



## Les voix du terrain

Bienvenue aux [Voix du terrain](#), une série de balados produite par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le CCNSA met l'accent sur la recherche innovante et les initiatives communautaires visant à promouvoir la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada.

### Baladodiffusion - Les voix du terrain 21 - Une discussion sur les taux plus élevés de COVID-19 chez les Premières Nations du Manitoba que chez les non-Autochtones en raison des infrastructures limitées dans les réserves

Dans cet épisode, nous allons écouter les coauteures Ajarat Adegun et Shirley Thompson, qui travaillent toutes deux à l'Université du Manitoba. Elles donnent un aperçu de leur article intitulé *Higher COVID-19 rates in Manitoba's First Nations compared to non-First Nations linked to limited infrastructure on reserves* (des taux plus élevés de COVID-19 chez les Premières Nations du Manitoba que chez les non-Autochtones en raison des infrastructures limitées dans les réserves).

Dans ce balado, elles traitent d'un exercice de cartographie qu'elles ont entrepris en vue de déterminer les inégalités auxquelles font face les communautés des Premières Nations par rapport aux communautés non autochtones dans la province, surtout dans les régions du nord. Elles ont constaté que certains facteurs socioéconomiques particuliers continuent d'exposer les peuples des Premières Nations à un plus grand risque de contracter et de transmettre des maladies infectieuses comme la COVID-19, notamment l'environnement bâti (p. ex. les logements, les routes et l'accès à des hôpitaux).

Remarque à l'intention des auditeurs : le réglage du microphone de Shirley a été modifié à mi-parcours de l'enregistrement.

## Biographies



**Shirley Thompson** est chercheuse principale du Mino Bimaadiziwin et professeure agrégée auprès du Indigenous Focus Group à la Faculté de l'environnement, de la terre et des ressources de l'Université du Manitoba. Le Mino Bimaadiziwin Partnership œuvre en vue de renforcer la capacité, la sécurité alimentaire et l'offre de logements dans le nord du Manitoba dans le cadre de partenariats communautaires en faveur de l'enseignement postsecondaire auprès des Premières Nations et le mouvement international Ecosystem Restoration Camps (ERC). Pour en savoir plus, veuillez consulter: <http://ecohealthcircle.com/>



**Ajarat Adegun** poursuit présentement un programme de maîtrise en gestion des ressources naturelles à l'Institut des ressources naturelles de l'Université du Manitoba. Elle est titulaire d'un baccalauréat ès sciences (avec distinction), d'une maîtrise ès sciences en biologie et d'une maîtrise ès sciences en énergie et environnement au Nigéria. Dans le cadre de ses travaux de recherche, Ajarat examine les liens géographiques et statistiques à l'origine des taux plus élevés de COVID-19 chez les Premières Nations au Manitoba que chez les autres communautés rurales du Manitoba, sous la supervision de Shirley Thompson. Ajarat espère que ses recherches permettront d'orienter l'élaboration de mesures favorisant l'atteinte de meilleurs résultats en matière de santé, et serviront d'outil de plaidoyer en

vue d'améliorer le développement des infrastructures et la santé publique des communautés autochtones et de l'ensemble des communautés au Manitoba et à travers le Canada.

## Transcription

**Ajarat Adegan** – Je m'appelle Ajarat Adegan. Je viens du Nigéria. Je poursuis présentement un programme de maîtrise en gestion des ressources naturelles à l'Institut des ressources naturelles de l'Université du Manitoba. Mes travaux de recherche de maîtrise se penchent sur les liens géographiques et statistiques à l'origine des taux plus élevés de COVID-19 chez les Premières Nations au Manitoba que chez les autres communautés rurales du Manitoba. Merci.

**Shirley Thompson** – Et je m'appelle Shirley Thompson. Je suis professeure agrégée à la faculté de l'environnement, de la terre et des ressources Clayton H. Riddell. Je suis également chercheuse principale du Mino Bimaadiziwin Partnership, qui étudie la question du logement et la sécurité alimentaire, en collaboration avec l'Université du Manitoba.

**Roberta Stout** – J'aimerais tout d'abord aborder la question de savoir quels sont les principaux défis qui exposent les communautés des Premières Nations du Manitoba à un plus grand risque de maladies infectieuses comme la COVID-19. Ajarat, je crois que je vais revenir en arrière, et vous demander de nous donner un aperçu général de l'article de journal et des conclusions tirées.

