

Rapport d'une étude consacrée aux facteurs déterminants d'enfants atteints d'un handicap pris en charge par les organismes de protection de l'enfance : principaux résultats, recommandations et orientation future des politiques, de la pratique et de la recherche

Don Fuchs, Linda Burnside, Shelagh Marchenski et Andria Mudry

Le fait de répondre aux besoins d'enfants ayant un handicap est un défi de taille pour les organismes de protection de l'enfance du Manitoba. Les progrès de la médecine ont engendré la diminution du taux de mortalité et l'augmentation de la longévité des enfants ayant des besoins médicaux complexes. Cela se traduit par un nombre plus élevé d'enfants atteints de handicaps et par des pressions plus grandes sur les systèmes de soins de santé. En raison des facteurs de risque additionnels associés au handicap, ces enfants déjà vulnérables sont plus à risque que les autres d'avoir besoin d'appui ou de protection de la part d'organismes de protection de l'enfance (Krahn, Thom, Sokoloff, Hylton et Steinberg, 2000).

Cette étude reconnaît les besoins élevés en soins et la surreprésentation des enfants atteints d'un handicap au sein du système de protection de l'enfance. L'étude a été entreprise afin de créer un profil des enfants atteints d'un handicap recevant de l'aide d'organismes manitobains desservant les enfants et les familles. Le profil dressé décrit le nombre et la distribution des enfants, le type de handicap et leurs besoins en matière de soins. Ces renseignements serviront à tous les niveaux du réseau de prestation de services, des praticiens aux décideurs, afin d'améliorer la capacité de répondre aux besoins des enfants atteints d'un handicap.

Cette étude a été entreprise par la Faculté de service social, Université du Manitoba et les Services de protection des enfants, ministère des Services à la famille et Logement du Manitoba avec le soutien du Consortium sur le bien-être et la protection des enfants des Prairies. Le financement a été fourni par l'Agence de santé publique du Canada avec l'aide du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

Cet article traite de la conception de l'étude ainsi que des principaux résultats, des répercussions, des recommandations et des conclusions.

Contexte

Deux domaines de connaissances ont fourni le contexte de cette recherche : la notion de handicap et les connaissances actuelles en matière de handicap chez les enfants. La notion de handicap a évolué au cours des 50 dernières années d'un modèle médical à un modèle fonctionnel pour aboutir à un modèle écologique. Plutôt que de percevoir le handicap comme un défaut chez un individu, le handicap est maintenant compris comme étant le résultat de l'interaction entre une personne et son environnement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec sa Classification internationale des fonctionnalités,

incapacités et états de santé (CIF) a joué un rôle déterminant afin que cette perspective devienne une norme mondiale. Les Nations Unies ont enchâssé les droits des enfants de bénéficier de services, d'une famille et de l'éducation, et ces droits orientent les politiques en matière des enfants.

La Loi sur les services à l'enfant et à la famille (1985) du Manitoba comporte une disposition spéciale à l'égard des enfants atteints d'un handicap par le Contrat de placement volontaire (CPV). Les enfants atteints d'un handicap peuvent être volontairement placés sous les soins d'un organisme afin d'avoir accès à des services ou d'obtenir des soins que les parents ne sont pas en mesure de fournir. Le placement peut être renouvelé jusqu'à l'âge légal, et les parents conservent la tutelle pendant toute la durée du placement.

Même s'il est clair qu'il y a un handicap partout, sa prévalence est difficile à évaluer. Les efforts sont entravés par la vaste gamme de définitions du handicap, ce qui pose problème lors des comparaisons. Au Canada, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 fournit des taux nationaux et locaux de prévalence (Statistique Canada, 2002). Selon l'EPLA, le nombre de personnes atteintes d'un handicap est légèrement plus élevé au Manitoba (14,2 %), comparativement à la moyenne nationale (12,4 %). Toutefois, la fréquence des handicaps augmente avec l'âge, de sorte que chez les enfants les taux sont plus faibles (1,6 % pour les enfants d'âge préscolaire et 4 % pour les enfants, âgés de 5 à 14 ans). Comparativement à la moyenne nationale, le taux de handicap est considérablement plus élevé chez les Autochtones. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA), le taux est de 39,1 % pour les enfants manitobains (Statistique Canada, 2001).

