

# Axer les Services Communautaires de Soins et de Développement du Jeune Enfant : Pratiques Prometteuses dans des Communautés Indigènes du Canada

Jessica Ball

*School of Child and Youth Care  
Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada*

## Résumé

Le document décrit la conceptualisation et la mise en œuvre de plans culturellement cohérents pour innover de nouveaux programmes dans trois communautés indigènes (Premières nations) du Canada. Ces études de cas illustrent la démarche et les résultats de services allant au-delà de la rhétorique des services « holistiques » et « intégrés » pour s'engager progressivement dans des étapes qui promettent un rassemblement homogène des services entre les secteurs, les disciplines professionnelles et même les cultures. Ces initiatives montrent les avantages d'une consultation et d'une planification communautaire globale et à long terme, d'une bonne gouvernance au sein de la communauté et d'un engagement persévérant envers le bien-être de la jeune génération comme une priorité pour le développement communautaire.

On compte environ 250 à 350 millions d'Indigènes dans le monde, représentant 4 à 6 % de la population mondiale (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2006). Au Canada, parmi les 31 240 030 Canadiens en 2006, 1 172 790 (3,8 %) s'identifiaient comme appartenant à une des populations indigènes reconnues par la Loi constitutionnelle de 1982 : Indiens de l'Amérique du Nord (reconnus sous le nom de Première nation), Métis et Inuit. Les jeunes enfants indigènes représentent une proportion croissante des enfants au Canada, surtout à

---

L'auteure remercie les membres de trois groupes de communautés des Premières nations dans ce chapitre : Lil'wat Nation, Tl'azt'en Nation et six des Premières nations qui constituent la Treaty 8 Tribal Association of B.C.: Saulteau, West Moberly Lake, Prophet River, Halfway River, Doig River et Blueberry River First Nations.

Cette recherche a été effectuée dans le cadre du Early Childhood Development Intercultural Partnerships Program ([www.ecdip.org](http://www.ecdip.org)) auquel participent les auteurs et chercheurs internes Indigènes à la School of Child and Youth Care, University of Victoria, Colombie-Britannique, Canada. Le soutien financier a été fourni par le Programme de partenariats pour le développement social de Développement social Canada et le Ministry of Children and Family Development de Colombie-Britannique par le biais de Human Early Learning Partnership (HELP). Les positions présentées dans ce rapport sont celles de l'auteure et ne représentent pas nécessairement les positions ou les politiques des bailleurs de fonds ou des Premières nations participantes.

Adresser toute correspondance à Jessica Ball, School of Child and Youth Care, University of Victoria, PO Box 1700 STN CSC, Victoria, B.C. Canada V8W 2Y2. Courriel : [jball@uvic.ca](mailto:jball@uvic.ca)

cause d'un taux de natalité près de deux fois plus élevé que la population non indigène (Statistique Canada, 2006).<sup>1</sup> Comme beaucoup de peuples indigènes dans le monde, les peuples des Premières nations, Métis et Inuit ont subi des centaines d'interventions de gouvernements coloniaux qui ont appauvri leurs ressources communautaires, familiales et personnelles. À présent, ils luttent pour regagner leurs pouvoirs en tant que familles et communautés, pour restaurer leur fierté culturelle et des opportunités équitables pour atteindre leur idéal dans les domaines de la santé, du développement et de l'éducation.

Les organismes nationaux représentant les Premières nations, les Métis et les Inuits ont tous déterminé que la formation et les services de soins et de développement du jeune enfant (ECCD) sont une priorité dans la vision holistique du développement social, de la santé de la population et de l'avancement économique (voir Conseil Canadien sur l'apprentissage, 2007). On considère que les services de soins et de développement du jeune enfant sont essentiels pour la protection et l'amélioration de la santé physique, du bien-être psychosocial, et de l'identité culturelle positive des enfants indigènes de leur famille. En Colombie-Britannique, un Rapport du Comité sur les questions autochtones relativement à la législation sur les services à la famille et aux enfants précisait que : « Nos principaux objectifs sont de préserver et de renforcer notre culture; d'appuyer et de maintenir le système de famille élargie ; d'encourager la croissance et le développement sains de nos enfants et d'élaborer des programmes communautaires propices à la réalisation de ces objectifs » (Aboriginal Committee, Community Panel, 1992, p. 9). La nécessité de renforcer la capacité communautaire pour les services de soins et de développement du jeune enfant est particulièrement urgente pour les Premières nations vivant dans les réserves, où l'accès aux programmes pour enfants et aux soutiens à la famille est limité à cause des distances géographiques, des barrières sociales et culturelles, et des réglementations gouvernementales relativement à l'admissibilité des enfants aux programmes et aux services (Ball, 2008).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Les Premières nations, les Inuits et les Métis sont les premiers habitants de la terre que nous appelons Canada aujourd'hui. Prises ensemble, ces populations étaient appelées les peuples « autochtones » par le gouvernement colonial du Canada. De nombreux services, programmes, politiques et lois spécialement conçus pour ces populations sont appelées autochtones (par ex. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones; et Fondation autochtone de guérison). Un nombre croissant de peuples des Premières nations, Inuits et Métis préfèrent qu'on les appelle peuples « indigènes », afin d'éviter le nom colonial et de les lier à d'autres populations indigènes du monde entier. Un grand nombre avaient également demandé d'être appelés par le nom de leur groupe ethnique (Premières nations, Inuit ou Métis) pour par le nom de leur clan ou de leur communauté particulier (par ex. Lil'wat), et demandent que les données de niveau de population soient présentées de manière subdivisée plutôt que regroupée. Dans le présent article, Premières nations est souvent utilisé parce que toutes les communautés qui ont participé à la recherche appartiennent aux Premières nations. Le mot Autochtone est utilisé lorsque le nom formel d'un programme inclut ce mot, ou lorsque des données cumulatives de recensement sont citées.

Entre 1996 et 2006, la population autochtone du Canada a augmenté de 45 %, près de six fois plus que le taux de croissance de 8 % de la population non autochtone (Statistique Canada, 2006).

<sup>2</sup> Il y a actuellement 605 Premières nations inscrites représentant environ 500 000 personnes des Premières nations inscrites vivant sur des terres de réserve. Les « réserves » sont des terres que le gouvernement fédéral a mises de côté spécialement pour les peuples des Premières nations. Historiquement, l'affectation des terres de réserves avait été utilisée comme une forme d'apartheid, pour ségréger les Premières nations qui refusaient d'abandonner leur statut d'« Indiens inscrits ». Le mouvement des Premières nations dans et hors réserves était restreint, et les activités dans les réserves étaient limitées. À l'heure actuelle, un grand nombre de ces restrictions ont été levées. Toutefois, la mesure dans laquelle le contrôle des Premières nations de leurs terres de réserves, et les limites des

Cet article décrit des pratiques prometteuses dans trois groupes de communautés des Premières nations qui créent une infrastructure communautaire pour appuyer le développement holistique des jeunes enfants et de leur famille. Un projet de recherche de documentation dirigé par le biais des partenariats entre les communautés participantes et l'auteur montre les succès réalisés dans ces communautés visionnaires et ingénieuses des Premières nations, depuis des taux d'achèvement de programmes de formation sans précédent jusqu'à la transition vers un emploi pertinent à la carrière. Ces communautés créent des programmes pertinents et utilisés de manière appropriée par des membres de la communauté et qui aident à revitaliser les connaissances et les langues indigènes. Toutes les communautés se sont engagées dans une certaine mesure vers la prestation de services intégrés compatible avec ce qu'ils considèrent nécessaire pour appuyer « tout l'enfant » dans le contexte d'une pratique axée sur la famille et sur la communauté.

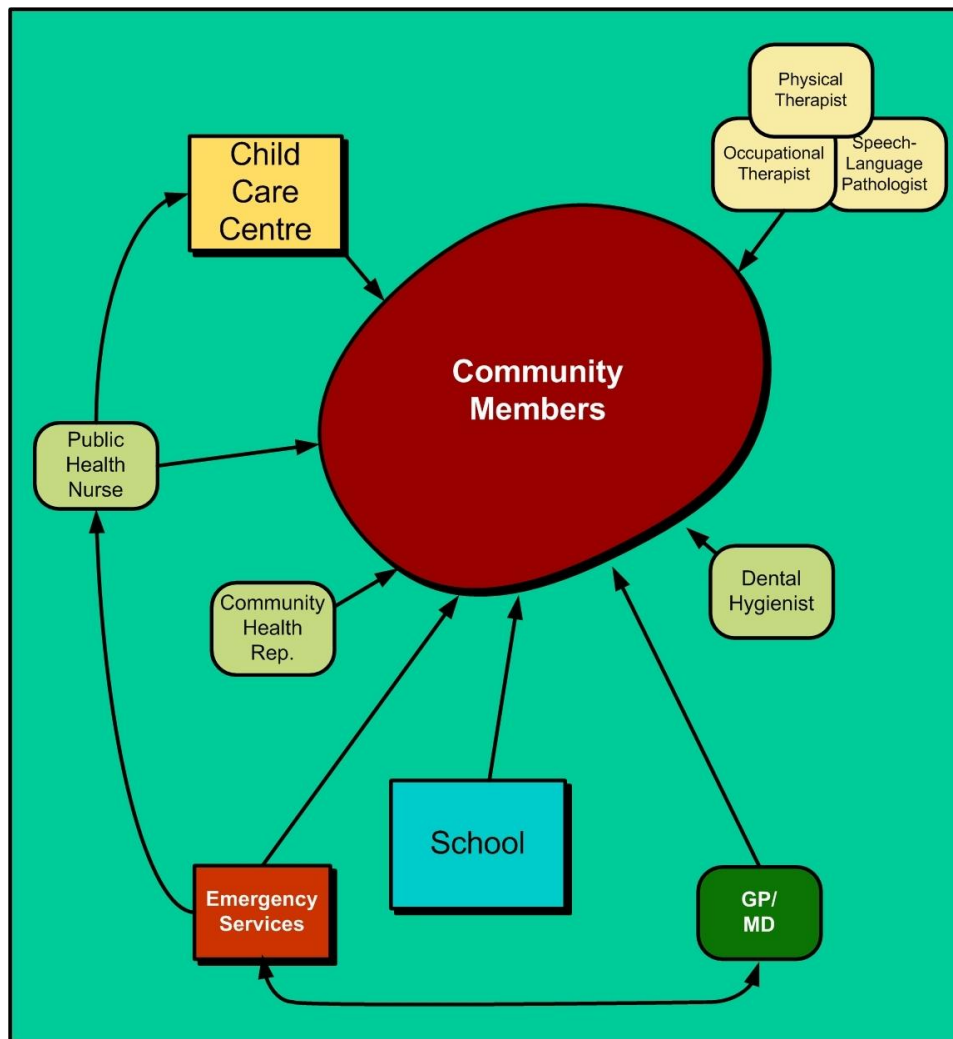
### **L'Approche Mosaïque Prédominante aux Services**

Aujourd'hui, la plupart des communautés canadiennes maintiennent une approche axée sur l'individu et non intégrée des services à la famille et aux enfants. Dans ce modèle fragmenté, les personnes recevant des services sont considérées comme des cas individuels avec un éventail de besoins séparés, sujets aux services offerts par un large éventail de fournisseurs de services séparés (voir Figure 1). La fragmentation de la formation et des services dans des domaines de spécialisation de plus en plus différenciés correspond aux constructions culturelles dominantes de l'enfant en psychologie et éducation comme étant une collection de « domaines » de développement avec des inclinations, des potentiels et des besoins distincts pour divers genres de soutien. Dans les communautés des Premières nations, des praticiens se spécialisant dans divers domaines de santé et de développement de l'enfant et de la famille se trouvent généralement en dehors de la communauté, non seulement administrativement, culturellement et socialement, mais aussi géographiquement dans les communautés rurales et éloignées.