**Ajarat Adegun** – Pour cet article, nous avons réalisé une très vaste analyse documentaire afin de déterminer les facteurs qui pourraient expliquer les taux plus élevés de COVID-19 que nous avons observés chez les Premières Nations du Manitoba. Il s'agit de données en libre accès disponibles sur le portail sur la COVID-19 du gouvernement du Manitoba. Nous devons donc déterminer les facteurs qui pourraient expliquer cette réalité, et les liens possibles entre ces facteurs, puis nous avons examiné les statistiques consignées des maladies contagieuses antérieures, par exemple la tuberculose et des épidémies, comme la grippe H1N1, qui démontrent l'existence des mêmes types de liens entre les taux plus élevés de maladies infectieuses chez les Premières Nations que dans le reste de la province. Nous avons ainsi entrepris d'examiner cette question à l'aide du cadre d'évaluation de l'équité en santé, et ceci est réalisé au moyen d'une analyse statistique et géographique permettant d'examiner ces facteurs.

Après avoir tout d'abord réalisé l'analyse documentaire, nous avons entrepris de procéder à la cartographie. La cartographie se veut en quelque sorte le fondement de l'étude. Nous avons recueilli

les données de diverses sources, principalement le portail sur la COVID-19 du gouvernement du Manitoba. Pour ce qui est des facteurs socioéconomiques, c'est-à-dire le logement, les routes et les hôpitaux, nous avons obtenu nos données sur le site Web de Statistique Canada, qui sont également des données en libre accès.

Afin de regrouper ces facteurs selon un format qui peut facilement être cartographié, nous avons été en mesure d'élaborer une carte thématique. Une carte thématique est une carte qui montre les variations de chacun de ces facteurs au moyen de couleurs différentes, de sorte que quiconque peut regarder la carte et avoir une visualisation de la situation. En ce qui a trait au logement, nous avons examiné trois caractéristiques distinctes du logement; c'est-à-dire, le caractère non convenable du logement, les réparations majeures et le besoin en matière de logement, ainsi que la taille du ménage. Comme le nom l'indique, la taille moyenne du ménage représente le nombre de personnes qui habitent le logement divisé par le nombre de chambres disponibles. Pour les routes, nous avons catégorisé les communautés selon les types d'accès de celles-ci à des centres de service. Pour ce qui est des hôpitaux, nous avons constaté qu'une seule communauté des Premières Nations dispose d'un hôpital, il s'agit de la Première Nation de Norway House. En fin de compte, nous avons été en mesure de cartographier cette situation, et nous avons découvert que les endroits où l'on constate des taux plus élevés de COVID-19 coïncident avec les endroits où l'on observe non seulement une déficience en matière de logements convenables, mais également le taux le plus élevé de logements non convenables. On observe cette situation dans les communautés d'Island Lake et de Pukatawagan. Pour la question des réparations majeures, on constate le même lien qui existe entre les endroits où les taux de COVID-19 sont les plus élevés et les endroits où l'on trouve des pourcentages plus élevés de logements ayant besoin de réparations majeures. On observe la même chose en ce qui a trait à la taille moyenne du ménage. Dans le reste du Manitoba, la taille moyenne du ménage est de 2,4, tandis que dans les communautés des Premières Nations, ce chiffre est supérieur à 4. La taille moyenne du logement dans certaines communautés d'Island est même de 5,8; il s'agit donc d'une très grande différence sur le plan de l'infrastructure. Pour la question des routes, nous avons examiné la différence observée dans les communautés des Premières Nations qui ont accès à des routes par rapport aux taux de COVID-19, et de même, la différence observée dans les communautés des Premières Nations qui ont un hôpital ou qui ont accès à un hôpital à proximité, comparativement à celles qui n'ont pas cet accès, puis nous avons comparé leur taux de COVID-19, qui sont plus élevés. De même, en raison du lien statistique, nous avons dressé des statistiques déductives; elles démontrent le même lien que l'on observe lorsque l'on regarde la carte. On observe le même lien statistique. L'analyse a permis de constater un lien statistique très élevé entre les communautés ayant accès à des infrastructures limitées et les taux très élevés de COVID-19. C'est ce que nous avons découvert dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'une étude analytique sur le plan écologique. Cela signifie que nous analysons des données à l'échelle communautaire, et non au niveau des individus, et cela facilite l'établissement de liens. Ce n'est pas vraiment une analyse du rapport coûts/effets, mais cela permet la déduction de liens. L'analyse permet d'établir des comparaisons, alors, en bout de compte, nous avons été en mesure d'établir un lien très important entre les taux plus élevés de COVID-19 et les infrastructures limitées chez les communautés des Premières Nations du Manitoba.

