépistage et l'évaluation des troubles du langage et de l'audition et de quelle façon ce matériel a-t-il été adapté pour être utilisé auprès de différents groupes?	12
Comment les services d'orthophonie et d'audiologie sont-ils assurés (p. ex. télésanté, consultations, ou services directs)?	13
Quels sont les services d'éducation et de formation offerts par les orthophonistes et les audiologistes?	13
Comment les orthophonistes et les audiologistes adaptent-ils leurs services aux clients inuits, métis et des Premières nations?	14
RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINES ÉTAPES	16
Recommandations de l'ACOA	17
Recommandations générales.....	20
CONCLUSION	23
REMERCIEMENTS	24
RÉFÉRENCES CITÉES	25

INTRODUCTION

Ce rapport résume les conclusions d'un projet commandé par l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) comprenant un examen documentaire, des entrevues avec les intervenants clés et un sondage auprès d'orthophonistes et audiologistes. Le projet a été exécuté par des consultants sous la direction d'un comité consultatif et financé par Santé Canada. Les lecteurs intéressés sont priés de consulter les rapports complets que l'on peut obtenir auprès de l'ACOA.

Le projet visait à améliorer la compréhension de l'accessibilité et de la disponibilité actuelles des services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants de 0 à 6 ans inuits, métis et des Premières nations au Canada. En raison des limites de portée et de financement de l'étude, les membres des communautés inuites, métisses et des Premières nations n'ont pas été sur leur perception des besoins et des services d'orthophonie et d'audiologie offerts aux jeunes enfants. Les objectifs particuliers du projet consistaient à déterminer :

- les lacunes dans les connaissances et la prestation des services;
- les obstacles à l'utilisation des services;
- les besoins existants et les pratiques des fournisseurs de services;
- les recommandations sur les prochaines étapes pour la réponse aux besoins en matière de services d'orthophonie et d'audiologie pour les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations.

Chacun de ces éléments est traité dans le rapport.

Pour atteindre les objectifs du projet, des travaux du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis ont été examinés et des entrevues ont été réalisées auprès 85 personnes de ces pays. Un sondage a été mené auprès de 1 194 orthophonistes et audiologistes, dont 563 ont indiqué avoir fourni des services à des enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans entre 2005 et 2010.

LACUNES DANS LES CONNAISSANCES ACTUELLES ET LA PRESTATION DE SERVICES

Les recherches effectuées dans le cadre de ce projet ont permis de relever des lacunes dans la prestation de services aux enfants des Premières nations, inuits ou métis relevant de deux catégories principales : 1) renseignements manquants, et 2) prestation de services.

Renseignements manquants

Trois domaines de renseignements manquants émergent des rapports. Premièrement, le pourcentage d'enfants des Premières nations, inuits ou métis ayant des problèmes ou des retards de langage ou d'audition est actuellement inconnu. Deuxièmement, la plupart des orthophonistes et des audiologistes signalent un besoin d'information supplémentaire sur la langue, la culture et le développement des communications des communautés inuites, métisses et des Premières nations afin de se sentir préparés à travailler avec ces populations. Troisièmement, il y a très peu d'outils et de méthodes d'évaluation valides et fiables que ces professionnels peuvent utiliser pour offrir des services aux enfants des Premières nations, inuits ou métis.

Information sur la prévalence/incidence

La réponse aux besoins de santé d'une population suppose une information fiable sur la prévalence et l'incidence de conditions particulières. En pratique, il n'existe pas à l'heure actuelle de données robustes sur la prévalence des problèmes de langage et d'audition chez les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada, non plus que pour la population canadienne dans son ensemble.

Bien que certains travaux laissent voir une plus grande prévalence de troubles liés à l'audition, comme l'otite moyenne (infection de l'oreille moyenne) parmi les enfants inuits, métis et des Premières nations, les chiffres présentent de fortes variations. Les recherches concluent que parce l'otite moyenne survient plus tôt chez les enfants inuits, métis et des Premières nations et que les épisodes durent plus longtemps ou que l'otite se prolonge, ces enfants pourraient présenter un risque plus élevé de difficultés d'apprentissage. Un petit nombre d'études en Australie et au Canada ont établi un lien entre les troubles auditifs chroniques et la perte d'audition chez les jeunes Autochtones présentant un rendement

scolaire inférieur à la moyenne, une plus grande incidence de troubles du comportement, un taux plus faible de participation aux activités sportives et une augmentation des interactions avec le système de justice pénale (voir par exemple Phoenix Consulting, 2009; Ayukawa, Bruneau, Proulx, Macarthur, et Baxter, 2004).

Connaissance par les praticiens des aspects culturels, linguistiques et communautaires du développement des jeunes enfants

Les caractéristiques démographiques comme le revenu élevé, la réussite éducative, le mode de vie urbain et l'héritage de l'Ouest documentés dans le sondage peuvent nuire aux orthophonistes et aux audiologistes dans la compréhension des expériences et le travail auprès des peuples inuits, métis et des Premières nations.

Près de 50 pour 100 des 563 répondants au sondage qui offrent actuellement des services aux enfants de 0 à 6 ans des Premières nations, inuits ou métis estiment qu'ils étaient peu ou très peu préparés à offrir des services lorsqu'ils ont commencé leur pratique auprès de ces populations. Cependant, leur évaluation de leur degré de préparation augmente à mesure qu'ils travaillent avec ces populations. Les répondants au sondage disent souhaiter davantage d'information sur les caractéristiques culturelles inuites, métisses et des Premières nations. En outre, les deux tiers des répondants disent ne pas avoir été en mesure d'accéder à des programmes de perfectionnement professionnel pouvant les aider à travailler avec les gens des Premières nations, les Inuits ou les Métis ou ne pas connaître de tels programmes. Au moins une partie des difficultés signalées par ces praticiens peut être attribuée au manque de recherches disponibles sur les langues, la culture ou les modèles de développement des collectivités qu'ils servent.