---

territoires qui devraient appartenir à des Premières nations, sont très questions très contestées au Canada. Aux fins de cet article, il est important de noter que les enfants et les familles des Premières nations vivant dans des réserves reçoivent des programmes et des services offerts par le gouvernement fédéral, alors que ces programmes et services sont offerts aux Premières nations et à tous les autres Canadiens qui vivent hors réserves par les gouvernements provinciaux. D'une manière générale, on sait que les Premières nations vivant sur des réserves reçoivent une gamme de services plus restreinte, notamment l'accès à des services cliniques complémentaires et des programmes de soutien à la famille, et qu'elles ont plus de difficultés à accéder aux services de diagnostic et d'intervention précoce.

Les groupes des Premières nations sont souvent organisés à des fins administratives en des Conseils tribaux ou Associations tribales.



Child care center = Garderie  
 Public health nurse = Infirmière de la santé publique  
 Community health rep= Représentant en santé communautaire  
 Emergency services = Services d'urgence  
 School = École  
 Dental hygienist = Hygiéniste dentaire  
 GP/MD = Médecin généraliste  
 Physical therapist = Physiothérapeute  
 Occupational therapist = Ergothérapeute  
 Speech language pathologist = Orthophoniste  
 Community members = Membres de la communauté

*Figure 1.* Modèle de service prévalent axé sur l'individu, en mode résolution et fragmenté.

Un rapport sur la prestation actuelle des services dans les régions éloignées du Canada concluait que le système fragmenté des services sociaux, de santé et d'éducation est l'obstacle le plus important à la santé de la population dans les communautés rurales, nordiques et des Premières nations (de Leeuw, Fiske, & Greenwood, 2002). De même, le rapport d'un forum de leadership autochtone en Colombie-Britannique a indiqué que « Les programmes gouvernementaux actuels—une mosaïque au mieux, fracturés entre les divers niveaux et ministères du gouvernement, souvent inaccessibles aux personnes qui en ont le plus besoin et qui ne reflètent pas les valeurs et la culture autochtones n'ont pratiquement rien fait pour

défaire les dommages effectués pendant près de cent ans » (BC Aboriginal Child Care Society, 2003, p. 3). Le manque d'accès provenant de cette fragmentation a également été déterminé par Leitch (2008) dans son analyse de facteurs contribuant à l'injustice liée aux soins de santé effectuée pour le ministère de la Santé du Canada.

Dans le modèle fragmenté actuel, les programmes de services de soins et de développement du jeune enfant sont généralement évalués en termes d'avantages directs aux enfants individuellement, comme le développement d'aptitudes de prélecture et de langage, d'aptitudes sociales et de maturité scolaire. D'autres programmes et services pour enfants, tels que l'orthophonie, l'audiologie, l'immunisation, le dépistage des troubles dentaires et de la vue sont généralement considérés des prestations séparées financées par des organismes différents, fournies par des professions distinctes et évaluées en terme de résultats distincts. Parce qu'il n'y a pas de médiation culturelle ou sociale, d'interactions entre les membres de la communauté et les fournisseurs de services, tout le monde est vulnérable à une rupture de communication transculturelle. La continuité des soins ou la cohérence entre les services fournis à un enfant ou à une famille ne sont généralement pas utilisées comme critère d'évaluation des services, parce que cela exigerait la coordination entre juridictions, ce qui n'est pas offert par les bureaucraties qui financent la prestation de services. Les résultats de l'évaluation n'examinent pas le bien-être de « tout l'enfant » dans le contexte de sa famille.

Un grand nombre d'administrateurs de communautés indigènes ont exprimé leur frustration relativement à ce modèle dans lequel le service individuel est fondé sur un « besoin » ou un « problème » particulier plutôt que sur le fonctionnement de « toute la personne ». Le modèle fragmenté présente des difficultés réelles pour les spécialistes contractuels n'appartenant pas à la communauté pour « toucher » les personnes dans la communauté, alors que les membres de la communauté ont ces mêmes difficultés à « trouver » des spécialistes. Les praticiens de services professionnels qui ont été interrogés pour la présente étude ont décrit comment le simple fait de trouver un membre de la communauté qui a été envoyé à un service, comme les services de garde d'enfants financés par l'État, le dépistage, le diagnostique, le traitement ou la réadaptation est fréquemment un des obstacles les plus importants. En fin de compte, la prestation de services dépend de l'initiative, de la persistance et des ressources du membre de la communauté d'une part et du fournisseur d'autre part.

Dans d'innombrables forums et réunions, les leaders indigènes et les travailleurs communautaires ont décrit comment, dans un système fragmenté qui dépend de spécialistes séparés pour satisfaire des besoins qui sont conçus comme des cibles séparées, la mémoire des services est perdue lorsqu'un professionnel quitte la communauté ou est affecté ailleurs. Il y a un roulement du personnel très élevé parmi les professionnels servant les communautés indigènes, particulièrement dans les régions nordiques de chaque province et dans l'Arctique canadien. Les administrateurs de programmes communautaires et les fournisseurs de services externes interrogés pour l'étude actuelle ont expliqué que, lorsque les fournisseurs de services travaillent en équipe plutôt que tout seuls, et de manière intégrée plutôt que fragmentée, alors, la connaissance des besoins, les objectifs et les antécédents des services des enfants et des familles sont retenus et passés à l'équipe communautaire de soutien à la famille—ce qui mène à des services continus et mieux coordonnés.

## L'Appel Pour une Prestation de Services Intersectorielle

Une littérature internationale volumineuse préconise la prestation de services « intersectorielle » et « intégrée » pour la promotion de la santé, de l'épanouissement et du développement de la mère et de l'enfant (par ex., Haddad, 2001 ; Myers, 1995 ; United Nations Children's Fund, 2001 ; Woodhead, 1996). Bell (1997), Romanow (2002) et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (2004) ont demandé des approches intersectorielles qui abordent les questions des nombreux déterminants non médicaux de santé—notamment le développement durant la petite enfance, l'environnement, les conditions de travail, le style de vie, le statut social et la gouvernance. Depuis longtemps, l'Organisation mondiale de la santé (Bell, 1997) demande : (a) le financement de programmes de démonstration ; (b) la formation qui prépare les personnes à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires ; (c) une recherche qui étend les définitions et les critères pour mesurer la santé ; et (d) l'évaluation de programmes qui cerne les pratiques prometteuses pour améliorer le bien-être et la qualité de vie.

En 2002, la Commission Romanow a été formée par le gouvernement fédéral du Canada afin de faire un rapport sur l'état des soins de santé au Canada et de proposer une direction pour les soins de santé dans l'avenir. Le Rapport Romanow—le premier rapport sur l'état de la santé au niveau national à porter une attention particulière à la santé autochtone—a conclu que le niveau de santé et le bien-être et les conditions de vie des Autochtones au Canada étaient inexcusablement faibles. Pour traiter ce problème, la Commission a fait valoir des concepts de santé définis culturellement, un financement consolidé et des projets pilotes financés par divers gouvernements afin d'encourager des modèles flexibles, axés sur la communauté, aux points d'accès uniques qui favorisent le bien-être et offrent des services d'intervention. L'Organisation nationale de la santé autochtone (2002), donnant son soutien au bien-être des peuples des Premières nations, Inuit et Métis a déclaré dans sa présentation à la Commission que : « . . . l'un des éléments essentiels pour la création de systèmes de santé autochtones efficaces est une approche intergouvernementale à la réforme des services de santé » (p. 224).

Lors des réunions provinciales et régionales de leaders indigènes discutant des moyens pour renforcer la capacité de leurs communautés à créer et à exploiter de nouveaux services ou pour assumer des postes dans les services existants, on a fait ressortir plusieurs fois que les peuples indigènes veulent tirer les leçons des erreurs commises par les systèmes non indigènes de gouvernement et de développement communautaire. Plus précisément, ils ne veulent pas répliquer la fragmentation et certaines des inefficacités des services sociaux, soins de santé et développement communautaire généraux au Canada. Un représentant de l'une des autorités de santé régionales intertribales de Colombie-Britannique a présenté la question comme suit :

Oui nous avons besoin de recevoir une formation. Mais nous voulons former nos gens pour faire quoi et pour devenir quoi ? La transition au contrôle autochtone ne doit pas simplement mettre des Autochtones à la place des Blancs et faire les choses comme les Blancs. Nous voulons faire les choses à la manière autochtone. Nous avons besoin de formation qui aidera nos membres à se souvenir de leur culture et à créer des services autochtones qui sont vraiment autochtones. (R.M., personal communication, 2005)

Malheureusement, la littérature mondiale offre peu d'exemples exaltants pour l'application de la rhétorique de la coordination intersectorielle et de l'intégration dans la pratique (O'Gara, Lusk, Canahuati, Yablick, & Huffman, 1999). Des déceptions chroniques relativement aux progrès de l'agenda intersectoriel au Canada et à l'étranger peuvent être attribuées à un certain nombre d'obstacles politiques, conceptuels et pratiques, notamment : (a) l'hégémonie des perceptions et formes de gouvernances mondiales héritées des Européens ; (b) la résistance à partager l'autorité relativement aux dépenses de soins de santé et à la responsabilisation concernant les résultats de santé avec les communautés ; (c) bureaucraties anachroniques et fragmentées ; (d) théories concurrentes sur les déterminants de la santé ; (e) un accent persistant dans la théorie, la recherche et la pratique de la santé sur l'individu comme unité d'analyse ; (f) la dépendance envers les interprétations physicalistes de l'état de santé et des soins de santé et (g) les rivalités de clocher entre les professionnels. Étant donné ces difficultés importantes, il est très important d'examiner les approches novatrices des Premières nations participant à la recherche actuelle.

### **Trois Études De Cas**

Une étude de recherche de documentation a suivi trois groupes de membres de la communauté des Premières nations pendant quatre ans après que ces communautés ont achevé un programme de partenariat avec l'Université de Victoria consistant en un programme biculturel (indigène et Euro-Occidental) dans le domaine des soins aux enfants et aux jeunes avec diplôme, accrédité par l'université et offert dans le cadre communautaire. Ce programme, intitulé Programme de partenariat des Premières nations, était surtout axé sur les services de soins et de développement du jeune enfant (Ball & Pence, 1999, 2006).<sup>3</sup> En 1999, 35 membres des trois groupes des Premières nations ont fini le programme d'éducation postsecondaire de deux ans. Quatre ans après la fin du programme de formation, les administrateurs des Premières nations voulaient mesurer les résultats de leur investissement. L'auteure, basée à l'université, et actuellement la coordonnatrice des Programmes de partenariat des Premières nations, voulait déterminer si un programme de formation unique par l'importance qu'il donne aux connaissances indigènes et qui prépare les étudiants à répondre aux besoins et objectifs locaux mènerait en fait à l'élaboration de programmes et à des travailleurs qui comprennent bien les méthodes locales de soins aux enfants et leur place dans la famille, la culture et la communauté.

