

RÉSILIENCE ET AUTODÉTERMINATION

Regard sur les années pandémiques de COVID-19
chez les Premières Nations au Québec

De mars 2020 à juillet 2022



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédaction

Marie-Pier Bouchard, agente de recherche, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Collaboration

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données, CSSSPNQL

Nicolas Couët, analyste de données, CSSSPNQL

Julie Duplantie, conseillère en services aux personnes en perte d'autonomie, CSSSPNQL

Caroline Fiset, agente de recherche, CSSSPNQL

Jean-Denis Gill, chef d'équipe du secteur de la gouvernance, CSSSPNQL

Marie Gill-Couture, conseillère pédagogique, CSSSPNQL

Emilie Grantham, chef d'équipe du secteur de la recherche, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la recherche, CSSSPNQL

Anne-Marie Hélie, conseillère en mieux-être – volet santé mentale, CSSSPNQL

Audrey Lafond, agente de recherche, CSSSPNQL

Jessie Messier, gestionnaire des services de santé, CSSSPNQL

Catherine de Montigny, conseillère en santé publique, CSSSPNQL

Coralie Niquay, conseillère aux projets de santé publique, CSSSPNQL

Marjolaine Sioui, directrice générale, CSSSPNQL

Révision linguistique

Collaborateur de la CSSSPNQL

Graphisme

Karine Potvin

Note au lecteur

Veuillez noter que le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

Remerciements

Nous remercions les personnes des communautés et organisations des Premières Nations qui ont participé à ce bilan. Leurs voix ont guidé notre démarche et nous ont permis de rendre compte de la variété et de la complexité des expériences de la pandémie de COVID-19.

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, à l'adresse www.cssspnql.com. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de la CSSSPNQL. Sa reproduction ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, est toutefois permise, à condition d'en mentionner la source, de la façon suivante :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. « Résilience et autodétermination : Regard sur les années pandémiques de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec de mars 2020 à juillet 2022 ». Wendake, 2023, 68 pages.

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL, par courrier ou par courriel, aux coordonnées ci-dessous.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102, Wendake (Québec) G0A 4V0
info@cssspnql.com

ISBN version Web : 978-1-77315-491-6

© CSSSPNQL 2023

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
FAITS SAILLANTS.....	6
1. INTRODUCTION.....	8
1.1 Donner suite au premier bilan	8
2. MÉTHODOLOGIE.....	10
2.1 Documenter la crise: les sources	10
2.1.1 Revue de littérature.....	10
2.1.2 Données épidémiologiques	11
2.1.3 Collecte d'information	11
2.2 Analyse des données et validation des résultats	12
2.3 Limites et contraintes	13
2.4 Considérations éthiques.....	13
3. LA COVID-19 ET LES PREMIERS PEUPLES: UN ÉTAT DE LA SITUATION.....	14
3.1 Épidémies, vulnérabilité et résilience: revue de la littérature	14
3.1.1 Les épidémies, un fléau bien connu des Premiers Peuples.....	14
3.1.2 Inégaux devant la maladie: facteurs de risque et COVID-19.....	15
3.1.3 La résilience comme rempart	16
3.2 Infléchir la courbe: portrait de l'évolution épidémiologique	16
4. LES RÉPERCUSSIONS MULTIFORMES DE LA PANDÉMIE SUR LA POPULATION	24
4.1 Les impacts socioéconomiques	24
4.1.1 La crise avant la crise: le logement et les infrastructures.....	25
4.1.2 La sécurité alimentaire menacée	26
4.1.3 Ralentissement économique et perturbations de l'emploi	27
4.1.4 Le milieu scolaire ébranlé.....	28
4.2 Les impacts sur la santé.....	28
4.2.1 Détérioration de la santé physique et recrudescence des comportements nuisibles au bien-être.....	29
4.2.2 L'autre pandémie: la crise en santé mentale.....	31
4.3 Les impacts socioculturels	32

5. ÉTEINDRE DES FEUX: LES ENJEUX DE LA PRESTATION DE SERVICES EN SITUATION DE PANDÉMIE.....	34
5.1 Prévenir et contrôler les infections: la priorité.....	34
5.1.1 Gérer la surabondance: les directives de santé publique.....	34
5.1.2 Se protéger efficacement : infrastructures, équipement sanitaire et tests de dépistage	36
5.1.3 Le tournant de la vaccination.....	37
5.2 Servir la population coûte que coûte.....	38
5.2.1 S'adapter à l'urgence: réorganiser l'offre de services.....	39
5.2.2 Travailler en contexte de pandémie: entre surcharge et don de soi	40
5.2.3 Les ressources financières et technologiques: des leviers indispensables	42
6. GOUVERNER EN SITUATION DE CRISE: LES COMMUNAUTÉS S'ORGANISENT	44
6.1 Apprivoiser l'inconnu: la gestion d'une crise pandémique	44
6.1.1 Les mesures d'urgence ou le principe de précaution	44
6.1.2 La gestion de l'information: un processus crucial.....	47
6.1.3 Les relations avec les partenaires: entre défis et progrès	48
6.1.4 La crise comme occasion d'autodétermination	50
6.2 Petites et grandes victoires pandémiques	51
6.2.1 Une mobilisation sans précédent.....	51
6.2.2 Des initiatives enracinées culturellement.....	53
6.2.3 L'après-pandémie ou comment tirer parti du pire.....	53
6.2.4 La plus grande réussite: sauver des vies	54
CONCLUSION.....	56
RECOMMANDATIONS.....	57
ANNEXE 1	59
BIBLIOGRAPHIE	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1. État d'avancement des recommandations émises dans le premier bilan sur la COVID-19.	9
Figure 2. Nombre total de cas de COVID-19 au Canada	17
Figure 3. Nombre total cumulatif de cas déclarés et rétablis dans les communautés des Premières Nations au Canada, par date et par état des cas.	18
Figure 4. Cas déclarés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec et dans la province pour la période du 1 ^{er} mars 2020 au 31 juillet 2022 (moyenne mobile)	19
Figure 5. Cas confirmés, hospitalisations et décès liés à la COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec pour la période de mars à juillet 2022	20
Figure 6. Cas déclarés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec selon les données de SAC et de l'INSPQ	21
Figure 7. Évolution de la couverture vaccinale chez les adultes dans les communautés des Premières Nations au Québec, du 23 mars 2021 au 3 juillet 2022	22

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APNQL	Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
COR	Commissions et organismes régionaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PCAP®	Principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations
SAC	Services aux Autochtones Canada

FAITS SAILLANTS

- La pandémie de COVID-19 a créé une véritable onde de choc à l'échelle planétaire. Elle a engendré de nombreuses perturbations dans tous les domaines et imposé, dans l'urgence, de nouvelles façons de penser et de faire. Le profil inquiétant du virus, aussi imprévisible que virulent, a mis les gouvernements et leurs populations sur un pied d'alerte. Les préoccupations étaient d'autant plus grandes pour les Premières Nations, qui présentent des facteurs de risque accrus dans un tel contexte.
- La présente recherche a pour but de documenter spécifiquement les expériences de la pandémie chez les Premières Nations au Québec, pour la période de mars 2020 à juillet 2022, dans une perspective de santé publique. On y aborde la façon dont les communautés et les organismes y ont fait face, les impacts observés, le soutien apporté, les enjeux rencontrés et les succès obtenus. Réalisée entre juillet et novembre 2022, la collecte de données a permis de récolter les témoignages de plusieurs organismes régionaux et de 89 personnes travaillant dans 22 communautés issues de huit nations. Leurs voix constituent le fil conducteur de ce rapport.
- Sur le plan épidémiologique, les Premières Nations ont recensé peu de cas durant les premières vagues, et leurs taux de mortalité étaient généralement plus faibles que ceux de la population générale.
- Néanmoins, les Premières Nations ont évolué dans un contexte difficile : les iniquités préexistantes ont été exacerbées par la pandémie, et d'importantes répercussions sociales, économiques, culturelles et sanitaires se sont fait ressentir dans la population, fragilisant davantage les groupes plus vulnérables. Les infrastructures et les ressources des communautés ont également été affectées. Bon nombre de ces répercussions menacent de perdurer bien au-delà de la pandémie, celles sur la santé mentale étant particulièrement préoccupantes.
- Plusieurs enjeux ont été soulevés en ce qui concerne la prestation des services de santé et des services sociaux, qui sont parmi les secteurs les plus touchés par la pandémie. Les enjeux relatifs aux ressources humaines semblent avoir été les plus critiques, notamment en raison de la surcharge de travail occasionnée. La gestion des mesures de santé publique a également posé des difficultés, notamment à cause de la grande quantité d'information à considérer, de l'évolution rapide des directives et des limites liées aux ressources financières, matérielles et technologiques déjà présentes chez les Premières Nations du fait des inégalités structurelles et chroniques. Toutefois, un bon soutien et des investissements massifs, quoique ponctuels, ont permis d'atténuer ces difficultés.



- Dans l'ensemble, les services essentiels ont pu être maintenus, moyennant un certain nombre d'adaptations telles que des restructurations internes, l'interruption des services préventifs et non urgents, ou la transition vers le mode virtuel. Les activités de santé publique ont pris une importance accrue, et l'adoption d'une approche locale et culturellement sécuritaire pour la prestation des services s'est révélée particulièrement bénéfique. À ce chapitre, la campagne de vaccination est généralement considérée comme une réussite chez les Premières Nations.
- Afin de protéger leur population, les communautés ont déployé des mécanismes d'urgence d'une ampleur sans précédent. Les mesures mises en place ont souvent été plus restrictives que celles de la province, et plusieurs d'entre elles constituaient une forme de contrôle effectif des Premières Nations sur leur territoire. La pandémie a suscité une grande mobilisation des Premières Nations soutenue par un leadership fort, et de nombreuses initiatives ont été mises en œuvre pour protéger la population et favoriser son mieux-être.
- De manière générale, les relations avec les partenaires ont été harmonieuses, l'urgence ayant souvent permis de consolider des liens préexistants ou d'en créer de nouveaux. Toutefois, des défis demeurent en ce qui a trait aux conflits de compétences, à la compréhension des réalités des Premières Nations et au maintien des progrès réalisés pendant la pandémie sur le plan de la collaboration.
- Les réussites des Premières Nations sur le plan épidémiologique peuvent s'expliquer par un ensemble complexe de facteurs, dont la mise en place de mesures solides et de nombreuses initiatives, la priorisation d'une approche adaptée localement, fondée sur une connaissance des réalités communautaires, le dévouement et la collaboration des acteurs locaux et régionaux ainsi que la solidarité et la résilience de la population. Malgré les épreuves qu'elle a occasionnées, la pandémie a donné lieu à une affirmation de l'autodétermination des Premières Nations et de leur capacité à veiller au mieux-être de leurs communautés.



1. INTRODUCTION

Le 11 mars 2020, dans une allocution désormais historique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare officiellement que l'épidémie de COVID-19 a atteint le stade de pandémie. Le virus du SRAS-CoV-2 à l'origine de la maladie, découvert quelques mois plus tôt, représente une menace à la santé des populations au niveau international. Alors détecté dans 114 pays, le virus a déjà provoqué plus de 118 000 cas et 4 291 décès répertoriés¹. Les populations, leurs gouvernements et leurs administrations tentent tant bien que mal de s'adapter aux défis imposés par cette situation sans précédent, qui bouleverse la vie sur tous les plans.

Dans cette situation de crise sanitaire, une préoccupation pour les personnes plus vulnérables est présente. En effet, la pandémie révèle des disparités préexistantes qu'elle menace d'amplifier. Au Canada, la situation des Premières Nations est jugée particulièrement préoccupante en raison des facteurs de risque accrus et des iniquités socioéconomiques avec lesquelles elles doivent composer.

En plus de mettre en relief ces vulnérabilités, quels effets la pandémie a-t-elle eu sur les communautés et les organisations des Premières Nations ? Quels ont été les enjeux rencontrés et les effets observés, mais aussi les initiatives mises en place pour y faire face ? Les Premières Nations ont eu relativement peu de cas positifs confirmés sur leur territoire durant les premiers mois de la pandémie, mais ont par la suite été confrontées à diverses situations, parfois critiques, qui ont nécessité souplesse et résilience.

Pour faire suite au bilan réalisé en 2020 à la demande de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)², qui portait sur la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) souhaite maintenant jeter un regard actualisé sur ces années pandémiques. L'objectif de ce deuxième bilan est de brosser un portrait global de la crise, pour la période de mars 2020 à juillet 2022, dans une perspective de santé publique qui permettra de documenter spécifiquement les expériences des communautés et des organismes des Premières Nations et de mieux les outiller pour les situations de crise futures.

L'évolution épidémiologique, les répercussions sur la population, les enjeux rencontrés dans la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi que la gestion de crise appréhendée dans une perspective d'autodétermination, seront quelques-unes des facettes proposées pour mieux comprendre la façon dont les Premières Nations sont parvenues à faire face à l'adversité de ces dernières années. Enfin, ce bilan est assorti de recommandations de pistes d'action visant à améliorer la préparation et la réponse aux crises éventuelles, tant au sein des communautés que chez les instances partenaires.

1.1 Donner suite au premier bilan

À l'été 2020, l'APNQL et ses commissions et organismes régionaux (COR) ont travaillé de concert afin de produire un bilan de la première vague de la pandémie portant sur les réussites et les enjeux des COR en matière de continuité des services et de soutien à la clientèle. Le rapport contenait également une série de recommandations visant à aider les Premières Nations et leurs partenaires à mieux faire face aux phases ultérieures de la pandémie.

1 Organisation mondiale de la santé, *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020* (2020), www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.

2 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020* (2020), files.cssspnql.com/s/wP64MQx9UQT5WLo.

Deux ans après la publication de ce bilan, les recommandations qu'il contient ont fait l'objet d'un suivi. Cet exercice avait pour but de documenter l'état d'avancement de ces recommandations en dressant un portrait sommaire de la mise en œuvre de chacune d'elles de manière à faire ressortir les progrès réalisés et de réitérer les recommandations qui restent à mettre en œuvre³.

Le bilan comprend donc 19 recommandations, réparties selon trois grands thèmes : la gouvernance par et pour les Premières Nations, la santé publique ainsi que les communications et la collaboration. De ce nombre, plus des trois quarts était considérées, à l'automne 2022, comme étant partiellement réalisées ou en cours de réalisation. Des progrès ont donc été réalisés pour la majorité des recommandations, mais peu sont perçues comme étant achevées. Plusieurs d'entre elles comportaient des objectifs nécessitant un travail substantiel ou s'inscrivant dans une perspective à long terme, donc qui étaient peu susceptibles d'être atteints en deux ans. Il faut également noter que plusieurs des acteurs interrogés n'ont pas été en mesure de se prononcer sur l'état d'avancement des recommandations qui pouvaient les concerner, entre autres parce qu'aucun mécanisme de suivi des recommandations ne semblait avoir été établi dès le départ, notamment avec les personnes désignées comme responsables, afin d'assurer une mise en œuvre efficace, coordonnée et orientée vers l'atteinte des objectifs ciblés dans le bilan. Enfin, une grande partie des prérogatives pour la mise en œuvre de ces recommandations incombait aux partenaires gouvernementaux, sur lesquels les organismes impliqués dans ce suivi avaient peu de prise. Cela nous rappelle toutefois la nécessité de réitérer plusieurs des recommandations qui leur ont été faites, particulièrement dans le domaine de la gouvernance.

Figure 1. État d'avancement des recommandations émises dans le premier bilan sur la COVID-19

	Non réalisée	Partiellement réalisée/ en cours de réalisation	Réalisée	TOTAL
Gouvernance par et pour les Premières Nations	1	9	1	11
Santé publique	0	3	2	5
Communications et collaboration	0	3	0	3
TOTAL	1	15	3	19

De façon générale, cet exercice a permis de constater que plusieurs actions ont contribué à la mise en œuvre des recommandations. Dans l'urgence de la situation, des efforts notables ont été déployés afin de répondre aux enjeux recensés lors du bilan de 2020. Néanmoins, plusieurs de ces actions doivent s'inscrire dans un cadre plus concerté et formalisé afin que les initiatives ponctuelles puissent se transformer en stratégies aux avantages durables. Certains des participants au suivi ont par ailleurs soulevé l'inquiétude que les progrès réalisés pendant la crise ne soient réduits à néant une fois celle-ci derrière nous. Il importe donc de se consacrer autant à faire progresser ce qui reste à faire qu'à maintenir ce qui a été fait jusqu'à présent, et nous espérons y contribuer avec ce nouveau bilan.

3 Pour ce faire, l'APNQL et les COR ont été invités à répondre à un questionnaire dans lequel ils devaient indiquer, pour chaque recommandation les concernant, l'état général de la mise en œuvre, les actions entreprises à ce jour ainsi que les actions restant à effectuer. Certains ont rempli le tableau par écrit, d'autres ont sollicité un entretien pour en discuter de vive voix. La collecte a été réalisée entre juillet et novembre 2022, et toutes les organisations ciblées y ont participé.

2. MÉTHODOLOGIE

Le bilan vise à brosser un portrait général de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec⁴. La période couverte est de mars 2020 à juillet 2022, soit du début de la pandémie au début de la collecte d'information dans les communautés. La santé publique agit comme un fil conducteur dans ce rapport, en ce qu'elle permet de voir les efforts déployés afin de protéger les populations en temps de crise sanitaire, tant à l'échelle régionale (organisations) que locale (communautés).

Afin de soutenir le projet, un comité consultatif interne, composé de membres des secteurs de la CSSSPNQL, a été créé au printemps 2022. Il avait pour mandat de fournir des conseils et d'établir des liens avec les personnes-ressources dans leurs champs d'intervention respectifs.

2.1 Documenter la crise : les sources

Trois sources principales d'information ont été utilisées, à savoir la documentation provenant d'une revue de littérature, des données épidémiologiques ainsi que de l'information issue d'une collecte d'information orchestrée par la CSSSPNQL auprès des acteurs clés de la gestion de la pandémie chez les Premières Nations.

2.1.1 Revue de littérature

Une revue de littérature a été effectuée afin de documenter de façon générale les enjeux liés à la COVID-19 chez les Premières Nations au Québec, mais aussi chez les Premiers Peuples ailleurs au Canada et ailleurs dans le monde, dans le but de soulever des enjeux transversaux et de donner une assise à ce travail. Une analyse de la documentation produite (p. ex. comptes rendus de comités, notes d'information, outils de communication) a également été réalisée.

La revue de littérature s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons procédé à une recension systématique des articles, des rapports, des ouvrages, des webinaires et des ressources vidéo traitant de la COVID-19 et des Autochtones pour l'année 2021. Le cadre géographique ciblé était les Amériques et l'Océanie, qui partagent des similitudes dans leur historique colonial, avec un accent particulier sur l'espace Canada-Québec. Des recherches ont été réalisées à l'aide de divers mots clés génériques dans des bases de données telles que Google Scholar. Une revue des publications numériques d'organisations autochtones ou consacrées aux questions autochtones a également été effectuée pour ces mêmes espaces géographiques (p. ex. organisations autochtones locales, régionales et nationales, ministères, instituts de recherche).

Dans un deuxième temps, certaines recherches importantes sur ces questions menées au Québec et au Canada pour l'année 2020 ont également été incluses. Une veille a été maintenue jusqu'à l'automne 2022, notamment au moyen des bulletins sur la COVID-19 de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), afin d'intégrer les nouvelles publications pertinentes pour cette année. Les bibliographies des publications sélectionnées ont par ailleurs permis de recenser des sources antérieures à la pandémie traitant de sujets connexes. En tout, plus de 200 références pertinentes ont été répertoriées au cours de cette démarche.

⁴ Les données et les documents analysés pour ce bilan couvrent toutes les Premières Nations au Québec, à l'exception des Cris.

2.1.2 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques recueillies depuis le début de la pandémie ont été colligées et analysées afin de brosser un portrait détaillé de l'évolution de la situation. Des graphiques ont été élaborés à partir des données agrégées⁵ afin de faire ressortir les courbes épidémiologiques chez les Premières Nations et, dans certains cas, de les comparer aux données provinciales.

Trois principales sources de données, relatives à l'ensemble des communautés des Premières Nations au Québec, ont été utilisées. D'abord, les données épidémiologiques (cas déclarés, cas rétablis, hospitalisations et décès) transmises par Services aux Autochtones Canada (SAC) à partir de l'information recueillie auprès des communautés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 31 juillet 2022 ont été colligées.

Ces données ont ensuite été comparées à celles transmises par l'Infocentre de l'INSPQ, qui comprenaient les cas confirmés (1^{er} mars au 31 juillet 2022), les hospitalisations (1^{er} février au 31 juillet 2022) et les décès (1^{er} mars au 31 juillet 2022). Ces données provenaient des bases de données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)⁶.

Enfin, les données vaccinales ont été obtenues auprès du MSSS ; le nombre de doses administrées dans les communautés autochtones au Québec (une dose, deux doses, vaccination adéquate incluant les antécédents de COVID-19, dose de rappel) a été compilé entre le 23 mars 2021 et le 3 juillet 2022.

2.1.3 Collecte d'information

L'information issue de cette collecte est la pierre angulaire de ce rapport. Les voix des Premières Nations sont ainsi mises en avant afin de refléter au mieux leur expérience de la pandémie.

Différents groupes ont été ciblés pour la collecte, à savoir l'APNQL et les COR qui ont participé au premier bilan⁷ ainsi que différents organismes et personnes clés travaillant dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de la gestion de crises chez les Premières Nations. En voici la liste :

- les directions de la santé et des services sociaux;
- les comités de mesures d'urgence;
- les responsables du programme de la sécurité du revenu;
- les coordonnateurs des soins à domicile et en milieu communautaire;
- les établissements de soins résidentiels (résidences pour aînés);
- les centres de la petite enfance;
- les maisons d'hébergement pour victimes de violence conjugale;
- les centres d'amitié autochtones;
- les centres de traitement;
- Femmes autochtones du Québec;
- la cellule stratégique de la nation innue;
- W8banaki.

5 Les données agrégées sont des données compilées de façon à regrouper de l'information selon certaines caractéristiques. Dans ce cas-ci, les données épidémiologiques de chaque communauté ont été agrégées dans le but de composer un portrait global pour les Premières Nations.

6 Respectivement, pour les trois types de données : les résultats des tests de détection du SRAS-CoV-2 provenant des laboratoires, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, et le système d'information « Trajectoire de santé publique ».

7 Ceux-ci comprennent, outre l'APNQL et la CSSSPNQL, le Conseil en Éducation des Premières Nations, la Commission de développement économique des Premières Nations du Québec et du Labrador, la Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec, l'Institut de développement durable des Premières Nations du Québec et du Labrador ainsi que l'Institut Tshakapesh.

Trois méthodes ont été employées pour recueillir l'information, selon le niveau d'approfondissement souhaité, et dans le but de constituer un panorama d'expériences diversifiées.

D'abord, un questionnaire composé de questions générales sur la gestion de la pandémie a été envoyé à l'APNQL et aux COR (à l'exception de la CSSSPNQL).

Ensuite, des entrevues ont été menées avec différents secteurs de la CSSSPNQL et avec des directions de la santé et des services sociaux, des comités de mesures d'urgence et d'autres organisations ou personnes d'importance des communautés recommandées soit par des participants, soit par des membres du comité interne. Les entrevues de type semi-dirigé se sont déroulées pour la plupart par visioconférence, et parfois en personne. Elles ont été enregistrées avec le consentement des participants afin de faciliter la prise de notes, et ont été menées individuellement ou en petits groupes. Les entrevues comportaient des questions générales sur les enjeux rencontrés, les initiatives mises en place et les diverses répercussions et retombées de la pandémie. Une grille d'entrevue sommaire était remise avant la rencontre afin de permettre aux participants de se préparer adéquatement.

Enfin, les autres participants ciblés ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne dans un format suffisamment court pour encourager la participation. Celui-ci était composé de questions générales, ouvertes et à choix de réponses portant sur des sujets semblables aux questions posées en entrevue. Le questionnaire uniformisé contenait un message invitant les répondants à développer davantage leurs réponses dans le cadre d'une entrevue, mais aucun n'y a donné suite.

La collecte s'est déroulée de juillet à novembre 2022. Les invitations ont été principalement envoyées par courriel, et quelques rappels ont été envoyés durant la période de collecte. Au total, six questionnaires ont été remplis par l'APNQL et les COR, 15 entrevues ont été menées auprès de 52 personnes et 37 personnes ont répondu au questionnaire en ligne⁸. Sur le plan de la représentativité, la collecte a permis de recueillir les témoignages de répondants travaillant, à l'échelle régionale, au sein de divers organismes et, à l'échelle locale, au sein de 22 communautés⁹ de huit nations francophones et anglophones de régions urbaines et éloignées et de presque tous les secteurs d'activités préalablement ciblés.

2.2 Analyse des données et validation des résultats

L'information recueillie a été analysée de manière à faire ressortir autant les constats généraux et transversaux communs à plusieurs nations que les spécificités d'un secteur d'intervention, par exemple. Une analyse thématique des documents colligés et des résultats de la collecte a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo. En outre, des citations directes anonymisées ont été incluses afin de refléter le plus fidèlement possible l'expérience des participants et de mettre en évidence la richesse de leurs témoignages.

Les personnes et les organisations qui ont participé aux entrevues ont pu valider le contenu du bilan afin de s'assurer que celui-ci était exact et qu'il reflétait fidèlement les réalités vécues. Les membres du comité interne se sont également assurés du bon déroulement du processus et de la pertinence des résultats présentés.

8 En tout, 49 personnes ont ouvert le questionnaire en ligne, mais 12 d'entre elles ont répondu seulement aux premières questions d'identification sans remplir le reste du questionnaire; leur participation n'a donc pu être compilée.

9 Les répondants provenaient de 22 communautés des Premières Nations, mais aussi de deux localités où se trouvait un établissement servant principalement les Premières Nations.

2.3 Limites et contraintes

Bien que toutes les communautés des Premières Nations et une grande variété d'organisations aient été contactées, il est possible que certaines réalités n'aient pu être adéquatement rendues, notamment en raison de la disponibilité de chacune d'elles à participer. Une attention particulière a néanmoins été portée à ce que le processus de collecte soit aussi représentatif que possible de la diversité des Premières Nations. Des facteurs tels que la langue, l'isolement géographique ou la taille de la nation ont été pris en compte, ceux-ci ayant pu exercer une influence importante sur l'expérience de la pandémie.

Le fait que les participants aient été appelés à s'exprimer sur un vaste sujet durant une longue période a également pu avoir une incidence sur les résultats de la collecte, car ceux-ci devaient effectuer un retour dans le temps à des moments où les événements se bouscuaient. Les outils de collecte ont été conçus afin de guider au mieux les personnes interrogées.

Le temps et les ressources à disposition pour réaliser ce mandat ont également constitué une contrainte pouvant avoir une incidence sur le niveau d'exhaustivité du bilan, notamment lorsqu'il a fallu réduire le temps imparti à la collecte. Cependant, pour en atténuer les effets, le travail a été organisé de façon optimale grâce à une planification rigoureuse et à diverses stratégies pour joindre les communautés, entre autres.

Les données épidémiologiques recueillies comportent également des limites. En effet, on peut émettre l'hypothèse que ces données sont généralement sous-évaluées en raison de divers facteurs. En ce qui concerne les cas déclarés, le changement des lignes directrices sur les dépistages par PCR et l'arrivée des tests de dépistage rapide ont eu des répercussions sur la collecte de données. De plus, comme les données de SAC ont été recueillies auprès des communautés, la disponibilité, la volonté et la capacité de ces dernières ont influencé l'exhaustivité de l'information transmise. En effet, certaines communautés n'ont pas souhaité communiquer leurs données ou ne l'ont fait que lors d'éclosions. Pour les données du MSSS et de l'INSPQ, l'identification des personnes résidant dans la communauté a été effectuée à partir des codes postaux et municipaux, ce qui a pu entraîner des problèmes de captation, particulièrement pour certaines communautés mal circonscrites par le système. Enfin, diverses erreurs ont également pu se glisser lors de la saisie des données dans les systèmes, notamment en ce qui concerne le dénombrement, l'identification des personnes et l'enregistrement de la cause du décès ou de l'hospitalisation. En dépit de ces limites, ces données sont les plus complètes que la CSSSPNQL ait pu recueillir, et elles demeurent instructives sur la situation épidémiologique.

2.4 Considérations éthiques

Le projet est en conformité avec le *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*¹⁰ et les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) des Premières Nations. Les données communiquées dans le cadre de ces travaux sont confidentielles et ne pourront être utilisées à d'autres fins que le présent projet. Elles appartiennent aux communautés auprès desquelles elles ont été recueillies et sont entreposées à la CSSSPNQL. Les personnes ciblées par la collecte de données ont donné leur consentement libre et éclairé au moyen d'un formulaire de consentement; elles étaient donc libres d'accepter ou de refuser de participer à la collecte et pouvaient se retirer à tout moment. Afin de préserver l'anonymat des participants, les référents géographiques trop précis ont été supprimés.

10 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* (2014), files. cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhjfcc7hTl.