Évaluation efficace et outils d'intervention

La connaissance insuffisante de la culture, de la langue et du développement de la communication conduit à la fois à un sous-signalement et à un surdiagnostic des troubles du langage et de l'audition chez les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations. Le surdiagnostic peut être dû à des biais culturels ou linguistiques dans les outils d'évaluation normalisés, combinés à un manque d'outils culturellement appropriés pour l'évaluation de la compétence en communication.

De nombreux documents démontrent les limites des outils, des méthodes et des stratégies d'intervention standard. À l'opposé, il y a peu d'éléments probants traitant expressément des meilleures façons d'évaluer et de soutenir le développement du langage et de l'audition dans la petite enfance chez enfants inuits, métis et des Premières nations. De même, l'information sur le développement des enfants inuits, métis et des Premières nations est déficiente. Les meilleures pratiques empruntées à la prestation de services dans la population générale pourraient ne pas convenir aux familles inuites, métisses et des Premières nations.

Lacunes dans la prestation des services

L'accès aux services pourrait être élargi pour les enfants inuits, métis et des Premières nations. Deux préoccupations très importantes sur les services actuels ressortent clairement : 1) la distribution inégale des services dans l'ensemble du pays et 2) le manque d'infrastructures communautaires.

Distribution inégale des services dans l'ensemble du pays

En comparaison du Canadien moyen vivant en zone urbaine, les familles inuites, métisses et des Premières nations vivant dans leurs collectivités ont un accès inférieur aux services d'orthophonie et d'audiologie. De même, les services d'orthophonie et d'audiologie sont inégalement répartis entre les provinces et les territoires.

Parmi les 563 participants au sondage offrant actuellement des services aux jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations, 21 pour 100 des orthophonistes et audiologistes seulement indiquent avoir rendu des services dans une collectivité des Premières nations (n=84) ou dans une collectivité inuite (n=9).

Par conséquent, la plupart des familles doivent se déplacer hors de leur collectivité pour consulter un orthophoniste ou un audiologiste. Dans les régions éloignées ou isolées, les dépenses de voyage engagées pour consulter un orthophoniste ou un audiologiste ne sont généralement pas couvertes par le Programme de services de santé non assurés de Santé Canada.

Le sondage montre également que 5 pour 100 des répondants seulement fournissent des services dans un établissement du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. S'ils étaient disponibles, ce serait les établissements idéaux pour favoriser le développement de

communication de plusieurs enfants inuits, métis et des Premières nations. Cela dit, là où les services sont disponibles, l'accès est fragilisé par le fait que les services de développement de la petite enfance sont distribués inégalement. Par exemple, selon les données de Statistique Canada, près de 21 pour 100 de la population inuies, métisse et des Premières nations du Canada vit en Ontario; pourtant, 5 pour 100 seulement des services du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et 9 pour 100 des services du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques sont offerts dans cette province.

À l'exception du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, il a été difficile de déterminer comment les politiques et les programmes de la petite enfance sont mis en œuvre pour les enfants inuits, métis et des Premières nations. L'accès aux services d'orthophonie et d'audiologie varie selon la province ou le territoire et selon l'agence, et parfois même entre les autorités sanitaires et les régions ou même les sous-régions d'une même province. Les services de diagnostic et de traitement sont assurés par des fournisseurs différents et même par des systèmes différents. Les services peuvent être gérés par les écoles ou par les systèmes de santé publique, de santé mentale ou de services sociaux.

Enfin, alors qu'on favorise de plus en plus l'évaluation universelle de l'audition chez les nouveau-nés afin de recenser les pertes permanents d'audition dans l'ensemble du Canada, cette initiative ne se poursuit pas au-delà de la période néonatale. De même, les répondants indiquent que le suivi audiologique des nouveau-nés des Premières nations et inuits vivant dans les collectivités éloignées constitue un problème.

Manque d'infrastructure communautaire

Les milieux éloignés et isolés exigent une variété d'options de service. Cependant, la faiblesse de l'infrastructure de communication dans les régions éloignées et isolées restreint l'application d'autres modes de prestation des services, comme la télésanté, qui pourraient permettre des services une meilleure fréquence des services à un coût abordable.

L'Assemblée des Premières nations indique que près de 20 pour 100 des Premières nations signalent ne pas avoir accès à un téléphone dans leurs résidences, plus de 50 pour 100 signalent ne pas avoir d'ordinateurs et plus de 70 pour 100 signalent ne pas avoir accès à Internet. Ces données reflètent les défis – coût élevé, accès inégal au service à bande large et

soutien technique limité sinon nul – qui rendent souvent des services comme la vidéoconférence sécurisée impossible. Dans le même ordre d’idée, 95 pour 100 des orthophonistes et audiologistes disent ne jamais utiliser la vidéoconférence ou ne l’utiliser qu’occasionnellement pour offrir des services d’évaluation et d’intervention aux clients inuits, métis et des Premières nations.