Quatorze Premières nations de Colombie-Britannique ont participé à la recherche de suivi. Les communautés comprennent entre 100 et 1000 membres. Géographiquement et organisationnellement, elles forment trois groupes. Six Premières nations qui constituent la Treaty 8 Tribal Association sont situées au nord-est de la province. La Nation Tl'azt'en est située au centre de la province. La Nation Mount Currie [La Nation Lil'wat] est composée de plusieurs Premières nations pelotonnées dans les montagnes au nord de Vancouver dans le sud-ouest de la province (voir Figure 2).

Un total de 76 personnes provenant des communautés de ces trois groupes ont participé à la recherche, par le biais d'entretiens, de questionnaires et de groupes de discussion. Un examen des manuels du programme, des politiques et des registres

---

<sup>3</sup>Pour de plus amples renseignements sur les First Nations Partnership Programs, voir [www.fnpp.org](http://www.fnpp.org).

d'utilisation ainsi que des observations directes a également été employé. La collecte de données visait à obtenir un profil des programmes communautaires qui avaient été mis en œuvre avec l'aide des diplômés du programme de formation, à comprendre comment ces programmes avaient été financés et organisés et comment ces programmes touchaient les bébés, les jeunes enfants et les parents dans la communauté. La recherche examinait également comment les communautés avaient réussi à mettre en œuvre le programme, notamment les difficultés, les éléments positifs et les étapes suivantes.



Research partner communities = Communautés partenaires dans la recherche

Communities location = Emplacement des communautés

Partner communities = Communautés partenaires

*Figure 2.* Carte de Colombie-Britannique montrant où se trouvent les communautés dans lesquelles les études de cas ont été effectuées.

La recherche a trouvé que 33 (94 %) des diplômés du programme postsecondaire travaillaient dans leur propre communauté, la plupart avaient un emploi pertinent à leur carrière comme le développement du nourrisson, le service de

garde des enfants financé par l'État, un jardin d'enfants et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Un grand nombre de diplômés avaient créé de nouveaux programmes et de nouveaux rôles dans les programmes existants. Les trois groupes communautaires avaient pris de mesures importantes, appropriées pour leur situation et leurs opportunités, pour créer une infrastructure communautaire et des liens intersectoriels afin d'appuyer le développement holistique des jeunes enfants et de leur famille.

### **Aller vers la Coordination et l'Intégration**

Dans toutes les communautés qui ont participé à la recherche, l'approche a été d'augmenter l'accès aux services de plusieurs manières : pas seulement par la proximité géographique aux familles et en offrant des subventions, mais aussi en assurant la sécurité culturelle<sup>4</sup> et les services qui satisfont les besoins particuliers et les préférences des membres de la communauté. Elles se sont toutes embarquées dans des programmes à long terme qui s'éloignent du modèle typique non intégré et vont vers des modèles qui : (a) intègrent les programmes de santé et de développement de l'enfant dans les garderies, et (b) créent des liens opérationnels clairs entre leurs programmes de soins des enfants et les autres programmes de santé, culturels et sociaux visant à profiter aux enfants ou à leurs parents (voir Figure 3).

### **Exemple de Cas 1 : Treaty 8 Tribal Association**

Les six Premières nations qui sont représentées par la Treaty 8 Tribal Association ont entre 70 et 205 membres. Elles sont culturellement diverses et géographiquement dispersées et se trouvent entre deux et sept heures de voiture de Fort St. John qui a une population de 16 000 habitants. Les Premières nations de cette Association ont subventionné 15 membres de la communauté (deux ou trois étudiants de chaque communauté) pour qu'ils vivent à Fort St. John ou à côté afin de pouvoir participer au programme d'éducation sur les services de soins et de développement du jeune enfant. Au moment où les étudiants avaient fini leurs études, trois des Premières nations avaient déjà créé de nouvelles installations et de nouveaux services pour enfants, et deux autres avaient pu utiliser les installations scolaires pour établir de nouveaux programmes de garde d'enfants. Une des communautés n'a pas pu élaborer des services, car elle avait d'autres priorités plus importantes. Il y a aujourd'hui deux Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones situés dans les communautés des Premières nations Blueberry River et Saulteau—deux des plus petites communautés—tous deux sont dirigés par des diplômés du programme.

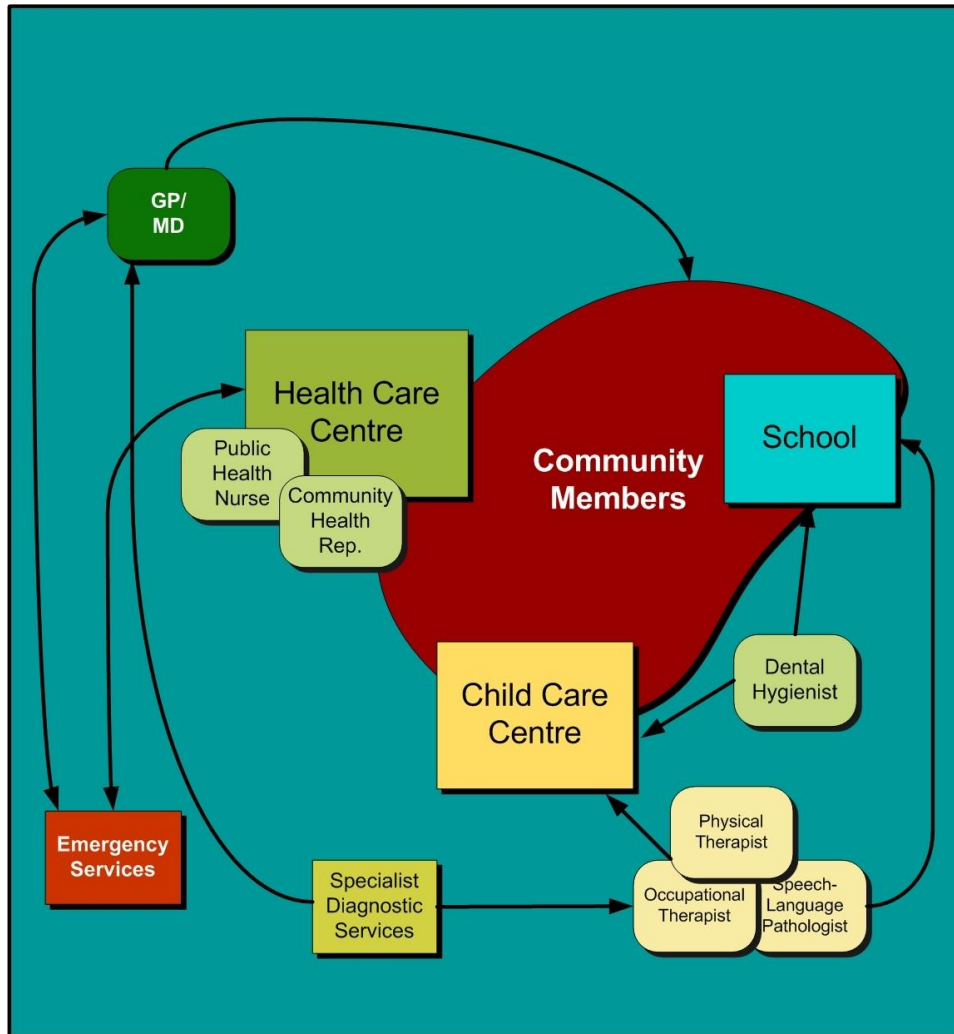
La coordination des services fournis dans ces petites communautés rurales est facilitée par le nombre relativement petit de membres de la communauté et par les spécialistes itinérants qui participent au programme. Les communautés ont une école près du centre de population le plus important sur la réserve ainsi qu'un centre de la petite enfance et un centre de soins de santé qui consiste en trois ou quatre petits

---

<sup>4</sup> « Sécurité culturelle » est une expression parfois utilisée pour saisir l'impression du sentiment de sécurité sociale pour exprimer ses points de vue et se comporter conformément à sa culture sans risquer d'être méprisé ou de se sentir étranger sur le plan social. La formalisation du concept de la sécurité culturelle a commencé en 1988 à un *hui* à Christchurch en Nouvelle-Zélande, auquel ont participé des infirmières enseignantes et des étudiantes-infirmières maories (voir Dyck & Kearns, 1995; Papps & Ramsden, 1996).

bureaux où ils ont réuni des services similaires efficacement. Certains fournisseurs de services, notamment le personnel du centre de la petite enfance, des enseignants et certains représentants de santé publique, vivent et travaillent dans la communauté et sont généralement membres de la Première nation. D'autres fournisseurs de services jouent un rôle de satellite pour la communauté, mais ils peuvent plus facilement avoir accès aux clients—et les membres de la communauté peuvent les toucher plus facilement—grâce aux bureaux de services communautaires. Toutefois, les programmes de services de soins et de développement du jeune enfant et les services spécialisés restent essentiellement fragmentés pour ce qui est des sources de financement, de mandat de services, de la portée de la pratique et des exigences de responsabilité. Les administrateurs dans ces petites communautés relativement éloignées ont souligné les difficultés particulières que les communautés très peu peuplées affrontent surtout lorsque le financement est affecté selon le nombre d'habitants, cela limite leur capacité à offrir un éventail plus large de services intégrés et appropriés pour la communauté. Diane Bigfoot, la coordinatrice pour l'éducation de la Treaty 8 Tribal Association, qui coordonne les transitions de la formation au travail, a parlé des efforts continus pour renforcer la capacité des services de soins et de développement du jeune enfant.

La formation dans le domaine des services de garde et d'éducation à la petite enfance a attiré d'autres programmes—pas seulement des programmes de garde d'enfants—notamment des programmes pour les enfants et les familles et les a apportés aux communautés. Ils continuent de se développer. Deux des Premières nations viennent de commencer un programme de services de garde et d'éducation à la petite enfance—allant au-delà du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Elles partagent, et ce partage est également un résultat de la communication et de la compréhension qui se sont établies entre les personnes qui, à l'origine, étaient des étudiants participant ensemble à la formation postsecondaire. Il est bon de voir que des communautés collaborent ainsi. La présence de membres formés dans la communauté garde l'attention axée sur l'importance des enfants, des jeunes et de la culture—et il y a toute sorte de programmes en cours—même si l'administration change ou si le niveau politique est turbulent, les services continuent. C'est très important. (Diane Bigfoot, cited in Ball, 2004, p. 2)



GP/MD = Médecin généraliste  
 Emergency services = Services d'urgence\  
 Health care center= Centre de services de santé  
 Public health nurse = infirmière de la santé publique  
 Community health rep= Représentant en santé communautaire  
 Child care center = Garderie  
 Specialist diagnostic services = Services de diagnostic spécialisé  
 Child care center= Garderie  
 Dental hygienist = Hygiéniste dentaire  
 Physical therapist = Physiothérapeute  
 Occupational therapist = Ergothérapeute  
 Speech language pathologist = Orthophoniste  
 Community members = Membres de la communauté

Figure 3. Modèle émergent de services communautaires dans des petites communautés.