**Roberta Stout** – Un des éléments qui a été évoqué dans le rapport est l'existence d'un effet domino des mauvaises conditions de logement sur la transmission de la COVID-19. J'aimerais examiner la

question plus en profondeur afin de mieux comprendre ce que signifie cet effet domino, et le lien avec l'environnement bâti qui pourrait expliquer qu'il y ait un risque plus élevé de transmission de maladies infectieuses.

**Shirley Thompson** – L'équité en santé est le cadre que nous utilisons, et il examine la capacité des gens à atteindre l'égalité sur le plan des déterminants sociaux et de la santé, y compris les facteurs non médicaux, comme l'eau potable, le logement, le revenu, la situation d'emploi et les services sociaux. Nous avons donc déterminé que, dans les réserves des Premières Nations, la question du logement est un enjeu clé, alors que, selon les statistiques du Manitoba, 37 % des personnes vivent dans des logements non convenables, contre 7 % chez les non-Autochtones. Lorsqu'on examine les logements ayant besoin de rénovations majeures, les statistiques sont encore moins reluisantes : 44 % des personnes dans les réserves des Premières Nations au Manitoba vivent dans des logements ayant besoin de rénovations majeures, contre 9 % chez les non-Autochtones. De plus, il n'y a pratiquement pas d'hôpitaux dans les communautés des Premières Nations. Il n'y en a qu'un à l'échelle du Manitoba, même si l'on retrouve de très nombreuses communautés des Premières Nations qui sont plus grandes que des communautés non autochtones. Les services de santé dans les réserves des Premières Nations se limitent donc à des soins non complexes et non essentiels, même si leurs membres sont en moins bonne santé, selon les statistiques sur la santé. En revanche, les communautés rurales du Manitoba ont généralement accès à des hôpitaux dans leur communauté ou à environ une heure de route de leur communauté, ce qui n'est pas le cas pour les Premières Nations. Enfin, un autre élément clé est l'accès routier à des centres de service. Ainsi, de nombreuses communautés des Premières Nations – un pourcentage consternant de 27 % – sont classées comme étant des communautés à accès limité, car elles n'ont pas de routes d'accès praticables en tout temps, alors que la plupart des communautés non autochtones bénéficient de routes asphaltées leur donnant accès à des centres de service.

Le manque de routes d'hiver limite grandement les possibilités de logement. Par conséquent, les conditions de logement dans les communautés qui n'ont pas accès à des routes d'hiver sont médiocres; les logements sont surpeuplés et sont caractérisés par l'absence d'eau courante. Ces communautés sont desservies par des citernes qui constituent la source principale d'approvisionnement en eau, ce qui signifie que l'eau vient à manquer, et cela contribue au surpeuplement dans les logements, n'est-ce pas? Si un nombre plus élevé de personnes sont desservies par une citerne de la même taille, l'eau vient rapidement à manquer. Durant la pandémie de COVID-19, un des problèmes signalés a été le fait que de nombreuses personnes ont manqué d'eau. Dans bien des cas, des membres du personnel militaire ont été déployés par avion dans ces communautés pour pallier cette situation en raison des taux élevés de COVID-19. Comme ces logements sont multigénérationnels, des enfants et des grands-parents y habitent souvent ensemble; ce sont donc des personnes à risque élevé. À cela s'ajoutent des personnes qui se déplacent dans leur communauté pour effectuer leur travail, et qui peuvent contracter ou transmettre la COVID-19. Cela entraîne donc des situations à risque. Il n'y a également aucun endroit pour s'isoler. Alors, comme il n'y a qu'une seule salle de bain dans la plupart des logements, lorsqu'une personne contracte la COVID-19, tous les occupants du logement la contractent également.