Un modèle de prestation de services par liaison est souvent utilisé dans les collectivités isolées ou éloignées. Un tel modèle est coûteux, limité par le temps et dépend du temps qu’il fait. Les praticiens servant des collectivités isolées ou éloignées disent reconnaître la nécessité d’offrir des services centrés sur la collectivité. Cependant, les modèles de prestation de services par liaison entraîne souvent une diminution de la possibilité pour les praticiens d’assurer des services intensifs et continus, de mieux connaître la culture de la collectivité, de fournir une formation au parent/soignant/personnel et d’offrir des programmes de prévention et de promotion.

Les praticiens signalent que le manque d’installations adéquates restreint leur capacité d’offrir des services d’orthophonie et d’audiologie dans les collectivités. Les éducateurs de la petite enfance et les administrateurs des centres de la petite enfance et des Programmes d’aide préscolaire aux Autochtones d’Inuit Nunangat ont récemment recommandé que des investissements soient faits dans les infrastructures pour faire en sorte que les installations « [traduction] répondent aux normes minimales du Code du bâtiment et offrent davantage de places accréditées et d’espaces chauffés et sécurisés dans lesquels les enfants peuvent apprendre et jouer ». (Inuit Tapiriit Kanatami, 2010).

OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES ET À LEUR UTILISATION

Trois principaux obstacles ont été recensés en matière d'accès aux services et d'utilisation des services pour les enfants inuits, métis et des Premières nations : emplacement, coordination des services et degré d'ajustement culturel et communautaire des services. Ces obstacles expliquent en partie les lacunes en matière de services décrites plus haut.

Emplacement

L'emplacement réduit l'accès aux services d'orthophonie et d'audiologie pour les enfants inuits, métis et des Premières nations, en raison des interactions entre :

- l'absence ou l'insuffisance de financement des services;
- les grandes distances géographiques;
- la faible disponibilité des praticiens;
- le caractère coûteux des options de prestation de services;
- les problèmes de pertinence socioculturelle et linguistique des services.

Les conséquences générales de ces obstacles sont l'inégalité d'accès aux services et l'utilisation réduite des services appuyant le développement de la communication dans la phase critique de la petite enfance.

Coordination des services

La coordination des services d'orthophonie et d'audiologie renvoie à la manière dont ces services sont financés, fournis et soutenus. Le système actuel de financement des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux soutenant les services de développement de la petite enfance pour les enfants inuits, métis et des Premières nations est complexe. Les frontières dans les attributions des organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux ont une incidence régulière et profonde sur la qualité et la continuité des soins offerts aux enfants inuits, métis et des Premières nations.

En 2007, la D^{re} Kellie Leitch, conseillère en santé des enfants et des adolescents du Canada, a déclaré que les services de santé pour les enfants et les adolescents des Premières nations ne pouvaient pas se faire sans tenir compte du principe de Jordan¹. Elle a souligné la

¹ Selon la First Nations Child et Family Caring Society, le principe de Jordan stipule que les droits de l'enfant doivent primer dans la résolution des conflits de compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces/territoires. Il s'applique à l'ensemble des services gouvernementaux offerts aux enfants, aux adolescents et à leurs familles. Les services couverts par le

nécessité pour les programmes fédéraux d'intervention durant la petite enfance de s'appliquer à un nombre encore plus grand d'enfants, pour que ces programmes puissent avoir une incidence sur les résultats de santé des enfants inuits, métis et des Premières nations. Elle a fait remarquer que les Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones ne sont accessibles qu'à 10 pour 100 des enfants inuits, métis et des Premières nations et a recommandé que la couverture soit portée à 25 pour 100 de ces enfants d'ici 2012 (Leitch, 2007).

Un audiologiste servant des collectivités isolées et nordiques a décrit ainsi les effets pratiques des conflits de financement sur les enfants. « À part l'amplification, ces collectivités n'ont accès à aucun service de soutien en orthophonie ou en audiologie. Nous avons tenté d'obtenir de tels services pour quelques enfants dans les collectivités de la côte l'automne dernier avec l'aide de [un programme de visites à domicile], mais les choses ont échoué en raison des problèmes de transport et des disputes pour savoir qui en assumerait les coûts ». De telles situations interterritoriales restreignent les possibilités pour les enfants inuits, métis et des Premières nations. Il faut incorporer les services de santé et de développement des enfants dans un système plus transparents avec des points d'accès multiples.

Pertinence culturelle et communautaire des services

Une considération importante émergeant des rapports préparés dans le cadre du projet porte sur la nécessité d'offrir des services plus appropriés à la fois au plan culturel et linguistique, des services suffisamment souples pour répondre aux besoins de la collectivité et offerts d'une manière sûre pour la culture. Le Conseil de santé des Premières nations de la Colombie-Britannique définit la sécurisation culturelle dans le continuum suivant :

- 1) la *prise de conscience culturelle* est une reconnaissance des différences;
- 2) la *sensibilité culturelle* correspond à la compréhension et à l'appréciation des conséquences des contacts avec les civilisations européennes;

principe de Jordan comprennent, sans s'y limiter, l'éducation, la santé, les services de garde, les loisirs et les services culturels et linguistiques (FNCFCS, n.d.).

- 3) la *sécurisation culturelle* met l'accent sur la prise de conscience par les praticiens du fait qu'ils mettent leur propre culture dans l'équation et qu'il est important de permettre aux patients de contribuer leur culture à l'intervention;
- 4) la *compétence culturelle* est atteinte lorsque les systèmes ou les personnes sont en mesure d'appliquer leur connaissance de la culture pour modifier ou améliorer les pratiques de manière à influencer sur les résultats de santé (FNHC, 2009).