### Exemple de Cas 2 : La Nation Tl'azt'en

La nation Tl'azt'en est constituée de trois petites communautés avec un total de 680 membres qui partagent la même culture, la même langue et la même histoire. Comme une grande partie de la population dans la moitié nord de la province de Colombie-Britannique, les membres de ces communautés peuvent attendre des années avant d'obtenir des services de dépistage sur place, de diagnostic et d'intervention

précoce. La plupart des spécialistes sont situés dans la ville de Prince George—à trois heures de voiture par beau temps.

Avant le commencement du programme d'éducation postsecondaire, cette Première nation avait reçu des financements de Santé Canada et d'autres sources qui lui ont permis de créer un centre de la petite enfance agréé dans une partie inutilisée de l'école située dans Tache, le plus grand centre de population dans la réserve. Lorsque dix membres de la communauté ont fini le programme de formation pour les services de soins et de développement du jeune enfant, la plupart des diplômés ont participé à l'ouverture d'un nouvel établissement et ont commencé à offrir, pour la première fois dans la communauté, un programme de garde et d'éducation du jeune enfant toute la journée, appelé *SumYaz*, ou Petite Étoile, ainsi que d'autres services directement intégrés dans le programme. Peu de temps après, la communauté a reçu un financement pour lancer un Programme d'aide préscolaire aux Autochtones offert dans un établissement sur le terrain de l'école.

Les deux programmes sont exclusivement dirigés par des membres compétents de la communauté. Tous deux ont reçu d'excellentes évaluations de l'agent au traitement des permis régionaux de l'éducation préscolaire et enseignement primaire et du bureau régional du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Les enfants arrivent en autobus de deux petits villages de Binche et Dzit'ainli à 20 et 45 minutes pour fréquenter l'école, le programme de garderie et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Les fournisseurs des services de soins et de développement du jeune enfant, les administrateurs communautaires et les fournisseurs de services contractuels ont décrit comment l'établissement de la garderie et celui du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones sont utilisés comme des endroits pour l'intégration des services, ce qui a permis : (a) l'accès entre les spécialistes et les enfants et parents ; (b) la création d'une « mémoire des services » chez les membres du personnel ; (c) le perfectionnement professionnel pluridisciplinaire pour le personnel de la réserve ; et (d) un apprentissage culturel pour les spécialistes itinérants (voir Figure 4).

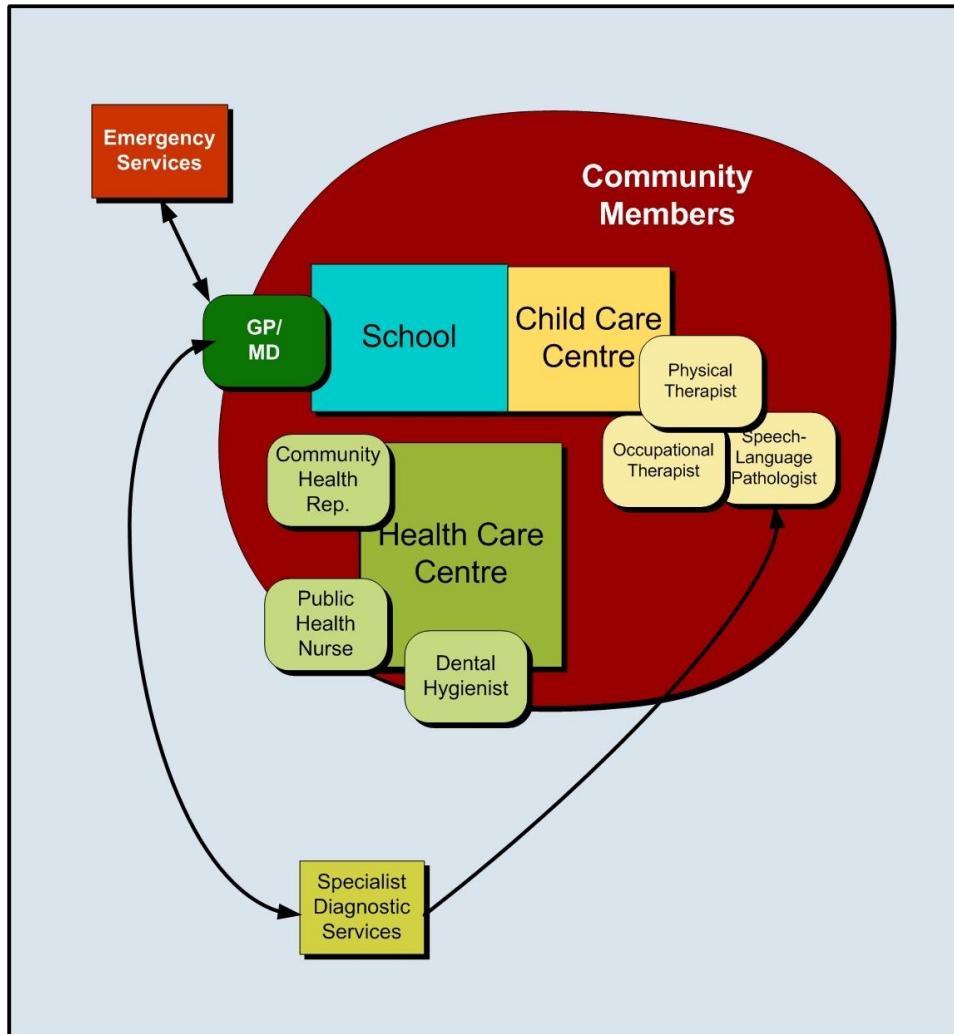
La communauté a décidé de placer les services de santé, le counseling des adultes et les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme à un autre endroit au village que dans l'école, la garderie ou le lieu du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Les administrateurs et les fournisseurs des services de soins et de développement du jeune enfant ont expliqué que cela avait pour but d'éviter la propagation de la maladie et d'offrir des endroits « réservés aux enfants » séparés des installations communautaires pour adultes fournissant des traitements, des programmes de rétablissement et des services sociaux.

Amelia Stark, Directrice de l'Éducation, championne communautaire du programme de formation des fournisseurs de services et de la stratégie pour le développement communautaire d'innovation d'un nombre croissant de services coordonnés destinés aux jeunes enfants, a souligné l'importance du soutien du leadership communautaire comme étant une condition nécessaire aux initiatives des services de soins et de développement du jeune enfant dans la communauté.

L'avantage le plus important de la formation pour notre communauté a été l'ouverture d'un certain nombre de nouveaux services pour les jeunes enfants et leur famille, par exemple le *SumYaz Daycare* et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. La communauté appuie cette initiative. Une bonne Société de l'Éducation constituée de membres intéressés de la communauté avec une vision est un élément important. (Amelia Stark, personal communication, 2002)

Ce chef de file communautaire a déterminé que la formation de chefs provient des initiatives de services de soins et de développement du jeune enfant dans la communauté.

Le deuxième avantage est que le programme a aidé nos étudiants de la communauté à trouver leur voix. C'était un groupe de femmes timides ; aujourd'hui elles ont assez confiance en elles pour travailler avec les membres de la communauté et nos Aînés. Elles ont acquis les aptitudes nécessaires pour travailler avec les Aînés ce qui est un élément important du programme d'aide préscolaire aux Autochtones de Tl'azt'en. Les étudiants dans le programme CYC [Child and Youth Care/Soins aux enfants et aux jeunes] ont la confiance, l'éducation et la capacité d'offrir des programmes bien pensés pour les enfants. Un jour ils deviendront les vrais leaders de notre communauté. Deux des étudiantes ont un poste de directrice et toutes ont un emploi. Elles sont reconnues et respectées dans notre communauté. Les femmes établissent les fondations dans les familles et elles progressent et deviennent des leaders. Nous sommes fiers de leurs accomplissements; le programme valait bien l'énergie et l'engagement. (Amelia Stark, personal communication, personal communication, 2002)



GP/MD = Médecin généraliste  
 Emergency services = Services d'urgence  
 Health care center = Centre de services de santé  
 Public health nurse = infirmière de la santé publique  
 Community health rep = Représentant en santé communautaire  
 Child care center = Garderie  
 Specialist diagnostic services = Services de diagnostic spécialisé  
 Child care center = Garderie  
 School = École  
 Dental hygienist = Hygiéniste dentaire  
 Physical therapist = Physiothérapeute  
 Occupational therapist = Ergothérapeute  
 Speech language pathologist = Orthophoniste  
 Community members = Membres de la communauté

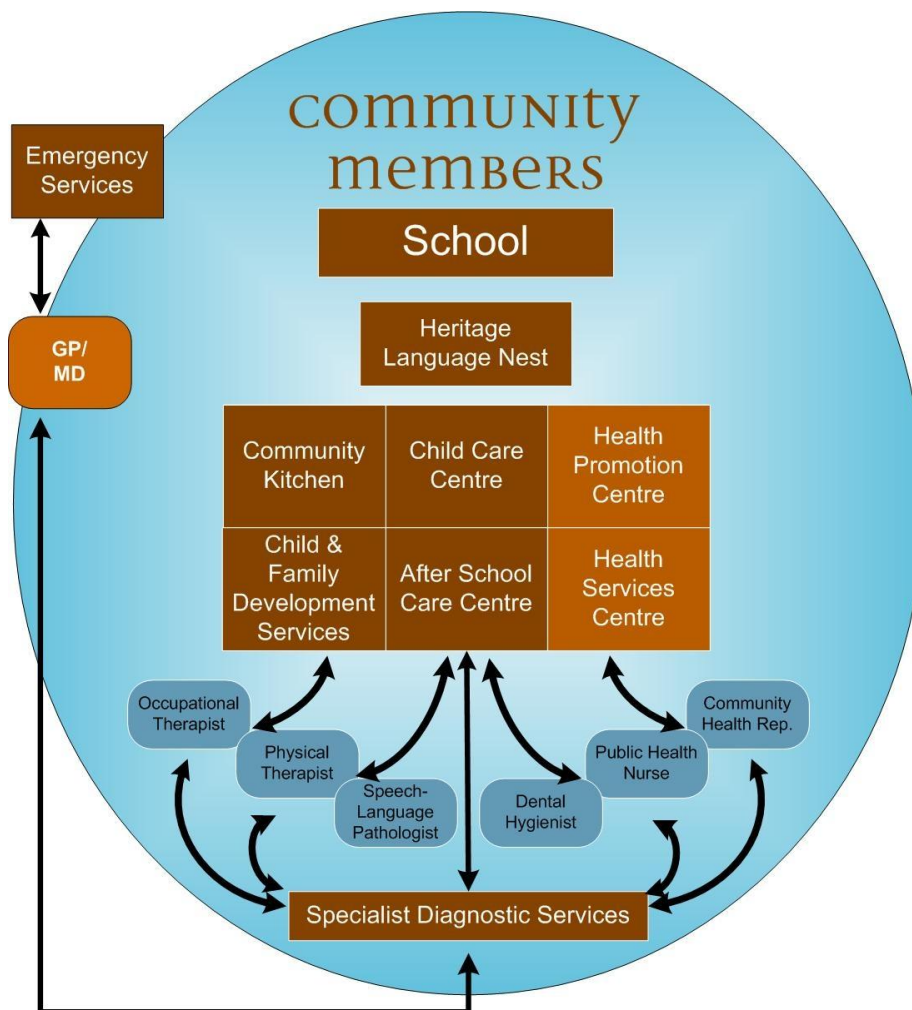
Figure 4. Modèle de services communautaires avec l'école comme lieu d'intégration pour des services choisis.