3. LA COVID-19 ET LES PREMIERS PEUPLES : UN ÉTAT DE LA SITUATION

Pour comprendre les répercussions de la crise sur les Premières Nations et les mesures qu'elles ont prises pour y faire face, il faut d'abord comprendre le contexte dans lequel celle-ci s'est déroulée. Cette section présente donc le résultat de la revue de littérature concernant les Premiers Peuples et la COVID-19 ainsi qu'un portrait épidémiologique qui nous permettra de mieux saisir la dynamique de propagation et la prévalence de l'épidémie chez ces derniers.

3.1 Épidémies, vulnérabilité et résilience : revue de la littérature

En un peu plus de deux ans, un nombre incalculable de documents ont été écrits sur la pandémie. Alors que les connaissances sur la COVID-19 s'affinaient toujours un peu plus, mais aussi que l'on cherchait à développer des réponses mieux adaptées, la recherche dans tous les domaines a été, pendant un temps, massivement réorientée vers le sujet de l'heure. La présente revue de littérature a donc pour objectif de faire ressortir succinctement les principaux constats de ces écrits, issus de divers milieux autochtones et allochtones, autour de trois grands thèmes fréquemment abordés pour les Premiers Peuples : un lourd passé lié aux épidémies, une vulnérabilité accrue et une profonde résilience.

3.1.1 Les épidémies, un fléau bien connu des Premiers Peuples

La pandémie de COVID-19 n'est pas la première expérience de bouleversement épidémique vécue par les Autochtones. Dès le XVI^e siècle, le contact avec les Européens provoque un choc microbien aux conséquences funestes partout en Amérique. Les Premiers Peuples sont tour à tour confrontés à des épidémies qui sèment la mort et la dévastation dans les communautés. La variole, la rougeole, la coqueluche et la tuberculose, ajoutées à la colonisation, affectent grandement les nations autochtones, menacent la survie de leurs cultures, de leurs langues et de leurs savoirs, et contribuent à créer d'importants traumatismes intergénérationnels¹¹.

Dans de nombreuses nations autochtones d'Amérique du Nord, les maladies infectieuses font périr près de la moitié de la population, et dans certaines d'entre elles, le taux de mortalité grimpe drastiquement pour atteindre 90 %¹². La pandémie de grippe espagnole, qui sévit de 1918 à 1920, illustre les nombreuses iniquités qui règnent sur le continent. Au Canada, par exemple, le taux de mortalité des non-Autochtones est de 6,2 pour mille, alors qu'il s'élève à 61 pour mille dans certaines communautés autochtones¹³. Cela a également été le cas lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, où le taux de mortalité des Autochtones aux États-Unis était quatre fois plus élevé que celui de la population générale¹⁴.

Ces disparités prennent notamment racine dans d'importantes inégalités sur le plan des déterminants de la santé chez les Premiers Peuples, que des siècles de violence coloniale et de racisme systémique ont souvent niées, voire encouragées¹⁵.

11 Valerie Ward et Julia Petrash MacDonal, *Il n'y a pas de vaccin contre la stigmatisation : Un examen rapide des données probantes sur les stratégies d'atténuation de la stigmatisation pendant les éclosions dans les populations autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada et les leçons à en tirer pour la COVID-19*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021), p. 9, www.ccnsa.ca/Publications/lists/Publications/Attachments/SR/RPT-ThereisNoVaccineforStigma-Ward-MacDonald-FR-Web_2021-03-16.pdf.

12 Alexandra Flynn et Signa Daum Shanks, « Colonial fault lines: First Nations autonomy and Indigenous lands in the time of COVID-19 », *Studies in Political Economy* 102, n° 3 (2022) : 250, commons.allard.ubc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1701&context=fac_pubs.

13 Esyllt Jones et al., *Au-delà de la crise de la COVID-19 : tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique*, Société royale du Canada (2021), p. 14, rsc-src.ca/sites/default/files/History_PB_FR_FINAL.pdf.

14 Talha Burki, « COVID-19 among American Indians and Alaska Natives », *The Lancet Infectious Diseases* 21, n° 3 (2021) : 325, [www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(21\)00083-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(21)00083-9.pdf).

15 Margo Greenwood et Donna Atkinson, « Les maladies infectieuses », *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis* (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2021), p. 28, www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf.

3.1.2 Inégaux devant la maladie : facteurs de risque et COVID-19

Au début de la pandémie, certains l'ont qualifiée de « grande égalisatrice », en ce que la maladie peut frapper n'importe qui, sans discriminer¹⁶. Or, on constate rapidement que c'est plutôt le contraire qui se produit : non seulement la pandémie est-elle une grande révélatrice des iniquités préexistantes, mais elle a aussi pour effet de les amplifier¹⁷. La COVID-19, comme les maladies en général, touche de façon disproportionnée les populations qui vivent dans des conditions défavorables sur le plan des déterminants de la santé. En outre, les mesures de santé publique mises en place exacerbent les problèmes vécus par ces personnes. De nombreux facteurs liés notamment aux conditions de vie, à l'état de santé et à l'accès à des services ont une incidence sur le risque d'exposition, de contamination et de complication, mais il semble que les facteurs sociaux y jouent un rôle de plus grande importance que les facteurs biologiques¹⁸.

Largement conditionnées par les conséquences durables de la colonisation, les inégalités de santé que vivent les Premières Nations les placent dans une position de vulnérabilité face à la pandémie. Le premier bilan publié par l'APNQL sur la COVID-19 avait déjà relevé plusieurs des facteurs de risque présents dans les communautés : logements surpeuplés, insécurité alimentaire, pauvreté, taux élevé de maladies chroniques, traumatismes intergénérationnels, accès difficile aux soins, discrimination, éloignement et infrastructures inadéquates font partie des conditions qui minent le bien-être des Premières Nations et forment une conjoncture particulièrement défavorable dans un contexte de pandémie¹⁹. À titre d'exemple, les résultats de la dernière Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec ont montré que, dans les communautés, près de la moitié des adultes vivent dans un ménage sous le seuil de faible revenu et que l'insécurité alimentaire touche près du quart d'entre eux. De plus, de nombreux participants étaient affligés de problèmes de santé chronique, tels que l'obésité (42 %) ou le diabète (40 % des aînés). La majorité des adultes de 35 ans et plus présentaient plus d'une maladie chronique, et environ une personne de 12 ans et plus sur 10 présentait des signes de détresse psychologique modérée ou sévère. Plusieurs d'entre eux étaient également confrontés à divers obstacles structurels à l'accès aux soins de santé²⁰, sans compter le racisme et la discrimination bien documentés que subissent les Premières Nations dans les systèmes de santé canadiens²¹.

Cependant, ce constat de vulnérabilité n'a rien d'une fatalité : partout, les Premiers Peuples ont fait preuve de courage et de détermination, multipliant les initiatives pour mener ce combat que certains croyaient à tort perdu d'avance.

16 Angela Alook, Sheila Block, et Grace-Edward Galabuzi, *Un fardeau disproportionné : Répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des autochtones et des personnes racialisées au Canada*, Centre canadien de politiques alternatives (2021), p. 7, policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario%20Office/2021/12/A%20Disproportionate_Burden_FR_FINAL.pdf.

17 Margo Greenwood, « Le racisme », *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis* (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2021), p. 26, www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf.

18 Organisation mondiale de la santé, *COVID-19 and the Social Determinants of Health and Health Equity: Evidence Brief*, World Health Organization (Genève, 2021), p. iv-v, www.who.int/publications/i/item/9789240038387; Agence de la santé publique du Canada, *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada* (2020), p. 23-34, www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf.

19 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*, p. 9.

20 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec : Faits saillants – ERS 2015* (2018), p. 8-26, files.cssspnql.com/s/6UCWjZ9lbzmbWkM.

21 Voir entre autres : *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès - Rapport final* (2019), www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf; Patrick McLane et al., « Impacts of racism on First Nations patients' emergency care: results of a thematic analysis of healthcare provider interviews in Alberta, Canada », *BMC Health Services Research* 22, n° 1 (2022), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35729530; Mary Ellen Turpel-Lafond, *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care* (2020); Wabano Centre for Aboriginal Health, *Share Your Story: Indigenous-Specific Racism in Health Care Across the Champlain Region: Full Report*, Wabano Centre for Aboriginal Health (2022), wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-FullReport-EN.pdf.

3.1.3 La résilience comme rempart

Durant la crise de la COVID-19, comme dans tant d'autres crises auxquelles ils ont été confrontés au cours de leur histoire, les peuples autochtones ont su activer rapidement des mécanismes de résilience, d'innovation et d'adaptation pour protéger leurs communautés et limiter les répercussions de la pandémie. Cette capacité, parfois nommée «in(di)genuity», se conjugue à des valeurs communautaires qui placent le collectif avant l'individu pour créer une force solidaire en période trouble²².

Plusieurs initiatives, aussi nombreuses que les réalités dans lesquelles elles ont été déployées, ont ainsi été réfléchies, ont fait l'objet de discussions et ont été mises en œuvre par les communautés et les organisations autochtones. Le contrôle des accès territoriaux, la fermeture de services pour limiter la propagation, la distribution de paniers holistiques pour favoriser le mieux-être de la population, le développement des capacités en santé publique ainsi que le partage de contenu informatif culturellement approprié font partie des actions recensées chez plusieurs nations²³.

Plusieurs études documentent la manière dont l'efficacité de la réponse pandémique des Premiers Peuples est ancrée dans leur autodétermination, qui constitue l'assise d'une action efficiente, concertée et adaptée. Les organisations et les administrations autochtones sont des acteurs de premier plan dans la lutte contre la pandémie compte tenu de leur connaissance approfondie des dynamiques et des besoins locaux, malgré un soutien gouvernemental souvent insuffisant²⁴.

Ainsi, les facteurs de vulnérabilité et les actes de résistance s'entrecroisent dans un mouvement complexe faisant onduler la courbe épidémiologique.

3.2 Infléchir la courbe : portrait de l'évolution épidémiologique

Le SRAS-CoV-2, un virus au comportement complexe et imprévisible – que l'on peine encore aujourd'hui à bien saisir – possède tous les attributs d'un « virus anti-conte de fées » ; en effet, la variabilité des infections qu'il cause – des formes asymptomatiques aux formes mortelles – ainsi que sa rapidité de propagation, qui entraîne rapidement l'engorgement des hôpitaux, lui ont permis de bouleverser durablement le monde connu en quelques mois à peine²⁵. Au Canada, les répercussions démographiques ont été sans précédent, la plus forte baisse annuelle de l'espérance de vie depuis près d'un siècle ayant été enregistrée en 2020²⁶. Alors que les vagues de contamination semaient le désarroi, le mot d'ordre était le même : infléchir la courbe.

22 Kiera Brant-Birioukov, « Covid-19 and In(di)genuity: Lessons from Indigenous resilience, adaptation, and innovation in times of crisis », *Prospects (Paris)* 51, no 1-3 (2021) : 247, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33941989.

23 Pour des exemples d'initiatives, voir : Kevalin M. W. Aulandez et al., « Cultural Sources of Strength and Resilience: A Case Study of Holistic Wellness Boxes for COVID-19 Response in Indigenous Communities », *Frontiers in Sociology* 6 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869563; Duane Humeyestewa et al., « COVID-19 response by the Hopi Tribe: impact of systems improvement during the first wave on the second wave of the pandemic », *BMJ Global Health* 6, n° 5 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33963017; Kitatipithitamak Mithwayawin – Covid-19 Indigenous, *Kana Wain Dida: Looking After Each Other - International Gathering Sessions* (2021), covid19indigenous.ca/sessions/#1628537061528-ed2c0e06-8d59.

24 À ce sujet, voir : Economic Commission for Latin America and the Caribbean, *The impact of COVID-19 on indigenous peoples in Latin America (Abya Yala): Between invisibility and collective resistance* (2021), www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46698/S2000893_en.pdf; Janya McCalman et al., « Leading with local solutions to keep Yarrabah safe: a grounded theory study of an Aboriginal community-controlled health organisation's response to COVID-19 », *BMC Health Services Research* 21, n° 1 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34301256; Chantelle A. M. Richmond et al., *La COVID-19 et la santé et le bien-être des Autochtones : nos histoires sont notre atout et témoignent de notre résilience*, Société royale du Canada (2020), [rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/IH_PB_FR\(1\).pdf](http://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/IH_PB_FR(1).pdf); Annie Te One et Carrie Clifford, « Tino Rangatiratanga and Well-being: Maori Self Determination in the Face of Covid-19 », *Frontiers in Sociology* 6 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869564.

25 Ed Yong, cité dans Sarah Funnell, Tavis Hayes, et Roberta Stout, *Susciter la confiance à l'égard du vaccin chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en période de COVID-19*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021), p. 1, www.ccnsa.ca/Publications/lists/Publications/PVC/FS-Promoting-Vaccine-Confidence-FR-2021-12-06-web.pdf.

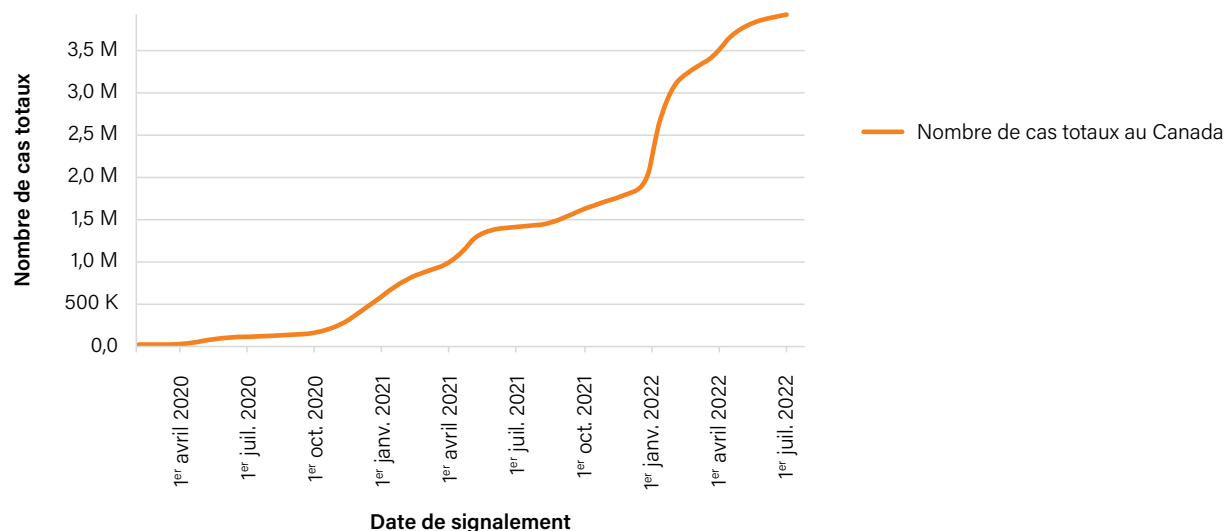
26 Statistique Canada, *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après deux ans*, Statistique Canada (2022), p. 6, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2022001-fra.pdf?st=H9Tgz_eB.

Toutefois, en raison des facteurs de risque mentionnés précédemment, de nombreuses communautés autochtones ont été tragiquement frappées de plein fouet par la pandémie. En effet, plusieurs pays ont rapporté des taux de mortalité liés à la COVID-19 plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population. Au Mexique, par exemple, on a estimé que, chez les Autochtones atteints de la maladie, le risque d'hospitalisation était près de deux fois plus élevé et que le risque de décès augmentait de 20 % par rapport aux allochtones²⁷. Dans certains États américains, le taux d'incidence était jusqu'à deux fois plus élevé et le taux de mortalité de trois à quatre fois plus élevé dans la population autochtone que dans la population blanche²⁸.

Au Canada, la situation est différente : au 30 juin 2022²⁹, le taux de mortalité lié à la COVID-19 des membres des Premières Nations vivant dans une communauté représentait 63 % de celui de la population canadienne en général³⁰. Ces chiffres cachent toutefois certaines disparités, selon le lieu et la période. En 2021, par exemple, l'Assemblée des chefs du Manitoba dénonçait que les Premières Nations comptaient pour 71 % des cas actifs de la province et 50 % des patients aux soins intensifs, bien qu'elles ne représentent que 10 % de la population³¹. Cela dit, beaucoup ont observé une situation épidémiologique beaucoup plus favorable que prévu dans les communautés, particulièrement lors de la première vague. À la fin du mois d'août 2020, les taux d'hospitalisation et de mortalité étaient respectivement environ 1,5 fois et cinq fois plus élevés dans la population canadienne générale que chez les Premières Nations vivant dans une communauté³².

Détecté en novembre 2021, le variant Omicron, considérablement plus contagieux que les précédents, a occasionné beaucoup plus d'éclosions, tant dans la population canadienne en général que dans les communautés, comme l'illustrent les graphiques suivants.

Figure 2. Nombre total de cas de COVID-19 au Canada³³



27 Edson Serván-Mori et al., « Hospitalisation and mortality from COVID-19 in Mexican indigenous people: a cross-sectional observational study », *Journal of Epidemiology and Community Health* 76, n° 1 (2022) : 23, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34266980.

28 Lowrie A. Ward et al., « COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths Among American Indian or Alaska Native Persons — Alaska, 2020–2021 », *Morbidity and Mortality Weekly Report* 71, n° 22 (2022) : p. 732, www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/pdfs/mm7122a2-H.pdf; Laura L. Williamson et al., « COVID-19 Incidence and Mortality Among American Indian - Alaska Native and White Persons — Montana, March 13–November 30, 2020 », *ibid.* 70, n° 14 (2021) : p. 511, www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7014a2-H.pdf.

29 Le présent rapport couvrant la période de mars 2020 à juillet 2022, les données et calculs des mises à jour disponibles autour de la période de fin indiquée ont été utilisées.

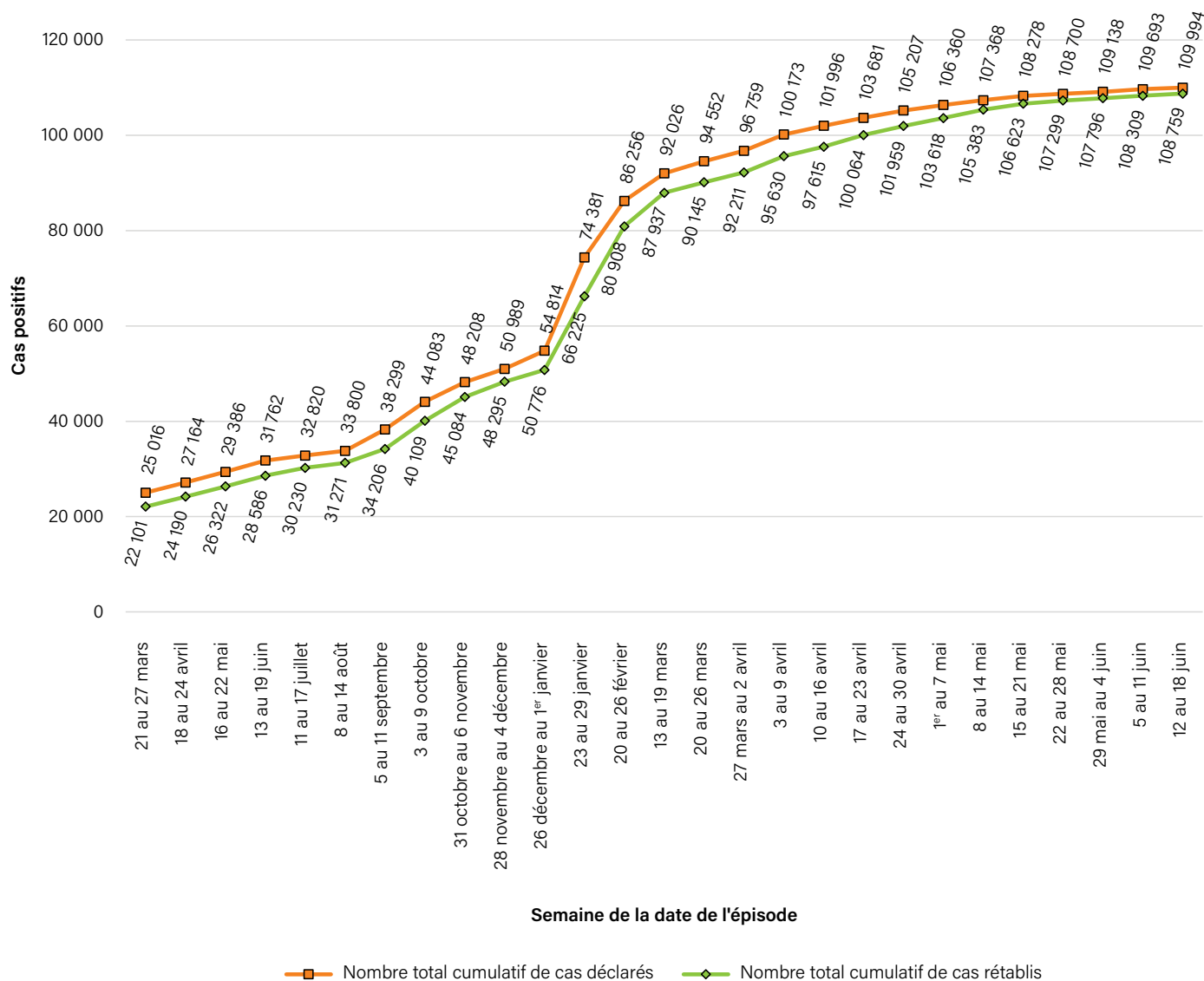
30 Gouvernement du Canada, Services aux Autochtones Canada, « Cas confirmés de COVID-19 », mis à jour le 11 juillet 2022, web.archive.org/web/20220811232013/https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1598625105013/1598625167707.

31 Ian Mosby et Jaris Swidrovich, « Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada », *Canadian Medical Association Journal* 193, n° 11 (2021) : E381, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33627413.

32 Agence de la santé publique du Canada, *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, p. 58.

33 Gouvernement du Canada, « Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 », mis à jour le 8 juillet 2022, web.archive.org/web/20220711222353/https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/.

Figure 3. Nombre total cumulatif de cas déclarés et rétablis dans les communautés des Premières Nations au Canada, par date et par état des cas³⁴



Au Québec, en date du 29 juin 2022, plus d'un million de personnes avaient été infectées par la COVID-19 et plus de 15 000 personnes en étaient décédées³⁵. Le Québec a d'ailleurs enregistré le taux de mortalité le plus élevé au pays, bien que plusieurs facteurs puissent influencer ce résultat³⁶.

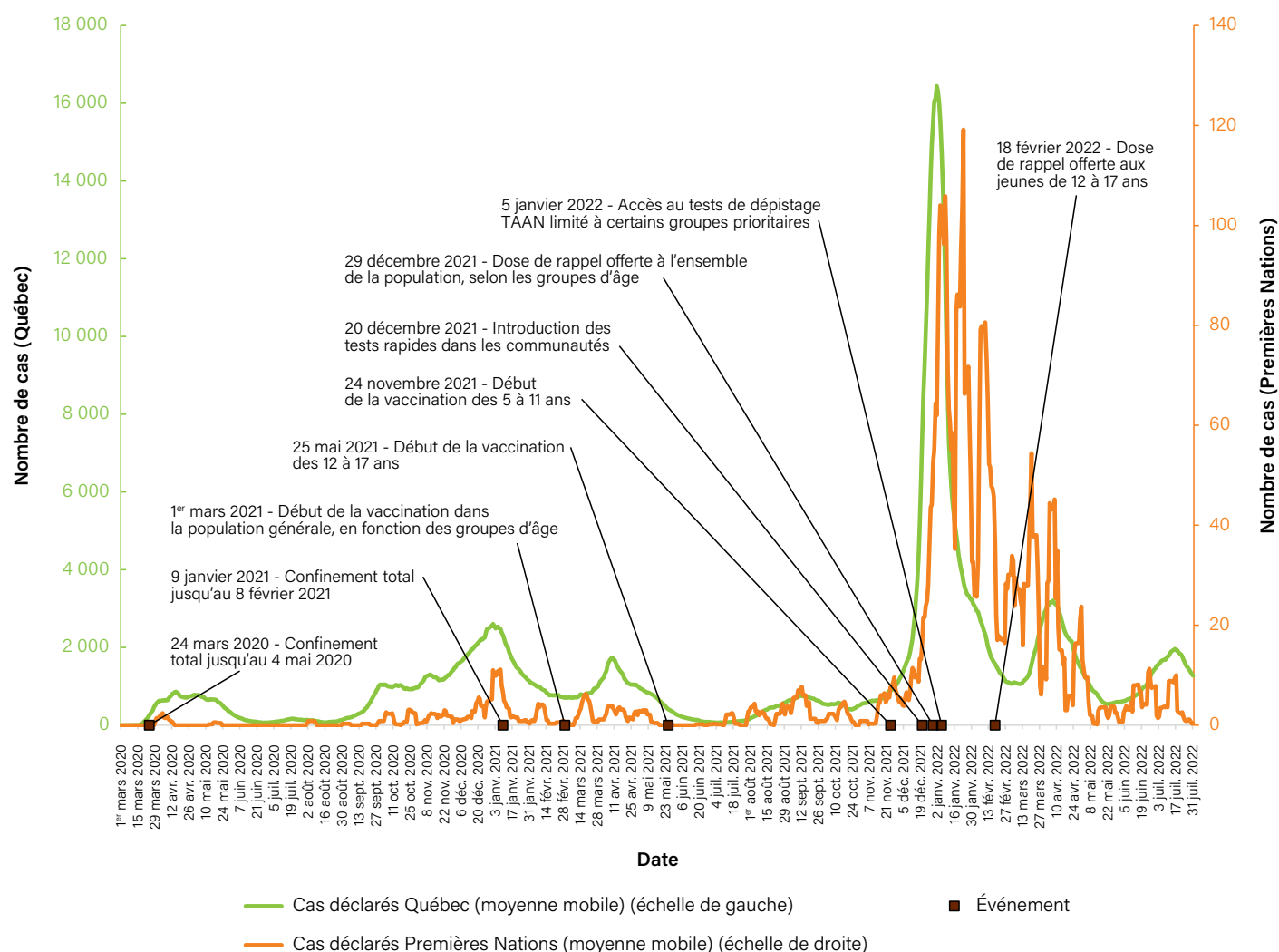
34 La mise à jour présente uniquement les données des 63 dernières semaines, affichées dans un format quadrihebdomadaire. Gouvernement du Canada, Services aux Autochtones Canada, « Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations », mis à jour le 16 juin 2022, [web.archive.org/web/20220621050440/https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1589895506010/1589895527965](https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1589895506010/1589895527965).

35 Gouvernement du Québec, « Données sur la COVID-19 au Québec », mis à jour le 29 juin 2022, [web.archive.org/web/20220702151838/https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/](https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/).

36 Kimberlyn McGrail, « Surmortalité, COVID-19 et systèmes de santé au Canada », *Canadian Medical Association Journal* 194, n° 30 (2022) : E1079, www.cmaj.ca/content/194/30/E1078.

Chez les Premières Nations, les données qui ont pu être compilées dans le cadre de ce bilan³⁷ ont permis de brosser un portrait de l'évolution épidémiologique. Le graphique suivant montre l'évolution du nombre de cas déclarés dans les communautés (données obtenues auprès de SAC) par rapport à celle du Québec, et présente les événements clés de la pandémie :

Figure 4. Cas déclarés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec et dans la province pour la période du 1^{er} mars 2020 au 31 juillet 2022 (moyenne mobile)³⁸



Tout d'abord, il apparaît évident que l'arrivée du variant Omicron a créé un véritable raz-de-marée. Malgré la mise en place, durant cette période, de nouvelles directives de dépistage restreint qui ont vraisemblablement résulté en une sous-évaluation de la situation, le nombre de cas a explosé dans les communautés, jusque-là relativement épargnées.