Les chercheurs et les intervenants communautaires en Nouvelle-Zélande ont suggéré que la *sécurisation culturelle* soit perçue comme un aspect clé de la « pertinence » des services. À l'occasion de la Conférence 2010 de l'ACOA à Whitehorse, les présentateurs ont discuté des effets que pouvait avoir une prestation de service non culturellement sécuritaire sur le degré de confort des familles face aux services offerts et à leur utilisation (Ball, 2010).

Comme nous l'avons vu ci-haut, la documentation montre que les modes traditionnels de prestation des services d'orthophonie et d'audiologie peuvent ne pas être bien adaptés aux besoins des populations des Premières nations, aux Inuits ou aux Métis. Les discussions sur l'amélioration de la qualité des services d'orthophonie et d'audiologie portent sur la pertinence culturelle, la pertinence linguistique et le respect de la nécessité d'établir des relations fondées sur la confiance.

Pertinence culturelle

Pour être culturellement sécuritaires, les services doivent être appropriés à la culture de la collectivité servie. À l'heure actuelle, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, dans un rapport sur les services d'orthophonie, l'Alberta Child and Youth Initiative a fait état de l'absence d'une approche multiculturelle. Elle indique que les modèles et les protocoles de prestation de services ne sont souvent pas adaptés aux besoins de certaines populations, dont les populations autochtones (ACYI, 2005). L'application inappropriée des hypothèses normatives applicables à la majorité dévalue les histoires, les comportements et les liens locaux, notamment pour les peuples autochtones, et contribue à la création d'un contexte culturellement non sécuritaire (Inglebret, Jones, & Pavel, 2008). Le manque de recherches sur les différences culturelles entre les différentes collectivités inuites, métisses et des Premières nations exacerbe le problème issu du manque de pertinence culturelle.

Les professionnels en orthophonie et audiologie ont tendance à adopter une approche traditionnelle de l'évaluation et de l'intervention. Cette approche comprend l'évaluation, le diagnostic et le traitement individuel des enfants recensés et présentés en consultation par des adultes préoccupés, par exemple les parents, les soignants et le personnel des garderies et des maternelles, ou le personnel médical. Il s'agit selon la documentation et les informateurs clés d'un modèle moins approprié, orienté sur les déficiences, par opposition à un modèle davantage axé sur les forces. La documentation recommande l'adoption d'approches universelles basées sur les forces, comme des approches basées sur les populations, qui développent les capacités des collectivités et soutiennent le développement de tous les enfants, qui seraient davantage compatibles avec la perception holistique du bien-être favorisée par les organisations inuites, métisses et des Premières nations². Cependant, 8 pour 100 des professionnels disent utiliser des approches universelles pour soutenir les clients des Premières nations et les clients inuits ou métis. Le manque de familiarité avec la culture, la langue ou les pratiques d'une collectivité pourrait expliquer pourquoi si peu de praticiens disent appliquer de telles approches.

Pertinence linguistique

Il y a un manque crucial de recherches sur le développement du langage dans la petite enfance chez les enfants inuits, métis et des Premières nations. Par ailleurs, on sait peu de choses sur les variétés dialectales de l'anglais et du français utilisées par les Premières nations, les Inuits et les Métis. Pourtant, les recherches font état de l'importance de cette information pour éviter de créer inutilement des pathologies à partir des différences dans le langage (voir par exemple Peltier, 2009; Ball & Bernhardt, 2008; Sterzuk, 2008). Comme nous l'avons dit plus tôt, il existe peu d'outils d'évaluation créés spécifiquement pour être utilisés avec les enfants inuits, métis et des Premières nations. De la même façon, les audiologistes signalent la nécessité de disposer dans la batterie de tests d'audiologie de tests intégrant des sons propres à la langue autochtone des clients qu'ils évaluent.

² On peut consulter une brève description des points de vue distincts sur le bien-être mettant l'accent sur les connaissances et les pratiques traditionnelles des peuples inuits et métis et des Premières nations, tel que présentés par Inuit Tapiriit Kanatami, l'Assemblée des Premières nations et le Centre des Métis de l'Association nationale de santé autochtone dans les ressources suivantes : ITK, 2007; APN, 2007; Centre des Métis, 2008.

Relation de confiance

L'offre de pratiques culturellement sécuritaires encouragerait l'établissement de relations de confiance. De plus, et bien que peu d'orthophonistes et d'audiologistes offrent des services dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations, de telles pratiques encourageraient la compréhension interculturelle et l'établissement de la confiance. De même, ceux qui visitent les collectivités isolées et éloignées en application d'un modèle de liaison indiquent avoir besoin de plus de temps pour établir des liens. Ces visites de liaison sont souvent peu fréquentes et de courte durée. Par conséquent, les praticiens n'ont pas suffisamment de temps pour s'engager auprès des collectivités, former des intervenants locaux et parler avec les membres des familles et les enfants.

BESOINS EXISTANTS ET PRATIQUES DES FOURNISSEURS DE SERVICES

Cette section décrit les besoins et les pratiques du groupe cible des répondants au sondage : orthophonistes, audiologistes et personnel de soutien qui travaillent actuellement avec les enfants des Premières nations, des Inuits ou des Métis. La discussion est articulée autour de cinq questions sur la prestation des services et se termine par un tableau de certaines pratiques actuellement utilisées dans la prestation de services aux enfants des Premières nations, des Inuits ou des Métis.

Quels sont les services offerts et où?