### Exemple de Cas 3 : La Nation Lil'wat

La Nation Lil'wat, située au sud-ouest de la Colombie-Britannique à environ 2 heures du centre urbain de Vancouver, possède la population la plus importante parmi les populations participant à la recherche. Elle consiste en une communauté principale d'environ 1000 membres et quatre autres communautés affiliées avec un total

d'environ 800 membres. Les communautés partagent une école dirigée par la Bande, du jardin d'enfants à la 12<sup>e</sup> année, et de nombreux autres services. Ensemble, ils ont établi une structure bien développée, un leadership stable et une longue histoire d'initiatives de développement réussies.

Au milieu des années 90, la communauté a décidé de préparer des programmes extensifs de garde d'enfants avec intégration et services intersectoriels et l'incorporation de valeurs culturelles, de littératie culturelle et de la langue ancestrale. Les membres de la communauté avaient pour objectif d'habiliter les parents à participer à des programmes de guérison, à l'éducation continue et à l'emploi et d'appuyer le développement et l'identité culturelle positive des jeunes enfants. Ils ont pu développer un concept de services aux familles ancré dans la communauté, en commençant par une garderie de qualité offerte par des personnes agréées membres de la communauté dans un milieu accrédité comme en étant le « noyau » (voir Figure 5).



Emergency services = Services d'urgence  
 GP/MD = Médecin généraliste  
 Community members = Membres de la communauté  
 School = École  
 Heritage language Nest = « groupes de renaissance de la langue autochtone »  
 Community kitchen = Cuisine communautaire  
 Child care centre = garderie  
 Health promotion centre = Centre de promotion de la santé

Child & Family Development Services = Services de développement de l'enfant et de la famille  
 After School Care Centre = Centre de garde après l'école  
 Health services Centre = Centre de services de santé  
 Occupational therapist = Ergothérapeute  
 Physical therapist = Physiothérapeute  
 Speech language pathologist = Orthophoniste  
 Dental hygienist = Hygiéniste dentaire  
 Public health nurse = infirmière de la santé publique  
 Community health rep= Représentant en santé communautaire  
 Child care center = Garderie  
 Specialist diagnostic services = Services de diagnostic spécialisé

*Figure 5.* Modèle de services communautaires avec la garderie comme site d'intégration.

La Nation Lil'wat a subventionné 15 membres de la communauté pour la participation à plein temps au programme de formation aux services de garde et d'éducation à la petite enfance. En 1999, alors que 14 étudiants finissaient le programme, la communauté a ouvert un établissement multiplexe *Pqusnalhcw*, ou Nid d'Aigle, situé stratégiquement à seulement 200 mètres de l'école gérée par la bande, qui offrait des services complets. L'établissement multiplexe offre aux Aînés et aux enfants un endroit culturel dynamique où ils peuvent se réunir et qui encourage la santé et le bien-être de toute la communauté. Dans l'édifice multiplexe, on trouve un programme important pour la petite enfance, intitulé *Skwalx*, ou aiglon, et une grande garderie intitulée *Tsepalin*, ou panier de bébé. Plus récemment, la communauté a ouvert un important programme de garde après l'école, partiellement intégré aux programmes de soins à la petite enfance, partageant des membres du personnel, des activités, une zone de jeu en plein air et de l'équipement. On a également ajouté une aile pour les services de santé, une salle d'examen et une salle pour le personnel. Avec le temps, les services offerts dans le centre de soins pour enfants à proprement parler ont changé pour inclure : ergothérapie, service de garde des enfants financé par l'État ; surveillance, évaluation du développement et renvoi à d'autres services, dépistage et surveillance de la pathologie orthophonique et soins dentaires préventifs. Au moment de la rédaction du présent rapport, tous les programmes de garderie servaient 120 enfants de 6 mois à 6 ans.

Dans le même service multiplexe, on trouve une cuisine communautaire, une zone d'information et de promotion de la santé, des cabinets de soins de santé avec salles d'examen et des salles multiusages offrant un éventail de services à la famille. L'établissement multiplexe fonctionne comme un site pour la prestation intégrée et au même endroit de toute une gamme de services de soins de santé et de services sociaux, notamment le counseling contre l'alcoolisme et la toxicomanie, la réduction de la tabagie et la prévention du diabète, ainsi que les soins des nouveau-nés et des tout-petits, des garderies avant et après l'école et des programmes de soutiens aux parents, tels que Best Babies et une formation pour la facilitation de la langue.

### **Programmes de Services de Soins et de Développement du Jeune Enfant en Tant que Crochet et Noyau**

Toutes les Premières nations qui ont participé à la recherche ont pris les premières mesures vers les soutiens communautaires et culturellement informés destinés au développement de la petite enfance et d'un meilleur accès aux services spécialisés. Bien que chaque communauté ait développé ses services de manière différente, tous les administrateurs et travailleurs ont exprimé leur satisfaction relativement aux

progrès à ce jour et leur conviction qu'ils créaient des services progressivement afin de : (a) assurer que les enfants de leur communauté recevaient des soins de qualité ; et (b) « accrocher » efficacement les parents, autres soignants et personnes âgées et administrateurs communautaires, non seulement à amener leurs enfants à la garderie, mais aussi à participer à d'autres activités, services et programmes, notamment les programmes de langue, de nutrition, de santé, de culture et de développement social, créés comme un noyau autour de la garde d'enfants.

## **Crochets**

Un grand nombre de familles ont besoin et désirent des services de garde d'enfants de qualité pour leurs enfants. Dans ces communautés des Premières nations, ce besoin ou désir est un aimant pour attirer et accrocher les membres de la famille au programme de garderie. Lorsque les chefs de file communautaires tiennent des forums pour leurs membres afin de discuter de l'idée de faire des services de soins et de développement du jeune enfant un point central du développement de la capacité communautaire et du développement de l'infrastructure, la valeur d'assurer une garderie de qualité pour les bébés et les tout-petits était un « crochet » facile pour la mobilisation d'une action communautaire positive. Un grand nombre des membres du personnel de garderie interrogés pour la recherche ont décrit comment les parents sont fréquemment prêts à chercher des camarades de jeux pour leurs enfants, une relève des exigences constantes du parentage ou une garderie fiable afin de pouvoir aller travailler, alors qu'ils ne sont pas aussi prêts à chercher des soutiens ou des services pour eux-mêmes ou d'autres membres de leur famille. Une fois qu'ils commencent à emmener leur enfant au centre, les membres de la famille découvrent les autres programmes, services, renseignements et événements spéciaux qui sont à leur disposition et sont encouragés à demander les types de soutien dont ils ont besoin pour encourager le bien-être de tous les membres de la famille. Les parents des communautés participantes ont décrit comment ils ont commencé par emmener leurs enfants à la garderie puis ils ont élargi leur participation en accédant à d'autres services situés au même endroit pour leurs autres enfants, quel que soit leur âge. Avec le temps, lorsqu'ils ont commencé à connaître les membres du personnel et la qualité des soins et qu'ils se sentaient en sécurité avec leur propre contexte culturel, ils sont venus demander du soutien social et des services pour eux-mêmes.

D'autres crochets pour que les familles restent attachées aux soutiens exhaustifs communautaires pour réaliser le bien-être étaient notamment : (a) avoir des membres de la communauté participant aux programmes des services de soins et de développement du jeune enfant comme conférenciers, mentors, planificateurs et assistants à d'autres événements communautaires et commissions de services ; (b) des programmes situés au même endroit que les lieux de réunions communautaires culturelles et les cuisines communautaires ; et (c) organiser des événements tels que des « portes ouvertes » et des « journées de familles » où toute la communauté est la bienvenue. Par exemple, dans plusieurs Premières nations ayant participé à la présente étude, les programmes de soins des enfants sont au même endroit que les programmes Best Babies, Groupes Mères-tout-petits, Parent-Child Mother Goose, programmes pour la facilitation de la langue, ateliers de nutrition, présentations pratiques pour une vie saine (par exemple, prévention du diabète, exercices, médicaments) et autres programmes similaires pour encourager le bien-être de l'enfant et de la famille. Lorsque les parents emmènent leurs enfants à la garderie, ils obtiennent des renseignements sur les autres programmes offerts et peuvent voir d'autres membres de

la communauté participer à ces programmes. Les membres du personnel du centre apprennent à connaître les parents et peuvent attirer leur attention sur un programme offert. Graduellement, les parents participent davantage et un grand nombre deviennent bénévoles pour aider à la cuisine communautaire ou pour passer du temps avec les enfants qui fréquentent le programme de garderie. Après une période de familiarisation et d'acquisition d'un sentiment de sécurité et de confiance dans les membres du personnel, ils s'inscrivent à un programme. Comme un membre de la communauté l'a fait remarquer :

Depuis que cet endroit a ouvert, j'ai le sentiment que les gens peuvent sortir davantage et obtenir le soutien dont ils ont besoin. Ce programme de garderie a eu l'effet d'un aimant qui nous a attirés, nous a réunis et nous a gardés pour faire des choses qui nous ont aidés à nous guérir et qui, nous l'espérons, renforceront notre communauté et en feront un endroit meilleur pour nos enfants et tous ceux qui y vivent et même pour ceux qui veulent y revenir. (L.B., personal communication, 2002)

## Échelles

Le personnel de garderie et les administrateurs de chacun des trois sites communautaires ont expliqué que, grâce à la capacité de la communauté d'offrir un système de services à « échelons », la communauté peut fréquemment aider les enfants vulnérables sans perturber la vie familiale. Il est moins probable que les travailleurs responsables de l'aide à l'enfance aient recours à une surveillance invasive ou à appeler les services externes de protection de l'enfance ce qui provoque souvent l'utilisation de programmes « de retrait » ou la prise en charge des enfants par les services gouvernementaux—ce qui se produit trop fréquemment dans les familles des Premières nations. La directrice d'une des garderies d'enfants a expliqué :

Nous connaissons les familles de notre communauté mieux que quiconque. Nous voyons les enfants chaque jour, et si nous ne les voyons pas chaque jour, nous savons qu'il se passe quelque chose. Et nous voyons les parents chaque jour et nous sommes en mesure de savoir comment ils s'en tirent, ou s'ils ont des difficultés. Ou si nous voyons qu'ils n'amènent pas leur enfant ou qu'ils ne reviennent pas le chercher, nous cherchons à savoir, pourquoi, où ils sont. Nous avons donc ce genre de système « d'alarme » relativement à la famille. Et si nous pensons que la famille a besoin de quelque chose, nous sommes en mesure de mettre des systèmes en place pour offrir un soutien supplémentaire à la famille durant les moments difficiles, ou pour envoyer les gens suivre un traitement ou mettre en place des services supplémentaires pour l'enfant si c'est ce qui est nécessaire. (D.F., personal communication, 2002)

Dans une autre communauté, le directeur du centre multiservice a expliqué :

. . . les parents peuvent passer du programme Best Babies ou autre programme de parentage à un counseling de soutien pendant que quelqu'un s'occupe de leur bébé à la garderie et ils peuvent alors participer à des programmes de bien-être personnel plus intensifs, comme les groupes de soutien de rétablissement pour les anciens élèves des pensionnats indiens, des services de traitement de

l'alcoolisme et de la toxicomanie et la recherche d'emploi et la formation professionnelle. (Jessica Frank, personal communication, 2002)

Une mère a raconté son expérience relativement à cette échelle :

Ma fille a des besoins spéciaux. Elle reçoit des soins spécialisés au centre ainsi que des services d'orthophonie. Grâce au programme de services de garde d'enfants agréés avec un personnel formidable dont je connais personnellement tous les membres, j'ai pu poursuivre mon éducation et maintenant, je suis une formation professionnelle. Je n'aurais jamais pu faire toutes ces choses sans les divers programmes offerts au centre en plus de la garde d'enfants. (N.H. personal communication, 2002)

Les travailleurs en services de garde d'enfant sont en mesure d'identifier les enfants qui pourraient profiter d'une évaluation diagnostique afin de déterminer la nécessité d'une intervention précoce pour certains retards de développement précis. Dans une communauté, les membres du personnel ont décrit comment ils encouragent parfois les parents à emmener leur enfant à des services de diagnostic. Parfois, les membres du personnel sont intervenus pour organiser une évaluation diagnostique sur place pour un enfant.