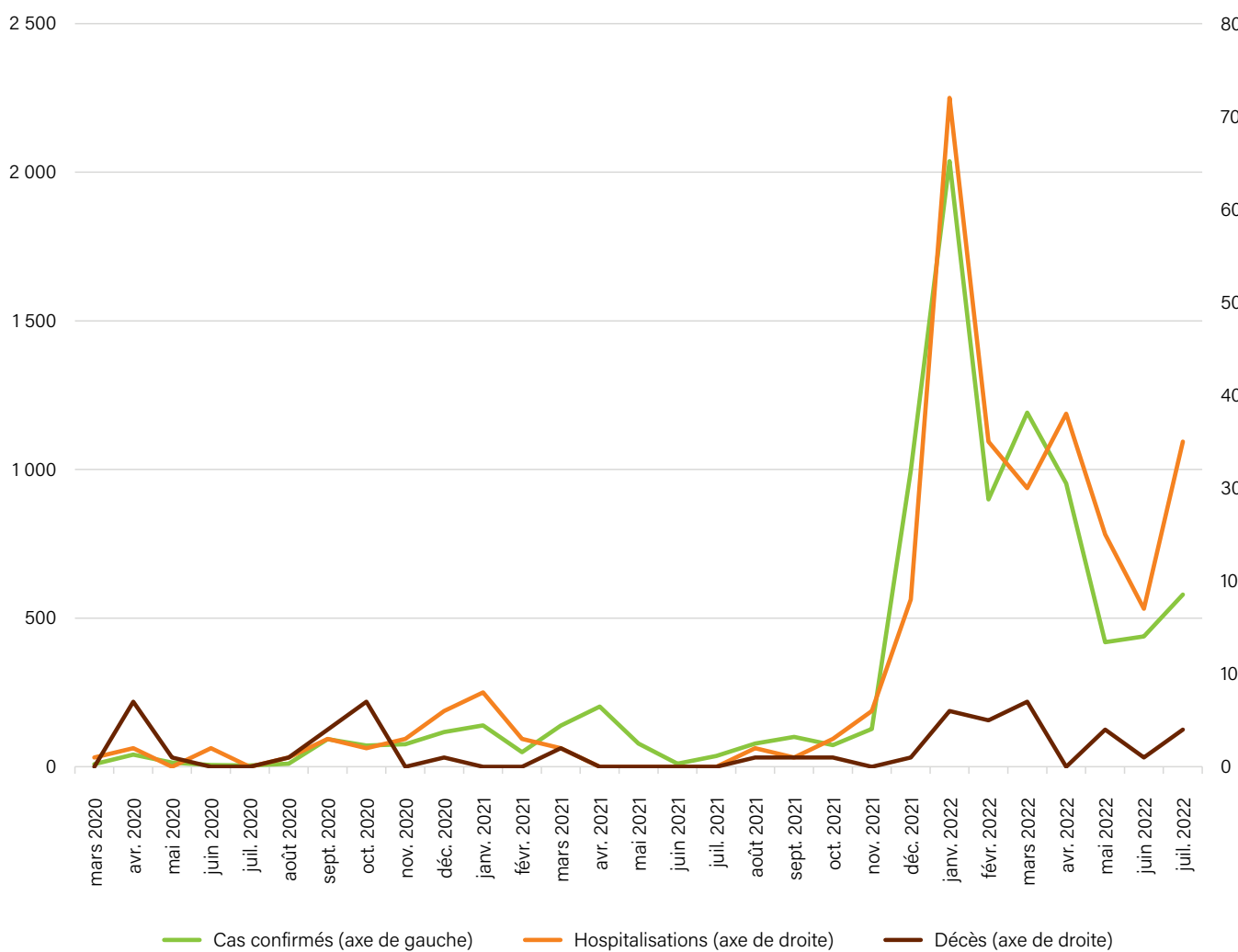
37 Se reporter à la section précédente sur la méthodologie, notamment en ce qui concerne les limites de ces données. Il s'agit de données agrégées pour les communautés des Premières Nations au Québec.

38 Les événements clés proviennent de la ligne du temps de l'INSPQ : Institut national de santé publique du Québec, « Ligne du temps COVID-19 au Québec », mis à jour le 31 juillet 2022, www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps. Les données pour le Québec proviennent de l'Institut national de santé publique du Québec, « Ligne du temps COVID-19 au Québec », mis à jour le 31 juillet 2022, www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps. Les données concernant les communautés proviennent de Services aux Autochtones Canada, « Sources multiples, informations épidémiologiques obtenues par SAC et communiquées à la CSSSPNQL ».

Sur le plan comparatif, bien que les courbes ne soient pas présentées proportionnellement les unes par rapport aux autres, elles permettent de visualiser les variations dans le temps³⁹. On remarque donc que, si les communautés et la province ont connu la même hausse drastique au tournant de l'année 2022, les premières ont généralement été plus épargnées que la seconde durant les premières vagues de la pandémie.

Au cours de la collecte, il a été possible d'accéder à de nouvelles données épidémiologiques pour les communautés, en plus de celles de SAC (présentées dans le précédent graphique et provenant des déclarations communautaires).

Figure 5. Cas confirmés, hospitalisations et décès liés à la COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec pour la période de mars à juillet 2022⁴⁰



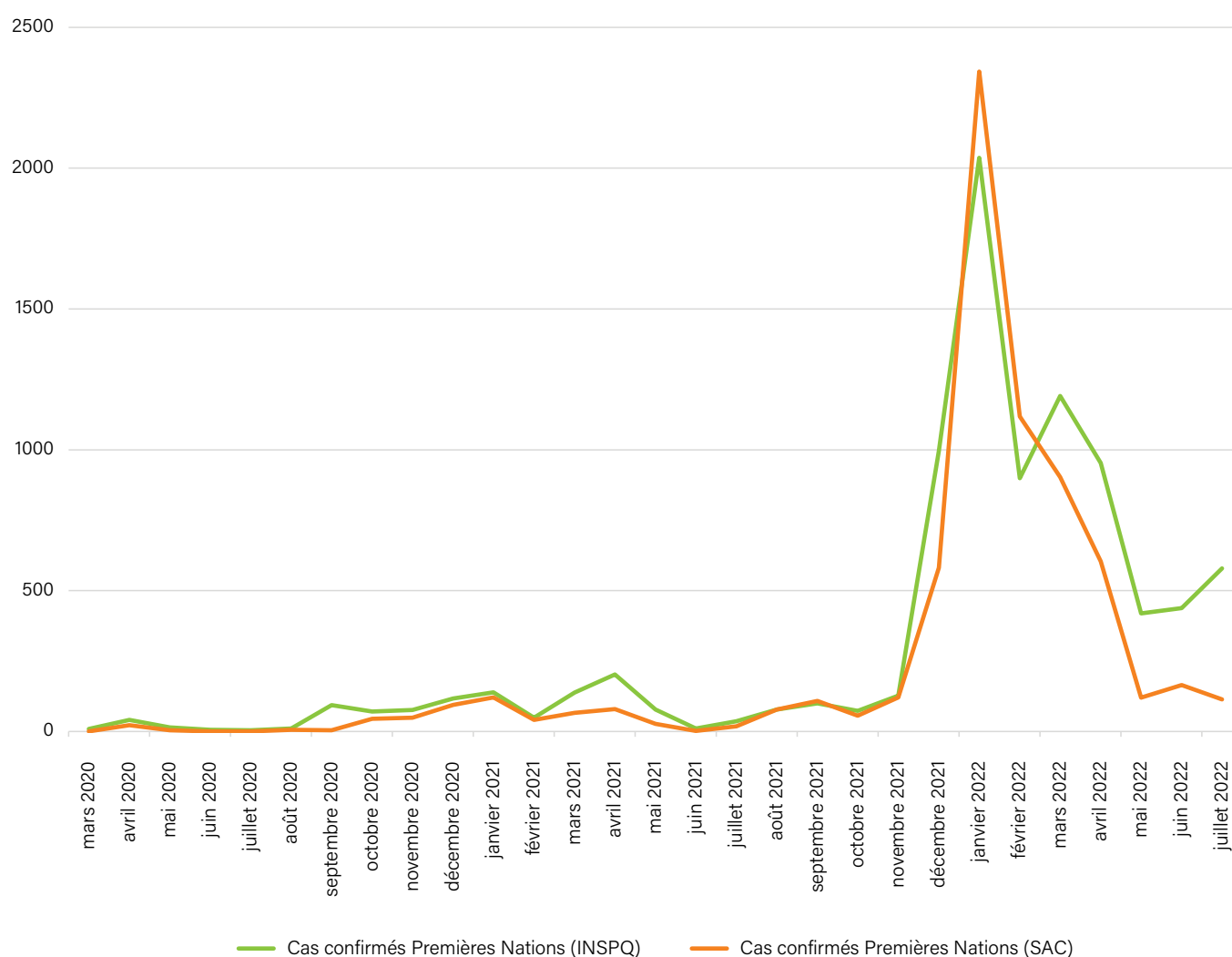
39 À noter que sur le graphique, les échelles pour les données de la province et des communautés (en vert et en orange) ne sont pas les mêmes pour faciliter la lecture.

40 Les données ont été transmises par l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ à partir des sources suivantes. Cas: Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Base de données des résultats des tests de détection du SRAS-CoV-2 provenant des laboratoires ». Hospitalisations: Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, actualisation découpage territorial version M34-2021, transmissions régulières fermées pour les années financières 2019-2020 et 2020-2021 pour les admissions avant le 1er avril 2021 et extraction journalière des transmissions préliminaires mise à jour le 4 octobre 2022 pour les admissions à partir du 1er avril 2021 ». Décès: Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Système d'information Trajectoire de santé publique (TSP) ».

Issues de bases de données administratives du système de santé québécois, ces données présentent, dans l'ensemble, des chiffres plus élevés que celles compilées par SAC. Ce dernier graphique présente également les hospitalisations et les décès, sur une échelle différente⁴¹. Il permet de constater la plus grande virulence de la maladie lors des premières vagues, qui présentait proportionnellement plus de risques de complications avant l'arrivée de vaccins et de traitements efficaces, ainsi que cette même flambée liée au variant Omicron.

Le graphique suivant, qui compare les données des deux sources susmentionnées pour les cas confirmés, montre que chaque méthode de collecte permet de capter plus ou moins de cas selon la période, et qu'elles peuvent ainsi présenter des avantages différents.

Figure 6. Cas déclarés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations au Québec selon les données de SAC et de l'INSPQ

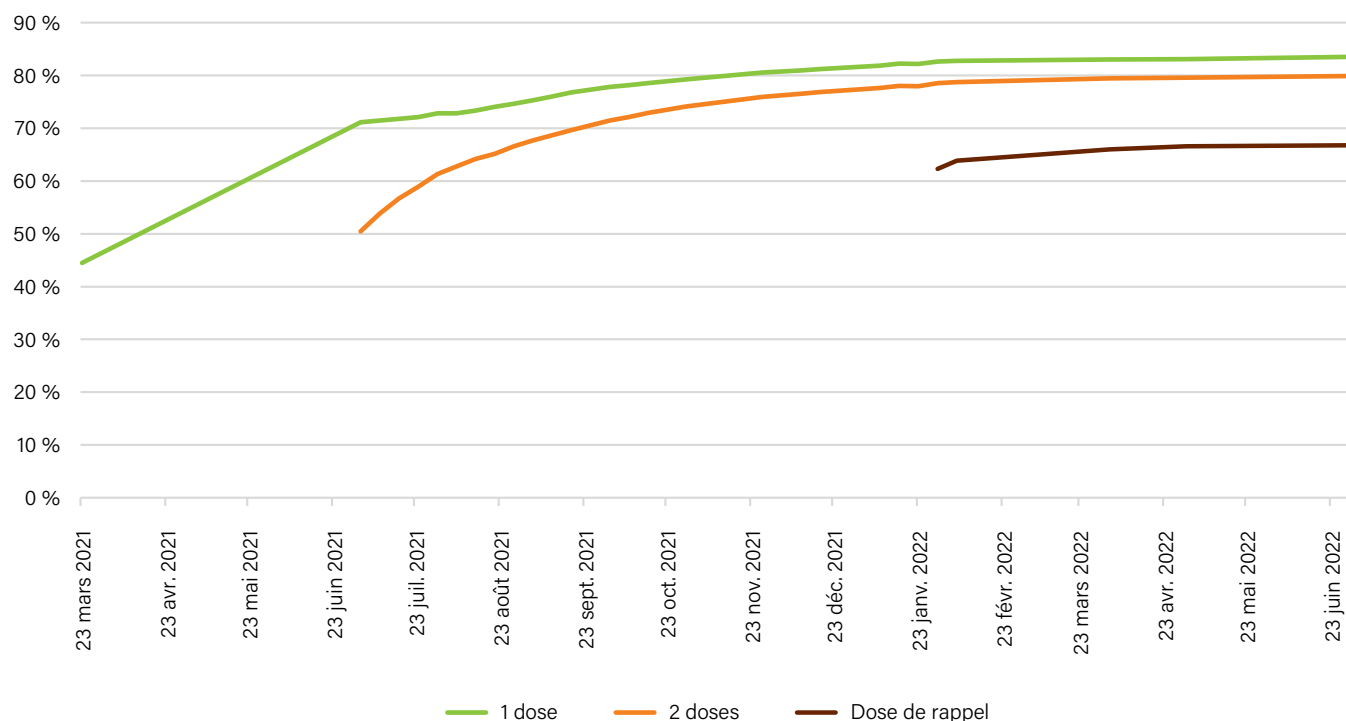


41 Il a été convenu de ne pas présenter les données sur les hospitalisations et les décès provenant de SAC, car les chiffres sont trop faibles.

Cette comparaison permet également de mettre en évidence les limites inhérentes au fait d'avoir plusieurs systèmes de collecte de données ainsi que la pertinence de mettre en place un système unifié tirant parti des atouts de chacun d'eux afin de refléter le plus fidèlement possible la réalité.

Par ailleurs, il a été possible d'accéder à des données sur la vaccination dans les communautés des Premières Nations, ce qui permet, malgré certaines limites⁴², d'évaluer la couverture vaccinale approximative.

Figure 7. Évolution de la couverture vaccinale chez les adultes dans les communautés des Premières Nations au Québec, du 23 mars 2021 au 3 juillet 2022⁴³



42 Malheureusement, les données sur la couverture vaccinale des Premières Nations excluent systématiquement le début des campagnes de vaccination (puis le début de l'accès aux différentes doses). En date du 3 juillet 2022, on ignorait comment s'était déroulée la majeure partie de la campagne de vaccination (absence d'information pour 53 % des premières doses administrées, 63 % des deuxièmes doses et 93 % des doses de rappel). Les résultats présentés regroupent les mises à jour effectuées dans l'ensemble des communautés au Québec. Or, la diligence et la régularité des mises à jour variaient beaucoup d'une communauté à l'autre, de sorte que les résultats présentés dans cette figure doivent être considérés avant tout comme une approximation de la réalité. Compte tenu des limites méthodologiques liées à la cueillette d'information, l'analyse de la couverture vaccinale se concentre sur les personnes âgées de 18 ans et plus.

43 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la vigilance sanitaire - Infocentre (INSPQ), « Registre de vaccination du Québec ».



Ce graphique montre qu'une couverture vaccinale satisfaisante a été atteinte au courant de l'été 2021. Bien que les données agrégées puissent cacher d'importantes disparités entre les communautés, elles révèlent que les membres des Premières Nations ont, de façon générale, été vaccinés dans des proportions presque équivalentes à celles de la population québécoise, en dépit de facteurs compromettant leur adhésion dont il sera question plus loin dans ce rapport. En effet, au début du mois de juillet 2022, les taux de vaccination des adultes québécois, pour la première et la deuxième doses, dépassaient légèrement les 90 %. La participation au rappel vaccinal a également été similaire, oscillant entre 60 % et 70 % pour les deux groupes⁴⁴.

En somme, bien qu'imparfaites, les données présentées permettent de mieux comprendre la situation épidémiologique dans laquelle ont navigué les communautés des Premières Nations, une situation qu'elles ont subie autant qu'influencée. Toutefois, au-delà des chiffres, il importe de bien comprendre l'expérience humaine de la pandémie, celle de populations bouleversées par l'inconnu qui, dans l'urgence, ont dû réinventer jusqu'aux gestes autrefois les plus banals. C'est ce que les sections suivantes de ce bilan proposent d'explorer.

44 Pour les données vaccinales du Québec, voir : VaccinTrackerQC, « Suivi de la vaccination au Québec », mis à jour le 5 juillet 2022, web.archive.org/web/20220706113407/https://vaccintrackerqc.ca/.

4. LES RÉPERCUSSIONS MULTIFORMES DE LA PANDÉMIE SUR LA POPULATION

La pandémie de COVID-19 a eu des effets complexes et étendus, faisant en sorte qu'il est difficile de les répertorier tous. Partout dans le monde, tous les secteurs ont été touchés d'une manière ou d'une autre : confinements massifs, réduction drastique des déplacements, pertes d'emplois et bouleversements dans le milieu scolaire – pour ne nommer que ceux-là – ont fortement ébranlé les sociétés. On estime qu'au deuxième trimestre de 2020, la moitié de la population mondiale était en confinement strict, les voyages en avion affichaient la plus forte baisse jamais enregistrée, plus de 300 millions d'emplois à temps plein avaient été perdus et 87 % de la population étudiante était touchée par la fermeture des écoles⁴⁵. Chez les Premiers Peuples, le contexte de la pandémie a également mené à une exacerbation des iniquités socioéconomiques aggravées par des politiques de santé publique mal adaptées, à une perturbation de leurs modes de subsistance traditionnels ainsi qu'à un non-respect accru de leurs droits fondamentaux⁴⁶. Ces bouleversements ont eu des répercussions considérables sur les populations.

Au Canada, on craint particulièrement une augmentation à long terme des problèmes de santé, notamment en raison de la fragilisation du système de santé et de la détérioration de la santé mentale de la population du fait de la pandémie. De plus, les conséquences importantes sur les déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité financière et alimentaire, l'éducation ou la violence familiale, se feront sentir pendant plusieurs années⁴⁷.

Compte tenu des facteurs de vulnérabilité mentionnés précédemment, ces risques sont d'autant plus grands pour les Premières Nations. Lors de la collecte de données auprès des intervenants des communautés, l'inquiétude concernant le mieux-être des personnes qu'ils accompagnaient était largement partagée. Les résultats du questionnaire en ligne montrent que les clients bénéficiant des services des répondants ont été affectés par la pandémie de diverses façons; en effet, des conséquences sur la santé psychologique ont été notées chez 88 % des répondants, suivies des conséquences sur l'accès aux services et aux soins (52 %), des conséquences sur le plan économique et sur la satisfaction des besoins essentiels (48 %), et des conséquences sur la sécurité et la violence (36 %). De plus, 15 % des répondants ont mentionné d'autres types de conséquences, notamment sur le développement des enfants. La présente partie s'attachera donc à évaluer la nature et l'ampleur des répercussions de la pandémie sur la population des Premières Nations au Québec.

4.1 Les impacts socioéconomiques

Dans bon nombre de communautés, la pandémie a fragilisé davantage une situation socioéconomique déjà précaire. À mesure que la crise perdurait et que les mesures sanitaires se multipliaient, les iniquités structurelles devenaient de plus en plus flagrantes.

45 Agence de la santé publique du Canada, *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, p. 5.

46 Minority Rights Group International, *Minority and Indigenous Trends 2021: Focus on Covid-19*, Minority Rights Group International (2021), minorityrights.org/wp-content/uploads/2021/06/Minority-and-Indigenous-Trends-2021.pdf.

47 Agence de la santé publique du Canada, *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada*, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada (2021), p. 27-36, www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/cpho-report-fra.pdf.

4.1.1 La crise avant la crise : le logement et les infrastructures

Depuis des décennies, les Premières Nations au Québec comme au Canada sont aux prises avec d'importants problèmes d'infrastructures. L'un des problèmes les plus importants et les plus décriés est le surpeuplement des logements, qui est vécu dans bon nombre de communautés. La superficie des terres réservées et le parc immobilier ayant peu augmenté malgré une tendance démographique inverse, les communautés manquent d'infrastructures adéquates pour loger leur population. Selon les derniers résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, un adulte sur dix vit dans un logement surpeuplé et plus d'un adulte sur cinq affirme habiter un logement nécessitant des réparations majeures, des proportions qui augmentent dans les communautés éloignées⁴⁸. Le dernier recensement de 2021 indique que près de 15 % des Premières Nations au Québec se trouveraient dans ces situations⁴⁹. Déjà en 2014, on estimait que près de 10 000 nouveaux logements étaient nécessaires pour répondre aux besoins⁵⁰. Or, les mauvaises conditions de logement constituent un terrain propice à la propagation de maladies infectieuses comme la COVID-19, et à la détérioration de la santé physique et mentale des résidents⁵¹. Cette situation entraîne des risques pour la transmission de maladies respiratoires, comme la tuberculose, qui sont d'ailleurs décriés depuis longtemps⁵². Le sous-financement chronique, les obstacles à l'obtention de prêts et l'accès limité à des matériaux abordables, particulièrement pour les communautés éloignées, contribuent à maintenir cet état de fait⁵³. Les ménages multigénérationnels sont aussi plus fréquents chez les Premières Nations (ils représentaient plus du quart des ménages en 2016), ce qui accroît le risque de transmission du virus aux personnes âgées, qui sont plus vulnérables⁵⁴. Qui plus est, la situation des personnes sans domicile fixe s'est fragilisée, car il leur est plus difficile de trouver un logis auprès des personnes qui les hébergeaient habituellement, en raison des craintes liées à la propagation du virus. Dans plusieurs

Précarisation des personnes itinérantes

La perte des réseaux de soutien, les difficultés d'accès aux lieux habituellement fréquentés, la diminution des revenus informels, les répercussions des mesures sanitaires, telles que le couvre-feu ou les interdictions de rassemblement, ainsi que la judiciarisation excessive ont complexifié la survie des personnes en situation d'itinérance⁵⁵. Dans les communautés où l'itinérance cachée⁵⁶ est plus courante, des efforts ont dû être déployés pour leur offrir d'autres lieux d'hébergement, en dépit du manque de locaux.

48 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec : Logement – ERS 2015* (2018), p. 6-7, files.cssspnql.com/s/h3BzIT1I5vK73SF.

49 Statistique Canada, *Recensement en bref : Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021* (2022), p. 3-6, www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021007/98-200-x2021007-fra.pdf.

50 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Les besoins en logement des Premières Nations au Québec et au Labrador* (2014), p. 14, apnql.com/wp-content/uploads/2022/08/Rapport-besoins-log-2014-ang-franc-pdf-compressed.pdf.

51 Statistique Canada, *Recensement en bref : Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021*, p. 3-6.

52 Agence de la santé publique du Canada, *Le moment d'agir : pleins feux de l'ACSP sur l'élimination de la tuberculose au Canada* (2018), www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/eliminating-tuberculosis/PHAC_18-086_TB_Report_F_forwebcoding.pdf.

53 Shiri Pasternak et Robert Houle, *No Such Thing as Natural Disasters: the First Nation Fight for Infrastructure*, Yellowhead Institute (2020), p. 3, <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2020/04/covid-19-and-fn-infrastructure.pdf>; Statistique Canada, « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance », *Le Quotidien* (2022) : p. 2, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.pdf?st=edc8Eu9x.

54 Statistique Canada, *Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé* (2020), p. 4, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/200417/dq200417b-fra.pdf?st=lbTSBbOr.

55 Observatoire des profilages, « Pandémie et inégalités : Impacts sur les populations marginalisées » (2022), Webinaire. www.observatoiredesprofilages.ca/aiovg_videos/webinaire-pandemie-et-inegalites/.

56 L'itinérance cachée peut se définir comme le fait d'avoir un toit pour dormir, sans toutefois bénéficier de sécurité d'occupation; les personnes dans cette situation sont logées de façon inadéquate ou précaire, ne disposant pas d'un véritable chez-soi et séjournant, par exemple, chez des proches de façon temporaire. À ce sujet, voir : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations au Québec* (2016), p. 27-33, files.cssspnql.com/index.php/s/yv7jTy3ljca0TqY.

communautés, l'insuffisance des installations sanitaires contribue à rendre la situation encore plus critique. Par exemple, un rapport a révélé que près de 50 % des systèmes d'aqueduc et près de 85 % des systèmes d'égout inspectés dans les communautés des Premières Nations au Québec présentaient un niveau de risque global moyen ou élevé⁵⁷. Dans ces conditions, l'application de mesures sanitaires comme la distanciation physique, le confinement et le lavage des mains représente un défi. Les infrastructures technologiques parfois déficitaires – plusieurs communautés sont encore défavorisées sur le plan de la connexion Internet et des technologies de communication⁵⁸ – compliquent davantage l'adaptation aux nouvelles pratiques de distanciation.

Plusieurs des personnes interrogées ont souligné ces difficultés. Le surpeuplement et le manque d'espace ont rendu particulièrement ardu l'isolement des personnes malades, et ont parfois détérioré l'ambiance familiale, ou rendu plus complexe le travail à la maison. De plus, dans les foyers où le virus s'était introduit, l'absence d'installations sanitaires adéquates a contribué à accroître le risque de propagation. Bien souvent, le facteur de l'éloignement était associé à une exacerbation de ces problèmes. Par exemple, l'absence d'infrastructures à proximité (comme des hôpitaux) a contraint plusieurs personnes à sortir de la communauté et à parcourir de grandes distances (les moyens de transport habituellement utilisés, comme le covoiturage, n'étant plus possibles, et les systèmes de transport médical subissant une pression accrue), pour ensuite risquer d'être exposées davantage à la maladie dans les centres urbains.

4.1.2 La sécurité alimentaire menacée

Tout comme les infrastructures, l'enjeu de la sécurité alimentaire était présent bien avant la pandémie, mais s'est trouvé exacerbé par cette dernière. Au Canada, près de la moitié des ménages des Premières Nations souffrent d'insécurité alimentaire, une incidence quatre fois plus élevée que dans la population générale⁵⁹. La difficulté d'approvisionnement due à la fermeture de plusieurs communautés, la hausse du prix des denrées alimentaires en raison des impacts économiques de la pandémie, la perturbation des activités permettant l'accès aux aliments traditionnels ainsi que la fermeture des écoles offrant des programmes d'aide alimentaire ont déstabilisé un système déjà précaire⁶⁰. Au-delà de la crise et des mesures prises dans l'urgence, cette situation nous rappelle l'importance de mettre en place des solutions durables qui contribueront à la décolonisation des systèmes alimentaires, déjà mis en péril par d'autres menaces comme les changements climatiques ou la dégradation des milieux naturels. Par conséquent, les initiatives qui s'inscrivent dans une perspective d'autonomie alimentaire des Premières Nations et qui s'appuient sur leurs savoirs et pratiques traditionnels s'avèrent primordiales⁶¹.

57 Neegan Burnside Ltd., *Évaluation nationale des systèmes d'aqueduc et d'égout dans les collectivités des Premières nations : Rapport de synthèse régional – Québec*, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (2011), p. 10 et 20, www.sac-isc.gc.ca/fra/1314372684986/1533826848245.

58 Tracy Vaillancourt et al., *Les enfants et les écoles pendant la COVID-19 et au-delà : interactions et connexion en saisissant les opportunités*, Société royale du Canada (2021), p. 40, rsc-src.ca/sites/default/files/C%26S%20PB_FR.pdf.

59 Elisa Levi et Tabitha Robin, *COVID-19 did not cause food insecurity in Indigenous communities but it will make it worse*, Yellowhead Institute (2020).

60 Canada, Parlement, Chambre des communes, *La COVID-19 et les peuples autochtones : de la crise à un véritable changement*, Rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord (2021), p. 54-56, www.noscommunes.ca/Content/Committee/432/INAN/Reports/RP11143866/inanrp06/inanrp06-f.pdf.

61 Elisa Levi et Hayley Lapalme, *Getting Back to Normal? Not if "Normal" means Indigenous Food and Health Insecurity*, Yellowhead Institute (2021), yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2021/07/nourish-food-insecurity-yi-brief-713.2021.pdf; Charles Z. Levkoe, Jessica McLaughlin, et Courtney Strutt, « Mobilizing Networks and Relationships Through Indigenous Food Sovereignty: The Indigenous Food Circle's Response to the COVID-19 Pandemic in Northwestern Ontario », *Frontiers in Communication* 6 (2021), www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2021.672458/full.

4.1.3 Ralentissement économique et perturbations de l'emploi

La fermeture de commerces et la déstabilisation de plusieurs secteurs économiques à la suite des mesures de confinement ont eu des impacts économiques importants; en 2020, l'activité économique a diminué de 5,3 % au Québec⁶². Les 40 000 entreprises autochtones au pays, qui constituent bien souvent le moteur économique des communautés, ont également souffert de la crise, particulièrement celles détenues par des femmes⁶³. À l'été 2021, les deux tiers des entreprises autochtones estimaient encore subir les contrecoups de la pandémie, même si cette proportion avait diminué par rapport à l'année précédente; en effet, la moitié d'entre elles avaient dû mettre à pied du personnel de façon temporaire ou permanente, une situation qui ne semble pas s'être améliorée avec le temps⁶⁴. En 2020, près de 40 % des entreprises autochtones ont dû fermer temporairement leurs portes, une situation d'autant plus intenable que les entrepreneurs des Premières Nations sont souvent confrontés à des obstacles plus importants pour obtenir du soutien financier⁶⁵. La décision d'interrompre les activités d'un commerce, motivée par le souci de protéger la population, pouvait également être source de frustration pour ceux qui en faisaient les frais, malgré les bonnes intentions sous-jacentes à ces directives.