La majorité des orthophonistes et audiologistes disent travailler sous l'autorité d'organismes provinciaux ou territoriaux (santé, éducation, services à l'enfance et services sociaux) plutôt que sous celle d'organismes des Premières nations, des Inuits ou des Métis. Environ 20 pour 100 des orthophonistes et des audiologistes qui travaillent auprès des enfants des Premières nations, des Inuits ou des Métis indiquent que le lieu de prestation de leurs services est isolé. Moins de 5 pour 100 des répondants au sondage offrent leurs services dans un établissement du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Vingt-et-un pour cent (n=93) seulement des professionnels en orthophonie et en audiologie disent offrir leurs services dans une collectivité des Premières nations ou une collectivité inuite.

Quel est le matériel utilisé pour le dépistage et l'évaluation des troubles du langage et de l'audition et de quelle façon ce matériel a-t-il été adapté pour être utilisé auprès de différents groupes?

Un peu plus des trois quarts des répondants au sondage disent utiliser des tests commerciaux normalisés dans leur travail auprès des clients inuits, métis et des Premières nations. Entre 55 pour 100 et 82 pour 100 des répondants disent appliquer des approches d'évaluation moins formelles (p. ex. évaluation dynamique, questionnaires et observation) en plus de l'évaluation normalisée formelle. Ces approches moins formelles sont souvent recommandées dans la documentation comme des solutions de rechange non biaisées aux instruments normalisés.

Vingt-cinq pour cent des audiologistes et 11 pour 100 des orthophonistes disent avoir recours à des interprètes dans leur pratique. Près de la moitié des répondants disent avoir

adapté leurs services dans leur travail après des clients des Premières nations, des Inuits ou des Métis. On n'a pas demandé aux répondants d'indiquer de quelle façon ils avaient adapté les services d'orthophonie ou d'audiologie. Cependant, près de la moitié des répondants au sondage disent augmenter le temps alloué à chaque client à titre de stratégie de soutien.

Comment les services d'orthophonie et d'audiologie sont-ils assurés (p. ex. télésanté, consultations, ou services directs)?

La majorité des répondants au sondage disent fournir des services d'intervention directe. Près du tiers des répondants au sondage disent offrir uniquement le modèle d'intervention directe. Par contraste, plus de 50 pour 100 des répondants disent utiliser les services directs en combinaison avec des services de prévention-promotion, collaboration ou consultation à distance. Plusieurs spécialistes de la parole et de l'audition disent utiliser une approche fondée sur le jeu dans leurs interventions auprès des enfants.

Les spécialistes de la parole et de l'audition signalent travailler avec un large éventail de ressources professionnelles, communautaires et familiales pour l'identification des nouveaux clients inuits, métis ou des Premières nations. Bien que plus de 20 pour 100 des répondants disent collaborer avec les organismes provinciaux/territoriaux, moins de 10 pour 100 disent collaborer avec les Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. Plus de 90 pour 100 des professionnels du langage qui œuvrent en milieu urbain ou rural affirment ne jamais utiliser la vidéoconférence ou ne l'utiliser que rarement dans la prestation des services.

Quels sont les services d'éducation et de formation offerts par les orthophonistes et les audiologistes?

Bien que la plupart des répondants au sondage offrent de la formation dans le cadre de leur pratique, on signale peu d'occasions de formation offertes dans les collectivités inuites ou des Premières nations : 42 pour 100 des professionnels disent ne jamais avoir donné de formation aux membres des collectivités, au personnel de soutien basé dans la collectivité ou au personnel paraprofessionnel.

Comment les orthophonistes et les audiologistes adaptent-ils leurs services aux clients inuits, métis et des Premières nations?

La diversité des populations inuites, métisses et des Premières nations pose aux orthophonistes et audiologistes le défi d'établir des modèles de prestation de services efficaces et appropriés. Les praticiens répondent à ce défi, comme le font les collectivités, les organismes professionnels et les institutions. Le Tableau 1 présente des exemples de ces pratiques tirés de la documentation ou fournis par des informateurs clés; cependant, on ne peut les considérer comme des pratiques exemplaires, puisque aucune étude sur les coûts et les avantages ou sur l'efficacité de ces pratiques n'a été relevée.

Tableau 1 : Exemples de pratiques actuelles adaptées à la prestation de service auprès des Inuits, des Métis et des Premières nations

Perfectionnement professionnel	Discussions sur la promotion du perfectionnement professionnel continu; p. ex., groupe d'intérêt des Inuits, des Métis et des Premières nations de l'ACOA.
	Offrir des expériences dans la collectivité aux étudiants; p. ex., Iqaluit Clinical Practicum Placement.
	Augmenter la participation des Autochtones à l'élaboration du programme scolaire et améliorer la prise de conscience culturelle chez les enseignants et les étudiants; p. ex. le cours <i>An introduction to service delivery with people of First Nations, Métis et Inuit heritage</i> , de l'UBC's School of Audiology et Speech Sciences, et le cours <i>The First Nations Speech and Language Assistant Program</i> offert par le Nicola Valley Institute of Technology en C.-B.
Options de prestation de services	Innovations territoriales : p. ex. le partenariat en dépistage des troubles de l'audition entre le BC First Nations Health Council-Maternal et Child Health/PHSA.
	Services basés dans la collectivité : p. ex. projet d'assistant en orthophonie de la Première nation de Garden River.
	Accès par télésanté aux services liés à la parole, au langage et à l'audition; p. ex. Thunder Bay District Health Unit Tele-ABR Assessment.
	Inuit Hearing & Otitis Program (Nunavik)
	Gestion par les Premières nations de la coordination et de la prestation des services; p. ex. Manitoba First Nations Education Resource Centre et programme d'éducation spécialisée du Forst Nations Education Steering Committee, C.-B.
Dépistage et évaluation	Élaboration de normes locales; p. ex. l'outil d'évaluation du langage (inuktitut et anglais) du Conseil scolaire d'Iqaluit.
	Promotion de l'évaluation dynamique comme outil approprié
Programmes universels basés sur les forces	Plusieurs exemples, dont Moe the Mouse; Talk, Learn et Grow Together; Quill to Quill; Tiga Talk.
Développement de la capacité des collectivités	Recrutement d'Autochtones (orthophonistes, audiologistes, assistants en orthophonie, assistants inuits en thérapie interdisciplinaire) et responsabilisation des collectivités (p. ex. ateliers prénataux et parentaux sur le développement du langage)

RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINES ÉTAPES

Les données du sondage, de l'analyse documentaire et des entrevues avec les informateurs clés indiquent que des lacunes doivent être comblées dans la prestation de services et que des changements doivent être apportés dans la prestation des services liés à la parole, au langage et à l'audition. La conduite de travaux de recherches additionnels présente une importance cruciale pour permettre la mise en place d'approches d'évaluation et de traitement appropriées et culturellement pertinentes; l'amélioration de l'accès aux services et de leur distribution dans les collectivités isolées et éloignées du pays; la coordination avec les autres services de développement de la petite enfance; et une plus grande incorporation de la culture, de la langue et des caractéristiques de la collectivité dans la prestation des services.

Quatre principes généraux ont guidé le choix des recommandations qui suivent :

- 1) les modèles et les outils de prestation des services doivent être basés sur la collaboration avec les peuples inuits, métis ou des Premières nations`;
- 2) les pratiques doivent être culturellement sécuritaires;
- 3) dans la mesure du possible, les services doivent être rendus là où vivent les populations inuites, métisses ou des Premières nations. En particulier, il faut fournir davantage de services dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations, afin de tisser des liens et d'établir des approches d'interventions communautaires respectant les priorités, les croyances, les pratiques culturelles et les capacités locales;
- 4) la collaboration avec les programmes de développement de la petite enfance pour les enfants inuits, métis et des Premières nations doit être élargie.

Recommandations de l'ACOA

Recommandation 1 : Des recherches qui tiennent compte des points de vue inuits, métis et des Premières nations

L'un des objectifs du plan stratégique 2009–2011 de l'ACOA demande l'ajout de ressources humaines afin de répondre aux besoins du système et de la population. Les premières recherches ont mis en lumière l'opinion des universitaires, des gouvernements et des praticiens en orthophonie et en audiologie sur la prestation des services aux enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans.

Il est recommandé que le Conseil d'administration de l'ACOA appuie les initiatives de recherche incorporant le point de vue des Inuits, des Métis et des Premières nations dans le but de :

- recueillir des données de prévalence sur les troubles liés à la parole ou au langage et à l'audition;
- valider et étendre les résultats du sondage auprès des membres, de l'analyse documentaire et des entrevues avec les informateurs clés du projet actuel;
- recenser les priorités locales en matière de services et de soutien;
- explorer quelle serait la meilleure façon pour les audiologistes et les orthophonistes d'appuyer les besoins recensés des collectivités;
- explorer comment le travail d'équipe et la collaboration dirigés par les collectivités pourrait permettre de mieux soutenir les enfants et les familles.

Recommandation 2 : Compétence culturelle

L'ACOA, qui représente plus de 5 500 orthophonistes, audiologistes et membres du personnel de soutien au Canada, appuie ses membres et leur permet d'offrir un soutien optimal à tous ses clients, ce qui inclut des pratiques culturellement compétentes visant à mieux appuyer les résultats des interventions auprès des jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations. Dans le sondage, plusieurs professionnels ont indiqué qu'ils s'étaient au départ sentis mal préparés à fournir des services à ces populations. De plus, le nombre de répondants ayant des origines inuites, métisses ou des Premières nations est très faible, une situation qui peut être en partie refléter la présence d'obstacles socioéconomiques à la poursuite des études supérieures requises. La confiance s'établit avec le temps et est souvent favorisée par la présence de professionnels partageant les traditions culturelles et linguistiques de la population cliente.

Il est recommandé que le Conseil d'administration de l'ACOA appuie les compétences culturelles et l'augmentation de la diversité de ses membres par les moyens suivants :

- inclure la compétence culturelle dans le document *Fondements de la pratique en audiologie et en orthophonies* utilisé pour la formation et la certification des audiologistes, des orthophonistes et du personnel de soutien;
- offrir une bourse annuelle pour une personne d'origine inuite, métisse ou des Premières nations qui est membre de l'ACOA et inscrite à un programme canadien de formation en orthophonie ou en audiologie ou à un programme de personnel de soutien;
- donner l'occasion aux membres inuits, métis ou des Premières nations de l'ACOA de s'autoidentifier dans le cadre du processus annuel de renouvellement de l'adhésion, afin d'établir des données exactes sur le nombre de praticiens;
- donner l'occasion aux membres d'agir comme mentors ou conseillers auprès d'autres professionnels et de membres des collectivités qui envisagent une carrière dans les services liés à la parole, au langage et à l'audition;
- explorer différentes avenues pour attirer des personnes d'origine inuite, métisse ou des Premières nations à la profession et collaborer avec d'autres institutions pour les appuyer dans leurs études;
- appuyer la tenue de stages en régions rurales, éloignées ou isolées pour les étudiants en orthophonie et en audiologie;

- encourager les organisations ayant élaboré des programmes de formation en compétence culturelle à les offrir sans frais aux membres de l'ACOA.