## **Noyaux**

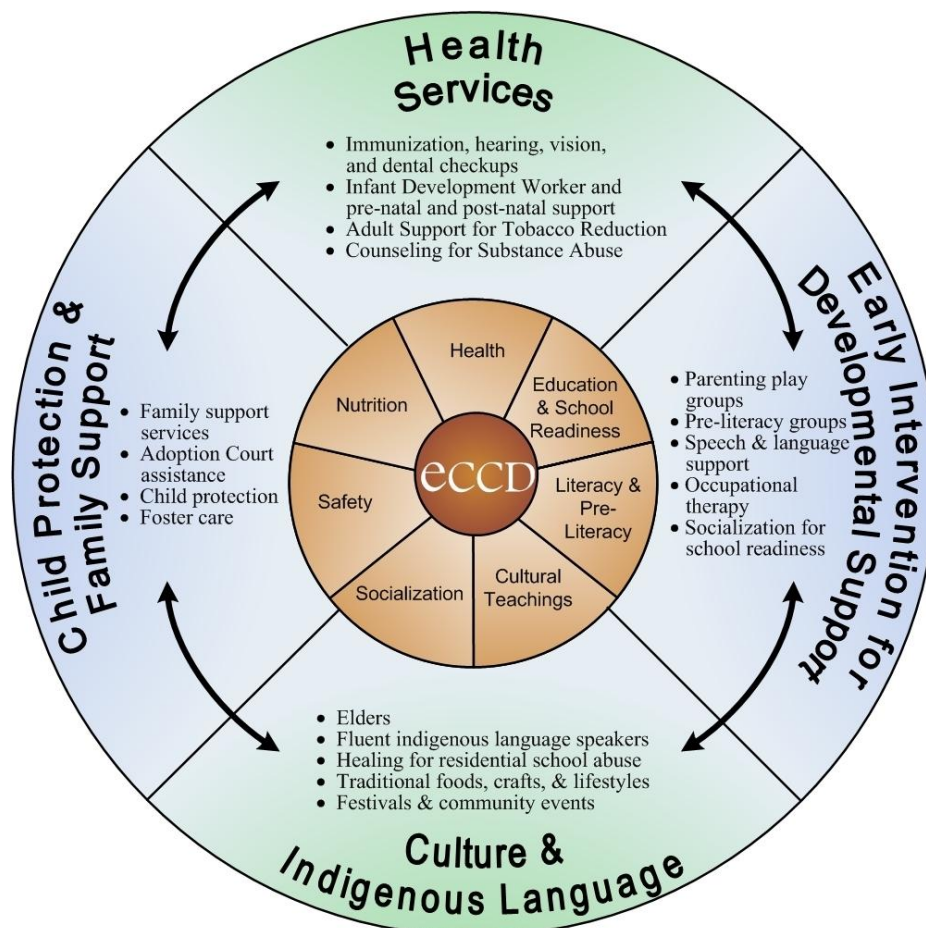
Le modèle de noyau actuellement utilisé par les Premières nations participant à cette recherche est essentiellement axé sur la famille et la communauté plutôt que sur un modèle de prestation de services axé sur l'enfant. Il est à la fois holistique et basé sur la population, avec des services spécifiquement conçus pour satisfaire les besoins de la population locale pour les programmes de développement, sociaux, de soins primaires et culturels, ainsi que pour le soutien des enfants ayant des besoins spéciaux et les enfants dans des familles vulnérables. En faisant de leurs centres de garderie un point focal ou un noyau pour un système élargi de programmes communautaires et de lieux de rencontre, ces communautés ont réussi à créer un modèle de prestation de services qui est non seulement multidimensionnel et accessible, mais également approprié sur le plan culturel.

Les chefs de file communautaires et les membres du personnel du programme nous ont expliqué comment ils considèrent que la famille est au cœur de l'organisation de la prestation des services et que le bien-être des jeunes enfants dépend et contribue au bien-être de la famille. Un grand nombre de membres de la communauté ont parlé du concept des « années de la petite enfance » comme une idée étrangère qui sépare artificiellement les jeunes enfants de « tous les enfants » ou de « toute la communauté ». Comme l'a déclaré un aîné d'une Première nation : « Nous devons considérer nos enfants comme faisant partie d'un tout qui inclut leur famille, la communauté, la culture et l'environnement naturel » (Martina Pierre, Lil'wat Nation, personal communication, 2002). Dans ces communautés, les garderies sont à présent les lieux principaux pour rassembler les gens de tous les âges et tenir des événements culturels ainsi que pour fournir des services et programmes visant à traiter le bien-être de « tout l'enfant » et de « toute la famille »—notamment renseignements et éducation, soutien social, services de santé et services d'orthophonie. Une grand-mère qui emmène régulièrement ses petits-fils aux programmes de développement de l'enfant a expliqué : « Nos services de garde d'enfants suivent un modèle holistique

qui est naturel pour nous les Autochtones car nous avons toujours considéré les enfants et la communauté comme une seule entité. Les enfants sont l'avenir de notre communauté—ils sont ou devraient être au centre de tout ce que nous faisons » (V.K., personal communication, 2002).

Le modèle de noyau reflète une philosophie holistique communautaire et offre une prestation de services qui convient aux méthodes autochtones (voir Figure 6). Il augmente également :

- la rentabilité par rapport aux coûts et aux ressources ;
- le soutien social et l'engagement pour tous les membres de la communauté ;
- l'échelonnement des services pour les enfants et les familles, surtout pour ceux qui sont vulnérables ;
- l'accès des fournisseurs de services à des personnes vivant dans de petites communautés ;
- la communication interprofessionnelle ;
- la stabilité des programmes et la continuité des services ;
- la participation et le soutien de toute la communauté ; et
- la capacité de communication grâce à un travail d'équipe pluridisciplinaire et au leadership continu.



HEALTH SERVICES = SERVICES DE SANTÉ

Immunization, hearing, vision and dental checkups=Immunisation, bilan de santé auditif, visuel et dentaire

Infant development worker and prenatal and postnatal support = travailleur pour le développement du jeune enfant et appui pré et post natal  
 Adult support for tobacco Reduction = Appui aux adultes pour la réduction de la tabagie  
 Counseling for substance abuse = Counseling pour la toxicomanie

**EARLY INTERVENTION FOR DEVELOPMENTAL SUPPORT**

Parenting play groups = Groupe de jeu pour parentage  
 Preliteracy groups = Groupe pré littératie  
 Speech and language support = Appui pour l'orthophonie et le langage  
 Occupational therapy = Ergothérapie  
 Socialization for school readiness = Socialisation pour la préparation à l'école

**CULTURE & INDEGENOUS LANGUAGE = CULTURE ET LANGUE INDIGÈNE**

Elders= Aînés  
 Fluent indigenous language speakers = Personnes qui parlent la langue indigène couramment  
 Healing for residential school abuse = Guérison de la maltraitance dans les internats  
 Traditional foods, crafts & lifestyles = Aliments traditionnels, artisanat et styles de vie  
 Festivals and community events = Fêtes et événements communautaires

**CHILD PROTECTION & FAMILY SUPPORT = PORTECTION DE L'ENFANCE ET SOUTIEN À LA FAMILLE**

Family support services = Services de soutien à la famille  
 Adoption court assistance = Aide des tribunaux d'adoption  
 Child protection = Protection de l'enfance  
 Foster care = Placement en famille d'accueil

Health = Santé  
 Education and School readiness = Éducation et préparation à l'école  
 Literacy and preliteracy= Littératie et pré littératie  
 Cultural teachings= Enseignement de la culture  
 Socialization = Socialisation  
 Safety = Sécurité  
 Nutrition = Nutrition

ECCD = services de soins et de développement du jeune enfant

*Figure 6: Services de soins et développement du jeune enfant en tant que noyau communautaire.*

**Leadership**

La conception et la prestation de nouveaux programmes dans ces Premières nations illustrent bien les avantages à long terme, la planification et la vision globales et la bonne gouvernance au sein de la communauté ainsi qu'un engagement inébranlable envers le bien-être de la jeune génération comme une priorité pour le développement communautaire. Christine Leo, directrice des Programmes pour l'avancement communautaire de la Nation Lil'wat a proposé l'explication suivante :

La Nation Lil'wat croit fermement en le titre ancestral et le droit de propriété autochtone et en notre souveraineté sur nos terres. Nous devons donner du soutien aux familles et plus précisément aux jeunes enfants et surtout aux familles qui ont des difficultés à prendre soin de leurs jeunes enfants... Une autre valeur est que nous voulons donner à nos enfants une formation culturelle. Il y a quelques années, nous avons fait une analyse de l'emploi et des besoins et notre premier impératif était la formation postsecondaire dans les soins aux jeunes enfants de manière à pouvoir créer notre propre garderie, dirigée par notre peuple, pour inculquer nos traditions et nos valeurs. Nous l'avons

fait. Les parents sont contents lorsque leurs enfants fréquentent cette garderie. Ils acquièrent de bonnes habitudes, ont une bonne nutrition, font un apprentissage précoce et surtout un apprentissage culturel et de socialisation. Nous avons reçu le soutien du Chef et du Conseil ainsi que celui de l'administration, et les membres du personnel qui ont fini un programme postsecondaire à l'Université de Victoria sont très heureux de venir travailler dans nos communautés. Ici les divers départements collaborent—la santé, la garde d'enfants, l'éducation et la formation, le bien-être, le développement économique et le développement social—nous travaillons tous ensemble et cela contribue au succès de nos programmes. (Christine Leo, cited in Ball, 2004, p. 1)

### **Formation Axée sur les Besoins et Objectifs Particuliers à la Communauté**

Les participants à la recherche de suivi ont décrit comment le genre de formation offert par une communauté à ses membres affecte à la fois la préparation des diplômés et de la communauté à faire la transition entre la formation et le travail. Le modèle de prestation de l'éducation utilisé dans la plupart des Programmes de partenariat des Premières nations est basé sur la communauté, établi par la communauté et avec la participation de la communauté. Le programme d'étude fait fond sur les connaissances culturelles particulières à la communauté et sur les manières d'appuyer le bien-être des jeunes enfants. Les participants à la recherche de suivi ont décrit comment ces caractéristiques du programme de formation assuraient que les diplômés du programme sont en mesure d'offrir les services et les soutiens culturellement homogènes dont les membres de la communauté ont besoin, qu'ils acceptent et apprécient.