Ainsi, 23 personnes dans le logement pourraient la contracter, 17 personnes dans le logement pourraient la contracter, ou 7 personnes pourraient la contracter. S'il n'y a qu'une seule salle de bain,

les risques de transmission sont très élevés. Sans accès à d'autres emplacements et avec les engorgements à l'aéroport, cela signifie pour les personnes de ces communautés qu'elles doivent se rendre en voiture à l'aéroport sur des routes d'hiver durant l'hiver, ou par bateau durant l'été, le printemps ou l'automne, ou même par hélicoptère en période de débâcle. Vous savez, ce sont de petits endroits restreints où la COVID-19 se transmet facilement.

Il faut s'attaquer à la question des conditions de logement et des hôpitaux; chaque communauté dépassant une certaine taille devrait avoir un hôpital. Cette situation désavantage énormément les Premières Nations. Il faut absolument que l'on apporte des changements aux conditions de logement. Nous devons revendiquer la fin de l'itinérance et des logements adéquats pour tous les membres de la communauté. Tous ces facteurs sont synonymes d'inégalité en matière de santé, vous savez. Les taux plus élevés de COVID-19 et la corrélation entre cette réalité et les besoins fondamentaux démontrent qu'il y a violation du droit à l'égalité garanti par la Constitution canadienne, et il faut s'y attarder. Il faut répondre adéquatement aux besoins fondamentaux des Canadiens et Canadiennes. En ce moment, la situation est inadéquate; c'est une catastrophe sanitaire imminente.

**Roberta Stout** – À la lumière de ce que vous avez découvert dans le cadre de cette étude, Ajarat, soupçonnez-vous que des résultats semblables soient obtenus dans d'autres régions du Canada où l'on trouve de nombreuses communautés des Premières Nations? Pourriez-vous donner des précisions à ce sujet?

**Ajarat Adegun** – J'ai mentionné que si l'on examine la vulnérabilité des communautés des Premières Nations et des autres communautés autochtones durant l'épidémie de la grippe H1N1, qui est semblable au chapitre de la propagation, des risques qui y sont associés, et du stress et des défis inhérents, alors les données parlent d'elles-mêmes. Les statistiques le démontrent également. Et le point commun de ces pandémies, je parle de la grippe H1N1 et de la COVID-19, c'est le fait que les causes fondamentales sont encore présentes. Les problèmes systémiques persistent. Je veux dire qu'il existe des inégalités au niveau des infrastructures, de l'accès à l'éducation, des seuils de pauvreté, et bien plus encore.

Alors, pour les Premières Nations du Manitoba, qui ont été le centre d'intérêt principal de cette étude, nous avons été en mesure d'en arriver à ces conclusions, et je réponds oui à votre question. Il est plus facile de déduire quels seront les résultats dans d'autres communautés autochtones aux prises avec des problèmes semblables quant aux inégalités en matière d'accès à des soins de santé. Par exemple, lorsqu'on examine non seulement les membres des Premières Nations dans les réserves, mais également les membres autochtones hors réserve dans des régions urbaines, et que l'on compare leurs facteurs socioéconomiques avec ceux des communautés non autochtones, on constate qu'ils sont déjà dans une situation de vulnérabilité. Environ un quart des membres des Premières Nations qui vivent dans des régions urbaines vivent dans la pauvreté. Par surcroît, plus de 30 % des membres des Premières Nations dans des régions urbaines vivent dans l'insécurité alimentaire. Ce sont tous des facteurs que Statistique Canada, le gouvernement du Canada et l'Agence de santé publique du Canada ont déjà qualifiés de facteurs qui augmentent la vulnérabilité à ce type de pandémie.

Ils se trouvent déjà dans une position défavorisée, et tant que ces causes ne seront pas examinées et réglées, les mêmes problèmes persisteront si une autre pandémie se déclare. Je sais que nous traversons toujours la pandémie de COVID-19, mais si une autre pandémie survient à l'avenir, et que ces problèmes systémiques ne sont pas réglés, les résultats seront encore les mêmes.

**Roberta Stout** – Quelles sont les forces que les communautés peuvent exploiter, alors qu'elles font face à cette pandémie, et pourraient être confrontées à d'autres pandémies éventuelles?