Recommandations générales

Recommandation 3 : Analyse de l'environnement

Les populations inuites, métisses et des Premières nations sont largement réparties dans l'ensemble du Canada. Environ 1,2 millions d'Inuits, de Métis et de membres des Premières nations vivent dans des collectivités éloignées/isolées, rurales, urbaines ou suburbaines (Statistique Canada, 2008). Ces populations utilisent un éventail de programmes pour leurs enfants de 0 à 6 ans lorsque de tels programmes sont offerts et là où ils le sont. L'accessibilité des services liés à la parole, au langage et à l'audition et des services à la petite enfance offerts par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral varie fortement. De même, les lignes directrices sur la prestation des services sont interprétées et appliquées de façon hautement variable. Les recherches montrent que le résultat net est que moins de services sont accessibles, disponibles ou pertinents pour les enfants inuits, métis et des Premières nations.

Il est recommandé d'effectuer une analyse de l'environnement pour les services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans. Cette analyse devrait :

- décrire les politiques officielles du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires pour la prestation de services aux enfants inuits, métis et des Premières nations inscrits et non inscrits;
- documenter les modalités d'application de ces politiques par les différents ministères;
- recenser tous les points de service disponibles pour ces populations;
- augmenter la quantité de matériel culturellement adapté décrivant la portée des services liés à la parole, au langage et à l'audition, le personnel de soutien disponible, les modalités d'accès à ces services et leur mode de financement et donnant des renseignements généraux sur le développement de la parole, du langage et de l'audition, et en assurer la distribution efficace.

Recommandation 4 : Souplesse des programmes

Bien que les gouvernements des provinces et des territoires aient la responsabilité de fournir des services universels d'orthophonie et d'audiologie aux enfants inuits, métis et des Premières nations, la disponibilité, l'accessibilité et la pertinence des services varient fortement. L'examen des services offerts et les commentaires des praticiens montrent dans quelle mesure les ministères et organismes gouvernementaux travaillent indépendamment les uns des autres. Il arrive souvent que des programmes de dépistage et de traitement des troubles de la parole, du langage ou de l'audition chez les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans ne soient pas disponibles pour les enfants qui ne sont pas inscrits dans les écoles provinciales. Les praticiens et les membres des collectivités ont besoin de plus de souplesse dans l'application du financement pour offrir un accès égal et raisonnable aux services sur la base des priorités de la collectivité et sans égard au lieu.

Il est recommandé que les modalités de financement soient assouplies pour améliorer l'accès hâtif aux orthophonistes et aux audiologistes. Plus particulièrement, les questions suivantes doivent être résolues :

- le Programme de services de santé non assurés de Santé Canada devraient prévoir des prestations de voyage pour les enfants qui accèdent aux services d'orthophonie et d'audiologie;
- les programmes universels de dépistage des troubles de l'audition chez les nouveau-nés devraient inclure une deuxième phase vers l'âge de deux ou trois ans afin de permettre le dépistage des troubles qui se manifestent plus tard, comme ceux causées par les infections chroniques de l'oreille moyenne;
- lorsqu'ils sont disponibles, les professionnels en orthophonie et en audiologie devraient être directement reliés aux équipes du développement de la petite enfance dans tous les Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones, aux garderies présentant une forte proportion d'enfants inuits, métis ou des Premières nations et aux travailleurs communautaires en santé mère-enfant.

Recommandation 5 : Modèles alternatifs de prestation de services

Le gouvernement fédéral a classé plus de 30 pour 100 des collectivités des Premières nations et 100 pour 100 des collectivités inuites parmi les collectivités éloignées/isolées. De nombreuses collectivités métisses sont géographiquement distantes des ressources en orthophonie et en audiologie. Les ressources de soutien entre les visites pour les enfants et les familles sont rares, voire inexistantes. Plusieurs collectivités ne disposent pas de l'infrastructure et des ressources humaines qui leur permettraient de coordonner, d'accueillir et d'offrir adéquatement les services locaux. Une approche souple de la prestation de services est nécessaire pour composer avec les distances géographiques et l'abordabilité de la prestation des services, tout en appuyant des interventions de prévention culturellement appropriées et tenant compte du contexte. L'adaptation des modèles de prestation des services aux cultures et aux collectivités locales exige un engagement et un financement à plusieurs niveaux.

Il est recommandé de soutenir des modèles alternatifs de prestation de services préventifs et fondés sur les forces dans le but d'augmenter l'accessibilité et la disponibilité des services liés à la parole, au langage et à l'audition. Les adaptations suggérées pourraient inclure :

- l'achat d'équipement d'audiologie portatif pour le personnel communautaire afin de rendre disponible une gamme complète de services de dépistage des troubles de l'audition pour tous les enfants inuits, métis et des Premières nations de 0 à 6 ans;
- le soutien à la prestation de services universels de dépistage des troubles de l'audition par des audiologistes visiteurs, par des mesures de transport ou de vidéoconférence;
- l'élaboration de lignes directrices pour l'évaluation et le traitement par télésanté pour les services liés à la parole, au langage et à l'audition dans les collectivités inuites, métisses et des premières nations;
- l'augmentation de la capacité d'intervention des collectivités en soutien aux enfants ayant des besoins particuliers, par exemple par des assistants multidisciplinaires en thérapie du développement durant la petite enfance.