### **Méthodes Autochtones**

Tout au long du programme postsecondaire de deux années d'étude, les membres des communautés participantes ont discuté de la signification du bien-être de l'enfant et de la famille dans le contexte historique, la culture et les styles de vie de leur peuple. À travers toutes les communautés, les thèmes d'holisme et ce développement communautaire sont apparus à de nombreuses reprises.

**Holisme.** Pour ces Premières nations, le développement de l'enfant est vu de manière holistique, avec les nombreux aspects du corps et de l'esprit de l'enfant ainsi que son avenir passé et futur que l'on considère imbriqués et nécessitant la reconnaissance, l'encouragement, la direction et le respect. Ce point de vue pénètre toutes les décisions communautaires relativement à ce que les programmes de garderie et de développement de la petite enfance doivent comporter ; par exemple, une approche développementale proactive à « tout l'enfant » qui inclut la nutrition, l'hygiène préventive, la socialisation, l'éducation, la culture et la langue indigènes. Cette approche est conforme à l'appel national pour une coordination intégrée et intersectorielle (Romanow, 2002).

**Intégration sociale.** Une Aînée des Premières nations a expliqué dans une entrevue de recherche comment les concepts qui distinguent les enfants selon leur

âge, leur développement ou leurs capacités ne sont pas significatifs et sont rejetés dans sa communauté.

L'idée de la petite enfance et les idées comme les enfants handicapés ou les enfants ayant des besoins particuliers et les enfants surdoués—ces idées ne nous appartiennent pas. Ce ne sont pas des idées autochtones. Elles viennent des Blancs et des villes. Tous les enfants sont doués et sont un don du Créateur. Nous n'aimons pas séparer les gens et les mettre en catégories. Nous avons vu comment cela peut être utilisé pour se débarrasser de gens, de les mettre dans des boîtes et de les envoyer en dehors de la communauté dans des écoles spéciales ou autres. Jusqu'à ce que nous ayons été obligés d'envoyer nos enfants dans des pensionnats, nous avons toujours gardé nos enfants avec nous, et ensemble, en famille et c'est ce que nous voulons à nouveau. (Marie Leo, Lil'wat Nation, personal communication, 2002)

Cette déclaration, la combinaison des thèmes d'holisme et d'inclusion, et la perspective de durée de vie et de convictions spirituelles résument un grand nombre de déclarations des participants se référant à « tous les enfants », « tous ensemble » et au désir de créer un centre accueillant dans la communauté que beaucoup pourraient considérer comme un foyer et une famille.

**Développement axé sur la communauté.** Les leaders communautaires considéraient l'objectif de meilleures conditions communautaires pour la santé et le développement des enfants comme découlant de l'objectif du bien-être familial. Par conséquent, on a conclu que les programmes des services de soins et de développement du jeune enfant doivent être étendus pour obtenir la participation active des parents, des grands-parents, des tantes, des oncles et de tous ceux qui s'occupent de bébés et de jeunes enfants. Comme l'a déclaré une responsable de garderie dans la communauté :

Les parents de notre communauté ont été forcés de quitter leur domicile lorsqu'ils étaient de jeunes enfants pour grandir dans des pensionnats ou ils ont été élevés par des parents ayant grandi dans des pensionnats. Beaucoup d'entre eux n'ont pas eu l'occasion de profiter de leur enfance. Ils commencent à peine à guérir et à apprendre à devenir parents. Lorsqu'un enfant revient (à notre centre) le lundi matin, nous pouvons généralement percevoir comment les parents s'en sont tirés, et ce qui s'est passé durant la fin de la semaine. (D.H., personal communication, 2002)

Un des objectifs de la stratégie des services de soins et de développement du jeune enfant dans ces communautés a été d'offrir un centre respectueux, culturellement sécuritaire et qui apporte un soutien social pour les parents et les tuteurs, pas seulement pour l'accès à la garderie, mais aussi pour renforcer leur confiance en eux et leur compétence afin d'appuyer le développement optimal de leur enfant. On leur demande comment leur enfant se développe et on leur offre des occasions de participer au programme de garderie et pour prendre part à tout un éventail de programmes comme l'éducation sanitaire, faire la cuisine et établir un budget de ménage, soutien et éducation des parents, programmes de guérison et de réadaptation

des élèves de pensionnat, des événements communautaires et des services de référence selon les besoins.

### **Pratiques Prometteuses**

Les communautés dont le travail visionnaire est souligné dans cet article cherchent toutes à satisfaire un éventail de besoins pour les enfants en fournissant toute une gamme de services directs accessibles, ainsi que par le biais de meilleurs environnements culturels, sociaux et physiques pour le développement de l'enfant et de la famille, dans un modèle de développement axé sur la communauté, culturellement approprié. Ces pratiques prometteuses montrent comment une bonne gouvernance, la prévoyance, l'ingéniosité et la capacité de réfléchir de manière holistique peuvent créer des systèmes de services adaptés à la culture, aux circonstances, à l'état de préparation, aux besoins et aux objectifs des populations.

Chaque communauté est différente et la recherche de documentation a trouvé des variations sur la manière exacte dont elle peut appuyer « tout l'enfant » dans le contexte de sa famille et de sa communauté. Les communautés avec une plus grande base de population ont plus de fonds, plus de membres de la communauté formés, et souvent un important groupe de leaders dans le domaine de la gouvernance et du développement communautaire, leur permettant de mettre en œuvre des programmes communautaires plus extensifs. Les communautés avec de plus petites populations—surtout celles qui sont géographiquement éloignées—ont moins de fonds spécialement lorsque le niveau de financement est calculé selon le nombre d'habitants. Elles ont des difficultés à accéder à la formation dont la communauté a besoin, à attirer et à conserver des praticiens et à offrir mentorat et perfectionnement professionnel pour le personnel des programmes. Comme le fait remarquer le Rapport Romanow, la question de savoir comment appuyer les enfants et les familles dans les petites communautés à travers le Canada est un défi qui exige un dialogue national et des changements dans les politiques et les priorités de financement. Un grand nombre de petites communautés ne sont pas prêtes à exprimer leurs propres objectifs pour le développement communautaire, et elles n'ont généralement pas le leadership ou les ressources pour faire des pressions efficaces et obtenir des ressources ou pour mettre en œuvre des plans à long terme pour les services communautaires. Dans la recherche actuelle, les petites communautés de la Treaty 8 Tribal Association atteignent leurs objectifs grâce à la collaboration entre des communautés voisines pour coordonner les programmes et les services.

Les Premières nations du Canada sont diverses et une seule vision, un seul plan ou un seul modèle ne sont pas applicables à toutes : il n'y a pas de « pratiques exemplaires ». La Commission Romanow et l'Organisation nationale de la santé autochtone ont toutes deux insisté sur le fait que les modèles de prestation de services et les programmes doivent être adaptés aux diverses réalités de chaque communauté. Les initiatives de renforcement des capacités doivent être ancrées dans le contexte socio-historique, géographique, culturel de chaque communauté ainsi que dans leurs ressources et leur vision particulières. Les membres de la communauté doivent participer directement à la définition des services dont ils ont besoin *et* à la manière de les organiser et de les fournir. Parce qu'elles respectent le fait qu'il y a de nombreuses voies pour atteindre cet objectif de services centrés sur la communauté, la plupart des communautés autochtones interviennent pour des approches holistiques pour le bien-être de l'enfant et de la famille et cela requiert des partenariats entre les secteurs de services et entre les communautés pour que ça marche. Myers (1995), l'un des

principaux promoteurs des soutiens intégrés pour le bien-être des enfants, indique que l'objectif d'appuyer le développement de « tout l'enfant » consiste à élaborer une réponse intégrée aux besoins des enfants, que ces services soient eux-mêmes intégrés ou non.

Les Premières nations participantes travaillent sur des programmes de développement communautaire global à long terme similaires aux « initiatives communautaires globales » discutées ailleurs au Canada comme étant des approches prometteuses pour la réduction de la pauvreté, la revitalisation de la communauté et le développement durable (Torjman & Leviten-Reid, 2003) :

Les initiatives communautaires globales sont holistiques, mobilisatrices et à long terme. Elles sont multisectorielles et cherchent à être inclusives. Elles touchent à la fois la démarche et les résultats . . . Elles cherchent à créer des opportunités pour les personnes et les familles leur permettant d'améliorer leur vie de plusieurs manières. Divers projets peuvent être entrepris pour assurer l'accès à des aliments nutritifs, offrir une formation qui permettra d'avoir un bon emploi ou favoriser l'accès à une garderie abordable, de haute qualité. (p. 2)

### **Coordination Intersectorielle et Intégration : Qu'est-ce que Nous Attendons ?**

Le présent article souligne les avantages et ce qu'il faut faire pour aller au-delà de la rhétorique des services « holistiques » et « intégrés » pour s'engager progressivement dans des étapes qui promettent un rassemblement homogène des services entre les secteurs, les disciplines professionnelles et même les cultures. Un grand nombre de peuples indigènes et non indigènes sont profondément convaincus par la nature holistique du développement de l'enfant et il existe de nombreuses preuves concernant les multiples et inextricablement écologiques déterminants de la santé. Alors que les exemples communautaires soulignés dans le présent article montrent qu'il est possible, avec assez de détermination et d'ingéniosité au sein d'une communauté, d'aller au-delà de la rhétorique de l'intégration et de la coordination pour la réaliser sur le terrain, les réussites documentées restent rares. Pour les Premières nations qui ouvrent de nouvelles voies pour les communautés à travers le Canada afin de réaliser leur vision d'une stratégie globale axée sur la communauté visant à satisfaire les besoins pour le développement holistique et contextuel des enfants, le chemin n'a pas été sans heurts. Les participants à la recherche ont cerné plusieurs sources de frustration—par exemple, la duplication des demandes de subvention et exigences de responsabilité, la surspécialisation des programmes de formation, l'arrêt prématuré du financement de programmes pilotes et la tendance à la concurrence entre les départements de leurs communautés. Si l'intégration et la coordination intersectorielle sont si évidentes, pourquoi ne pas les appliquer davantage ? Quels sont les obstacles ? Quels sont les besoins satisfaits par la perpétuation des approches du haut en bas établies par des experts et qui reproduisent des mesures disparates et fragmentées pour les programmes et les services ? Les institutions ont besoin de travailler de manière coopérative entre diverses disciplines professionnelles et au-delà des limites de juridiction, rationalisant à la fois l'accès aux ressources et les exigences de responsabilité. De plus, elles doivent s'engager dans des partenariats de soutien à long terme avec les communautés, cela permettra aux communautés de se transformer et de mettre en œuvre des approches créatives au fil du temps.

Malgré les défis, les Premières nations dans cette recherche ont fait preuve d'un solide leadership, d'une volonté politique, de créativité, de coopération et de persistance. En poursuivant assidûment les opportunités, elles ont surmonté certains des obstacles qui généralement stoppent leur élaboration de systèmes globaux intégrés de services de garde et d'éducation à la petite enfance. (Haddad, 2001). Les éléments d'apprentissage provenant de la documentation du voyage de ces Premières nations qui ont réussi sont résumés ci-dessous.

### **Les Programmes Doivent Perpétuer la(les) Culture(s) des Bénéficiaires Visés**

Les programmes destinés à encourager le développement de l'enfant et à affronter les difficultés développementales doivent être adaptés au niveau culturel pour que les gens y participent. Les Programmes de développement des services de garde d'enfants sont un « point d'entrée » efficace dans les systèmes de soutien et d'intervention pour les familles afin d'améliorer la santé et le bien-être de tous les membres de la famille. Pour les peuples autochtones, le bien-être des enfants est une valeur culturelle très importante. Les peuples autochtones, en particulier, ont besoin de voir leur culture reflétée dans les gens et les endroits qui fournissent des services et dans les actions suggérées pour maintenir ou améliorer le développement de l'enfant.

### **La Capacité Communautaire se Développe Progressivement**

Les peuples autochtones ont été dévastés par les pratiques coloniales pendant des siècles. Il faudra du temps pour que les communautés autochtones reconstruisent leur capacité communautaire. Le renforcement des capacités communautaires et la création d'une infrastructure massive et souple pour tout un éventail de services intégrés prennent du temps. Le financement et l'évaluation de programmes nécessitent une planification à long terme et une mise en œuvre progressive. Le soutien de la prestation communautaire de services de santé primaires, de garderies de qualité, d'opportunités d'apprentissage et de services d'intervention précoce contribue à la créer une génération de jeunes enfants sains qui peuvent devenir des parents et des leaders communautaires capables dans l'avenir.

### **Les Résultats des Services de Soins et de Développement du Jeune Enfant Dépendent de la Qualité de Vie Générale dans les Communautés**

Les déterminants d'un développement optimal sont notamment un grand nombre de conditions de vie dans les communautés comme l'inclusion et le soutien social, le logement, la sécurité, la nutrition et le milieu naturel. Les résultats du développement communautaire et de l'amélioration du développement de l'enfant peuvent aller de pair. Le financement et le soutien doivent appuyer les initiatives locales qui renforcent les capacités de la communauté pour planifier des soutiens pour les familles, établir des programmes de développement et des soins à l'enfance, et offrir une gamme de services qui contribuent au bien-être de l'enfant conformément aux objectifs et stratégies identifiés localement.

### **Les Pratiques qui Conviennent à un Endroit Précis Ne Sont Pas des « Pratiques Exemplaires » qui Pourraient Convenir Ailleurs**

Il n'y a pas de « pratiques exemplaires » ou de stratégies pour des garderies, une éducation ou la santé qui soient universellement acceptables et qui marcheraient dans les diverses populations et les divers endroits. Les approches qui conviennent à la communauté pour le soutien du développement de la petite enfance sont probablement plus efficaces que les stratégies du haut vers le bas, établies par des experts ou des modèles censés être des « pratiques exemplaires » importées d'autres contextes. La participation des membres de la communauté pour créer des voies utiles pour atteindre des objectifs locaux fait partie du travail fondamental qui mène à des programmes durables établis par la communauté. Les leaders dans chaque milieu doivent consulter des groupes d'utilisateurs possibles et tenir compte des restrictions et opportunités des ressources lorsqu'ils prennent des décisions relativement à la conception d'un important système de services comme : quels doivent être les services intégrés et quels sont ceux qui devraient être séparés, mais coordonnés et l'allure à laquelle il convient d'introduire les nouveaux programmes à un noyau de services.

### **Les Gens Assurent la Réussite du Programme**

- Les programmes sont efficaces lorsqu'ils sont adaptés aux besoins, aux objectifs, aux valeurs et aux conditions de vie particuliers des personnes à qui ils sont destinés.
- Les programmes sont fournis par des gens. Les financements et les efforts ciblés doivent appuyer l'apprentissage permanent et le bien-être personnel des praticiens (surtout dans les régions rurales et éloignées où l'isolement crée un fardeau supplémentaire.)
- Les programmes sont durables lorsque des ponts sont établis et les connaissances partagées entre les gens de différents secteurs, juridictions, communautés et régions.

### **Où Il n'y a pas de Modèles Précoupés**

Les initiatives communautaires pour renforcer la capacité des familles et des communautés à satisfaire les besoins des jeunes enfants requièrent des organismes de financement, des branches du gouvernement, des organismes de réglementation, des administrateurs communautaires et des institutions de formation afin d'ouvrir les fondations sur la manière dont le développement communautaire et la prestation de services sont conçus et offerts. Les communautés qui cherchent à élaborer des programmes de soutien coordonnés, informés sur le plan culturel et utiles pour favoriser le bien-être des enfants et des familles doivent avoir assez de flexibilité et un soutien à long terme pour évoluer et mettre en œuvre leur propre vision à long terme. Les communautés qui sont prêtes et qui ont la volonté de réaliser leur vision auront besoin de fonds pour créer l'infrastructure massive et souple nécessaire pour appuyer la prestation de services aux jeunes enfants et à leur famille.

Du point de vue de la responsabilité, qu'est-ce qu'une « bonne » intégration ? Dans bon nombre de Premières nations, l'élaboration de noyaux intégrés et intersectoriels est un énorme défi et un véritable accomplissement du développement communautaire. Comment les programmes peuvent-ils être évalués lorsque le « développement communautaire » est peut-être la variable la plus significative du résultat et lorsque chaque communauté commence à un niveau différent, a des ressources et des défis différents et a des priorités différentes ? Il n'y a pas de méthodologies, d'indicateurs ou d'outils prêts à l'usage pour mesurer ces approches

communautaires personnalisées, ou pour comparer des programmes établis par les communautés. Les chercheurs doivent établir des approches pour dériver des critères « pertinents pour la communauté » et des outils individualisés pour surveiller la qualité du programme et mesurer les résultats et pour permettre la communication efficace des nouvelles connaissances de sorte que des pratiques prometteuses puissent être déterminées et partagées. Tous les signes de succès, en termes d'amélioration de l'accès, de l'utilisation des services par la communauté, la sécurité et l'adaptation culturelles, l'efficacité et le renforcement de la capacité—indiquent que le concept des services de soins et de développement du jeune enfant comme « crochet » et « noyau » avec une vision élargie des services axés sur la communauté sont des pratiques prometteuses desquelles nous pouvons tirer des leçons.

## Références

- Aboriginal Committee, Community Panel. (1992). *Liberating our children, liberating our nations*. Victoria, British Columbia, Canada: Family and Children's Services Legislation Review.
- Assembly of First Nations. (1989). *Recommandation 39 : Report of the national inquiry into First Nations childcare*. Summerstown, Ontario, Canada: Assembly of First Nations National Indian Brotherhood.
- Ball, J. (2004). Early childhood care and development programs as hook and hub: Promising practices in First Nations communities. Unpublished research report, University of Victoria, British Columbia, Canada. Retrieved from <http://www.ecdip.org/docs/pdf/ECDIP%20report%20comp.pdf>
- Ball, J. (2008). Promoting equity and dignity for Aboriginal children in Canada. *IRPP Choices*, 14 (7), 1–30. Localisé de <http://www.irpp.org/choices/archive/vol14no7.pdf>
- Ball, J., & Pence, A. (1999). Beyond developmentally appropriate practice: Developing community and culturally appropriate practice. *Young Children*, 54, 46–50.
- Ball, J., & Pence, A. (2006). *Supporting indigenous children's development: Community-university partnerships*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- BC Aboriginal Child Care Society (2003). *Many voices, common cause: A report on the Aboriginal leadership forum on early childhood development*. Vancouver, British Columbia, Canada: Auteur.
- Bell, B. (1997). *Intersectoral action for health : A cornerstone for health-for-all in the twenty-first century* (WHO/PPE/PAC/97.6). Geneva : Organisation mondiale de la santé.
- Conseil Canadien sur l'Apprentissage (2007). *État de l'apprentissage au Canada : Pas le temps de s'illusionner*. Ottawa, Ontario, Canada: Auteur.
- de Leeuw, S., Fiske, J., & Greenwood, M. (2002). *Rural, remote and north of 51: Service provision and substance abuse related special needs in British Columbia's hinterlands*. Prince George, British Columbia, Canada: Centre of Excellence for Children and Adolescents with Special Needs, University of Northern British Columbia Task Force on Substance Abuse.
- Dyck, I., & Kearns, R. (1995). Transforming the relations of research: Towards culturally safe geographies of health and healing. *Health & Place*, 1, 137–147.
- Haddad, L. (2001, juin) *An integrated approach to early childhood education and care*. Un article préparé grâce à la subvention de l'UNESCO/ ministère suédois de l'Éducation et des Sciences conférence sur l'éducation et les soins des jeunes enfants, Stockholm, Suède.
- Initiative sur la Santé de la Population Canadienne. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens. Les caractéristiques de la santé et de la maladie s'expliquent en grande partie par notre apprentissage, notre mode de vie et notre travail* Ottawa, Ontario, Canada: Institut canadien d'information sur la santé.
- Leitch, K. K. (2008). *Vers de nouveaux sommets : Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*. Ottawa, Ontario: Santé Canada. Localisé de <http://biac-aclc.ca/fr/pdf/advisor-conseillere-fra.pdf>
- Myers, R. (1995). Integrated programming: An elusive goal. Dans R. Myers, *The twelve who survive: Strengthening programmes of early childhood development in the Third World* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 155–166). Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- National Aboriginal Health Organization. (2002, juin). *Discussions sur la santé des Autochtones : Partageons nos défis et nos réussites*. Forum Autochtone tenu en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Aylmer, Québec.

- O’Gara, C., Lusk, D., Canahuati, J., Yablick, G., & Huffman, S. (1999). *Qualities of caring: Good practices in infant and toddler group care*. Washington, DC: The World Bank, Early Child Development Education.
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 491–497.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L’avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa, Ontario: Commissions sur l’avenir des soins de santé au Canada.
- Scott, K. A. (1998). Balance as a method to promote healthy indigenous communities [Paper commissioned for the National Forum on Health]. In *Canada health actions: Building on the legacy: Volume 3. Determinants of health: Settings and issues*. Sainte-Foy, Québec, Canada: Éditions Multimondes.
- Statistique Canada. (2006). *Recensement de la population 2006*. Ottawa, Ontario: Auteur.
- Torjman, S., & Leviten-Reid, E. (2003). *Comprehensive community initiatives*. Ottawa, Ontario: Caledon Institute of Social Policy.
- United Nations Children’s Fund. (Bellamy, C.) (2001). *The state of the world’s children 2001 : Early childhood*. New York : Fonds des Nations Unies pour l’enfance.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2006). *L’UNESCO et les peuples autochtones: Un partenariat pour la diversité culturelle*. Paris: Auteur.
- Woodhead, M. (1996). *In search of the rainbow: Pathways to quality in large scale programs for young disadvantaged children*. La Haye: Bernard van Leer Foundation.