« Des entreprises se font dire de fermer leurs portes, elles doivent cesser leurs activités, mettre à pied leurs employés et n'ont plus de revenus. C'est une situation qu'il faut expliquer aux personnes, il faut leur expliquer ce qui se passe, etc. Au début, ce n'était pas très grave parce que personne ne savait ce qui s'en venait vraiment, alors il y a eu beaucoup de peur, les gens ont accepté de faire ce qui leur était demandé, mais avec le temps [...] les gens ont trouvé cela difficile pour leur entreprise et leur portefeuille, puis il y a eu des contestations. »

– Une personne interrogée

Au-delà de l'aspect économique, la fermeture de commerces considérés comme des lieux de rassemblement privilégiés pouvait avoir un effet de dévitalisation sur les communautés. Ces bouleversements ont eu des répercussions importantes sur la population, qui a aussi fait les frais d'une inflation à la hausse, attribuable en partie aux perturbations pandémiques: en janvier 2022, elle atteignait 5,1 % – un sommet inégalé en 30 ans –, et dépassait largement l'augmentation salariale moyenne⁶⁶. Les risques sont d'autant plus grands que les Premières Nations se retrouvent plus souvent que la population générale en situation de précarité financière. Selon le dernier recensement, chez les Premières Nations résidant dans une communauté, près d'une personne sur trois vivait dans un ménage à faible revenu, comparativement à une personne sur dix dans la population allochtone⁶⁷. Par ailleurs, les Autochtones présentaient déjà des taux d'emploi inférieurs et des taux de chômage supérieurs aux allochtones, et il semble que la reprise consécutive à la perte d'emplois générée par la crise ait été plus lente chez les personnes autochtones, en particulier chez les femmes⁶⁸. À l'été 2020, les Autochtones étaient beaucoup plus nombreux à estimer que la COVID-19 avait eu d'importantes répercussions sur leur capacité à respecter leurs obligations financières ou à satisfaire leurs besoins essentiels⁶⁹.

62 Statistique Canada, *Répercussions économiques de la pandémie de COVID-19 dans les provinces et les territoires* (2021), p. 9, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2021002-fra.pdf?st=CjYbCOKJ.

63 Canada, *La COVID-19 et les peuples autochtones: de la crise à un véritable changement*, p. 58-64.

64 Conseil canadien pour l'entreprise autochtone, *Version préliminaire du rapport sur la COVID-19 – Phase III*, Conseil canadien pour l'entreprise autochtone (2022), p. 3, www.ccab.com/wp-content/uploads/2022/01/Covid-Phase-3-report-FR-r1.pdf.

65 Conseil canadien pour l'entreprise autochtone, *Sondage sur la COVID-19 dans les entreprises autochtones – Phase II: Rapport sur la différence entre les hommes et les femmes*, Conseil canadien pour l'entreprise autochtone (2021), p. 5, www.ccab.com/wp-content/uploads/2021/10/indigenous_women_entrepreneurs_FRENCH_v06.pdf.

66 Statistique Canada, *La COVID-19 au Canada: le point sur les répercussions sociales et économiques après deux ans*, p. 7.

67 Statistique Canada, « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance », p. 2, 20.

68 Alook, Block, et Galabuzi, *Un fardeau disproportionné: Répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des autochtones et des personnes racialisées au Canada*, p. 5.

69 Paula Arriagada et al., *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones*, Statistique Canada (2020), p. 1, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00052-fra.pdf?st=5xdFE9ca.

4.1.4 Le milieu scolaire ébranlé

La pandémie a aussi eu pour effet d'exacerber les inégalités éducatives qui existaient avant l'arrivée de la COVID-19. Les étudiants autochtones, qui avaient moins souvent accès à de l'équipement électronique et une connexion Internet de qualité, se sont trouvés défavorisés en contexte d'apprentissage virtuel. Cette nouvelle réalité a également placé les parents dans une situation difficile où ils devaient jongler avec le télétravail et l'accompagnement scolaire de leurs enfants à la maison.

Qui plus est, la fermeture des écoles a eu des conséquences plus importantes sur les élèves issus de milieux défavorisés, qui se sont vus privés de services parascolaires comme les programmes de repas, souvent essentiels pour eux⁷⁰. L'enseignement à distance, lié à la fermeture des écoles, s'est avéré être une solution comportant plusieurs limites : d'une part, il n'offrait pas aux jeunes suffisamment d'occasions d'être actifs physiquement et mentalement, leur occasionnant un stress supplémentaire et des retards d'apprentissage difficiles à rattraper, et d'autre part, il reposait sur des plateformes numériques n'étant pas accessibles et maîtrisées par tous. Certains programmes ont été plus touchés, notamment les programmes reposant sur la transmission de savoirs culturels présentés par les aînés⁷¹.

Par ailleurs, les personnes qui se sont exprimées lors de la collecte ont dit avoir remarqué que malgré le déploiement d'outils (p. ex. des tablettes électroniques) et le dévouement des professeurs, ce nouvel environnement éducatif a généré une perte de motivation importante chez les jeunes, particulièrement au niveau secondaire, de même qu'une augmentation des difficultés d'apprentissage; en conséquence, une hausse des échecs et du décrochage scolaires a été constatée. Les enfants vivant dans des conditions de grande vulnérabilité ont également suscité des inquiétudes, l'école agissant comme un facteur de protection qui permet de détecter les situations de négligence. À cet égard, la diminution du nombre de signalements durant la pandémie s'est avérée inquiétante.

Inquiétudes pour les jeunes

La fermeture des écoles et garderies et la réduction importante des contacts sociaux ont eu un impact considérable sur les enfants et les jeunes, qui ont été privés de la plupart de leurs occasions de socialisation, lesquelles sont primordiales à cet âge. La perte d'emplois, l'interruption de l'accès à des services de soutien et l'accroissement de la violence familiale sont d'autres facteurs qui ont contribué à une dégradation générale du mieux-être chez les jeunes, chez qui les problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, se sont aggravés durant la crise. Ils ont toutefois fait preuve de créativité et se sont mobilisés, notamment par l'intermédiaire des réseaux sociaux⁷².

4.2 Les impacts sur la santé

La pandémie a aussi eu des conséquences néfastes sur le mieux-être individuel, qui se sont traduites par l'apparition, l'aggravation ou la réactivation de certains problèmes de santé.

70 Gordon J. G. Asmundson et al., *Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne*, Société royale du Canada (2020), p. 24, rsc-src.ca/sites/default/files/MH%20PB_FR_0.pdf.

71 Canada, *La COVID-19 et les peuples autochtones : de la crise à un véritable changement*, p. 56-58.

72 Angela Mashford-Pringle et al., *Ce que nous avons entendu : peuples autochtones & COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada*, Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto (2021), www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19/rapport-peuples-autochtones-covid-19.html.

4.2.1 Détérioration de la santé physique et recrudescence des comportements nuisibles au bien-être

Le confinement, le stress et les diverses perturbations du mieux-être général résultant de la pandémie ont eu un effet sur la santé physique de la population, notamment en amplifiant les maladies chroniques. Dans ce nouveau contexte marqué par la fermeture de salles de sports, la limitation ou l'arrêt de diverses activités (p. ex. celles pratiquées en famille sur le territoire) ainsi qu'une sédentarité accrue découlant du confinement, demeurer actif s'est avéré être un défi⁷³. De plus, les retards occasionnés par la pandémie dans le système de santé entraîneront des répercussions à long terme sur l'état de santé de la population, notamment en ce qui concerne le dépistage ou le suivi des maladies; on estime qu'un retard de six mois dans le dépistage du cancer, par exemple, augmentera significativement le nombre de décès associés dans les prochaines décennies⁷⁴.

Préoccupations pour les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap, qui sont proportionnellement plus nombreuses chez les Autochtones que dans le reste de la population, étaient déjà confrontées à plusieurs discriminations et difficultés, que la pandémie est venue amplifier. Les programmes, le financement et les mesures mis en place ont rarement pris en compte la spécificité de leur situation (p. ex. équipement sanitaire peu adapté, limitations pour les accompagnants), ce qui a eu pour effet de les rendre encore plus vulnérables⁷⁵.

Les femmes, plus à risque que jamais

L'exacerbation des iniquités engendrées par le contexte de la pandémie a amplifié les difficultés rencontrées par les femmes des Premières Nations. En plus de subir l'augmentation des violences fondées sur le genre, elles sont notamment plus susceptibles d'être infectées par la COVID-19 en raison de leur prédominance dans des emplois à risque d'exposition plus élevé, de voir augmenter leurs responsabilités familiales, de subir des répercussions financières, de ressentir de la détresse psychologique et de vivre de la discrimination⁷⁶. Ces constats nous rappellent l'importance de mettre en œuvre le Plan d'action national pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones disparues et assassinées⁷⁷, et de financer les initiatives qui soutiennent le pouvoir d'agir des femmes et la réduction des iniquités qu'elles subissent.

73 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, « Populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis — activité physique pendant la pandémie de COVID-19 », (2021), webinaire. www.ccnsa.ca/525/Populations_des_Premieres_Nations_des_Inuits_et_des_Metis_Activite_physique_pendant_la_pandemie_de_COVID-19_nccih?id=10340.

74 Statistique Canada, *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après deux ans*, p. 4.

75 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, « Répercussions socio-économiques de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des populations des Premières Nations, inuites et métisses », (2021), webinaire. www.ccnsa.ca/525/R%20percussions_socio-%20conomiques_de_la_COVID-19_sur_la_sant%20et_le_bien-%20Aatre_des_populations_des_Premieres_Nations_inuites_et_m%20A-9tisses.nccih?id=325.

76 Thomas Bastien, Anne-Marie Morel, et Sandy Torres, *Inégalités de genre : Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec*, Association pour la santé publique du Québec (2020), www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et-covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des-femmes_au_quebec.pdf; Chantal Ismé et Viviane Michel, « Autochtones et minorités ethniques ou racisées face à la COVID-19 : deux réalités, même combat », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 25 (2021).

77 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, *Plan d'action national 2021 pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones disparues et assassinées : Mettre fin à la violence contre les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones*, (2021), fada2eplus-plandactionnational.ca/fra/1670511213459/1670511226843.

Lors de la collecte de données, d'autres problèmes de santé publique observés dans les communautés pendant la pandémie ont été mis en évidence : la gestion des chiens en liberté s'est parfois avérée difficile, et des morsures se sont produites lorsque ces animaux ont été davantage laissés à eux-mêmes pendant les périodes de confinement. En outre, la diminution des contacts sociaux a eu un effet particulièrement marqué chez certains groupes de la population : des problèmes de développement chez les enfants (p. ex. la socialisation et le langage) et une détérioration des capacités des aînés ont été constatés.

Le contexte de la pandémie est aussi associé à une augmentation des comportements néfastes, que ce soit envers soi-même ou autrui, qui sont alimentés par un climat d'insécurité et amplifiés par les conditions de confinement. En effet, plusieurs communautés ont signalé une incidence plus élevée d'infractions criminelles pendant la pandémie que les années précédentes, notamment de crimes contre la personne. La violence conjugale et familiale s'est avérée être une « pandémie de l'ombre », plusieurs pays ayant enregistré une augmentation de 25 à 30 % des cas signalés, en même temps que plusieurs services venant en aide aux personnes éprouvées ont été compromis et que le confinement les isolait davantage⁷⁸. Signe tragique de cette intensification, le nombre annuel de féminicides au Québec a doublé entre 2019 et 2021⁷⁹. Les femmes autochtones, qui sont trois fois plus susceptibles d'en être victimes que les femmes allochtones, étaient déjà touchées par ces violences de manière disproportionnée. Selon un sondage mené à l'échelle du pays en mai 2020, elles étaient près de deux fois plus nombreuses que les années précédentes à avoir subi une forme de violence de la part de leur conjoint au cours des trois derniers mois⁸⁰. La situation est d'autant plus préoccupante que plusieurs communautés ont affirmé qu'elles ne disposaient pas des ressources nécessaires pour soutenir ces femmes, notamment en mettant en place davantage de refuges, malgré les avertissements lancés dès le début de la pandémie concernant ces répercussions prévisibles.

L'augmentation de la consommation de substances telles que les drogues et l'alcool et des dépendances en général figure parmi les grands enjeux de santé occasionnés par la crise. L'augmentation accrue de la consommation, les nouvelles dépendances (certaines pouvant être liées à des difficultés d'accès aux substances habituelles en raison de la fermeture des communautés pour protéger la population du virus) et les rechutes constituaient des facteurs de risques importants, alors que les personnes déjà vulnérables se sont retrouvées dans une situation encore plus précaire, en plus de devoir composer avec une diminution des services, particulièrement les services de groupe⁸¹. Qui plus est, la pandémie a amplifié la crise des opioïdes, touchant les Premières Nations de façon disproportionnée : dans certaines provinces, les taux de décès par surdose d'opioïdes étaient jusqu'à trois fois plus élevés chez ces dernières que dans le reste de la population, et des données montrent que ces taux ont continué de grimper au cours des derniers mois⁸². On ne peut comprendre comment ces problèmes se sont intensifiés sans tenir compte des lourdes répercussions de la pandémie sur la santé mentale de la population, qui s'est trouvée altérée par des mois de bouleversements.

78 UN Women, *COVID-19 and ending violence against women and girls*, Nations Unies (2020), www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf.

79 Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilisation, *#Cestunféminicide : Comprendre les meurtres des femmes et des filles basés sur le genre au Canada en 2019* (2019), p. 28, femicideincanada.ca/cestunf%C3%A9minicide2019.pdf; Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilisation, *#CallItFemicide 2021 Report* (2021), p. 1, femicideincanada.ca/callitfemicide2021.pdf.

80 L'Association des femmes autochtones du Canada, *Fact Sheet: Violence Against Indigenous Women, Girls, and 2SLGBTQIA People in Canada* (2020), p. 1, www.nwac.ca/wp-content/uploads/2021/03/MMIWG-and-Violence-Fact-Sheet-Formatted-2021.pdf.

81 Canada, *La COVID-19 et les peuples autochtones : de la crise à un véritable changement*, p. 44.

82 Dennis C. Wendt et al., « Commentary on the impact of the COVID-19 pandemic on opioid use disorder treatment among Indigenous communities in the United States and Canada », *Journal of Substance Abuse Treatment* 121 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33097315.

4.2.2 L'autre pandémie : la crise en santé mentale

Tous s'accordent à dire que la pandémie a eu des effets dévastateurs sur le mieux-être de la population, au point que les troubles psychologiques qu'elle a générés ou amplifiés sont eux-mêmes qualifiés de pandémies, qui risquent de perdurer bien au-delà de celle de la COVID-19. L'anxiété, le stress et la dépression affectent grandement les communautés et, à ce chapitre également, on constate des disparités importantes entre Autochtones et allochtones. Au printemps 2020, six Autochtones sur dix déclaraient que leur santé mentale s'était détériorée, et ils étaient presque deux fois plus nombreux que les allochtones à la qualifier de passable ou mauvaise⁸³. De plus, ils étaient trois fois plus susceptibles d'avoir des idéations suicidaires⁸⁴. Plusieurs communautés ont d'ailleurs été touchées par une nette augmentation des suicides ces dernières années. Les disparités existantes sont liées aux séquelles des violences coloniales et aggravées par un sous-financement chronique. Certaines mesures de santé publique, comme le confinement ou l'interdiction des rassemblements, ont aussi réactivé chez certaines personnes des traumatismes liés aux politiques coloniales⁸⁵. Par ailleurs, il est possible que les répercussions de la pandémie sur les taux de suicide soient observables ultérieurement, dans plusieurs mois ou années. Cet aspect demeure imprécis pour le moment, d'où l'importance de surveiller l'évolution et les facteurs de risque en ce sens⁸⁶.

Protéger les aînés

Les personnes âgées étant particulièrement vulnérables à la COVID-19, le taux de mortalité étant cinq fois plus élevé que la moyenne chez les plus de 80 ans⁸⁷, leur protection est devenue un mot d'ordre durant la pandémie. Cette question est d'autant plus vitale chez les Premières Nations, pour qui les aînés sont d'estimés gardiens de la culture et des traditions; la perte d'un aîné signifie souvent la perte irremplaçable de précieux savoirs. Par conséquent, on a assisté à un difficile exercice d'équilibre entre les mesures restrictives à mettre en place pour limiter les risques et la préservation du mieux-être des aînés⁸⁸. En effet, après les nombreux décès survenus dans les CHSLD⁸⁹ – qui ont par ailleurs amplifié la méfiance des aînés des Premières Nations envers ces établissements –, des directives très strictes ont été mises en place afin de limiter au maximum les contacts, particulièrement dans les milieux de vie pour aînés; toutefois, cela s'est fait aux dépens du mieux-être de ces derniers. L'isolement, le manque de stimulation et la privation de contacts humains ont constitué un lourd sacrifice, qui a eu des conséquences néfastes sur la santé mentale et les capacités des personnes âgées, mais qui a aussi montré leur grande résilience.

83 Paula Arriagada, Tara Hahmann, et Vivian O'Donnell, *Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19*, Statistique Canada (2020), p. 1-3, www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00035-fra.pdf?st=PZcP1p6j.

84 Association canadienne pour la santé mentale, *Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables*, Association canadienne pour la santé mentale (2020), p. 1, cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/FR_UBC-CMHA-COVID-19-Report.FINAL2_.pdf.

85 Mashford-Pringle et al., *Ce que nous avons entendu : peuples autochtones & COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada*.

86 Gouvernement du Québec, *Rallumer l'espoir : Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026* (2022), publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/.

87 Nations Unies, *Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées* (2020), p. 2, www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_french_0.pdf.

88 Mashford-Pringle et al., *Ce que nous avons entendu : peuples autochtones & COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada*.

89 À ce sujet, voir : Commissaire à la santé et au bien-être, *Le devoir de faire autrement. Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, Commissaire à la santé et au bien-être, (2022), www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Parte1_SP.pdf.

La succession de confinements et de déconfinements, l'isolement accru, la grande part d'inconnu, surtout lors des premières vagues, ainsi que la gravité potentielle de la maladie se sont accumulés faisant craindre le pire des scénarios. Les premiers cas de COVID-19 dans les communautés ont fortement marqué les esprits, en particulier ceux qui sont apparus durant les premiers mois de la pandémie. Certaines personnes sont devenues très craintives, surtout lorsqu'elles étaient plus vulnérables au virus, et ont radicalement limité leurs activités et leurs contacts sociaux, même lorsque la situation s'est améliorée. En effet, bon nombre de communautés ont noté un accroissement du nombre de demandes de soutien psychologique à mesure que la menace physique semblait diminuer. La santé mentale n'était pas une priorité dans l'urgence du début de la crise, alors que tout était mis en œuvre pour éviter la propagation de la maladie et ses conséquences potentiellement funestes; toutefois, elle est apparue au fil du temps comme l'un des principaux fléaux causés par le virus. Non seulement les organisations n'ont pas toujours été en mesure d'apporter tout le soutien nécessaire par manque de ressources, mais elles craignaient également de ne pas avoir pu joindre toutes les personnes qui en avaient besoin, tant au sein de la population que chez les intervenants qui la soutiennent.

Dans cette situation de crise, l'esprit communautaire a servi de bouée à laquelle se raccrocher. En effet, une étude a révélé que les participants autochtones ayant un fort sentiment d'appartenance à leur communauté étaient moins susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression⁹⁰. Néanmoins, la pandémie et les mesures sanitaires ont également eu un impact sur le réseau social et communautaire.

4.3 Les impacts socioculturels

Compte tenu du mode de propagation de la COVID-19, les rassemblements et les contacts sociaux de proximité sont rapidement devenus l'une des principales cibles des mesures de santé publique, qui les ont drastiquement limités. Pour les communautés des Premières Nations, tissées serrées et fondées sur de forts liens d'apparentement, ce type de mesure a été des plus éprouvants. La distanciation physique a séparé les familles, et les restrictions en matière de déplacements ont isolé davantage les personnes vivant en dehors de la communauté. Les interdictions de rassemblement et la fermeture des lieux de rencontre ont non seulement ravivé les blessures du passé, mais aussi fragilisé le tissu social. Bon nombre des activités communautaires qui permettaient aux gens de se retrouver (p. ex. le bingo, les tournois sportifs ou la cueillette de petits fruits) ont dû être suspendues ou modifiées. Leur reprise, pendant les périodes d'accalmie, a suscité autant de l'engouement qu'une certaine réserve, les gens étant à la fois enthousiastes de retrouver ce qui leur avait tant manqué et craignant de se faire contaminer.

Mieux inclure les Premières Nations vivant en milieu urbain

Les personnes vivant dans des centres urbains, qui représentent plus de 40 % de la population des Premières Nations au pays selon le dernier recensement⁹¹, se retrouvent souvent laissées pour compte, particulièrement en temps de crise. Nombre d'entre elles sont en situation de vulnérabilité socioéconomique et éloignées de leurs réseaux de soutien, en plus de faire face à un manque de services adaptés et adéquatement financés, les centres d'amitié étant bien souvent l'une des seules ressources à leur disposition⁹². Ainsi, plusieurs organisations des Premières Nations ont été freinées par des défis juridiques lorsqu'elles ont voulu offrir des services à leur population urbaine.

90 Chantal Burnett et al., « Spirituality, Community Belonging, and Mental Health Outcomes of Indigenous Peoples during the COVID-19 Pandemic », *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, n° 4 (2022), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35206662.

91 Statistique Canada, « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance », p. 13.

92 Paula Arriagada, Tara Hahmann, et Vivian O'Donnell, *Les Autochtones vivant en milieu urbain : Vulnérabilités aux répercussions socioéconomiques de la COVID-19*, Statistique Canada (2020), www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00023-fra.pdf?st=kdT3Jwc9; Canada, *La COVID-19 et les peuples autochtones : De la crise à un véritable changement*, p. 72-74.



Ainsi, les cérémonies et les pratiques culturelles, qui soudent la communauté tout en favorisant l'équilibre psychique de la population, ont été ébranlées. Bien que certains rituels, comme les chants au tambour, aient pu se poursuivre parce qu'ils respectaient les règles de distanciation ou se prêtaient au format virtuel, d'autres rituels, comme les tentes de sudation, sont devenus beaucoup plus complexes, voire impossibles à réaliser⁹³. Les rites de passage qui rassemblaient les membres des communautés, comme les mariages ou les funérailles, ont aussi été fortement touchés. L'impossibilité d'organiser les pratiques traditionnelles entourant le deuil, comme les veillées funèbres dans les maisons ou les funérailles réunissant un grand nombre de personnes, a été très difficile à vivre pour les familles, qui ont été privées du soutien nécessaire pour apaiser la douleur des derniers adieux.

« Ce sont des situations, je pense, qui ne se rattrapent pas [...]. Ça a été dur pour la communauté. »
– Une personne interrogée

La pandémie a donc touché la population de multiples façons, générant des bouleversements structurels aux impacts nombreux, fragilisant la santé et le mieux-être des personnes et ébranlant les pratiques au cœur des liens sociaux. Dans ce contexte de crise, il est devenu aussi crucial que difficile de servir le mieux possible cette population fragilisée.

93 Ismé et Michel, « Autochtones et minorités ethniques ou racisées face à la COVID-19 : deux réalités, même combat », p. 120.

5. ÉTEINDRE DES FEUX: LES ENJEUX DE LA PRESTATION DE SERVICES EN SITUATION DE PANDÉMIE

Les professionnels de la santé et des services sociaux, qui se sont retrouvés en première ligne de la crise, ont dû adapter d'urgence leurs services en fonction de l'évolution rapide de la situation, et intégrer les pratiques de santé publique désormais centrales dans la lutte contre la pandémie. Dans l'action, plusieurs défis ont émergé. Les résultats du questionnaire en ligne indiquent que les défis liés aux ressources humaines ont été les plus fréquents (77 %), suivis des défis liés à la gestion des mesures de santé publique (63 %) et des défis liés aux ressources financières ou aux infrastructures et ressources matérielles et technologiques (37 %).

5.1 Prévenir et contrôler les infections : la priorité

Dans l'organisation des services offerts à la population, la prévention de la propagation de la COVID-19 et la limitation des risques associés à la maladie sont devenues des priorités. Malgré un quotidien déjà surchargé, les intervenants et les administrations des Premières Nations ont dû apprendre à jongler avec les nouvelles mesures, à effectuer leur travail de façon sécuritaire malgré des conditions qui n'étaient pas toujours optimales, et s'assurer que les meilleures pratiques et ressources sont en place pour lutter efficacement contre la pandémie.

5.1.1 Gérer la surabondance : les directives de santé publique

Pendant la pandémie, la gestion des mesures de santé publique s'est avérée être un défi de taille. Le virus, instable par nature et difficile à comprendre et à contrôler, a donné du fil à retordre aux spécialistes de la santé publique appelés à formuler des recommandations pour tenter de limiter sa propagation aussi bien que les dommages collatéraux. En conséquence, les professionnels des communautés ont dû composer avec de multiples directives, émises puis modifiées à un rythme très rapide. La pression était d'autant plus forte que la compréhension et la mise en œuvre adéquates de ces directives étaient d'une importance vitale, car ces mesures avaient un impact considérable sur l'atténuation de l'épidémie, particulièrement avant l'arrivée d'un vaccin efficace⁹⁴. La tâche était si lourde qu'il a fallu affecter du personnel à temps plein pour recenser les directives et leurs nombreuses mises à jour – quotidiennes, voire plus fréquentes –, les lire, les comprendre correctement, en discuter avec les instances de santé publique, au besoin, réviser les protocoles et règlements, préparer les communications et répondre aux questions.

« C'était des heures et des heures et des heures de travail. »

– Une personne interrogée

« On avait un gros volume de lectures à faire chaque jour. On finissait vraiment tard, mais on était à la fine pointe. Je pense que maintenant, on est toutes rendues expertes en santé publique ! »

– Une personne interrogée

Beaucoup ont déploré le manque de personnel pour effectuer ces tâches, qui s'ajoutaient aux tâches courantes, ainsi que le manque de centralisation de l'information, qui provenait de diverses sources et qui était acheminée à plusieurs personnes qui ne l'interprétaient pas toujours de la même manière. Cette situation a parfois mené à l'application inadéquate d'une mesure, créant de la frustration chez les personnes induites en erreur. Par exemple, on a rapporté que certains centres de la petite enfance, qui avaient mal interprété les directives, continuaient de demander une contribution aux parents dont les enfants étaient absents en raison de la COVID-19. D'ailleurs, les intervenants locaux ont souvent fait appel aux

94 Thomas N. Vilches et al., « Impact of non-pharmaceutical interventions and vaccination on COVID-19 outbreaks in Nunavut, Canada: a Canadian Immunization Research Network (CIRN) study », *BMC Public Health* 22, n° 1 (2022), bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13432-1.

organismes régionaux de l'APNQL afin d'y voir plus clair. Il fallait aussi composer avec les variations selon le type de milieu, le palier d'alerte (identifié par un code de couleur associé au niveau de risque et aux mesures à prendre) ainsi que l'ordre de gouvernement qui émettait la recommandation. La situation était particulièrement complexe pour les communautés voisines d'une autre entité géographique, où les gens travaillent et recourent à des services dans plus d'une région ou d'une province, et où plusieurs régimes réglementaires se chevauchent.

Bien souvent, l'abondance de nouvelle information a donné lieu à des incohérences et à des contradictions, fragilisant du même coup la confiance de la population qui, confuse, se tournait parfois vers d'autres sources d'information tout en critiquant sévèrement les autorités sanitaires. Pour certains sujets, cette surabondance d'information côtoyait une absence d'information, et l'état des connaissances ne permettait pas toujours de répondre aux interrogations. De plus, il s'est avéré parfois difficile de justifier auprès de la population concernée les fréquents changements de consignes, motivés par un grand nombre de facteurs épidémiologiques, politiques et sociaux. Comment expliquer que les directives relatives à la quarantaine des personnes malades passent successivement de quatorze jours d'isolement à dix jours, puis à cinq jours, et enfin, en fonction des symptômes ? Les personnes pour qui la stabilité est un important facteur de mieux-être ont été passablement éprouvées par ces changements successifs.

« C'est difficile de faire comprendre à quelqu'un quelque chose qui est invisible. Ça a été un grand défi. »
– Une personne interrogée

D'ailleurs, l'approche gouvernementale a été critiquée, car elle imposait la plupart du temps des directives descendantes adoptées sans consultation préalable et sans considération pour les particularités locales. Par conséquent, les Premières Nations se sont souvent retrouvées à devoir appliquer des mesures mal adaptées à leurs réalités, avec une marge de manœuvre limitée, voire inexistante⁹⁵.

« Il y a certaines choses pour lesquelles les gens disaient : "C'est pas nous, ça... C'est pas nous." Comme le fait d'être confiné dans la maison, c'en était une. [...] Certains aspects de la communauté, ces directives-là n'en tiennent pas compte, et je pense qu'un moment donné il va falloir se pencher là-dessus. Je ne veux pas aller contre les lois, mais il va falloir trouver une façon de voir les choses et de faire les choses pour que ça soit légitime, que ça réponde aux besoins, à la culture des gens, aux réalités des gens. »
– Une personne interrogée

Cette non-prise en compte des réalités locales a été particulièrement fâcheuse dans le cas des communautés anglophones, qui ont eu du mal à accéder dans des délais raisonnables à la traduction anglaise des directives. Bien que la situation, déjà décriée en début de pandémie⁹⁶, se soit améliorée au fil du temps, d'importantes difficultés ont continué d'entraver l'accès équitable à de l'information cruciale, mettant ainsi en péril la sécurité des populations concernées. Les communautés anglophones ont donc dû consacrer un temps précieux à des demandes répétées au gouvernement et, en attendant de recevoir les documents, recourir à des solutions imparfaites, telles que la traduction à l'interne, qui demandent beaucoup de temps, ou l'adaptation des mesures mises en place dans les provinces anglophones voisines, avec les problèmes d'équivalence que cela comporte. Pour lutter efficacement contre la pandémie, il ne suffit pas de disposer d'information de qualité, il faut aussi avoir accès au matériel nécessaire.