Il est particulièrement difficile de décrire le handicap chez les enfants en raison de leur développement même. Même si le retard de développement est le handicap le plus fréquemment cité, il n'existe aucune définition couramment acceptée des éléments de fonctionnement liés à cette notion. Le retard de développement peut englober les déficiences physiques, sensorielles et mentales. La documentation décrit les taux de déficiences développementales, sensorielles et intellectuelles, de même que les taux de troubles psychologiques et les problèmes de santé chroniques. Au Canada, 68 % des enfants d'âge préscolaire handicapés sont atteints d'une déficience développementale. Parmi ceux-ci, 59 % ont une déficience intellectuelle, 54 % une déficience physique et 38 % un autre type de handicap (Statistique Canada, 2002). Chez les enfants d'âge scolaire, 29,8 % sont atteints d'une déficience développementale et 31,8 % d'un trouble psychologique. La probabilité qu'un enfant pris en charge par les services aux enfants et aux familles soit atteint du trouble déficitaire de l'attention ou du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est trois fois plus élevée que chez les enfants qui ne sont pas pris en charge (Martens et coll., 2004). Le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, un grave problème sur les plans social et de la santé, est considéré comme la cause la plus courante de la déficience intellectuelle évitable. Au Manitoba, la fréquence est évaluée à 7,2 pour 1000 naissances vivantes (Williams, Obaido et McGee, 1999), jusqu'à 101 pour 1000 naissances vivantes (Square, 1997). La majorité des enfants handicapés sont atteints

de plus d'un handicap, et quelques enfants ont jusqu'à six différents types de handicaps. La fréquence est plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Les enfants atteints d'un handicap courent un plus grand risque de mauvais traitements et/ou de négligence que les enfants non handicapés. Les risques sont trois fois plus élevés qu'un enfant handicapé subisse de mauvais traitements, comparativement à un enfant non handicapé (Sullivan et Knutson, 2000). Certaines formes de handicap sont associées à des niveaux de risque plus élevés. Les enfants atteints de troubles de comportement courent le plus grand risque, sept fois plus élevé que celui des enfants non handicapés.

En résumé, le handicap est le produit d'une interaction entre la personne et son environnement. La documentation présente un tableau assez confus de la prévalence du handicap chez les enfants du Manitoba. Toutefois, il semble y avoir une fréquence plus élevée d'incapacité chez les enfants autochtones, comparativement à la population en général. Il est clair que beaucoup d'enfants sont atteints d'un handicap qui entraîne des répercussions sur le plan du fonctionnement intellectuel, psychologique, physique, médical et/ou sensoriel. Parmi les handicaps les plus fréquents chez les enfants, on trouve le retard de développement et les troubles psychologiques. Les garçons sont plus souvent atteints d'un handicap que les filles. La majorité des enfants handicapés sont atteints de handicaps multiples. Malheureusement, les enfants atteints d'un handicap sont plus à risque de subir de mauvais traitements et de la négligence.

Définition du handicap

Les recherches portant sur le handicap s'enlisent souvent dans la formulation d'une définition du handicap. Par conséquent, le fait d'établir une définition du handicap a été une des plus importantes tâches initiales de cette étude. Il était important que la définition réponde à trois critères :

- Large – Elle devait englober un assez gros échantillon afin de fournir autant d'information que possible (c.-à.-d., présenter une vue d'ensemble).
- Concise – Elle devait être facilement interprétée et bien comprise par toute une gamme de travailleurs et d'organismes.
- Pertinente – Elle devait refléter les connaissances actuelles du domaine du handicap afin que les résultats soient significatifs et se prêtent à la comparaison avec les recherches actuelles et futures.

En se basant sur la définition du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, les chercheurs ont élaboré un cadre conceptuel qui est devenu une matrice structurelle servant à identifier, à décrire et à analyser les enfants atteints d'un handicap. La figure 1 illustre la conceptualisation du handicap en tant qu'un des facteurs ayant un impact sur le fonctionnement de l'enfant et de sa famille. Le fonctionnement était également influencé par les services d'adaptation et les prestataires de services, tel que décrit au tableau 1.