**Shirley Thompson** – Les communautés ont vraiment redoublé leurs efforts, et ont instauré un confinement. Elles ont travaillé ensemble pour livrer des denrées alimentaires aux portes. Comme plusieurs autres, ces communautés savaient qu'elles étaient à risque élevé et avaient une population très vulnérable, et ont pris toutes les mesures nécessaires. Elles ont instauré un confinement pendant lequel les gens ne pouvaient pas quitter leur domicile, sauf s'ils étaient des travailleurs des services d'urgence ou des travailleurs de la santé, ce qui a eu comme effet de réduire la transmission. Plusieurs d'entre eux ont même eu recours à des remèdes traditionnels. Les communautés du nord affichent un très haut taux de vaccination; ils ont commencé rapidement la vaccination, surtout chez les personnes âgées de la communauté. Ils ont pleinement assumé leurs responsabilités et ont bravé les difficultés associées au confinement à leur domicile afin de réduire la transmission, en sachant que le virus se propagerait à un rythme effréné dans les logements où habitent 10, 12 personnes et même jusqu'à 17 personnes, vous savez?

**Ajarat Adegun** – Lorsque la pandémie s'est déclarée, les mesures de santé publique en vigueur pour prévenir la transmission consistaient à s'isoler si l'on contractait le virus, à bien désinfecter et à se laver le plus souvent possible. Or, pour les Premières Nations qui n'ont pas accès à de l'eau potable, ceci est un réel problème; certaines d'entre elles étaient alors soumises à un avis de faire bouillir l'eau. Il en va de même pour les personnes qui vivent dans des logements multigénérationnels, et pour les membres des Premières Nations qui n'ont pas d'hôpitaux ou même de centres d'isolement. Certains d'entre eux ont été contraints de s'isoler dans des salles de classe ou même des terrains de basketball, alors que des centres sportifs d'écoles ont été convertis en centre d'isolement.

Vous savez, j'ai lu dans une autre publication que tant que les causes derrière les causes n'auront pas été abordées, le même scénario est susceptible de se reproduire, ce qui est d'une grande tristesse pour les communautés des Premières Nations. Ces communautés sont déjà marginalisées à l'échelle de plusieurs secteurs. Alors tant que nous n'abordons pas cette situation et ne réglons pas les difficultés systémiques, nous pourrions nous retrouver dans la même situation chaque fois qu'une maladie contagieuse ou une pandémie survient. La pandémie crée une très importante marginalisation, et cela se produit en raison de tous ces facteurs, et cet écart s'élargit sans cesse à cause de cette pandémie. Je trouve cela très triste, et je trouve injuste que des personnes doivent vivre une telle situation.

**Roberta Stout** – Je tiens à vous remercier sincèrement toutes les deux d'avoir pris le temps de discuter de l'article très important que vous avez coécrit, et pour avoir souligné la nécessité de s'attaquer à ces inégalités et ces fardeaux auxquels sont confrontés, dans une mesure disproportionnée, les communautés des Premières Nations dans la province du Manitoba. Encore, merci d'avoir été des nôtres aujourd'hui, et d'avoir discuté de cette question avec moi et notre auditoire.

**Ajarat Adegun** – Merci.

**Shirley Thompson** – Merci beaucoup pour le temps que vous nous avez accordé.

**Roberta Stout** – Pour écouter d'autres balados de cette série, consultez « Les voix du terrain » qui se trouvent sur le site Web du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, à [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca). La musique de ce balado est l'œuvre de Blue Dot Sessions. Il s'agit d'une œuvre en usage partagé, utilisée sous licence Creative Commons. Pour en apprendre davantage, consultez le [www.sessions.blue](http://www.sessions.blue).

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone  
(CCNSA)  
3333 University Way  
Prince George, Colombie-Britannique  
V2N 4Z9 Canada

Tél : 250 960-5250  
Courriel : [ccnsa@unbc.ca](mailto:ccnsa@unbc.ca)  
Site web : [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca)

National Collaborating Centre for Indigenous Health  
(NCCIH)  
3333 University Way  
Prince George, British Columbia  
V2N 4Z9 Canada

Tel: (250) 960-5250  
Email: [nccih@unbc.ca](mailto:nccih@unbc.ca)  
Web: [nccih.ca](http://nccih.ca)

© 2022 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). La présente publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.