95 Jean-François Savard et Christian Rock, « Les communautés autochtones et la COVID-19 : des solutions modernes ancrées dans le respect de la culture et des traditions », *A+, le carrefour des acteurs publics* 7, n° 1 (2020) : p. 3.

96 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*.

5.1.2 Se protéger efficacement : infrastructures, équipement sanitaire et tests de dépistage

Dans plusieurs communautés, le manque important de locaux évoqué précédemment a eu une incidence sur le déploiement d'infrastructures sanitaires essentielles en contexte de pandémie. La mise sur pied d'un centre de confinement, d'une clinique de dépistage ou d'un lieu d'hébergement d'urgence pour les personnes en situation d'itinérance n'a pas été une mince affaire, tout comme la mise en œuvre de mesures visant à favoriser la distanciation ou la séparation des espaces en zones dites « chaudes » ou « froides ». Compte tenu du fait qu'il y avait peu de locaux vacants ou suffisamment grands ou qu'il n'y en avait pas du tout, il a fallu recourir à diverses techniques, comme la demande de locaux moins utilisés ou occupés par des services moins essentiels, la location ou l'achat de nouveaux espaces (p. ex. des unités mobiles) ou le transfert de personnes vers d'autres localités. En outre, certaines communautés ont été frappées par des sinistres, comme des incendies, réduisant encore davantage l'espace disponible. Tous ces éléments sont venus s'ajouter aux préoccupations exprimées dans l'ensemble du réseau québécois, notamment l'éventuelle pénurie de lits pour les patients. De ce fait, des organismes comme la Croix-Rouge en ont fait parvenir aux communautés qui en nécessitaient davantage.

Pour ce qui est du matériel sanitaire, comme l'équipement de protection individuelle ou les produits de désinfection, il a fallu composer avec d'importantes pénuries – surtout lors de la première vague –, une situation qui s'est également produite un peu partout dans le monde étant donné la hausse drastique de la demande en très peu de temps. Cependant, le manque de préparation du MSSS, qui ne disposait pas d'une réserve adéquate ni d'un système d'approvisionnement efficace, a vraisemblablement aggravé le problème⁹⁷. Les communautés ont finalement pu avoir accès à la réserve de SAC qui, de manière générale, a bien répondu à la demande. En effet, de mars 2020 à janvier 2021, le ministère a traité 1 622 demandes d'équipement de protection individuelle à l'échelle du pays dans un délai moyen de dix jours civils⁹⁸. Plusieurs communautés ont affirmé avoir reçu tout l'équipement nécessaire après les pénuries des premiers mois. Toutefois, l'éloignement de certaines communautés semble avoir occasionné des délais pendant une plus longue période, de même que des problèmes d'approvisionnement pour des produits particuliers, notamment l'oxygène nécessaire à l'évacuation des personnes malades vers des établissements de santé situés dans d'autres régions. Plusieurs communautés ont également signalé ne pas avoir su assez rapidement à qui s'adresser pour les demandes d'équipement, et il leur a fallu un certain temps pour mettre en place une procédure efficace. Dans l'intervalle, certaines ont dû s'équiper à fort prix auprès de fournisseurs privés, faute d'être suffisamment renseignées sur les ressources à la disposition de leur établissement. Par ailleurs, les communautés se sont regroupées afin d'optimiser le processus d'approvisionnement, notamment par le biais du W8banaki.

97 Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mai 2022* (2022), p. 114, www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/183/vgq_mai2022_complet_web.pdf.

98 Bureau du vérificateur général Canada, *Pandémie de COVID-19, Rapport 11: Ressources en santé pour les collectivités autochtones – Services aux Autochtones Canada*, Rapport de l'auditeur indépendant (2021), p. 11, www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202105_02_f_43840.html.

Nombre d'entre elles ont également déployé des efforts d'organisation pour mettre en œuvre des programmes locaux de dépistage, travaillant de pair avec les partenaires gouvernementaux afin d'avoir sur place des appareils de dépistage comme GeneXpert ou ID NOW. Cela a permis d'améliorer l'accès au dépistage et de réduire les risques d'exposition au virus en évitant aux gens de se déplacer à l'extérieur de la communauté, mais aussi d'obtenir les résultats beaucoup plus rapidement, les délais passant de plusieurs jours à quelques heures seulement. Selon un rapport interne de SAC, au printemps 2021, 15 communautés des Premières Nations au Québec ont été en mesure d'effectuer le dépistage à l'échelle locale. Le déploiement des tests de dépistage rapide plus tôt en 2022 s'est également bien déroulé, si l'on exclut les premiers mois marqués par une pénurie similaire de matériel sanitaire.

Des collaborations fructueuses ont également été établies entre divers établissements d'une même communauté, par exemple entre le centre de santé et la résidence pour aînés, qui se sont partagé efficacement les tâches de dépistage et de suivi des contacts. D'ailleurs, certains employés ont reçu du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la région une formation pour effectuer eux-mêmes les enquêtes épidémiologiques après la détection de cas. Un suivi étroit, fondé sur une connaissance fine de la communauté, a probablement permis d'éviter plusieurs éclosions de plus grande ampleur. En cours de route, un allié de taille s'est ajouté à l'ensemble de ces mesures de prévention : la vaccination.

W8banaki, la force d'une action coordonnée

Fort d'une expertise en gestion des urgences, le W8banaki a collaboré avec SAC pour fournir aux communautés divers équipements et les soutenir dans leur planification d'urgence. Ainsi, un soutien a été apporté à la mise en place des mesures de santé publique, des guérites et des hébergements temporaires, et un approvisionnement efficace a été assuré : un peu plus d'un million d'équipements de protection individuelle et plus de 700 000 tests de dépistage rapide ont été livrés durant la pandémie. Ce mode de fonctionnement centralisé et fondé sur une coopération efficiente a facilité la mise en œuvre de divers moyens de protection dans les communautés.

5.1.3 Le tournant de la vaccination

À partir de la fin de 2020, la mise au point et la distribution d'un vaccin efficace contre la COVID-19 fut une source d'espoir sur toute la planète. Cette avancée scientifique, qui constituait une étape cruciale dans la lutte contre le virus, allait permettre de se doter d'un outil redoutable pour limiter les ravages de la maladie. Suivant les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), les Premières Nations se sont vu accorder la priorité pour le déploiement du vaccin, une décision qui contrastait avec la longue tradition de marginalisation des Premiers Peuples en matière d'immunisation, mais qui n'a été prise qu'à la suite de pressions soutenues exercées par les Premières Nations sur les gouvernements⁹⁹. Cet historique d'infériorisation au sein du système de santé, s'ajoutant aux traumatismes intergénérationnels des expérimentations médicales et autres traitements non éthiques subis par les Autochtones, a contribué à générer chez certains d'entre eux une hésitation face au vaccin, également alimentée par des craintes relayées dans l'ensemble de la population, notamment concernant la rapidité de développement du sérum¹⁰⁰. Par conséquent, la priorisation des Premières Nations

99 Sean Hillier et Elias Chaccour, « Canada: Indigenous health governance during Covid-19 », dir. Minority Rights Group International, *Minority and Indigenous Trends 2021: Focus on Covid-19* (2021), p. 79, minorityrights.org/wp-content/uploads/2021/06/Minority-and-Indigenous-Trends-2021.pdf.

100 Concernant l'hésitation vaccinale chez les Autochtones, voir entre autres : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, « Hésitation à la vaccination chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis », (2021), www.ccnsa.ca/525/H%C3%A9sitation_%C3%A0_la_vaccination_chez_les_Premi%C3%A8res_Nations,_les_Inuits_et_les_M%C3%A9tis_nc-cih?id=322; Funnell, Hayes, et Stout, *Susciter la confiance à l'égard du vaccin chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en période de COVID-19*; Noni E. MacDonald et al., *Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada*, Société royale du Canada (2021), rsc-src.ca/sites/default/files/VA%20PB_FR_1.pdf; Mosby et Swidrovich, « Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada ».

a suscité une certaine méfiance chez ceux qui redoutaient d'être les sujets des expérimentations de cette nouvelle médecine, mais elle a aussi provoqué un grand enthousiasme chez d'autres.

« Je me rappelle, au début, quand ils parlaient de l'arrivée des premiers vaccins [...] c'était quasiment de l'or qui s'en venait ! Le premier ministre débarque [dans la communauté] [...] c'était un coffre d'or, sécurisé : on avait mis une génératrice pour protéger le frigo pour ne pas perdre ces éléments-là [...]. Je me rappelle du line-up qu'il y a eu, il faisait froid, ça n'avait pas de bon sens ! C'était comme dans un show, Metallica était [dans la communauté] ! Ils ne voulaient pas manquer leur dose. »
– Une personne interrogée

D'un océan à l'autre, les communautés autochtones ont usé de diverses stratégies pour encourager l'adhésion à la vaccination, qu'il s'agisse de concevoir des outils communicationnels pour fournir de l'information pertinente sur les vaccins au moyen de sites Web, d'affiches ou de webinaires, ou de mettre en place des cliniques de vaccination locales et culturellement appropriées¹⁰¹. Plusieurs communautés au Québec ont mis sur pied des campagnes de promotion de la vaccination, et se sont mobilisées pour joindre le plus grand nombre de personnes avec des concours, des équipes mobiles déployées lors d'événements, des cliniques de vaccination de masse, la mobilisation des aînés ainsi que des communications de toutes sortes qui ont permis d'atteindre des taux de vaccination globalement satisfaisants, comme en témoignent les données vaccinales présentées dans le présent bilan. La mise en place de cliniques locales dans les centres de santé et d'autres établissements, comme les résidences pour personnes âgées, a également été considérée comme étant particulièrement efficace ; de manière générale, la collaboration avec les CISSS/CIUSSS et les infirmières de SAC s'est fort bien déroulée. Malgré les critiques et la crainte de manquer de personnel, certains milieux de soins ont instauré des politiques de vaccination obligatoire pour leur personnel afin de protéger les bénéficiaires, comme le préconisaient les directives du MSSS. Même si certaines communautés ont eu du mal à atteindre des taux d'immunisation suffisants, ou si l'adhésion a varié dans le temps ou selon le groupe d'âge, la vaccination a été majoritairement perçue comme une réussite des Premières Nations. Beaucoup y ont vu une contribution qu'ils pouvaient enfin apporter pour protéger la communauté, après des mois à se sentir impuissants devant les événements. Par ailleurs, certains ont déploré le racisme et la discrimination que les Premières Nations ont subis en raison de leur accès prioritaire aux vaccins, le percevant comme un privilège injustifié.

Au-delà des difficultés d'acceptabilité sociale, certains défis administratifs se sont présentés, notamment en ce qui concerne l'identification des membres du personnel aptes à faire les injections, la reconnaissance des communautés en milieu urbain comme populations prioritaires – la réglementation privilégiant plutôt les communautés éloignées – ainsi que la possibilité d'inclure dans les programmes d'immunisation les personnes vivant hors communauté. Toutefois, la plupart de ces questions ont pu être résolues après quelque temps.

Tout comme les autres mesures de santé publique, la vaccination s'est trouvée au premier plan des préoccupations de la population et des administrations. Pour les travailleurs, elle s'ajoutait à leur lot de tâches normales, qu'ils devaient continuer d'assumer.

5.2 Servir la population coûte que coûte

Dans cette situation de crise sanitaire, les organisations ont dû se réinventer pour continuer à offrir leurs services. Cela s'est fait non sans pression sur les ressources, parfois jusqu'à la limite du soutenable.

101 Funnell, Hayes, et Stout, *Susciter la confiance à l'égard du vaccin chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en période de COVID-19*, p. 10-11; Keith D. King et al., « Practice report: an Alberta Metis model for COVID-19 vaccine delivery », *Canadian Journal of Public Health* 113, n° 1 (2022) : p. 81, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34988925.

5.2.1 S'adapter à l'urgence : réorganiser l'offre de services

La pandémie a eu des impacts très concrets sur les services offerts par les organismes et les établissements des Premières Nations. Parmi les répondants au questionnaire en ligne, seuls 11 % ont affirmé que leurs services n'avaient pas été touchés. Dans 83 % des cas, les services ont dû être adaptés au nouveau contexte, et dans 43 % des cas, les services ont dû être abandonnés pendant un certain temps, avant de reprendre. Toutefois, les services ayant dû être abandonnés qui n'ont pas repris depuis comptent pour seulement 6 % des cas, ce qui montre que l'interruption était temporaire la plupart du temps. Plusieurs ont mentionné les efforts colossaux des équipes pour éviter les interruptions de service dans la mesure du possible, et il semble que de façon générale, les organisations ont été en mesure de maintenir les services essentiels pour la population tout au long de la pandémie.

« Nous avons pu maintenir nos services essentiels, nous avons dû sortir des sentiers battus et prendre des mesures pour offrir à nos clients les services qu'ils méritaient. »
– Une personne interrogée

La situation a été particulièrement difficile pour les établissements qui ont été submergés par une forte hausse de la demande de soutien, tels que les centres de traitement ou les maisons d'hébergement pour victimes de violence conjugale, dont la clientèle a augmenté en raison des répercussions sociales de la pandémie¹⁰². Les établissements de santé ont été parmi les plus touchés, se retrouvant en première ligne de la réponse à la pandémie, ce qui a entraîné une explosion des tâches à accomplir, alors que les employés étaient parmi les plus exposés au virus. Plusieurs initiatives d'intensification des capacités ont dû être mises en place afin de suivre la cadence, comme le report de soins non urgents, la réaffectation de travailleurs ainsi que le recours à d'anciens employés ou à des agences privées¹⁰³.

Les besoins étant désormais dictés par l'urgence des impératifs de la COVID-19, des restructurations internes ont dû être opérées afin de répartir les nouvelles tâches (p. ex. la vaccination, le dépistage et les enquêtes épidémiologiques), tout en essayant d'assurer la continuité des services. Les infirmières en santé communautaire, par exemple, se sont chargées du volet de la santé publique, et les horaires ont été réaménagés de manière à tenir compte de l'absence de certains collègues. Certains programmes ont toutefois dû être délestés, la prévention figurant parmi les secteurs les plus touchés. Plusieurs intervenants ont souligné avoir dû mettre de côté, au moins pour un temps, la plupart de leurs services préventifs, tels que le suivi de maladies chroniques, le dépistage de maladies autres que la COVID-19, la vaccination en milieu scolaire, la santé maternelle et infantile ainsi que les programmes de saines habitudes de vie. Le rattrapage s'annonce long et ardu, et les files d'attente n'ont cessé de s'allonger. Nombreux sont ceux qui s'inquiètent aujourd'hui des répercussions futures de cette interruption des programmes préventifs, qui jouent un rôle fondamental dans la réduction de l'apparition ou de l'aggravation de problèmes de santé.

« On ne faisait plus de prévention et promotion, ce n'était plus une priorité; on était vraiment dans l'action, dans l'intervention. Tout le monde était déployé vers la pandémie, vers les soins d'urgence, vers la clinique, les soins courants. [...] Tout ce qui était urgent, on le gérait, mais tout ce qui était non-urgent, on le mettait en stand-by. On a eu à faire beaucoup de rattrapage. »
– Une personne interrogée

Pour préserver un maximum de services tout en réduisant les contacts et en s'efforçant de ne pas sursolliciter le personnel, l'adaptation est devenue le mot d'ordre. Parmi les changements apportés, on compte la transition vers des services à distance (en ligne ou par téléphone), dans la mesure du possible,

¹⁰² Battered Women's Support Services et BC Association of Aboriginal Friendship Centres, *The Road to Safety: Indigenous Survivors in BC Speak Out against Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic*, BWSS, BCAAFC (2022), p. 9-11.

¹⁰³ Institut canadien d'information sur la santé, *L'expérience des dispensateurs de soins durant la pandémie de COVID-19* (2022), www.cih.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-point-de-mire-y-compris-le-personnel-infirmier-et-les-0#:~:text=En%202020%2D2021%2C%20le%20personnel,rapport%20%C3%A0%20l'ann%C3%A9e%20pr%C3%A9sente.

la mise en place de services de livraison limitant les contacts, le passage à des cliniques sur rendez-vous seulement ainsi que la réduction du soutien à domicile, désormais orienté uniquement vers les soins essentiels. Plus particulièrement, les services nécessitant des contacts prolongés (p. ex. les visites à domicile, les groupes de soutien ou certaines activités communautaires) ont dû être repensés. La survenue d'une éclosion entraînait quant à elle l'arrêt immédiat de plusieurs services, jusqu'à ce que la situation soit rétablie. Bien que préférable à leur suspension complète, la réorganisation des services a causé divers problèmes, tels que la perte de certains liens avec la clientèle, la frustration ou l'incompréhension de la population ainsi que des problèmes liés à la qualité des services offerts.

Dans les organismes régionaux de l'APNQL, il a également fallu revoir les priorités en fonction des nouveaux besoins des communautés. Plusieurs ateliers ou formations ont été suspendus, et les interventions sur le terrain, essentielles dans certains cas, sont devenues difficiles en raison des restrictions de déplacement. Certains projets jugés moins prioritaires ont été reportés, et la mise en œuvre de certaines initiatives régionales, qui reposaient sur la consultation en personne de diverses instances locales, a dû être reportée. Il a fallu élaborer de nouvelles approches et procédures, mais aussi de nouvelles expertises pour répondre aux préoccupations émergeant du contexte pandémique.

« On a dû devenir experts de sujets auxquels on n'était pas nécessairement confrontés normalement. [...] Je n'ai jamais vu dans ma carrière de moment où est-ce qu'on doit se revirer aussi rapidement que ça, et être capable de répondre aussi rapidement à des situations complètement nouvelles, pour lesquelles on n'avait pas vraiment de référent non plus. [...] Quand on prend un peu de recul et qu'on pense à ça, on se dit : "mon doux" ! L'intensité de tout ça était quand même très élevée. »
– Une personne interrogée

Pour réussir à surmonter cette série de changements rapides et parfois déroutants, un bon soutien s'est avéré être un élément essentiel. La grande majorité des répondants du questionnaire en ligne (89 %) ont indiqué avoir reçu tout le soutien et le matériel dont ils avaient besoin pour faire face à la pandémie, ce qui démontre que d'importants efforts ont été déployés de la part des organismes partenaires pour épauler les communautés durant la crise. Par exemple, les COR de l'APNQL ont joué un rôle majeur dans la défense des intérêts des Premières Nations auprès des gouvernements, la transmission d'information aux communautés ainsi que la création de lieux d'échanges virtuels¹⁰⁴. Pour beaucoup, la pandémie a mis en lumière l'importance d'un bon réseau de soutien, mais certains ont mentionné qu'ils auraient aimé être mieux outillés en ce qui concerne les demandes de financement, les commandes de matériel ou la mise en place de protocoles. La portée de l'accompagnement s'est aussi élargie, le soutien technique et le soutien psychologique s'entremêlant lors de discussions sur des situations parfois émotives. Le poids de cette nouvelle réalité a pesé lourd sur les épaules du personnel.

5.2.2 Travailler en contexte de pandémie : entre surcharge et don de soi

Le constat est unanime : la pandémie a occasionné un surcroît de travail et des conditions de travail plus difficiles dans presque tous les domaines. Les participants au questionnaire en ligne, issus de différents secteurs, ont évalué en moyenne à huit sur dix (dix étant la note la plus élevée) leur charge de travail durant la crise. Cette perception s'explique par divers facteurs, notamment l'accroissement de la tâche (p. ex. les nouvelles obligations liées à la santé publique, la multiplication des rencontres et d'autres tâches administratives), les délais serrés et la gestion des urgences, l'importance des responsabilités décisionnelles et la forte charge émotionnelle. Beaucoup se sont investis sans compter les heures, dépassant largement leurs heures normales de travail, parce qu'ils savaient à quel point le travail qu'ils accomplissaient pouvait être capital.

¹⁰⁴ Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*, p. 13.

« Tu voulais sauver la population, tu travaillais sept jours sur sept. [...] Des fois, on se sent tout seul quand on gère tout ça. C'est une première. »

– Une personne interrogée

« On était toujours là. On a dépassé nos limites, nos capacités. [...] Se faire appeler en dehors des heures, bien tu prends l'appel, tu vas répondre, tu vas faire une petite recherche, un petit courriel, quelque chose, et ça, ce n'est pas comptabilisé, mais ça reste que ça fait un impact au niveau des communautés et une différence, de savoir qu'il y avait au moins quelqu'un qu'ils pouvaient appeler, et du soutien, que quelqu'un allait répondre quand personne de leur côté n'avait de réponse. »

– Une personne interrogée

Les heures supplémentaires, déjà fréquentes dans le secteur de la santé, ont atteint de nouveaux sommets durant la pandémie. En 2020-2021, les travailleurs de la santé à l'échelle nationale ont cumulé plus de 18 millions d'heures supplémentaires, une hausse de 15 % par rapport à l'année précédente et l'équivalent de 9 000 emplois à temps plein. Cette situation a eu un impact sur leur mieux-être : selon une enquête de Statistique Canada, plus de neuf infirmières sur dix ont déclaré vivre plus de stress au travail qu'avant la pandémie¹⁰⁵. Bon nombre d'employés de tous les secteurs ont connu une plus grande détresse ces dernières années, les difficultés professionnelles s'ajoutant aux soucis personnels.

« Ce ne fut pas facile, je ne crois pas pouvoir me remettre à 100 % de cette pandémie. »

– Une personne interrogée

« Cela a été une expérience très difficile, nous avons dû rester calmes et prendre soin de nous, mentalement et physiquement. »

– Une personne interrogée

La fatigue causée par les longues heures de travail s'est ajoutée au stress de la performance et à l'inquiétude de contracter ou de transmettre la maladie. Pour ceux dont le travail ne pouvait être effectué à la maison, le travail sur place a suscité beaucoup d'appréhensions, particulièrement lors des premières vagues, alors que le virus – encore méconnu – représentait l'une des menaces les plus anxiogènes. Inversement, ceux qui ont fait l'expérience du télétravail ont connu d'autres types de difficultés, notamment l'isolement, la conciliation travail-famille, la difficulté de s'adapter à un paradigme complètement nouveau, les multiples rencontres en ligne, ou encore l'affaiblissement du lien avec les collègues. Dans ce contexte, la gestion des ressources humaines a souvent été un véritable casse-tête, entre l'élaboration de procédures pour assurer la protection du personnel, l'offre de formations pour introduire de nouvelles pratiques, l'intégration de nouveaux employés à distance ainsi que l'adaptation à une mobilité accrue du personnel.

Le manque d'effectifs, qui était déjà important dans certains domaines et que la crise a aggravé, est devenu une véritable problématique pour les organisations, que ce soit pour les dirigeants qui ont dû trouver des solutions ou pour les employés qui en subissaient les contrecoups. Certaines personnes, épuisées et démotivées, ont choisi de quitter leurs fonctions ou ont été contraintes de cesser de travailler. Les remises en question découlant de la crise ont poussé des personnes à changer d'emploi. À toutes ces personnes se sont ajoutées celles qui ne pouvaient pas travailler temporairement, que ce soit à cause de la maladie ou de l'isolement obligatoire. De ce fait, en janvier 2021, près du cinquième des entreprises des Premières Nations au pays enregistraient des absences de personnel pour des raisons directement liées à la pandémie¹⁰⁶. Ce phénomène s'inscrit dans le contexte d'une pénurie nationale de main-d'œuvre, avec un nombre record de postes vacants – près d'un million au deuxième trimestre de 2022 – et un déficit particulièrement important

¹⁰⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *L'expérience des dispensateurs de soins durant la pandémie de COVID-19*.

¹⁰⁶ Conseil canadien pour l'entreprise autochtone, *Sondage sur la COVID-19 dans les entreprises autochtones – Phase II: Rapport sur l'identité autochtone*, Conseil canadien pour l'entreprise autochtone (2021), p. 8, www.ccab.com/wp-content/uploads/2021/11/indigenous_identity_report_french_v07.pdf.

dans le secteur des soins de santé¹⁰⁷. Dans certaines communautés, les milieux de soins ont parfois dû faire appel à l'aide extérieure de la Croix-Rouge ou des réseaux gouvernementaux, eux aussi débordés. Cependant, l'adversité a eu pour effet de renforcer la cohésion des équipes de travail, et c'est bien souvent cette solidarité, forgée à coup d'épreuves, qui leur a permis de persévérer.

« Pendant le pire de la crise, entre infirmières, on s'en parlait et c'est arrivé qu'on en a entendu : "Moi, je suis prête à quitter, je ne suis plus capable". Mais on a réussi à se mobiliser, à se serrer les coudes. On se parlait beaucoup au début : "Là, c'est comme dans l'armée. On va vivre ça dur, mais il faut se serrer les coudes ! Parce que s'il y en a un qui lâche, toute l'équipe tombe." »
– Une personne interrogée

Pour soutenir les travailleurs dans cette nouvelle réalité, les communautés devaient avoir à leur disposition les moyens nécessaires pour s'adapter à la crise.

5.2.3 Les ressources financières et technologiques : des leviers indispensables

En mars 2020, le gouvernement du Canada a annoncé la création d'un fonds d'urgence de 82 milliards de dollars pour aider les collectivités à faire face à la pandémie. De ce montant, 305 millions de dollars ont été alloués au nouveau Fonds de soutien des communautés autochtones destiné à répondre aux besoins spécifiques des Premières Nations, des Inuit et des Métis. Or, beaucoup y ont vu le prolongement du sous-financement chronique qui touche les communautés et qui contribue à creuser l'écart avec le reste de la population. Dans le contexte de la pandémie, le manque de ressources financières peut avoir d'importantes répercussions sur la capacité des communautés à limiter la propagation du virus et à en atténuer les dommages collatéraux¹⁰⁸. Certaines d'entre elles ont déploré s'être retrouvées en situation déficitaire et avoir eu du mal à rencontrer les exigences en matière de santé publique, qui étaient assorties d'un coût parfois important à défrayer que le financement ne couvrait pas toujours adéquatement.

Néanmoins, le gouvernement a par la suite alloué quantité de nouveaux fonds, qui ont généralement suffi à combler les besoins. En effet, la plupart des intervenants rencontrés ont signalé que les sommes reçues étaient suffisantes, et certaines organisations se sont même retrouvées en situation de surplus budgétaire. Cependant, à mesure que des fonds supplémentaires étaient octroyés, la gestion administrative de ces nouvelles ressources est devenue de plus en plus complexe. Il était très laborieux pour les personnes responsables de ce dossier de suivre les nouvelles annonces, de comprendre qui était admissibles et pour quels besoins, quels montants étaient accordés et comment ils étaient distribués, sans compter le temps passé à rédiger les demandes et à faire les rapports. Beaucoup ont critiqué la lourdeur des procédures entourant le financement, notamment la fluctuation des dépenses admissibles, le manque de clarté dans les critères d'admissibilité, le caractère inadéquat du processus d'appel de propositions en temps de crise, l'approche de guichet unique nécessitant un effort de coordination supplémentaire, la reddition de comptes pour les fonds d'urgence séparément des fonds ordinaires, la confusion quant aux possibilités de prolongation ainsi que la rigidité de certains cadres de financement. D'autres ont dénoncé les délais parfois longs, considérant l'urgence de la situation, qui mettaient les communautés dans la position délicate de devoir engager des dépenses essentielles sans être certaines d'obtenir les fonds nécessaires. Enfin, les possibilités de financement fédéral n'étaient pas toujours compatibles avec les mesures prises par le gouvernement provincial. En effet, les établissements de soins des Premières Nations se sont retrouvés dans l'embarras lorsque des primes ont été annoncées pour les travailleurs de la santé du réseau provincial,

107 Statistique Canada, *Postes vacants, deuxième trimestre de 2022* (2022), www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220920/dq220920b-fra.pdf?st=8mHPADCf.

108 Stephanie R. Carroll et al., « Indigenous Peoples' Data During COVID-19: From External to Internal », *Frontiers in Sociology* 6 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869569.

avec lesquelles ils n'avaient pas les moyens de rivaliser. Dans un contexte de financement abondant, mais pas toujours facilement accessible ou adapté, certains ont dû faire preuve de créativité pour répondre aux besoins.