Figure 1 : Cadre conceptuel



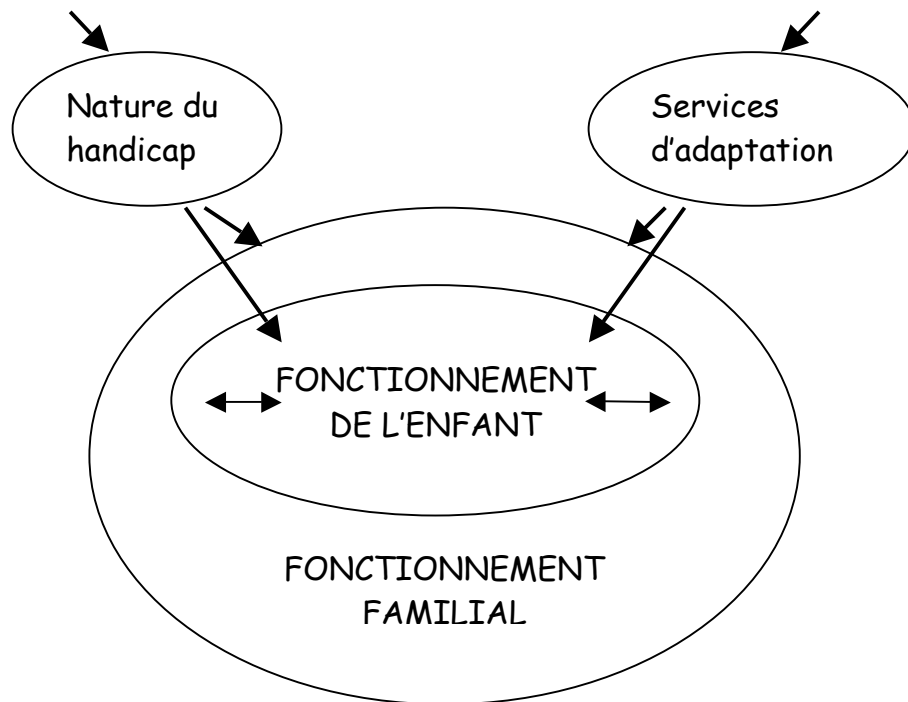


Tableau n° 1 : Composantes des facteurs liés au fonctionnement

Facteurs	Composantes	
Origine du handicap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ génétique ▪ médicale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ blessure ▪ toxicomanie
Nature du handicap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ physique ▪ médicale ▪ sensorielle-perceptuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cognitive-intellectuelle ▪ santé mentale
Fonctionnement et besoin de services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ physique ▪ médical ▪ sensoriel-perceptuel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cognitif-intellectuel ▪ santé mentale ▪ comportemental
Services d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ médicaux ▪ mécaniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ techniques ▪ soutien
Prestateurs de service	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organismes gouvernementaux ▪ organismes non gouvernementaux 	

La définition qui a été formulée visait non à classer les enfants, mais à décrire leur état de santé dans le contexte de facteurs personnels et environnementaux. Ainsi, aux fins de

cette étude, on entend par enfant atteint d'un handicap un enfant dont la capacité de participer à des activités de la vie quotidienne adaptées à son âge est amoindrie en raison de limitations dans un ou plus d'un domaine de fonctionnement. Plus précisément, la définition englobe les enfants atteints d'une condition congénitale (par ex., spina-bifida et syndrome de Down), de même que les enfants ayant subi une blessure ou maladie altérant leur vie quotidienne. Cela comprenait les enfants atteints de besoins médicaux complexes ainsi que ceux ayant des troubles psychologiques chroniques ou des problèmes de santé mentale. Les enfants atteints du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et les enfants ayant des troubles d'apprentissage étaient également inclus.

Par définition, les enfants atteints d'un handicap nécessitent des adaptations à leur environnement afin de répondre à leurs besoins particuliers. À l'aide de cette définition, qui devait se conformer à la perception du handicap de l'OMS, un cadre théorique a été élaboré. Selon ce cadre, le handicap est un des facteurs ayant un impact sur le fonctionnement de l'enfant et de sa famille. Le fonctionnement est également influencé par les services d'adaptation et les prestataires de services. Cette perspective du handicap et du fonctionnement comprenait des composantes physiques, médicales, sensorielles, intellectuelles et de santé mentale. Parmi les services d'adaptation, on comptait plusieurs aides de nature médicale, mécanique et technique, ainsi que le soutien personnel.

Les plans de prise en charge d'enfants atteints d'un handicap comprenaient toujours l'adaptation de l'environnement (à la maison et à l'école) nécessaire pour répondre à leurs besoins particuliers. On peut décrire les adaptations à l'environnement comme des soins médicaux (par ex., la physiothérapie et la gestion des médicaments), les aides mécaniques (par ex., les fauteuils roulants et les prothèses), les aides techniques (par ex., les aides à la communication et les programmes informatiques) et/ou les services de soutien à la personne (par ex., la supervision 24 heures par jour ou la visite de préposés de soutien à la personne).

Ont été exclus de l'étude les enfants nécessitant des soins particuliers en raison de comportements difficilement gérables non liés à une condition pouvant être diagnostiquée.

Conception de la recherche, méthodologie et procédures

Cette étude a été conçue selon un modèle exploratoire et descriptif. Le choix du modèle de recherche a été dicté par le besoin d'un profil descriptif d'enfants atteints d'un handicap recevant des services d'organismes de protection de l'enfance du Manitoba.

Un outil de collecte de données a été conçu afin de recueillir des renseignements dans chacun des domaines du cadre théorique. Étant donné que le projet dépendait entièrement de renseignements consignés dans les dossiers des organismes de protection, l'outil de collecte de données a été conçu en fonction du système actuel de collecte de données utilisé par ces organismes.

La collecte de données s'est déroulée d'octobre 2004 à juin 2005. Nous avons demandé à des organismes de partout au Manitoba d'identifier des enfants recevant des services en date du 1^{er} septembre 2004 qui répondaient à la définition du handicap utilisée pour le projet. Nous leur avons également demandé d'identifier des enfants qui n'étaient pas pris en charge, mais dont les familles recevaient des services à cette date. Le personnel de recherche s'est ensuite rendu dans chacun des organismes pour examiner les dossiers des enfants identifiés. Un examen de dossiers choisis au hasard à chaque site servait à évaluer si l'organisme se servait correctement de la définition. Les organismes qui ont participé à la collecte de données représentaient 90 % des enfants pris en charge. Ainsi, la banque de données créée est représentative des enfants de toutes les régions du Manitoba : les milieux ruraux et urbains, le Nord, le Sud et le centre du Manitoba.

Profil des enfants atteints d'un handicap

Les profils des enfants atteints d'un handicap dressés par cette recherche donnent une description démographique de la population et illustrent la nature et l'origine du handicap, le fonctionnement de l'enfant et les services d'adaptation fournis par les organismes de protection de l'enfance ou d'autres sources.

En fonction de la définition adoptée, un tiers (n = 1869) des enfants qui étaient pris en charge au Manitoba le 1^{er} septembre 2004 étaient atteints d'un handicap. Les enfants étaient âgés de 0 à 20 ans, avec une moyenne de 10,5 ans. Les garçons représentaient 60 % des enfants handicapés pris en charge, et les filles 40 %. Le nombre plus élevé de garçons était constant parmi les différentes cultures d'origine. Le nombre d'enfants atteints d'un handicap augmentait avec l'âge jusqu'à 13 ans, et ensuite le nombre de garçons et de filles diminuait. Les enfants des Premières nations représentaient un peu plus de deux tiers (68,7 %) des enfants atteints d'un handicap. Le nombre d'enfants autochtones handicapés se rapprochait du nombre total d'enfants autochtones pris en charge. La plupart des enfants atteints d'un handicap étaient des pupilles de l'État (69 %), mais un nombre important (13 %) recevaient des soins selon un Contrat de placement volontaire (CPV). Parmi les enfants des Premières nations, le nombre de pupilles de l'État était un peu plus élevé. Les raisons les plus fréquentes justifiant la prise en charge d'enfants atteints d'un handicap étaient la conduite ou la condition des parents. Toutefois, les enfants pris en charge selon un CPV faisaient exception. Près de la moitié de ces enfants étaient placés pour des raisons liées à leur conduite ou condition. La plupart des enfants (75 %) étaient placés dans des familles d'accueil, et seulement 2 % avaient eu besoin d'hospitalisation ou de garde en établissement au moment de la collecte de données. Le nombre d'enfants nécessitant des soins plus intensifs était plus élevé parmi ceux placés selon un CPV (41 %), que chez les pupilles de l'État (16 %).

La comparaison du profil démographique des enfants atteints d'un handicap et de la population générale des enfants pris en charge a démontré que les enfants atteints d'un handicap étaient plus souvent de sexe masculin, plus âgés et des pupilles de l'État, comparativement aux enfants non handicapés.

Les handicaps étaient classés en six principales catégories : intellectuel, santé mentale, médical, physique, sensoriel et les troubles d'apprentissage. Les handicaps les plus fréquents étaient les troubles d'apprentissage (chez 75,1 % des enfants atteints d'un handicap) et les problèmes de santé mentale (chez 45,8 % de ces enfants). Plus de la moitié des enfants étaient atteints de plus d'une forme de handicap (58,1 %), et la combinaison la plus fréquente était la déficience intellectuelle et les problèmes de santé mentale. Un tiers (34,2 %) des enfants atteints d'un handicap étaient diagnostiqués du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, comparativement à 11 % de tous les enfants pris en charge. Les enfants atteints d'un problème de santé mentale avaient presque toujours (95 %) un diagnostic relevant du groupe trouble déficitaire de l'attention/trouble du comportement perturbateur. Le trouble déficitaire de l'attention était le handicap le plus fréquemment diagnostiqué (73 %). Chez 39,1 % des enfants diagnostiqués du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, ce problème était accompagné du trouble déficitaire de l'attention. Les autres formes d'incapacités touchaient une plus petite portion des enfants atteints d'un handicap : les conditions médicales (22 %), les handicaps physiques (18 %), les troubles sensoriels (5 %) et les troubles de l'apprentissage diagnostiqués (3 %).

Pour la majorité des handicaps, la cause était inconnue. L'abus d'alcool ou de drogues était à l'origine du handicap chez 34,3 % des enfants handicapés et était une cause soupçonnée pour un autre 17,3 % de ces enfants.

Pour appuyer leur fonctionnement, 25,1 % des enfants avaient besoin d'aide avec les activités de la vie quotidienne et 42,2 % nécessitaient du soutien d'ordre médical. La majorité des enfants n'avaient pas atteint les normes pour leur âge en matière de langage (55,1 %) et d'apprentissage (62,8 %). Parmi les enfants atteints de problèmes de santé mentale, 84,4 % nécessitaient des médicaments. La plupart des enfants ayant un handicap ne démontraient pas les comportements appropriés pour leur âge en matière de fiabilité (76,4 %), de modulation émotionnelle (72,0 %), d'interaction interpersonnelle (64,4 %) et de conscience du risque (58,6 %). Les comportements agressifs étaient un problème chez 43 % des enfants atteints d'un handicap. Parmi les autres problèmes de comportement, il y avait les comportements sexuels inacceptables (15,7 %) et les démêlés avec la justice (11,3 %).

Le service d'adaptation le plus commun était l'utilisation de médicaments; ce service était fourni à 47,8 % des enfants. Les enfants avec des handicaps multiples composaient le plus grand nombre de bénéficiaires de services. Beaucoup d'organisations, autres que les services aux familles et aux enfants, viennent en aide aux enfants atteints d'un handicap. Le plus important de ceux-ci est le système d'éducation, qui fournit une forme ou une autre de soutien additionnel à plus de 50 % des enfants. En achetant des services supplémentaires pour 18,5 % des enfants atteints d'un handicap, les Services aux familles et aux enfants étaient le deuxième plus important fournisseur de services additionnels.

Répercussions

Les résultats de cette étude entraînent des répercussions notables pour les décideurs et praticiens qui travaillent avec les enfants atteints d'un handicap au sein du système de protection de l'enfance.

Cette étude a permis de démontrer que les enfants atteints d'un handicap composent un groupe important des enfants pris en charge au Manitoba. Les enfants atteints d'un handicap qui sont pris en charge reçoivent des services directement ou indirectement du système de protection de l'enfance. Le système de protection de l'enfance n'est actuellement pas structuré de façon à servir les enfants atteints d'un handicap et leurs familles. Précisément, les données démontrent qu'il y a un grand nombre d'enfants atteints d'un handicap et leurs familles qui ne reçoivent pas de services pouvant répondre à leurs besoins du système de protection de l'enfance ou d'autres secteurs de services. Pour assurer que ces enfants et leurs familles reçoivent les services dont ils ont besoin, la compréhension de leurs besoins et des façons de répondre à ces besoins doit être à la base des politiques, de la planification des programmes, de la formation du personnel et de la prestation des services.

Le grand nombre d'enfants atteints d'un handicap et de familles desservis par le système de protection de l'enfance entraîne des coûts sociaux et économiques qui doivent être abordés. Il faut plus de compréhension et de sensibilisation au sein du système de protection de l'enfance afin de traiter plus efficacement des problèmes et des besoins des enfants atteints d'un handicap et de leurs familles.

Recommandations et conclusion

Cette étude a démontré par ses résultats et leurs répercussions l'importance de la recherche dans le domaine des enfants atteints d'un handicap. Parmi les recommandations formulées pour le système de protection de l'enfance, les secteurs de l'éducation, du handicap et des soins de santé, on compte :

1. L'élaboration de politiques pour assurer la collaboration intersectorielle dans la prestation de services.
2. L'élaboration et la mise en œuvre de modèles de collaboration avec des équipes intersectorielles composées de prestataires de services dans le but de fournir les services nécessaires aux enfants atteints d'un handicap et à leurs familles.
3. La création de programmes de formation sur les handicaps, y compris de l'information sur l'effet des déficiences intellectuelles et biologiques sur le fonctionnement, ainsi que les façons d'aborder les problèmes de comportement. Cette formation devrait être offerte à tous les travailleurs en protection de l'enfance, aux parents d'accueil et à d'autres prestataires de soins directs.
4. L'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prévention et de prestation de services adaptés aux besoins culturels des bénéficiaires. Cela comprendrait : améliorer les programmes de prévention du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale; fournir des services aux familles ayant un enfant atteint de ce trouble; comprendre les problèmes connexes à l'incapacité; appuyer les familles aux prises avec le stress additionnel lié au fait de prendre soin d'un enfant atteint d'un handicap; orienter les familles vers les ressources disponibles.

5. Poursuivre la création d'une banque de données sur les besoins des enfants atteints d'un handicap, particulièrement ceux recevant des services de protection; concevoir un mécanisme pour assurer que l'information soit intégrée à la planification annuelle des organismes, des régions et des ministères.

En conclusion, la recherche dans le domaine des enfants pris en charge atteints d'un handicap et celui de la prévention des mauvais traitements de ces enfants est clairement d'une grande importance. Le besoin est grand de poursuivre la recherche afin de renseigner les décideurs, les planificateurs et les prestataires de services. Particulièrement, les recherches futures devraient être consacrées aux problèmes auxquels font face les familles ayant un enfant atteint d'un handicap recevant des services, mais non pris en charge. En outre, davantage de recherches sont requises pour examiner les limites de fonctionnement et les lacunes de services que doivent affronter les enfants atteints du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, de déficience intellectuelle et de problèmes de santé mentale. En dernier lieu, le fait d'assurer que les professionnels soient bien informés et que les services soient disponibles est d'une grande importance pour la promotion de la sécurité, de l'accessibilité et de l'inclusion sociale d'enfants atteints d'un handicap et de leurs familles.

Références

- Gouvernement du Manitoba (1985). *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. Disponible sur le site : <http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/c080f.php>
- Krahn, G. L., Thom, V. A., Sokoloff, K., Hylton, J. et Steinberg, M. (2000). *Every child special, every child safe: Protecting children with disabilities from maltreatment*. Consulté le 15 septembre 2005 sur le site Web de l'Oregon Health Sciences University : <http://www.ohsu.edu/oidd/pdfs/OAKSProjectbw.pdf> (en anglais seulement).
- Martens, P., Burchill, C., Fransoo, R., De Coster, C., McKeen, N., Ekuma, O., Prior, H., Chateau, D., Burland, E., Robinson, R., Jebamani, L. et Metge, C. (2004). *Patterns of regional mental illness disorder diagnoses and service use in Manitoba: A population-based study*. Winnipeg (Manitoba) : Université du Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy.
- Square, D. (1997). « Fetal Alcohol Syndrome – Epidemic on Manitoba Reserves ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(1), 59-60.
- Statistique Canada. (2001). *Profils des communautés de l'Enquête auprès des peuples autochtones*. Consulté le 25 juillet 2005. Disponible en français sur le site : http://www12.statcan.ca/francais/profil01aps/home_f.cfm.
- Statistique Canada. (2002). *Prévalence de l'incapacité au Canada, 2001*. N° de catalogue : 89-577-XIF. Ottawa (Ontario).
- Sullivan, P. M. et Knutson, J. F. (2000). « Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study ». *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1274.
- Williams, R. J., Odaibo, F. S. et McGee, J. M. (1999). « Incidence of Fetal Alcohol Syndrome in northeastern Manitoba ». *Revue canadienne de santé publique*, 90(3), 192-4.

Renseignements au sujet des auteurs

Don Fuchs, professeur, Faculté de service social, Université du Manitoba

Linda Burnside, directrice, Division des relations entre régies, Services de protection des enfants, ministère des Services à la famille et Logement, gouvernement du Manitoba

Shelagh Marchenski et **Andria Mudry** adjointes de recherche à l'Université du Manitoba