CONCLUSION

Il est essentiel de traiter les questions relatives à l'accès de base aux services d'orthophonie et d'audiologie, particulièrement dans le cas de la population en rapide croissance des Inuits, des Métis et des Premières nations au Canada. Alors que les enfants de moins de 4 ans constituent 5,4 pour 100 de la population canadienne, cette proportion est de plus de 11 pour 100 chez les Inuits. Plus de 40 pour 100 des membres des Premières nations sont âgés de 20 ans ou moins, et un tiers de la population métisse est âgée de moins de 14 ans. Le besoin de services est donc en croissance. Le présent projet a confirmé qu'il existe des lacunes dans les connaissances et la disponibilité des services liés à la parole, au langage et à l'audition pour les jeunes enfants inuits, métis et des Premières nations au Canada. Elle a aussi réaffirmé la nécessité de données fiables sur la prévalence des troubles liés à la communication au sein de ces populations. Par ailleurs, des outils et des pratiques culturellement et linguistiquement appropriés doivent être élaborés afin de mieux servir tous les enfants inuits, métis et des Premières nations dans leurs collectivités. Il est espérer que tous les intervenants – familles, praticiens, éducateurs à la petite enfance, membres de la collectivité, universitaires et bien d'autres - sauront reconnaître que des efforts concertés sont nécessaires pour combler les lacunes présente depuis longtemps et éliminer les obstacles recensés dans ce rapport. Les modèles de bien-être inuits, métis et des Premières nations, qui adoptent une approche holistique plutôt que symptomatique, peuvent nous aider dans ces entreprises.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent reconnaître le soutien et les orientations fournis par les membres du comité consultatif de l'ACOA : les orthophonistes Lori Davis-Hill (Ont.), Kendra Dean (Sask.), Monica Nahwegahbow (Ont.) et Deanne Zeidler (C.-B.), et l'audiologiste Isabelle Billard (Qc), qui travaillent avec les enfants inuits, métis et des Premières nations; la représentante de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Anna Claire Ryan; la représentante de l'Assemblée des premières nations (APN), Melanie Morningstar; les orthophonistes et professeurs d'université May B. Bernhardt de l'Université de la Colombie-Britannique et Elizabeth Kay-Raining Bird (présidente) de l'Université Dalhousie; ainsi que de la chargée de projet de l'ACOA, Sharon Fotheringham. Nos remerciements vont aussi aux nombreux informateurs clés qui ont fourni l'information manquante et des perspectives élargies à ce projet.

RÉFÉRENCES CITÉES

- Alberta. (2005). Alberta Children and Youth Initiative: Towards sustainable speech-language services for Alberta's children and youth: a review of speech-language services in Alberta – Final Report for the Deputy Ministers. Extrait de http://www.child.alberta.ca/home/documents/youthprograms/Speech-Language_Final_Report1.pdf.
- Assemblée des Premières nations. (2007). Préparé par Reading, J., Kmetc, A., & Gideon, V. First Nations wholistic policy & planning model: Document de discussion pour la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Ottawa, ON. Extrait de http://www.afn.ca/cmslib/general/07-05-28_AFN_Paper_to_WHO_Commission_on_Social_Determinants.
- Ayukawa, H., Bruneau, S., Proulx, J.F., Macarthur, J., & Baxter, J. (2004). Otitis media and hearing loss among 12–16 year old Inuit of Inukjuak, Quebec, Canada. *Circumpolar Health*, 63(Suppl 2), 312–314.
- Ball, J. (2010). Cultural safety in practice with children, families and communities. Actes de la conférence de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA), 19-22 mai 2010. Whitehorse, YT.
- Ball, J., & Bernhardt, B.M. (2008). First Nations English dialects in Canada: Implications for speech-language pathology. *Clinical Linguistics et Phonetics*, 22, 570–588.
- First Nations Child & Family Caring Society. (n.d.). Jordan's Principle fact sheet. Extrait de <http://www.fncfcs.com/jordans-principle/index.php>.
- First Nations Health Council. (2009). British Columbia tri-partite First Nations health plan – Year in review, 2008–2009. Extrait de [www.fnhc.ca/pdf/Year in Review Report 2009-web.pdf](http://www.fnhc.ca/pdf/Year_in_Review_Report_2009-web.pdf).
- Inglebret, E., Jones, C., & Pavel, D.M. (2008). Integrating American Indian/Alaska Native culture into shared storybook intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 521–527.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2007). Alianait Inuit mental wellness action plan. Extrait de http://www.itk.ca/sites/default/files/alainait_action_plan_english.pdf.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2010). Inuit speak of frustration, hope at national early-childhood education gathering. Extrait de <http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-speak-frustration-hope-national-early-childhood-education-gathering>.
- Leitch, K. (2007). Vers de nouveaux sommets - Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes. Ottawa, ON : Santé Canada. Extrait de <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-fra.php>.
- Centre des Métis, Organisation nationale de la santé autochtone. (2008). Social determinants of Métis health. Ottawa: Organisation nationale de la santé autochtone. Extrait de http://www.naho.ca/metiscentre/english/documents/Recherche_SocialDeterminantsofHealth.pdf.
- Peltier, S. (2009). First Nations English dialects in young children: assessment issues et supportive interventions. Encyclopedia of language et literacy development. London, ON: Canadian Language et Literacy Research Network, 1–10. Extrait de <http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=276>.
- Phoenix Consulting. (2009). Submission to the senate committee: Hearing us – Inquiry into hearing health in Australia. Item 19. Extrait de

http://www.aph.gov.au/SENATE/COMMITTEE/CLAC_CTTE/l'audition_health/report/e01.htm.

Statistique Canada. (2008). Peuples autochtones. Diffusion n° 5. Extrait de

<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/rt-td/ap-pa-fra.cfm> .

Sterzuk, A. (2008). Whose English counts? Indigenous English in Saskatchewan schools. *McGill Journal of Education*, 43(1), 9–19.