« On fait ce qu'on peut avec ce qu'on a. Je pense qu'on est habitués à étirer un sou. »
– Une personne interrogée

La transition massive vers le mode virtuel, nouvelle obligation d'une ère pandémique marquée par la distanciation, a également nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières et technologiques. Le télétravail, l'école à distance, les activités en ligne et même les soins virtuels sont devenus des impératifs pour poursuivre les occupations quotidiennes en limitant les risques. Toutefois, cette révolution a eu pour effet de creuser le fossé numérique, précarisant davantage ceux qui ne disposaient pas des infrastructures ou du matériel nécessaires. Cette réalité touche plus particulièrement les personnes habitant dans des collectivités éloignées, qui sont moins susceptibles d'avoir un ordinateur ou une connexion Internet fiable¹⁰⁹. Les personnes dont les connaissances numériques étaient limitées se sont également trouvées désavantagées par cette nouvelle situation. Pour beaucoup, la combinaison de barrières géographiques, socioéconomiques et linguistiques a entravé l'accès à ces outils désormais indispensables. Les organisations qui avaient déjà entamé ou achevé leur transition numérique ont reconnu l'avantage que celle-ci avait représenté pour elles en début de pandémie. Celles qui n'étaient pas adéquatement préparées à cette configuration – qui aurait été impensable quelques mois auparavant – ont dû ralentir momentanément leurs opérations, le temps de s'équiper de portables, de logiciels et d'autre matériel technologique, tout en tenant compte des pénuries qui accompagnent une hausse soudaine de la demande. À cela se sont ajoutés les obstacles structurels à la transition. Par exemple, on sait que le système de santé n'était généralement pas bien préparé à offrir des soins à distance et que cette situation a grandement limité le développement de la télésanté¹¹⁰. Qui plus est, le transfert massif d'information et d'activités vers le mode virtuel pose de nouveaux défis sur le plan de la cybersécurité; en effet, certaines communautés ont été la cible d'attaques informatiques et ont dû renforcer la sécurité de leurs systèmes.

Certains ont constaté que ce nouveau mode de fonctionnement avait eu pour effet de dépersonnaliser, voire déshumaniser les relations, car il laissait beaucoup moins place à la chaleur des échanges informels. En revanche, d'autres ont souligné les avantages qui en découlent : une accessibilité et une participation accrues, la distance ne constituant plus un obstacle, la réduction des frais de déplacement, l'amélioration du travail collaboratif grâce à de nouveaux logiciels et à de nouvelles plateformes de partage ainsi que l'accélération de la transition numérique dans les communautés, qui leur ouvre un nouveau champ des possibilités. Par ailleurs, la mise en œuvre dans les milieux de travail d'une approche dite hybride, combinant les avantages des modes virtuel et présentiel, constitue pour beaucoup une amélioration des conditions professionnelles.

Par conséquent, la tâche de continuer à offrir des services de qualité à la population, malgré tous les défis que la pandémie a engendrés relativement aux nouvelles pratiques de santé publique et de gestion des ressources, n'a pas été tâche facile. Quoi qu'il en soit, on a pu observer au sein des communautés des Premières Nations une ténacité et une entraide remarquables.

109 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec : Faits saillants – ERS 2015*, p. 5.

110 Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mars 2022* (2022), www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/181/vgq_mars-2022_complet_web.pdf.

6. GOUVERNER EN SITUATION DE CRISE : LES COMMUNAUTÉS S'ORGANISENT

Pendant les perturbations de la pandémie, les communautés et leurs organisations ont dû mettre en œuvre une série de stratégies et de nouvelles pratiques pour s'adapter à la situation, et surtout, pour protéger la population. De la gestion des mesures d'urgence aux multiples initiatives lancées pour apporter soutien, réconfort et secours aux gens, les Premières Nations ont démontré leur capacité à s'autogouverner, même dans les situations les plus déroutantes.

6.1 Apprivoiser l'inconnu : la gestion d'une crise pandémique

Non seulement la COVID-19 était une nouvelle maladie, mais la crise qu'elle a provoquée a atteint une intensité jamais connue auparavant. Les autorités des Premières Nations ont dû apprendre à naviguer dans l'inconnu en déployant des mécanismes d'intervention d'urgence d'une ampleur sans précédent, soutenues par un leadership fort, et en établissant de nouvelles collaborations pour les épauler, renouvelant à chaque geste l'exercice de leur autodétermination.

6.1.1 Les mesures d'urgence ou le principe de précaution

Dès les premiers jours de la crise, les communautés ont rapidement déclaré l'état d'urgence et mis en place des comités de mesure d'urgence pour coordonner leur réponse. Elles ont rassemblé des intervenants clés de la gestion de crise (p. ex. des directeurs de service, des élus et des professionnels de la santé) qui, sous la supervision d'un coordonnateur, ont été chargés d'analyser la situation, de formuler des recommandations sur les mesures à adopter et d'en orchestrer la mise en œuvre ainsi que de coordonner ces actions avec les autres paliers administratifs et comités¹¹¹. Conçus en tant qu'instances évolutives, les comités se sont adaptés en fonction de la situation, d'une communauté à l'autre et d'un mois à l'autre. Certains étaient dotés d'un pouvoir décisionnel plus important, alors que d'autres jouaient un rôle consultatif. Les rencontres, souvent très fréquentes au début de la pandémie (parfois quotidiennes), se sont espacées avec le temps, les changements de directives se faisant à un rythme moins soutenu. Les comités se sont souvent avérés être un espace d'échanges fructueux, après quelques ajustements de la part des membres, qui n'étaient pas toujours habitués à travailler ensemble aussi étroitement. Parfois, la charge de travail et la responsabilité décisionnelle qui leur incombaient étaient très lourdes à porter.

« Il faut parfois être à la fois médiateur, travailleur social, psychologue, médecin et policier ! »

– Une personne interrogée

« Tu avais cette lourdeur à dire oui ou non, et dire non, c'était crève-cœur. Ça, ça a été dur, comme décideur. Et là, des fois, tu remettais ça au conseil, tu avais la tête et le cœur qui se parlaient. »

– Une personne interrogée

De nombreuses personnes ont souligné qu'il était difficile, voire impossible, d'être suffisamment préparé à cette crise aux multiples imprévus et à l'ampleur inégalée. La province elle-même n'était pas suffisamment préparée à faire face à la pandémie et ne disposait d'aucun plan à jour¹¹². Pour les Premières Nations, qui n'ont pas à leur disposition autant de ressources que les États, le défi était colossal. Souvent, la gestion de la crise reposait sur quelques personnes qui devaient tenir à bout de bras de grandes responsabilités. Qui plus est, nombre de communautés en situation de sous-financement chronique ont été privées des

111 Savard et Rock, « Les communautés autochtones et la COVID-19 : des solutions modernes ancrées dans le respect de la culture et des traditions », p. 4.

112 Commissaire à la santé et au bien-être, *Le devoir de faire autrement. Partie 1: Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*.

infrastructures et des mécanismes nécessaires à une gestion adéquate des urgences¹¹³. Bien que plusieurs nouvelles sources de financement aient été créées, comme mentionné plus haut dans ce bilan, certains craignent que leur nature ponctuelle empêche de pérenniser les ressources mises en place au cours de la pandémie, et qu'il faille repartir à zéro lors de la prochaine crise.

Le niveau de préparation variait d'une communauté à l'autre, en fonction des capacités préexistantes et de l'historique en matière de gestion de crise. Par exemple, le fait d'avoir expérimenté une situation d'urgence (p. ex. une catastrophe naturelle) au cours des dernières années semble avoir constitué un atout. Presque toutes les communautés disposaient de plans de mesures d'urgence, conformément aux exigences de SAC, mais leur exhaustivité et leur pertinence étaient variables. Ainsi, bon nombre d'entre elles disposaient d'un plan pour les situations d'urgence en cas de sinistre, mais pas pour les situations d'urgence sanitaires. D'autres avaient un plan datant de la pandémie de grippe A (H1N1), aujourd'hui désuet. La pandémie a souvent mis en évidence l'importance d'avoir un plan et de le tenir à jour, mais dans l'urgence de la situation, l'action a souvent pris le pas sur la planification.

« Un plan, c'est bon s'il est à jour, et s'il est vivant. C'est bien beau se faire des plans, et après ça, ça prend les tablettes, et la poussière s'accumule, ça ne fonctionne pas. [...] Il faut s'assurer que les plans de mesures d'urgence sont toujours à jour, que les communautés peuvent compter sur l'expertise de personnes pour les faire. [...] Il faut qu'un accent soit mis sur la mémoire collective. [...] C'est sûr qu'on ne peut pas tout prévoir non plus, mais en même temps, plus tu es préparé, mieux ça va aller. »

– Une personne interrogée

« Il fallait trouver des solutions, qu'on se tourne sur un dix cents. [...] Tu as beau être prêt sur papier [...], je pense que c'est sur le terrain que ça se vit. »

– Une personne interrogée

Afin d'assurer la sécurité de leur population, les communautés ont déployé un ensemble de mesures assez restrictives, notamment la fermeture complète ou partielle de la communauté aux non-résidents, l'installation de guérites pour contrôler les allées et venues, la fermeture des services et des commerces non essentiels, l'imposition d'un couvre-feu, l'isolement obligatoire à l'entrée dans la communauté, la surveillance des lieux publics ainsi que des protocoles rigoureux dans les établissements de soins, en plus des autres consignes de santé publique comme la distanciation et la désinfection. Dans un souci de prudence, les Premières Nations ont instauré des mesures au moins aussi strictes que dans le reste de la province, et parfois plus, que ce soit par leur nature ou leur durée. De plus, il a fallu gérer à la fois l'application des mesures et leur levée afin de planifier un déconfinement approprié, en fonction du niveau de risque envisagé. Un sondage réalisé à l'été 2020 révélait que plus du tiers des répondants provenaient de communautés où des mesures plus strictes que celles imposées par le gouvernement du Québec avaient été mises en place, et que plus des trois quarts provenaient d'une communauté où l'accès était contrôlé¹¹⁴. Les guérites, perçues comme un symbole de souveraineté sur le territoire, ont toutefois engendré des complications pour ceux qui en assuraient le contrôle, notamment en ce qui concerne l'embauche du personnel nécessaire et la gestion des entrées et sorties, souvent au cas par cas. Elles sont devenues un gage de sécurité pour les communautés éloignées, et n'ont pour la plupart été complètement démantelées qu'en 2022. Toutefois, elles se sont avérées impraticables pour les communautés situées en zone urbaine en raison de l'importance des allées et venues dans ce contexte géographique. Par conséquent, ces communautés ont dû harmoniser leur réglementation avec celle des villes à proximité, tout en tentant de resserrer les mesures lorsque possible.

113 Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport 8 : La gestion des urgences dans les collectivités des Premières Nations — Services aux Autochtones Canada* (2022), www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_202211_08_f.pdf.

114 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*, p. 15.

« On voulait être plus sûr que moins. [...] Évitions d'avoir à dire dans le futur: "On aurait donc dû." Soyons plus restrictifs et on se fera critiquer, oui, mais on pourra espérer que notre population va être en sécurité, et qu'elle va passer au travers plus facilement. »
– Une personne interrogée

« On s'arrangeait pour ne jamais faire moins que la santé publique, on en faisait toujours plus que ce qu'ils recommandaient dans la communauté. Donc, ça aussi, ça a beaucoup aidé au niveau de la première vague pour éviter des éclosions. [...] On prenait tout le temps un peu d'avance sur le gouvernement. »
– Une personne interrogée

« La guérite, au début, il y en a qui ont réagi négativement parce qu'ils se sont sentis emprisonnés. Il y en a qui ont mentionné le pensionnat: "Ah non, ça me fait penser comme au pensionnat, on se sent pris". Ils n'aimaient pas ça. Un moment donné, quand il y a eu un sondage, on demandait aux personnes: «Pensez-vous que ça serait le temps qu'on enlève la guérite?» Les gens étaient hésitants parce qu'ils trouvaient que c'était réconfortant d'avoir une guérite. Ça les sécurisait. [...] Ça a été ambivalent comme sentiment envers cette guérite-là. »
– Une personne interrogée

L'ensemble de ces mesures a fini par peser lourd sur la population et a parfois été difficile à faire respecter. Le stress, la frustration et les inquiétudes de certaines personnes ont alimenté leurs critiques à l'endroit des décideurs et ont conduit, dans certains cas, à des transgressions. Si les intervenants s'entendent pour dire que la sensibilisation était leur premier recours, une approche plus contraignante s'est parfois avérée nécessaire lorsque la coopération n'était pas au rendez-vous. En effet, pendant la pandémie, le Québec a mis à la disposition des forces publiques de nombreux recours pénaux pour sanctionner les récalcitrants; elle est d'ailleurs la province qui a remis le plus grand nombre de constats d'infraction durant la première vague, avec 66 % des quelque 10 000 constats émis au Canada. Cette judiciarisation a d'ailleurs été largement critiquée par les experts, qui y voyaient un glissement contre-productif d'une crise de santé publique à une crise de sécurité publique, ce qui a eu pour effet de freiner l'adhésion de la population et d'amplifier les inégalités préexistantes. Bien que les données dont nous disposons pour identifier les personnes judiciarisées comportent de sérieuses limites, il semble que les personnes marginalisées ont effectivement été davantage précarisées par cette approche punitive, comme le rappelle le triste sort de Raphaël André¹¹⁵. L'analyse des constats d'infraction remis à des personnes résidant dans les communautés des Premières Nations¹¹⁶ permet de constater que, comme dans le reste du Québec, le non-respect du couvre-feu est le principal motif des constats remis (50,7 %). En revanche, une proportion beaucoup plus importante de constats ont été émis pour des rassemblements dans des résidences privées, comparativement à la moyenne québécoise (29,1 % plutôt que 17,5 %). En effet, plusieurs personnes interrogées dans le cadre de ce bilan ont observé que l'interdiction de se rassembler était perçue comme l'une des mesures les plus difficiles à respecter pour la population, unie par de forts liens de proximité. Il est à noter qu'un peu moins du tiers de ces constats ont été donnés pour des infractions commises à l'extérieur des communautés, signe d'une judiciarisation des personnes des Premières Nations qui dépasse les frontières des communautés. Plusieurs intervenants ont également souligné la bonne collaboration d'une grande majorité de la population

115 Raphaël André, un homme originaire de Matimekush-Lac John, a été retrouvé mort de froid à Montréal en janvier 2021. Le centre d'accueil qu'il avait l'habitude de fréquenter étant fermé la nuit en raison d'une éclosion de COVID-19, il s'est réfugié dans une toilette chimique afin d'échapper aux sanctions du couvre-feu. Sur la judiciarisation pendant la pandémie, voir: Céline Bellot et al., *Surengagement policier et judiciaire dans la gestion de la pandémie: Conséquences pour les personnes judiciarisées et le système pénal*, Observatoire des profilages (2022), www.observatoire-desprofilages.ca/wp-content/uploads/2022/05/Surengagement-policier-et-judiciaire-dans-la-gestion-de-la-pandemie.pdf; Véronique Fortin et al., *Une approche punitive alarmante face à la pandémie de COVID-19: analyse des données policières*, Observatoire des profilages (2022).

116 Cette analyse a été effectuée par l'Observatoire des profilages pour la CSSSPNQL à partir des données judiciaires obtenues par le ministère de la Justice, en complément des deux rapports cités ci-dessus.

qui, malgré les sacrifices que cela demandait, s'est conformée aux directives énoncées afin de protéger les plus vulnérables. Par ailleurs, cette adhésion a été le résultat d'une relation de confiance établie entre les administrations des Premières Nations et la population.

6.1.2 La gestion de l'information : un processus crucial

La gestion de l'information pendant la pandémie, sur fond d'infodémie, de mésinformation – voire de désinformation – d'évolution rapide de la science et de climat anxiogène, a comporté de nombreux défis¹¹⁷. Dans ce contexte, la communication d'information fiable et culturellement pertinente, qui place le public dans une position d'acteur du changement plutôt que dans un rôle passif qui le prive de sa capacité à agir, contribue à accroître la portée des messages de santé publique¹¹⁸. Beaucoup étaient d'avis qu'une bonne communication était la clé d'une gestion adéquate de la pandémie, et les personnes travaillant dans ce domaine ont subi une pression considérable. Des communications transparentes, fréquentes, vulgarisées, adaptées à la réalité de la communauté et transmises par des personnes significatives, comme des aînés ou des figures influentes, sont autant de facteurs qui ont permis de joindre les gens, de les rassurer et de les guider. À l'inverse, certains ont noté les effets néfastes qu'avaient eus dans leur communauté des stratégies communicationnelles fondées sur la peur ou la coercition, qui ont amplifié l'anxiété et affaibli la cohésion sociale. Toutefois, de façon générale, les efforts de communication déployés dans les communautés ont été un succès. Les organismes à l'échelle régionale et communautaire se sont relayés pour rendre l'information pertinente accessible à la population, en variant les moyens utilisés (p. ex. médias sociaux, capsules vidéo, radios communautaires), en traduisant les directives (en anglais ou dans des langues des Premières Nations) ainsi qu'en multipliant les apparitions publiques. Malgré cela, certains ont craint de ne pas pouvoir joindre tout le monde, particulièrement les personnes à l'écart du monde numérique.

« Dès le début, on tenait mordicus à dire : “On va envoyer de la communication à la population, par les réseaux sociaux, par d'autre chose, parce que si on ne le fait pas, ça va faire boule de neige”. [...] C'était devenu tellement gros, donc on doit transmettre l'information. Je pense que ça a aidé à adapter à la situation, autant les professionnels que monsieur et madame Tout-le-Monde qui étaient dans la population, parce que ça a diminué peut-être l'effet de panique. »
– Une personne interrogée

De plus, d'autres enjeux ont été soulevés par rapport à l'accès à l'information. En effet, la pandémie a une fois de plus démontré l'importance de l'accès à des données de qualité pour soutenir la prise de décision, la planification et la surveillance en matière de santé de la population afin d'assurer une réponse efficiente et adaptée à sa situation. Cet accès est d'autant plus fondamental dans un contexte où des vies sont en jeu¹¹⁹. Par conséquent, les données peuvent être utilisées pour mesurer l'efficacité des interventions, le moment opportun pour les appliquer, ou encore la façon de les adapter aux différents groupes de population visés et à leurs facteurs de vulnérabilité¹²⁰. Bien que les statistiques aient rarement été autant à l'avant-plan que ces dernières années – durant lesquelles le suivi des cas, des hospitalisations et des décès est devenu un rituel quotidien –, la quête de données adéquates concernant les Premières Nations est toujours d'actualité, comme le démontrent les lacunes observées lors de la réalisation du portrait épidémiologique de ce bilan. Pourtant, de nombreuses voix s'élèvent à travers le pays pour réclamer la disponibilité des données désagrégées (données divisées en plus petites catégories, telles que l'ethnicité) sur les Autochtones dans le cadre d'une stratégie de collecte, de conservation, de gouvernance et d'utilisation des données par et

117 Agence de la santé publique du Canada, *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, p. 16.

118 Ève Dubé et al., « Public health communication during the COVID-19 pandemic: perspectives of communication specialists, healthcare professionals, and community members in Quebec, Canada », *Canadian Journal of Public Health* (2022), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36131219.

119 Carroll et al., « Indigenous Peoples' Data During COVID-19: From External to Internal ».

120 Kwame McKenzie, « Collecte de données sur la race et l'ethnicité pendant la COVID-19 au Canada : pour pouvoir compter sur une intervention efficace contre la pandémie, il faut d'abord être compté », dir. Société royale du Canada, *Impacts de la COVID-19 au sein des communautés racialisées* (2021), rsc-src.ca/sites/default/files/RC%20PB_FR_1.pdf.

pour les Premiers Peuples. Plusieurs problèmes de longue date persistent encore aujourd'hui, qu'ils soient liés à la qualité des données (notamment les difficultés d'identification), aux infrastructures et aux systèmes d'information, aux relations avec les gouvernements, aux conflits de compétence, ou encore aux barrières législatives touchant principalement les Premières Nations non conventionnées¹²¹. Au Québec, aucun système centralisé ne permettait d'avoir facilement accès aux données épidémiologiques agrégées concernant les Premières Nations, et l'accès aux données désagrégées pour les communautés était variable, en fonction notamment des capacités et des ressources de ces dernières ou de leurs relations avec les autorités sanitaires régionales. Pour les données comme pour tant d'autres choses, la qualité de la collaboration avec les instances gouvernementales est un facteur décisif.

6.1.3 Les relations avec les partenaires : entre défis et progrès

La mise en place et le maintien d'un solide réseau de collaborateurs ont été des facteurs clés de réussite dans la gestion de la crise. À ce chapitre, les résultats du questionnaire en ligne réalisé pour ce bilan montrent que, de façon générale, les relations avec les partenaires externes se sont bien déroulées : la majorité des répondants les ont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes, tant avec le gouvernement fédéral (respectivement 64 % et 18 %), qu'avec le gouvernement provincial (59 % et 26 %) ou avec d'autres partenaires locaux et régionaux (67 % et 18 %). La nature urgente et vitale de la crise a eu pour effet d'activer des mécanismes de collaboration qui n'existaient pas auparavant, d'en rendre d'autres plus fluides et de synchroniser l'action vers une même direction, tous unis contre le même virus.

Ainsi, il semble que la pandémie ait permis d'améliorer certaines relations avec les gouvernements. Les relations avec les ministères fédéraux, généralement bonnes avant la pandémie, se sont souvent consolidées. Après la période d'adaptation initiale, de bons canaux de communication ont été mis en place. De manière générale, les réponses aux questions ont été assez faciles à obtenir, notamment lors de diverses rencontres qui ont été organisées, à tel point qu'elles sont parfois devenues trop nombreuses. Cependant, des variations ont été observées d'une communauté et d'un établissement à l'autre, ceux qui disposaient déjà d'un vaste réseau de relations se trouvant nettement avantagés pendant la crise. Cela dit, de nouvelles relations et ententes ont été établies dans ce contexte sans précédent, notamment avec les directions de santé publique régionales et les CISSS/CIUSSS, qui ont souvent été de précieux alliés pour le volet sanitaire de la crise. Par ailleurs, la pandémie a donné lieu à des collaborations inédites avec le palier provincial, qui se sont révélées prometteuses pour l'avenir. Néanmoins, certains craignent que ces collaborations ne soient pas durables, car elles reposent davantage sur des individus que sur des structures. Il semble également que les relations avec le gouvernement provincial soient demeurées plus difficiles, souvent teintées par un manque de compréhension des réalités des communautés ou d'une attitude de désengagement. De plus, la pandémie a encore une fois mis en lumière les conflits de compétence entre les divers ordres de gouvernement, de même que de nombreuses autres barrières systémiques qui continuent de porter préjudice aux Premières Nations, comme le manque d'inclusion dans les processus décisionnels et le manque de reconnaissance des compétences des nations, des questions soulevées dès la première vague¹²².

« Ça a été quand même une expérience de faire connaître, de prendre encore notre place, c'est encore un enjeu et un défi. [...] On a encore du chemin à faire là-dedans. »
– Une personne interrogée

121 Concernant les enjeux liés aux données, voir entre autres : Assemblée des Premières Nations, *Lost in the Numbers: Learning about First Nations Health Data from the COVID-19 Pandemic* (2021), www.afn.ca/wp-content/uploads/2021/12/3.-21-08-23-COVID-Data-Position-Paper-Executive-Summary.pdf; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, « Collecte de données sur les cas de COVID-19 dans les populations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis », (2021). www.ccnsa.ca/525/_Collecte_de_donn%C3%A9es_sur_les_cas_de_COVID-19_dans_les_populations_et_les_communit%C3%A9s_des_Premi%C3%A8res_Nations_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis_nccih?id=326; Courtney Skye, *Colonialism of the Curve: Indigenous Communities and Bad Covid Data*, Yellowhead Institute (2020).

122 Voir : Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*.

« [Les collaborations], c'est plus facile à perdre qu'à maintenir. Quand on a une crise qui nous unit, c'est un méchant bon prétexte, mais après, ce n'est pas toujours évident. »

– Une personne interrogée

Les Premières Nations se sont également regroupées autour de réseaux existants, et en ont créé de nouveaux afin de répondre aux besoins immédiats engendrés par la pandémie. L'APNQL et les COR ont poursuivi leurs mandats de défense des intérêts et d'accompagnement, notamment en facilitant les échanges entre les communautés et les gouvernements et en rendant l'information pertinente plus accessible. De plus, les relations entre les organismes régionaux se sont vues renouvelées, avec des rencontres plus fréquentes et des collaborations fructueuses, comme celle qui a mené à la production du premier bilan sur la pandémie de COVID-19. Des regroupements par nation ou par secteur d'activités ont aussi été créés ou réactivés afin d'échanger de l'information et des pratiques exemplaires ou de mieux faire entendre leurs voix. À cet égard, la cellule stratégique de la nation innue, créée en pleine tempête pandémique, s'est avérée être une grande réussite. Au sein même des communautés, la pandémie a également entraîné un travail intersectoriel accru, notamment au sein des comités de mesures d'urgence. La prédominance de ces comités dans la gestion de la crise a parfois occasionné des tensions, notamment avec les conseils de bande, alors que les rôles et les responsabilités de chacune des instances n'étaient pas toujours bien définis; toutefois, la pandémie a été pour plusieurs une occasion inédite de rassembler les forces dans un but commun.

La cellule stratégique de la nation innue : un modèle novateur

Issue de la mobilisation politique des chefs innus, la cellule stratégique a été activée dès mars 2020 afin de soutenir la nation innue dans le contexte de la pandémie. Elle a constitué un forum d'échanges constructifs réunissant, en plus du comité coordonnateur, des experts en santé, des représentants des communautés ainsi que des partenaires clés des Premières Nations et des gouvernements. Fondée sur une structure flexible et collaborative, elle s'est illustrée sur tous les plans : vaccination, dépistage (notamment avec l'installation d'appareils de dépistage dans toutes les communautés), soutien en situation d'urgence, approvisionnement et distribution de matériel, formations, communication d'information et création d'outils, démystification des directives de santé publique, soutien logistique, défense des droits, sensibilisation ainsi que services en milieu urbain. La cellule est perçue par plusieurs comme étant un modèle gagnant, dont les potentialités dépassent la pandémie et la nation innue.

« Être seuls, à nous, sans être capables d'avoir eu l'aide de tout le monde, je ne pense pas qu'on serait arrivés à passer à travers [...]. Ça prend vraiment beaucoup de gens, et on a vraiment été très bien supportés à travers la pandémie. Il y a des fois, peut-être, qu'on voulait se lever les bras et dire : "on n'est plus capables", mais on avait tout le temps une belle équipe qui nous entourait pour être capables de passer à travers. »

– Une personne interrogée

Sans être parfaites, les collaborations qui se sont instaurées pendant la pandémie ont illustré le pouvoir de l'union dans l'adversité. Elles ont également rappelé l'importance de construire ces relations sur un pied d'égalité.

6.1.4 La crise comme occasion d'autodétermination

Bien souvent, les crises constituent des sources de changement, des périodes au cours desquelles il devient possible, voire nécessaire, de repousser les limites du cadre normatif. Ainsi, la crise de la COVID-19 a été l'occasion pour les Premières Nations de démontrer leur capacité à mettre en œuvre des décisions éclairées pour le mieux-être de leurs populations. Elles ont utilisé une gamme de mécanismes, tels que les déclarations d'état d'urgence, les résolutions du conseil de bande, les points de contrôle, les plans et les mesures de santé publique, la gestion de données et le rapatriement des services, afin de protéger leurs populations par l'exercice de leur gouvernance sur le territoire. Les mécanismes choisis ont été aussi nombreux que les communautés elles-mêmes qui, par leur intérêt et leur connaissance fine des enjeux et des besoins sur le terrain, étaient les mieux placées pour exercer ces prises de décisions. Bien que le leadership efficace des Premières Nations dans la gestion de la crise se soit distingué dès le début de la pandémie¹²³, celles-ci se sont butées à des obstacles politiques, juridiques ou liés au manque de ressources qui ont limité la portée de leur action¹²⁴. Dans certains cas, les droits des Premières Nations ont été bafoués à la faveur de situations d'urgence et de restrictions, et certains ont failli à leurs obligations de consultation. Les communautés ont donc dû défendre leurs droits et leurs compétences, tout en rappelant aux gouvernements leurs obligations fiduciaires et l'importance de soutenir adéquatement la délégation de nouvelles attributions, en adéquation avec les capacités actuelles de la communauté. À cet égard, la prestation locale de services de santé publique, comme la vaccination ou le dépistage, est éclairante : alors que certains ont dû insister pour pouvoir tenir des cliniques locales, d'autres se sont sentis bousculés dans cette transition.

« Au début, c'était plus difficile parce que le CIUSSS voulait un peu nous embarquer dans leur façon de faire. [...] On a insisté pour tenir des cliniques locales. [...] Je suis fière qu'on ait réussi à offrir des services localement pour notre population, pour qu'elle n'ait pas à se déplacer à l'extérieur, pour ne pas qu'elle ait à peut-être vivre des expériences qu'elle aime moins. [...] Des fois, ils ont l'impression de vivre du racisme, donc d'offrir des services culturellement sécurisants, d'être ici, dans leur communauté, d'avoir accès rapidement à des soins, et d'être rassurés rapidement. Je suis bien fière que mon équipe ait réussi à faire ça le plus possible [...] : vaccination localement, dépistage localement, les décisions prises localement, pas juste dépendre toujours du CIUSSS. »

– Une personne interrogée

« Il fallait qu'ils nous donnent le temps d'acquérir ces tâches-là – c'était tout nouveau pour nous aussi – et d'acquérir aussi tout ce qui était au niveau matériel. On avait quand même beaucoup de besoins, finalement, pour être en mesure d'être autonomes. »

– Une personne interrogée

L'autodétermination est non seulement un droit fondamental, mais aussi un déterminant clé de la santé. Dans le contexte de la pandémie, elle a constitué un puissant levier dans la lutte contre le virus et un facteur de protection considérable. Les décisions ont été d'autant plus efficaces qu'elles étaient ancrées dans une compréhension des réalités communautaires. D'après plusieurs études, l'autonomie gouvernementale des Premiers Peuples peut être directement liée à leur capacité à faire face à la pandémie et à en atténuer les impacts. Par conséquent, l'exercice de leur souveraineté inhérente aurait permis à plusieurs d'entre eux de renverser la tendance historique en matière d'épidémies, avec des taux d'infection ou de mortalité souvent

123 Lisa Richardson et Allison Crawford, « COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health », *Canadian Medical Association Journal* 192, n° 38 (2020), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32958575.

124 Flynn et Daum Shanks, « Colonial fault lines: First Nations autonomy and Indigenous lands in the time of COVID-19 ».

moindres que la population générale¹²⁵. Chez certains, cette expérience a conduit à une prise de conscience des capacités de leur nation qui dépasse le contexte de la pandémie.

« J'ai réalisé à quel point on a une capacité ou des aptitudes pour être autodéterminés. [...] On a fait nos preuves sans vraiment que ça en soit l'objectif, ce n'est pas ce qui nous motivait. Par contre, je vois à quel point on est une nation qui avance vers sa gouvernance et qu'on n'a pas nécessairement besoin des instances gouvernementales pour nous dicter comment intervenir. [...] On a pris beaucoup d'initiatives, on a été très proactifs dans la prise de décisions, dans la gestion de la pandémie en général. [...] Pour ce qui est de la communauté et du comité de mesures d'urgence, on n'a rien à envier à ce qui s'est fait ailleurs, et je pense qu'on ne connaissait pas nécessairement cette force-là. [...] Ça a démontré à quel point on a les capacités d'être décisionnels pour notre propre avenir. »

– Une personne interrogée

On peut donc dire que l'histoire de la pandémie chez les Premières Nations n'est pas seulement faite de drames et d'épreuves, mais aussi de réussite et de fierté.

6.2 Petites et grandes victoires pandémiques

D'aucuns pourraient être tentés de considérer la pandémie de COVID-19 comme un épisode sombre que l'on devrait s'empresse de reléguer dans les tréfonds de notre mémoire, comme une histoire que l'on aurait préféré ne jamais voir s'écrire. Pourtant, non seulement elle nous en apprend beaucoup sur les problèmes qu'il faut encore dénouer, mais elle met également en scène nombre de récits de résilience, d'entraide et d'apprentissage qui influenceront positivement le monde d'après.

6.2.1 Une mobilisation sans précédent

Le sentiment d'urgence et les perturbations liées à la pandémie ont suscité chez les Premières Nations un engagement remarquable et un dévouement sincère de la part de tous les organismes et secteurs d'activités. En plus de la mise en œuvre des mesures de santé et de sécurité mentionnées précédemment, les communautés ont aussi déployé une multitude d'actions destinées à réduire les impacts collatéraux de la pandémie et des restrictions qui y sont associées. Une étude portant sur la mobilisation communautaire des Premiers Peuples face à la COVID-19¹²⁶ a permis de dénombrer plus de 1 700 initiatives mises en place dans les collectivités autochtones entre mars et août 2020, témoignant d'une proactivité, d'une adaptabilité et d'une capacité à s'organiser hors du commun. Les initiatives, aussi nombreuses que les réalités dans lesquelles elles se sont inscrites, ont agi sur divers déterminants de la santé, tels que la continuité culturelle, les comportements en matière de santé, l'autodétermination, ou les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires. Parmi les actions recensées, on compte notamment la communication d'information et d'outils sur la COVID-19 ou les mesures préventives, l'évaluation des besoins de la population (p. ex. par des sondages ou des portraits), l'organisation d'activités culturelles ou spirituelles, en ligne ou à la radio, l'offre de services de soutien psychologique, la mise en place de mécanismes pour assurer la sécurité alimentaire (p. ex. la livraison de denrées, les bons d'achat, les banques alimentaires et les potagers communautaires), la distribution d'équipements sanitaires, la création de fonds d'aide financière

125 Pour des exemples issus de divers pays, voir entre autres : Danielle Hiraldo, Kyra James, et Stephanie Russo Carroll, « Case Report: Indigenous Sovereignty in a Pandemic: Tribal Codes in the United States as Preparedness », *Frontiers in Sociology* 6 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869571; Richmond et al., *La COVID-19 et la santé et le bien-être des Autochtones : nos histoires sont notre atout et témoignent de notre résilience*; Fiona Stanley et al., « Australian First Nations response to the pandemic: A dramatic reversal of the 'gap' », *Journal of Paediatrics and Child Health* 57, n° 12 (2021), www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34592021; Te One et Clifford, « Tino Rangatiratanga and Well-being: Maori Self Determination in the Face of Covid-19 ».

126 Christopher Fletcher, *Mobilisation des communautés autochtones du Québec face à la COVID-19: Rapport par nation* (2021), drive.google.com/file/d/1-9yiYQjv7Aqih1YQjgcN6cPOIt_hse5/view. Il est également possible de consulter la base de données répertoriant les initiatives à l'adresse suivante : ulaval.maps.arcgis.com/apps/dashboards/5a9ea02b4f8242fa976eb296fb4922be.

pour soutenir les plus démunis, ou encore l'envoi de paniers contenant divers articles conçus pour favoriser le mieux-être de la population. Une attention particulière a été portée aux personnes jugées plus vulnérables, notamment les personnes âgées. Dans les résidences, par exemple, le personnel et les gens de la communauté se sont relayés pour alléger l'isolement vécu par les aînés et égayer leur quotidien grâce à des activités et des jeux respectant la distanciation, à l'achat de tablettes pour garder le contact avec les proches, à l'envoi de cartes par des écoliers ainsi qu'à des danses traditionnelles devant les fenêtres de l'établissement. Toutes ces avenues ont été empruntées pour illuminer leur quotidien.

« Les personnes âgées s'ennuyaient davantage. Nous les avons amenées se promener dans le village en fauteuil roulant, elles étaient tellement contentes, et nous avons fait une sortie de trois jours dans un camp pour briser l'isolement, et finalement, un gros pique-nique sur la montagne en côte à côte avec la vue sur le village... magnifique. La pandémie nous a donné l'occasion de nous questionner, de nous adapter et de faire preuve de débrouillardise. »

– Une personne interrogée

Afin de protéger les communautés, ces initiatives ont été appuyées par une mobilisation exceptionnelle et une action concertée de la part des décideurs, des intervenants, des organismes régionaux et locaux, des équipes de mesures d'urgence et de soins ainsi que des membres de la communauté. Les craintes et les inquiétudes des premiers mois ont fait place à un mouvement d'entraide et de solidarité orienté vers un but commun, qui a fait tomber les cloisons, resserré les équipes de travail, favorisé le travail intersectoriel et encouragé la collaboration, tant à l'interne qu'avec d'autres organisations, communautés ou nations. Pour beaucoup, le dévouement, la résilience et la coopération qui ont pu être observés au cours de la pandémie sont le fondement du succès de la réponse des Premières Nations à la pandémie et une source de grande fierté.

« Ça a fait toute la différence : la disponibilité, le sentiment de responsabilité, mais aussi la volonté de faire tout ce qui est en son pouvoir pour protéger la communauté. [...] On a vraiment travaillé de manière concertée, sans calculer le temps qu'on y a mis. [...] C'est vraiment ce qui m'a rendue fière, de voir la mobilisation, quand on a un objectif commun, qui a été, dans ce cas-ci, de protéger la communauté. »

– Une personne interrogée

« La communication est la clé dans tout ça. [...] On travaillait en silo et on a fait ce qu'on a pu pour en éliminer et on espère qu'on va continuer [...] à avoir une meilleure collaboration. »

– Une personne interrogée

« J'ai trouvé aussi que la communauté était tissée plus serrée qu'on pensait. [...] On a vu tous ceux qui étaient là, et qui étaient vraiment là, se regrouper afin de trouver des solutions. Ça, c'était vraiment génial. J'ai trouvé que les secteurs se regroupaient, la population se regroupait. On a l'impression que tout passe tranquillement dans un village, mais là, j'ai trouvé l'esprit de village très utile par rapport aux grandes villes. J'ai trouvé que ce côté-là, de proximité – le monde est proche, se connaît beaucoup, beaucoup –, a été mis très à profit lors de la pandémie. [...] Je pense que ça gagnerait à continuer à être exploité. »

– Une personne interrogée

Cette résilience reposait également sur des pratiques culturellement pertinentes et respectueuses des traditions des Premières Nations et des conceptions qui leur sont propres.

6.2.2 Des initiatives enracinées culturellement

Durant les bouleversements provoqués par la pandémie, les pratiques culturelles et les connaissances traditionnelles ont pris une importance accrue pour les Premiers Peuples, comme un phare dans la tempête, une source de soutien émotionnel, mental, spirituel et physique. En effet, il semble que ceux qui ont combiné savoirs ancestraux et biomédicaux soient parvenus à mieux faire face à la pandémie¹²⁷. De nombreuses communautés se sont efforcées de maintenir des activités culturelles et spirituelles d'une manière compatible avec les mesures sanitaires, par exemple en organisant virtuellement des cérémonies comme des pow-wow, ou en proposant des activités de revitalisation linguistique en ligne. De plus, les espaces naturels sont devenus des refuges offrant protection, remèdes et apaisement. Si les sorties en ville étaient particulièrement déconseillées à la population, celles sur le territoire étaient souvent encouragées, le territoire étant une source de mieux-être, de protection et de guérison offrant les médecines et les aliments traditionnels qui permettent de soigner le corps et l'esprit. Par ailleurs, la perturbation du cheminement scolaire a été une occasion pour les enfants d'apprendre autrement, au contact de la nature et des savoirs traditionnels. Au gré des directives communautaires et des préférences individuelles, certaines personnes se sont ressourcées sur le territoire pendant quelques jours, tandis que d'autres y ont séjourné plus longuement, réduisant ainsi la pression exercée par la surpopulation des logements. Les récoltes tirées de la chasse, de la pêche et de la cueillette ont été partagées avec ceux qui ne pouvaient se rendre sur le territoire. Par exemple, du cèdre a été distribué pour protéger les maisonnées.

« Allez vous promener, mais n'allez pas en ville. Allez dans le bois, allez marcher, allez voir la nature, mais revenez avant le couvre-feu. Donc, les gens pouvaient aller dans leur chalet, faire du feu, s'amuser un peu [...] et ça permettait de faire respirer la population. [...] Quand ils revenaient, il y avait comme un regain d'énergie pour continuer à appliquer les mesures sanitaires. »
– Une personne interrogée

Une fois les mesures sanitaires assouplies et la phase aiguë de la pandémie passée, les ateliers spirituels, les cercles de partage et les rituels comme la tente à sudation ont émergé comme moyens de panser les blessures de la pandémie. Toutefois, le retour à une certaine normalité ne peut se faire sans prendre en compte les nouveaux apprentissages et les possibilités explorés ces dernières années. Dans un contexte où la destruction des écosystèmes menace d'engendrer d'autres épidémies, la relation au territoire des Premières Nations se présente non seulement comme un remède pour ces dernières, mais aussi pour le reste du monde.

6.2.3 L'après-pandémie ou comment tirer parti du pire

Les crises étant aussi porteuses de transformations positives, la pandémie de COVID-19 a apporté son lot de nouvelles façons de faire et de penser qui gagneraient à être pérennisées. Parmi les nouvelles pratiques de travail que l'on souhaite maintenir, on trouve inévitablement le télétravail, véritable révolution dans le monde de l'emploi. Bien qu'il comporte certains défis, il est reconnu pour les bénéfices qu'il apporte sur le plan du mieux-être des employés, de la flexibilité, de l'accessibilité et de la réduction de coûts. Il en va de même pour l'éventail de possibilités que le mode virtuel ouvre dans de nombreux domaines qui dépassent celui du travail ; les communautés se sont d'ailleurs adaptées rapidement à ce nouveau mode de communication. En outre, les nouvelles collaborations créées pendant la pandémie sont perçues comme une avenue dans laquelle il faut continuer de progresser, de même que l'élaboration et la mise à jour de plans de continuité et autres plans d'urgence afin d'optimiser la préparation aux situations de crise.

127 Andrey N. Petrov et al., « Lessons on COVID-19 from Indigenous and remote communities of the Arctic », *Nature Medicine* 27, n° 9 (2021), pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34426705/.

« Je pense que les rencontres virtuelles et les rassemblements virtuels sont très courants et qu'ils aident à améliorer le contact avec les communautés des Premières Nations. [...] Les rencontres et les formations virtuels sont des approches intéressantes qu'on veut maintenir. »
– Une personne interrogée

Dans le milieu de la santé, de nombreux nouveaux modes de fonctionnement et d'outils ont été intégrés et seront conservés avantageusement, tels que le réaménagement des espaces ou de l'offre de services, la mise en place de nouveaux protocoles, ou l'utilisation d'appareils acquis durant la pandémie, comme ceux servant au dépistage, qui peuvent détecter bien d'autres maladies que la COVID-19. En outre, la pandémie a mis en lumière l'importance de la santé publique et de la santé communautaire, qui étaient auparavant les parents pauvres du système de santé. Par exemple, des centres de santé ont exprimé le souhait d'avoir une équipe consacrée à la santé publique afin de prendre en charge efficacement les diverses composantes de ce volet à l'échelle locale. Il est également à espérer que la plus grande attention accordée au contrôle et à la prévention des infections ainsi que les nouvelles habitudes sanitaires se poursuivront avec la même assiduité dans tous les domaines. Enfin, les répercussions majeures de la crise sur la santé mentale de la population ont suscité des réflexions fructueuses sur les moyens de mieux prendre en compte cet aspect de la santé globale et de placer le mieux-être de la population au cœur des actions.

« On a beaucoup, beaucoup, appris de ça. Moi, j'ai vécu la pandémie de façon négative, mais aussi très positive. Il y a beaucoup de choses qu'on a mises en place, qu'on a développées, qui n'auraient peut-être pas été faites à ce moment-là s'il n'y avait pas eu la pandémie. »
– Une personne interrogée

« La pandémie nous oblige à nous réinventer. [...] On ne reviendra jamais comme en février 2020. »
– Une personne interrogée

S'il existe un consensus, c'est que ce que l'on qualifie de retour à la normale ne doit pas être un retour au statu quo; la relance doit intégrer pleinement les Premières Nations et faire de la réduction des iniquités une priorité. Malgré les défis auxquels elles faisaient face au début de la crise, elles ont montré l'étendue de leurs forces et de leurs capacités pour affronter cette période difficile dans toutes ses dimensions.

6.2.4 La plus grande réussite : sauver des vies

L'autodétermination, le dévouement, la solidarité et la résilience ont été l'assise sur laquelle les Premières Nations ont construit une réponse solide à la pandémie. Comme le montre le portrait épidémiologique présenté au début de ce bilan, les Premières Nations ont fait bonne figure au chapitre du taux d'incidence, d'hospitalisations et de décès répertoriés, bien en deçà des prévisions initiales et des épidémies antérieures. Même si elles n'ont pas été en mesure de contenir les flambées du variant Omicron – comme le reste du monde, d'ailleurs –, elles ont su maintenir le virus hors de leurs frontières pendant les vagues initiales, et ont souvent enregistré des taux de mortalité plus faibles que la population générale¹²⁸.

« Il y a un constat à faire [...] qu'il y a peut-être des choses à apprendre des Premières Nations pour le Québec ou ailleurs. [...] Je suis convaincue que la façon dont les Premières Nations se sont organisées, que ce soit par l'entremise des organisations en soutien [...], avec les relations qu'elles ont développées, [...] que les chefs ont été très vite à pouvoir mettre des moyens de protection, [...] il y a quand même une dynamique peut-être à évaluer ou à regarder de plus près parce que tu n'arrives pas avec des chiffres comme ça juste par hasard. [...] J'admire les communautés, avec le peu de moyens qu'elles avaient, d'avoir réussi à faire ça, et à mobiliser leurs gens. »
– Une personne interrogée



Qu'importe les sacrifices, les heures supplémentaires et la charge de travail imposée, les élus, les administrateurs, les intervenants et les membres de la population de tous horizons ont rassemblé leurs efforts pour se protéger les uns les autres. Lorsqu'on demande aux gens ce dont ils sont les plus fiers à propos de cette pandémie, la réponse est sans équivoque.

« Très peu de décès, c'est la plus grande réussite. Que peut-on demander de plus ? Dès le début, l'objectif était de minimiser le nombre de décès dans la communauté et nous l'avons atteint. »

– Une personne interrogée

« Ça a été un branle-bas de combat, comme on dit, mais ça a fonctionné, malgré la fatigue, malgré tout le manque de ressources, malgré la pression. Moi je suis contente. Le but, ce qu'on voulait, c'est avoir le moins de décès possible dans la communauté, et ça, je pense que c'est quand même quelque chose de bon parce qu'on en a eu, oui, mais pas comme on s'en attendait. [...] Je pense qu'on est satisfait de comment ça s'est déroulé, et comment on a mis les choses en place et aussi qu'on n'ait pas de mortalité extrême. [...] On a fait tout notre possible pour éviter ça. »

– Une personne interrogée

« On a sauvé des vies. Alors moi, c'est ça, rendu-là, je ne peux pas dire mieux que ça. [...] C'est une action dont je suis des plus fières, pour avoir contribué à sauver des vies. [...] Je suis tellement contente d'entendre les gens nous dire ça, c'est merveilleux. »

– Une personne interrogée



CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 a bouleversé le monde à tous les niveaux et de façon durable. Sur le plan individuel comme sur le plan international, elle a imposé un nouveau rythme fait de reculs, d'avancées et d'adaptations, dans une danse aux mouvements imprévisibles et déroutants. Si le périple a été collectivement éprouvant, tous ne s'y sont pas aventurés avec les mêmes privilèges. Malgré des prédispositions liées à des expériences passées difficiles et des iniquités persistantes, les Premières Nations ont démontré non seulement leur résilience, mais aussi leur leadership en matière de santé publique et leur capacité à repousser le virus qui ont démenti les pronostics les plus sombres.

Cependant, le fléau de la pandémie n'a pas été sans causer des dommages, laissant au passage des infrastructures et des ressources fragilisées, de profondes cicatrices psychosociales et le deuil de vies perdues. Pourtant, les communautés et les organisations des Premières Nations ont déployé des efforts remarquables pour prévenir et alléger ce fardeau, quitte à explorer des avenues inhabituelles, à avancer à contre-courant, à travailler sans compter, parfois jusqu'à l'épuisement. Ce bilan avait pour but de relater le récit de la pandémie chez les Premières Nations, mais il se veut aussi un hommage à toutes les personnes qui ont fait tous les sacrifices possibles pour sauver des vies.

Tant dans leurs décisions prudentes et réfléchies que dans leur capacité à s'organiser, à se réorganiser ou à mettre en œuvre des actions efficaces et adaptées à leurs réalités, les Premières Nations ont déployé des trésors d'ingéniosité, de créativité et de résilience. Dans l'urgence, elles ont su s'adapter, s'allier, se diriger. Elles ont une fois de plus fait la preuve de leurs capacités et de leurs compétences à prendre en main leur destinée.

Il reste maintenant à faire en sorte que la pandémie et ses épreuves n'aient pas été vaines. Dans la crise, un nouveau champ des possibles s'est ouvert, une occasion de faire autrement, de changer de modèle. À travers l'extrême capacité d'adaptation qu'elle a exigée, cette pandémie a montré qu'il était possible d'accomplir l'impensable et de transformer, en quelques mois à peine, les idées et les pratiques. L'après-pandémie ne doit pas être un retour à la vie d'avant, si cela signifie répéter les mêmes erreurs; elle doit être une occasion d'en tirer des leçons et de réparer les injustices du passé.

« Il faut consigner toutes ces pratiques-là et dire : " Attendez, quand il y a eu la pandémie de COVID, voici ce qui a été fait." Il faut consigner ces choses-là pour qu'on garde une mémoire collective de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné. [...] Il faut prévoir, prévenir. »

– Une personne interrogée

« Ça a été l'effort ultime, [...] mais ça n'a pas été juste mauvais, cette situation-là. Ça aurait été l'un qu'on puisse vivre ça sans vivre la COVID, [...] mais il en est sorti quand même quelque chose de beau. Ça a démontré qu'il y avait beaucoup de résilience. »

– Une personne interrogée

RECOMMANDATIONS

Maintenant que la phase aiguë de la pandémie de COVID-19 semble être terminée, il importe d'effectuer un retour sur les enjeux persistants et les apprentissages que ces dernières années ont mis en lumière. Les recommandations suivantes ont pour but de guider la réflexion et l'action pour l'après-pandémie, alors que s'amorce une phase de rétablissement qui doit résolument reposer sur une approche par et pour les Premières Nations.

› **Entretenir des relations de Gouvernements à Gouvernements**

Une approche de réciprocité, fondée sur le respect et la compréhension des réalités diversifiées des Premières Nations, doit orienter les actions des gouvernements fédéral et provincial. Les Premières Nations doivent être incluses dans toutes les discussions qui les concernent et participer à la prise de décisions. Les directives de santé publique doivent être élaborées conjointement et adaptées au contexte des Premières Nations.

› **Développer les réseaux partenariaux**

Les canaux de communication intergouvernementaux et intersectoriels créés ou bonifiés pendant la pandémie doivent être maintenus et facilement réactivés en cas de besoin. Des mécanismes de structuration et de formalisation des relations, tels que des ententes, doivent être mis en place.

› **Mieux définir les rôles et les responsabilités des partenaires**

Les rôles et les responsabilités de chacun, tant au sein des communautés qu'avec les partenaires externes, doivent être clarifiés et déterminés en concertation et dans le respect des compétences des parties impliquées afin de favoriser une gestion efficace et coordonnée lors d'une future crise.

› **Renforcer les capacités en planification des urgences**

Les plans de mesures d'urgence des communautés doivent être tenus à jour et adaptés aux urgences sanitaires en mettant à profit les expériences de la pandémie de COVID-19 et en tenant compte des enjeux préexistants. Pour ce faire, le financement et l'accompagnement nécessaires doivent être fournis. Il serait utile de créer des postes consacrés à la gestion des urgences.

› **Assurer l'accès à des données de qualité**

Des données fiables, exhaustives et désagrégées doivent être rendues accessibles aux Premières Nations par l'intermédiaire d'un système unifié et simplifié qui évite le dédoublement des collectes d'information et facilite une veille continue. Les données des Premières Nations doivent être collectées, détenues et contrôlées par elles, conformément aux principes PCAP® et dans une perspective de gouvernance de l'information par et pour les Premières Nations.

› **Favoriser la mise en commun des pratiques exemplaires**

La mise en commun des pratiques exemplaires instaurées durant la pandémie doit être facilitée au moyen d'initiatives, telles que la création d'un répertoire ou l'organisation d'un événement regroupant des partenaires de tous les niveaux. Ces tribunes serviraient à communiquer les réussites inspirantes et à encourager les échanges constructifs sur les expériences respectives de la pandémie.



› Agir sur les déterminants sociaux de la santé

Des actions favorisant l'amélioration durable de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations doivent être mises en place et soutenues de manière adéquate. Une attention particulière devra être accordée aux inégalités amplifiées par la pandémie, notamment en matière de logement, de sécurité alimentaire et de développement économique, ainsi qu'aux déterminants propres aux Premières Nations, tels que les impacts du colonialisme, le territoire et l'autodétermination.

› Financer le déploiement de ressources adéquates

Un financement adéquat, plus flexible et fondé sur les besoins doit être mis à disposition pour favoriser un rétablissement optimal dans les communautés et réduire les iniquités persistantes. Les investissements doivent garantir la disponibilité d'infrastructures appropriées et d'un personnel suffisant pour faire face à d'autres crises.

› Consolider les services de santé locaux

L'amélioration des services de santé et des services sociaux dans les communautés doit être une priorité. Les initiatives qui contribuent à la prestation de services locaux culturellement sécuritaires doivent être soutenues adéquatement. Les communautés doivent continuer d'avoir accès au matériel et à l'équipement médicaux nécessaires au moyen d'un système d'approvisionnement simple et efficace.

› Développer les programmes de santé publique

Les programmes de santé publique, dont le contrôle et la prévention des infections, doivent faire partie intégrante des programmes de santé communautaire et bénéficier d'un financement adéquat. Les communautés qui souhaitent créer des postes ou des équipes entièrement consacrées à ces fonctions doivent recevoir le soutien financier dont elles ont besoin. Elles doivent également avoir accès à des formations nécessaires pour outiller le personnel afin d'établir des stratégies de santé publique spécifiques pour leurs populations.

› Soutenir le mieux-être des Premières Nations

Le mieux-être des employés et de la population doit être une priorité, à la fois pendant et après une situation de crise. Des mécanismes doivent être mis en place pour garantir la disponibilité du soutien nécessaire, et des programmes fondés sur une approche holistique de la santé, en accord avec la conception du mieux-être des Premières Nations et répondant aux besoins locaux, doivent être facilement accessibles.

ANNEXE 1

Bilan et perspectives: Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020 – Suivi des recommandations (novembre 2022)

GOUVERNANCE PAR ET POUR LES PREMIÈRES NATIONS		
Thématiques	Recommandations	État de réalisation
Prise de décisions et respect de l'autonomie des Premières Nations	Les tables décisionnelles visant la gestion de la crise de COVID-19 sont coprésidées par un représentant désigné des Premières Nations et les partenaires gouvernementaux.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	Les gouvernements fédéral et provincial s'engagent formellement à éliminer tout obstacle lié au financement pour la gestion de la crise de la pandémie et s'engagent à ce que les rôles et les responsabilités ainsi que la responsabilisation de chacun soient respectés. La question financière et les enjeux de compétence ne doivent pas être des facteurs limitant la réponse aux besoins.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	Pour assurer une gestion de la crise efficace durant la pandémie, une gestion conjointe entre SAC et les Premières Nations est essentielle. Pour ce faire, il est recommandé que SAC finance la création d'un poste pour la gestion de crise spécifique aux Premières Nations. L'APNQL pourra ainsi embaucher un expert en gestion de crise afin de soutenir les COR et assurer une coordination régionale de la gestion de la pandémie. Cet expert doit s'entourer d'un groupe de réflexion pour être en mesure de faire face au contexte en constante évolution.	Non réalisée
Rôles et responsabilités de chaque partenaire	En respect avec le droit à l'autodétermination des Premières Nations, les organisations locales, régionales et nationales des Premières Nations ainsi que les directions des ministères concernés (fédéral et provincial) doivent se doter d'un énoncé commun portant sur leurs rôles et leurs responsabilités en matière de gestion de crise, d'application des mesures, de transmission d'information, etc. Chaque organisation doit occuper des rôles et des responsabilités complémentaires. La réalisation de cet énoncé doit se faire en collaboration et sans conflit de compétence.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
Planification de la gestion de crise	À partir d'une réflexion commune, l'APNQL et les COR doivent se doter d'un plan de gestion de crise et de continuité des opérations. Ce plan devrait décrire, d'une part, les processus de concertation (cellule ou comité) devant mener obligatoirement à une prise de décisions effective et à l'attribution de mandats clairs aux COR ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun des COR et de leurs représentants désignés pour soutenir la mise en œuvre du plan. D'autre part, il devrait décrire les canaux de communication pour l'échange d'information et un plan de communication commun pour définir l'usage de ces canaux en fonction des objectifs. Celui-ci devra aussi inclure une stratégie de gestion de l'information et de gestion des ressources humaines.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	Dans le cadre de la deuxième vague de la COVID-19, les COR et les gouvernements fédéral et provincial doivent adéquatement soutenir les communautés et les organisations des Premières Nations dans l'élaboration ou l'actualisation de leur plan face à la pandémie et de leur plan de mesures d'urgence.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation

Bonnes pratiques	Afin de faciliter le partage de bonnes pratiques entre les Premières Nations au Québec, l'APNQL doit s'assurer qu'un répertoire des mesures mises en place en matière de gestion de crise est créé (p. ex. : sécurité alimentaire, gestion des accès, etc.) et qu'il est accessible aux communautés et à leurs partenaires.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	L'APN ou une autre instance nationale des Premières Nations doit effectuer une veille des bonnes pratiques mises en place par d'autres peuples autochtones au Canada et ailleurs afin d'inspirer les Premières Nations au Québec dans les mesures à mettre en place pour contrer la propagation du virus et en limiter les répercussions néfastes.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
Programmes et financement provincial et fédéral	Il est impératif que les programmes mis sur pied dans le cadre de la pandémie par les gouvernements tiennent compte des particularités des Premières Nations dès leur création, et non seulement lors de leur entrée en vigueur. Ces programmes doivent être créés en collaboration avec les Premières Nations. Ces dernières doivent participer aux décisions quant à la répartition des nouveaux fonds. La formule de répartition doit être équitable et refléter les besoins.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	Les gouvernements provincial et fédéral doivent s'assurer que le financement des opérations courantes et des projets préexistants des communautés et des organisations des Premières Nations n'est pas touché par d'éventuelles coupures en raison des investissements massifs liés à la gestion de la COVID-19. Également, les demandes financières liées à la COVID-19 sont évidemment en sus des enveloppes budgétaires destinées à répondre aux besoins des communautés.	Réalisée
	S'assurer que les Premières Nations accèdent à du financement de base sans appel de projets et par l'entremise des ententes de contribution existantes afin de répondre aux besoins de leurs citoyens. Si du financement supplémentaire nécessite la rédaction d'une demande, il sera nécessaire de clarifier les critères d'admissibilité des dépenses et d'améliorer la transparence de la gestion de ces fonds. Les décisions concernant la répartition de nouveaux fonds doivent s'appuyer sur le processus décisionnel mis en place par les Premières Nations.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation

SANTÉ PUBLIQUE

Thématiques	Recommandations	État de réalisation
Stratégies de dépistage et de suivi des cas	Mettre en place un plus grand nombre d'appareils mobiles de dépistage et, avec la collaboration du gouvernement du Québec et du gouvernement fédéral, offrir les formations et le soutien nécessaires permettant aux centres de santé et aux postes de soins des communautés de les utiliser rapidement.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
	Toutes les communautés doivent détenir des ententes avec le CISSS/CIUSSS de leur territoire afin d'assurer un accès aux tests de dépistage. Ces ententes doivent aussi assurer que les communautés sont formellement informées des cas avérés et qu'elles sont impliquées dans leur suivi afin de limiter les éclosions. Pour ce faire, le MSSS doit jouer un rôle de leadership et acheminer une directive claire aux CISSS/CIUSSS concernés.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation

Vaccination	Que les gouvernements fédéral et provincial mettent au point, en collaboration avec les Premières Nations, une stratégie de vaccination spécifique pour les Premières Nations au Canada, au Québec et à l'échelle communautaire. Cette réflexion doit inclure une consultation des chefs et des directeurs de la santé des communautés, et être réalisée en collaboration avec le groupe de travail de l'APN qui se penche sur cet enjeu.	Réalisée
Application et respect des mesures sanitaires	Les citoyens des Premières Nations ont droit au même soutien des gouvernements face aux déploiements de mesures sanitaires que le reste de la population. Notamment, des investissements pour la création rapide d'un nombre suffisant de nouveaux lieux d'hébergement temporaire dans les communautés doivent être faits afin d'être prêts à répondre aux besoins qui pourraient se manifester dans les prochains mois et limiter ainsi la propagation de la maladie.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
Équipements de protection individuelle	Le financement et les mécanismes nécessaires doivent être rapidement mis en place afin que tous les intervenants des communautés des Premières Nations, tant ceux travaillant dans le domaine de la santé que ceux des autres domaines, comme les policiers, les enseignants et les intervenants des services sociaux, disposent d'un inventaire suffisant d'EPI pour faire face à la deuxième vague de la pandémie.	Réalisée

COMMUNICATIONS ET COLLABORATION

Recommandations	État de réalisation
Désigner une personne-ressource (agent de liaison) dans chaque communauté, COR et direction concernée des ministères fédéral et provincial expressément dédiée à la gestion de crise et capable de répondre rapidement aux questions relevant de son milieu.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
Consolider les corridors de collaboration entre l'APNQL, les COR et les gouvernements fédéral et provincial (y compris son réseau de la santé et des services sociaux).	Partiellement réalisée / en cours de réalisation
Mettre en place une stratégie de communication en matière de santé publique orientée sur les différentes clientèles des communautés et des organisations. Cette stratégie doit être élaborée conjointement par les COR, les communautés et les organisations, et s'appuyer sur des canaux de communication diversifiés qui correspondent aux clientèles visées : dirigeants, intervenants et population des communautés. Cette stratégie doit permettre de transmettre rapidement à ces clientèles une version claire, linguistiquement et culturellement adaptée des messages, des formes d'aide financière et des consignes de santé publique émis par les gouvernements fédéral et provincial.	Partiellement réalisée / en cours de réalisation

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada (2020). www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf.
- . *Le moment d'agir : pleins feux de l'ACSP sur l'élimination de la tuberculose au Canada*. (2018). www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/eliminating-tuberculosis/PHAC_18-086_TB_Report_F_forwebcoding.pdf.
- . *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada*. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada (2021). www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/cpho-report-fra.pdf.
- Alook, Angela, Sheila Block, et Grace-Edward Galabuzi. *Un fardeau disproportionné : Répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des autochtones et des personnes racialisées au Canada*. Centre canadien de politiques alternatives (2021). policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario%20Office/2021/12/A%20Disproportionate_Burden_FR_FINAL.pdf.
- Arriagada, Paula, Kristyn Frank, Tara Hahmann, et Feng Hou. *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones*. Statistique Canada (2020). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00052-fra.pdf?st=5xdFE9ca.
- Arriagada, Paula, Tara Hahmann, et Vivian O'Donnell. *Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19*. Statistique Canada (2020). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00035-fra.pdf?st=PZcP1p6j.
- . *Les Autochtones vivant en milieu urbain : Vulnérabilités aux répercussions socioéconomiques de la COVID-19*. Statistique Canada (2020). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00023-fra.pdf?st=k-dT3Jwc9.
- Asmundson, Gordon J. G., Cindy Blackstock, Marie Claire Bourque, Allison Crawford, S. Hélène Deacon, Ken McMullen, Patricia J. McGrath, et al. *Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne*. Société royale du Canada (2020). rsc-src.ca/sites/default/files/MH%20PB_FR_0.pdf.
- Assemblée des Premières Nations. *Lost in the Numbers: Learning about First Nations Health Data from the COVID-19 Pandemic*. (2021). www.afn.ca/wp-content/uploads/2021/12/3.-21-08-23-COVID-Data-Position-Paper-Executive-Summary.pdf.
- Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec du 13 mars au 31 juillet 2020*. (2020). files.cssspnql.com/s/wp64MQx-9UQT5WLo.
- . *Les besoins en logement des Premières Nations au Québec et au Labrador* (2014). apnql.com/wp-content/uploads/2022/08/Rapport-besoins-log-2014-ang-franc-pdf-compressed.pdf.
- . *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. (2014). files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhhjfcc7hTl.
- Association canadienne pour la santé mentale. *Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables*. Association canadienne pour la santé mentale (2020). cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/FR_UBC-CM-HA-COVID-19-Report.FINAL2_.pdf.

- Aulandez, Kevalin M. W., Melissa L. Walls, Nicole M. Weiss, Kelley J. Sittner, Stefanie L. Gillson, Elizabeth N. Tennessen, Tara L. Maudrie, et al. « Cultural Sources of Strength and Resilience: A Case Study of Holistic Wellness Boxes for COVID-19 Response in Indigenous Communities ». *Frontiers in Sociology* 6 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869563.
- Bastien, Thomas, Anne-Marie Morel, et Sandy Torres. *Inégalités de genre : Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec*. Association pour la santé publique du Québec (2020). www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et-covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des-femmes_au_quebec.pdf.
- Battered Women's Support Services, et BC Association of Aboriginal Friendship Centres. *The Road to Safety: Indigenous Survivors in BC Speak Out against Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic*. BWSS, BCAAFC (2022).
- Bellot, Céline, Véronique Fortin, Élane Lesage-Mann, Jacinthe Poisson, et Marie-Eve Sylvestre. *Surenghagement policier et judiciaire dans la gestion de la pandémie : Conséquences pour les personnes judiciarisées et le système pénal. Observatoire des profilages* (2022). www.observatoiredesprofilages.ca/wp-content/uploads/2022/05/Surenghagement-policier-et-judiciaire-dans-la-gestion-de-la-pandemie.pdf.
- Brant-Birioukov, Kiera. « Covid-19 and In(di)genuity: Lessons from Indigenous resilience, adaptation, and innovation in times of crisis ». *Prospects (Paris)* 51, n° 1-3 (2021) : 247-59. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33941989.
- Bureau du vérificateur général du Canada. *Pandémie de COVID-19, Rapport 11 : Ressources en santé pour les collectivités autochtones – Services aux Autochtones Canada*. Rapport de l'auditeur indépendant (2021). www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_202105_02_f_43840.html.
- . *Rapport 8 : La gestion des urgences dans les collectivités des Premières Nations — Services aux Autochtones Canada*. (2022). www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_202211_08_f.pdf.
- Burki, Talha. « COVID-19 among American Indians and Alaska Natives ». *The Lancet Infectious Diseases* 21, n° 3 (2021) : 325-26. [www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(21\)00083-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(21)00083-9.pdf).
- Burnett, Chantal, Eva Purkey, Colleen M. Davison, Autumn Watson, Jennifer Kehoe, Sheldon Traviss, Dionne Nolan, et Imaan Bayoumi. « Spirituality, Community Belonging, and Mental Health Outcomes of Indigenous Peoples during the COVID-19 Pandemic ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, n° 4 (2022). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35206662.
- Canada, Parlement, Chambre des communes. *La COVID-19 et les peuples autochtones : de la crise à un véritable changement*. Rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord (2021). www.noscommunes.ca/Content/Committee/432/INAN/Reports/RP11143866/inanrp06/inanrp06-f.pdf.
- Carroll, Stephanie R., Randall Akee, Pyrou Chung, Donna Cormack, Tahu Kukutai, Raymond Lovett, Michele Suina, et Robyn K. Rowe. « Indigenous Peoples' Data During COVID-19: From External to Internal ». *Frontiers in Sociology* 6 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869569.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. « Collecte de données sur les cas de COVID-19 dans les populations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ». 2021. www.ccnsa.ca/525/_Collecte_de_donn%C3%A9es_sur_les_cas_de_COVID-19_dans_les_populations_et_les_communautes%C3%A9s_des_Premi%C3%A8res_Nations,_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis,nccih?id=326.
- . « Populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis — activité physique pendant la pandémie de COVID-19 ». 2021. Webinaire. www.ccnsa.ca/525/Populations_des_Premi%C3%A8res_Nations,_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis_%E2%80%94_activit%C3%A9_physique_pendant_la_pand%C3%A9mie_de_COVID-19,nccih?id=10340.

- . «Répercussions socio-économiques de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des populations des Premières Nations, inuites et métisses». 2021. Webinaire. www.ccnsa.ca/525/R%C3%A9percussions_socio-%C3%A9conomiques_de_la_COVID-19_sur_la_sant%C3%A9_et_le_bien-%C3%AAtre_des_populations_des_Premi%C3%A8res_Nations,_inuites_et_m%C3%A9tisses.nccih?id=325.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, et Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. «Hésitation à la vaccination chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis». 2021. www.ccnsa.ca/525/H%C3%A9sitation_%C3%A0_la_vaccination_chez_les_Premi%C3%A8res_Nations,_les_Inuits_et_les_M%C3%A9tis_.nccih?id=322.
- Commissaire à la santé et au bien-être. *Le devoir de faire autrement. Partie 1: Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*. Commissaire à la santé et au bien-être (2022). www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapport-final_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf.
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès - Rapport final*. (2019). www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec: Faits saillants – ERS 2015*. (2018). files.cssspnql.com/s/6UCWjZ9lbzmbWkM.
- . *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec: Logement – ERS 2015*. (2018). files.cssspnql.com/s/h3BzITlI5vK73SF.
- . *Portrait de l'itinérance dans les communautés des Premières Nations au Québec*. (2016). files.cssspnql.com/index.php/s/yv7jTy3ljca0TqY.
- Conseil canadien pour l'entreprise autochtone. *Sondage sur la COVID-19 dans les entreprises autochtones – Phase II: Rapport sur l'identité autochtone*. Conseil canadien pour l'entreprise autochtone (2021). www.ccab.com/wp-content/uploads/2021/11/indigenous_identity_report_french_v07.pdf.
- . (2021). *Sondage sur la COVID-19 dans les entreprises autochtones – Phase II: Rapport sur la différence entre les hommes et les femmes*. Conseil canadien pour l'entreprise autochtone. www.ccab.com/wp-content/uploads/2021/10/indigenous_women_entrepreneurs_FRENCH_v06.pdf.
- . *Version préliminaire du rapport sur la COVID-19 – Phase III*. Conseil canadien pour l'entreprise autochtone (2022). www.ccab.com/wp-content/uploads/2022/01/Covid-Phase-3-report-FR-r1.pdf.
- Dubé, Ève, Fabienne Labbe, Benjamin Malo, et Catherine Pelletier. «Public health communication during the COVID-19 pandemic: perspectives of communication specialists, healthcare professionals, and community members in Quebec, Canada». *Canadian Journal of Public Health* (2022). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36131219.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *The impact of COVID-19 on indigenous peoples in Latin America (Abya Yala): Between invisibility and collective resistance*. (2021). www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46698/S2000893_en.pdf.
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. *Plan d'action national 2021 pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones disparues et assassinées: Mettre fin à la violence contre les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones*. (2021). ffada2eplus-plandactionnational.ca/fra/1670511213459/1670511226843.
- Fletcher, Christopher. *Mobilisation des communautés autochtones du Québec face à la COVID-19: Rapport par nation*. (2021). drive.google.com/file/d/1-9yiYQjv7Aqih1YQjgcNM6cPOIt_hse5/view.
- Flynn, Alexandra, et Signa Daum Shanks. «Colonial fault lines: First Nations autonomy and Indigenous lands in the time of COVID-19». *Studies in Political Economy* 102, n° 3 (2022): 248-67. commons.allard.ubc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1701&context=fac_pubs.

- Fortin, Véronique, Jacinthe Poisson, Éline Lesage-Mann, et Céline Bellot. *Une approche punitive alarmante face à la pandémie de COVID-19: analyse des données policières*. Observatoire des profilages (2022).
- Funnell, Sarah, Tavis Hayes, et Roberta Stout. *Susciter la confiance à l'égard du vaccin chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en période de COVID-19*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021). www.ccnsa.ca/Publications/lists/Publications/PVC/FS-Promoting-Vaccine-Confidence-FR-2021-12-06-web.pdf.
- Gouvernement du Canada. « Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 », mis à jour le 8 juillet 2022, web.archive.org/web/20220711222353/https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/.
- Gouvernement du Canada, Services aux Autochtones Canada. « Cas confirmés de COVID-19 », mis à jour le 11 juillet 2022, web.archive.org/web/20220811232013/https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1598625105013/1598625167707.
- . « Résumé épidémiologique des cas de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations », mis à jour le 17 juin 2022, web.archive.org/web/20220621050440/https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1589895506010/1589895527965.
- Gouvernement du Québec. « Données sur la COVID-19 au Québec », mis à jour le 29 juin 2022, web.archive.org/web/20220702151838/https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/.
- . « Rallumer l'espoir: Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 ». (2022). publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/.
- Greenwood, Margo. « Le racisme ». Dans *Vers un avenir meilleur: santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2021, www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf.
- Greenwood, Margo, et Donna Atkinson. « Les maladies infectieuses ». Dans *Vers un avenir meilleur: santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2021. www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf.
- Hillier, Sean, et Elias Chaccour. « Canada: Indigenous health governance during Covid-19 ». Dans *Minority and Indigenous Trends 2021: Focus on Covid-19*, sous la direction de Minority Rights Group International. 2021. minorityrights.org/wp-content/uploads/2021/06/Minority-and-Indigenous-Trends-2021.pdf.
- Hiraldo, Danielle, Kyra James, et Stephanie Russo Carroll. « Case Report: Indigenous Sovereignty in a Pandemic: Tribal Codes in the United States as Preparedness ». *Frontiers in Sociology* 6 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869571.
- Humeyestewa, Duane, Rachel M. Burke, Harpriya Kaur, Darren Vicenti, Royce Jenkins, Graydon Yatabe, Jocelyn Hirschman, et al. « COVID-19 response by the Hopi Tribe: impact of systems improvement during the first wave on the second wave of the pandemic ». *BMJ Global Health* 6, n° 5 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33963017.
- Institut canadien d'information sur la santé. *L'expérience des dispensateurs de soins durant la pandémie de COVID-19*. (2022). www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-point-de-mire-y-compris-le-personnel-infirmier-et-les-0#:~:text=En%202020%2D2021%2C%20le%20personnel,rapport%20%C3%A0%20l%27ann%C3%A9e%20pr%C3%A9sente.
- Institut national de santé publique du Québec. « Données COVID-19 au Québec », www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees.
- . « Ligne du temps COVID-19 au Québec », mis à jour le 31 juillet 2022, www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps.
- Ismé, Chantal, et Viviane Michel. « Autochtones et minorités ethniques ou racisées face à la COVID-19: deux réalités, même combat ». *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 25 (2021): 118-25.

- Jones, Elylt, Heather MacDougall, Laurence Monnais, James Hanley, et Catherine Carstairs. *Au-delà de la crise de la COVID-19: tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique*. Société royale du Canada (2021). rsc-src.ca/sites/default/files/History%20PB_FR%20FINAL.pdf.
- King, Keith D., Reagan Bartel, Ashton James, et Shannon E. MacDonald. « Practice report: an Alberta Metis model for COVID-19 vaccine delivery ». *Canadian Journal of Public Health* 113, n° 1 (2022) : 81-86. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34988925.
- Kitatipithitamak Mithwayawin – Covid-19 Indigenous. *Kana Wain Dida: Looking After Each Other - International Gathering Sessions*. (2021). covid19indigenous.ca/sessions/#1628537061528-ed2c0e06-8d59.
- L'Association des femmes autochtones du Canada. *Fact Sheet: Violence Against Indigenous Women, Girls, and 2SLGBTQQIA People in Canada*. (2020). www.nwac.ca/wp-content/uploads/2021/03/MMIWG-and-Violence-Fact-Sheet-Formatted-2021.pdf.
- Levi, Elisa, et Hayley Lapalme. *Getting Back to Normal? Not if "Normal" means Indigenous Food and Health Insecurity*. Yellowhead Institute (2021). yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2021/07/nourish-food-insecurity-yi-brief-713.2021.pdf.
- Levi, Elisa, et Tabitha Robin. *COVID-19 did not cause food insecurity in Indigenous communities but it will make it worse*. Yellowhead Institute (2020).
- Levkoe, Charles Z., Jessica McLaughlin, et Courtney Strutt. « Mobilizing Networks and Relationships Through Indigenous Food Sovereignty: The Indigenous Food Circle's Response to the COVID-19 Pandemic in Northwestern Ontario ». *Frontiers in Communication* 6 (2021). www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2021.672458/full.
- MacDonald, Noni E., Jeannette Comeau, Ève Dubé, Janice Graham, Margo Greenwood, Shawn Harmon, Janet McElhaney, et al. *Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada*. Société royale du Canada (2021). rsc-src.ca/sites/default/files/VA%20PB_FR_1.pdf.
- Mashford-Pringle, Angela, Christine Skura, Sterling Stutz, et Thilaxcy Yohathanan. *Ce que nous avons entendu: peuples autochtones & COVID-19: rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada*. Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto (2021). www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19/rapport-peuples-autochtones-covid-19.html.
- McCalman, Janya, Marlene Longbottom, Sara Fagan, Ruth Fagan, Suzanne Andrews, et Adrian Miller. « Leading with local solutions to keep Yarrabah safe: a grounded theory study of an Aboriginal community-controlled health organisation's response to COVID-19 ». *BMC Health Services Research* 21, n° 1 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34301256.
- McGrail, Kimberlyn. « Surmortalité, COVID-19 et systèmes de santé au Canada ». *Canadian Medical Association Journal* 194, n° 30 (2022) : E1078-E82. www.cmaj.ca/content/194/30/E1078.
- McKenzie, Kwame. « Collecte de données sur la race et l'ethnicité pendant la COVID-19 au Canada: pour pouvoir compter sur une intervention efficace contre la pandémie, il faut d'abord être compté ». Dans *Impacts de la COVID-19 au sein des communautés racialisées*, sous la direction de Société royale du Canada. 2021. rsc-src.ca/sites/default/files/RC%20PB_FR_1.pdf.
- McLane, Patrick, Leslee Mackey, Brian R. Holroyd, Kayla Fitzpatrick, Chyloe Healy, Katherine Rittenbach, Tessy Big Plume, et al. « Impacts of racism on First Nations patients' emergency care: results of a thematic analysis of healthcare provider interviews in Alberta, Canada ». *BMC Health Services Research* 22, n° 1 (2022). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35729530.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Base de données des résultats des tests de détection du SRAS-CoV-2 provenant des laboratoires ».

- . « Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, actualisation découpage territorial version M34-2021, transmissions régulières fermées pour les années financières 2019-2020 et 2020-2021 pour les admissions avant le 1^{er} avril 2021 et extraction journalière des transmissions préliminaires mise à jour le 4 octobre 2022 pour les admissions à partir du 1^{er} avril 2021 ».
- . « Système d'information Trajectoire de santé publique (TSP) ».
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la vigie sanitaire - Infocentre (INSPQ). « Registre de vaccination du Québec ».
- Minority Rights Group International. *Minority and Indigenous Trends 2021: Focus on Covid-19*. Minority Rights Group International (2021). minorityrights.org/wp-content/uploads/2021/06/Minority-and-Indigenous-Trends-2021.pdf.
- Mosby, Ian, et Jaris Swidrovich. « Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada ». *Canadian Medical Association Journal* 193, n° 11 (2021): E381-E83. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33627413.
- Nations Unies. *Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées*. (2020). www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_french_0.pdf.
- Neegan Burnside Ltd. *Évaluation nationale des systèmes d'aqueduc et d'égout dans les collectivités des Premières nations: Rapport de synthèse régional – Québec*. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (2011). www.sac-isc.gc.ca/fra/1314372684986/1533826848245.
- Observatoire canadien du fémicide pour la justice et la responsabilisation. *#CallItFemicide 2021 Report*. (2021). femicideincanada.ca/callitfemicide2021.pdf.
- . *#Cestunfémicide: Comprendre les meurtres des femmes et des filles basés sur le genre au Canada en 2019*. (2019). femicideincanada.ca/cestunf%C3%A9micide2019.pdf.
- Observatoire des profilages. « Pandémie et inégalités: Impacts sur les populations marginalisées ». (2022). Webinaire. www.observatoiredesprofilages.ca/aiovg_videos/webinaire-pandemie-et-inegalites/.
- Organisation mondiale de la santé. *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020*. (2020). www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.
- . *COVID-19 and the Social Determinants of Health and Health Equity: Evidence Brief*. World Health Organization (Genève, 2021). www.who.int/publications/i/item/9789240038387.
- Pasternak, Shiri, et Robert Houle. *No Such Thing as Natural Disasters: the First Nation Fight for Infrastructure*. Yellowhead Institute (2020). yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2020/04/covid-19-and-fn-infrastructure.pdf.
- Petrov, Andrey N., Mark Welford, Nikolay Golosov, John DeGroot, Michele Devlin, Tatiana Degai, et Alexander Savelyev. « Lessons on COVID-19 from Indigenous and remote communities of the Arctic ». *Nature Medicine* 27, n° 9 (2021): 1491-92. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34426705/.
- Richardson, Lisa, et Allison Crawford. « COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health ». *Canadian Medical Association Journal* 192, n° 38 (2020): E1098-100. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32958575.
- Richmond, Chantelle A. M., Vanessa Ambtman-Smith, Carrie Bourassa, Chenoa Cassidy-Mathews, Karine R. Duhamel, Miranda Keewatin, Malcolm King, et al. *La COVID-19 et la santé et le bien-être des Autochtones: nos histoires sont notre atout et témoignent de notre résilience*. Société royale du Canada (2020). rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/IH%20PB_FR%20%281%29.pdf.
- Savard, Jean-François, et Christian Rock. « Les communautés autochtones et la COVID-19: des solutions modernes ancrées dans le respect de la culture et des traditions ». *A+, le carrefour des acteurs publics* 7, n° 1 (2020).

- Serván-Mori, Edson, Jacqueline A. Seiglie, Octavio Gómez-Dantés, et Veronika J. Wirtz. « Hospitalisation and mortality from COVID-19 in Mexican indigenous people: a cross-sectional observational study ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 76, n° 1 (2022) : 16-23. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34266980.
- Services aux Autochtones Canada. Sources multiples, informations épidémiologiques obtenues par SAC et communiquées à la CSSSPNQL.
- Skye, Courtney. *Colonialism of the Curve: Indigenous Communities and Bad Covid Data*. Yellowhead Institute (2020).
- Stanley, Fiona, Marcia Langton, James Ward, Daniel McAullay, et Sandra Eades. « Australian First Nations response to the pandemic: A dramatic reversal of the 'gap'. ». *Journal of Paediatrics and Child Health* 57, n° 12 (2021) : 1853-56. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34592021.
- Statistique Canada. *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après deux ans*. Statistique Canada (2022). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2022001-fra.pdf?st=H9Tgz_eB.
- . « La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance. ». *Le Quotidien* (2022). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.pdf?st=edc8Eu9x.
- . *Postes vacants, deuxième trimestre de 2022*. (2022). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220920/dq220920b-fra.pdf?st=8mHPADCf.
- . *Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé*. (2020). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/200417/dq200417b-fra.pdf?st=lbTSBbOr.
- . *Recensement en bref : Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021*. (2022). www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021007/98-200-x2021007-fra.pdf.
- . *Répercussions économiques de la pandémie de COVID-19 dans les provinces et les territoires*. (2021). www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-631-x/11-631-x2021002-fra.pdf?st=CjYbCOKJ.
- Te One, Annie, et Carrie Clifford. « Tino Rangatiratanga and Well-being: Maori Self Determination in the Face of Covid-19 ». *Frontiers in Sociology* 6 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33869564.
- Turpel-Lafond, Mary Ellen. *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. (2020).
- UN Women. *COVID-19 and ending violence against women and girls*. Nations Unies (2020). www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf.
- VaccinTrackerQC. « Suivi de la vaccination au Québec », mis à jour le 5 juillet 2022, web.archive.org/web/20220706113407/https://vaccintrackerqc.ca/.
- Vaillancourt, Tracy, Miriam Beauchamp, Curtis Brown, Pino Buffone, Jeannette Comeau, Scott Davies, Manny Figueiredo, et al. *Les enfants et les écoles pendant la COVID-19 et au-delà : interactions et connexion en saisissant les opportunités*. Société royale du Canada (2021). rsc-src.ca/sites/default/files/C%26S%20PB_FR.pdf.
- Vérificateur général du Québec. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mai 2022*. (2022). www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/183/vgq_mai2022_complet_web.pdf.
- . *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mars 2022*. (2022). www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/181/vgq_mars-2022_complet_web.pdf.

- Vilches, Thomas N., Elaheh Abdollahi, Lauren E. Cipriano, Margaret Haworth-Brockman, Yoav Keynan, Holden Sheffield, Joanne M. Langley, et Seyed M. Moghadas. « Impact of non-pharmaceutical interventions and vaccination on COVID-19 outbreaks in Nunavut, Canada: a Canadian Immunization Research Network (CIRN) study ». *BMC Public Health* 22, n° 1 (2022). bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13432-1.
- Wabano Centre for Aboriginal Health. *Share Your Story: Indigenous-Specific Racism in Health Care Across the Champlain Region: Full Report*. Wabano Centre for Aboriginal Health (2022). wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-FullReport-EN.pdf.
- Ward, Lowrie A., Kelsey P. Black, Carla L. Britton, Megan L. Tompkins, et Ellen M. Provost. « COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths Among American Indian or Alaska Native Persons — Alaska, 2020–2021 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 71, n° 22 (2022): 730-33. www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/pdfs/mm7122a2-H.pdf.
- Ward, Valerie, et Julia Petrasek MacDonald. *Il n’y a pas de vaccin contre la stigmatisation: Un examen rapide des données probantes sur les stratégies d’atténuation de la stigmatisation pendant les éclosions dans les populations autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada et les leçons à en tirer pour la COVID-19*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021). www.ccsa.ca/Publications/lists/Publications/Attachments/SR/RPT-ThereisNoVaccineforStigma-Ward-MacDonald-FR-Web_2021-03-16.pdf.
- Wendt, Dennis C., Stéphanie Marsan, Daniel Parker, Karen E. Lizzy, Jessica Roper, Christopher Mushquash, Kamilla L. Venner, et al. « Commentary on the impact of the COVID-19 pandemic on opioid use disorder treatment among Indigenous communities in the United States and Canada ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 121 (2021). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33097315.
- Williamson, Laura L., Todd S. Harwell, Todd M. Koch, Stacey L. Anderson, Magdalena K. Scott, James S. Murphy, Greg S. Holzman, et Helen F. Tesfai. « COVID-19 Incidence and Mortality Among American Indian - Alaska Native and White Persons — Montana, March 13–November 30, 2020 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 70, n° 14 (2021): 510-13. www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7014a2-H.pdf.



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES **PREMIÈRES NATIONS**
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR