



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 154234271

La COVID est vraiment complexe; elle est insidieuse. Je recours à l'idée d'un conte de finasserie qui fait partie des récits folkloriques sur Nanabush dans les Premières Nations. L'histoire qu'il raconte nous présente une leçon sur le comportement à adopter et la façon de se traiter les uns les autres. Voyons la COVID-19 comme un filou.

D^{re} Sarah Minwanimad Funnell

Nations, les Inuits et les Métis à un risque plus élevé de contracter la COVID-19 et d'avoir de plus importantes séquelles causées par la maladie (Auditor General of Canada, 2021; Giroux et al., 2020; Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], 2020; Mashford-Pringle et al., 2021, Power et al. 2020, Richmond et al., 2020; Statistics Canada, 2020). Elle a en outre mis en évidence les antécédents de traumatismes des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis et leur méfiance de longue date envers le système de santé et les interventions médicales, notamment l'obligation de quitter leurs communautés pour être hospitalisés, et leur manque potentiel de confiance à l'égard du processus de vaccination contre la COVID-19 (Greenwood & MacDonald, 2021; Mosby & Swidrovich, 2021).

Cette fiche d'information a pour but d'amener à mieux comprendre les répercussions possibles des expériences des peuples autochtones avec les maladies et

les pratiques exemplaires actuelles sur leur adhésion aux vaccins contre la COVID-19. Elle portera d'abord sur les expériences des Premières Nations, des Inuits et des Métis avec les pandémies antérieures et sur l'héritage d'iniquités en matière de santé, qui continuent d'affecter de nombreuses communautés, ce qui les expose à un risque plus élevé de contracter la COVID-19 et d'avoir des séquelles plus importantes. Le texte se tournera ensuite vers le processus de vaccination contre la COVID-19 et quelques-uns des facteurs sous-jacents qui expliqueront possiblement l'hésitation des populations autochtones à se faire vacciner. Il se conclura par des exemples éclairants sur les réactions de communautés dirigées par des Autochtones et par la communication d'avis applicables et de pratiques exemplaires que les professionnels de la santé pourraient adopter pour renforcer la confiance à l'égard de la vaccination dans le contexte de la COVID-19.

Méthodologie

Le 12 janvier 2021, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) ont organisé un webinaire collaboratif intitulé [Hésitation à la vaccination chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : répercussions possibles durant la pandémie de COVID-19](#). La D^{re} Sarah Minwanimad Funnell, présentatrice de ce webinaire, est médecin de famille des Premières Nations, spécialiste en santé publique et médecin hygiéniste adjointe à la Santé publique d'Ottawa. Dans cette présentation, elle examine certaines difficultés particulières relatives à l'adhésion au vaccin contre la COVID-19 par les populations des Premières Nations, inuites et métisses, notamment leurs expériences négatives passées et contemporaines dans les systèmes de santé traditionnels et avec les professionnels de la santé et les fournisseurs



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 11313509054

de vaccins au Canada. Cette fiche d'information s'inspire principalement de la présentation de la D^{re} Funnell. Elle ajoute des articles supplémentaires examinés par des pairs et de la documentation parallèle trouvée à l'aide de recherches sur Google et Google Scholar avec les mots-clés Premières Nations, Inuits et Métis utilisés conjointement avec les termes COVID-19, déterminants sociaux, sécurité culturelle, soins tenant compte des traumatismes et de la violence, équité en matière de santé, adhésion au vaccin, hésitation relative au vaccin, confiance dans le vaccin.

Peuples autochtones et pandémies antérieures

Depuis l'ère de la colonisation, les peuples autochtones du Canada ont dû faire face à des maladies qu'ils n'avaient jamais vues et contre lesquelles ils n'étaient pas

immunisés, comme la variole, la grippe et la tuberculose. Ces maladies ont toutes eu des conséquences disproportionnées sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis et de leurs communautés (Daschuk, 2013; Giroux et al., 2020, Richardson & Crawford, 2020). Face à une pandémie, les Autochtones du Canada et de partout dans le monde « font l'objet de taux d'infection plus élevés, souffrent de symptômes plus graves et décèdent dans des proportions plus élevées que la population générale en raison des puissantes forces des déterminants sociaux et culturels de la santé et de leur absence de pouvoir politique » (Power et al., 2020, p. 1).

L'historien James Daschuk (2013) fait remarquer en quoi, à partir du XVII^e siècle, le colonialisme et les politiques coloniales, l'élargissement des réseaux d'échanges occidentaux

et le développement économique, de même que l'introduction de maladies comme la variole, la rougeole, la coqueluche et la tuberculose ont décimé les communautés des Premières Nations dans toutes les Prairies canadiennes. Chez les Inuits du Nunatsiavut, les baleiniers, les missionnaires et les colons européens sont à l'origine de maladies et de décès sans précédent causés par la propagation de la grippe espagnole. À titre d'exemple, la communauté d'Okak a perdu 204 de ses 263 membres et celle d'Hebron, 86 de ses 100 membres (ITK, 2020).

La tuberculose a eu des répercussions dévastatrices sur des populations autochtones. Elle a donné lieu à un taux de mortalité de 9 000 par population de 100 000 habitants au sein de la Première Nation de Fort Qu'Appelle dans les années 1880 (Truth and Reconciliation Commission [TRC] of



Canada, 2015). De nombreuses communautés d'Inuit Nunangat*¹ ont été durement frappées par la tuberculose et continuent d'en subir les séquelles. Dans les années 1960, plus de la moitié des résidents du Nunavut ont dû être transportés dans des sanatoriums du sud pour se faire soigner (ITK, 2020). Des membres des Premières Nations, comme les Inuits, qui avaient contracté cette maladie ont dû quitter leurs communautés pour recevoir des soins dans des sanatoriums du sud ou des hôpitaux isolés, souvent sans qu'on leur demande leur consentement ou qu'on les informe adéquatement. Ils étaient alors soumis contre leur gré à des traitements médicaux et à des expériences, et certains ne retournaient jamais chez eux, ce qui a laissé un legs de crainte et de méfiance envers les systèmes de santé au sein des peuples autochtones (Lux, 2016). La tuberculose a aussi fait de nombreuses victimes chez les enfants des Premières Nations, inuits et métis, dans

les pensionnats (Lux, 2016; CVR, 2015, The Indigenous Health Writing Group of the Royal College, 2019). Mosby et Swidrovich (2021) mentionnent que les expériences médicales et l'administration forcée du vaccin bacille Calmette-Guérin contre la tuberculose à certains élèves fréquentant les pensionnats ont fait en sorte que les peuples autochtones avaient l'impression de servir de cobayes, ce qui pourrait être un autre facteur expliquant l'hésitation actuelle des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis à se faire vacciner.²

L'emplacement géographique et l'isolement des communautés peuvent les protéger d'emblée contre la maladie; mais ces mêmes caractéristiques sont aussi susceptibles d'accélérer la transmission et la gravité des maladies infectieuses après leur introduction dans la communauté, surtout quand elles se conjuguent avec d'autres déterminants socioéconomiques de la santé.

Les recherches indiquent que dans les deux vagues de la grippe H1N1, en 2009, la maladie a eu des effets plus graves et a conduit à un plus grand nombre d'hospitalisations chez les Premières Nations et les Inuits, en particulier. Les personnes les plus susceptibles de contracter la grippe H1N1 étaient celles vivant au sein de communautés rurales, éloignées ou dans des réserves où il est plus fréquent d'observer des ménages surpeuplés, de la pauvreté et peu d'accès à l'eau potable et à des soins de santé (National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA], 2016a). Des idées racistes à l'égard des Premières Nations et une ignorance généralisée de leurs réalités par les autorités fédérales ont entraîné un retard d'approvisionnement en équipement de protection individuelle essentiel, comme les désinfectants pour les mains à base d'alcool (NCCAHA, 2016b).

La dévaluation de la vie des Autochtones se poursuit, encore

* Toutes les références bibliographiques citées dans cette fiche d'information sont en anglais seulement.

¹ Inuit Nunangat englobe le Nunavut, le Nunavik dans le nord du Québec, le Nunatsiavut dans le nord de Terre-Neuve-et-Labrador et la région désignée des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest.

² L'impression de servir de cobaye pour un nouveau vaccin s'est révélée être un facteur de réticence à l'égard de la vaccination chez des Métis qui ne voulaient pas du vaccin H1N1 (Driedger et al., 2015).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1063725666

aujourd'hui. Une enquête menée récemment sur le décès de Joyce Echaquan, une Atikamekw de Manawan, au Québec, a remis en cause le racisme injuste et systémique dont a fait preuve le personnel médical avant son décès le 28 septembre 2020 (Canadian Broadcasting Corporation [CBC] News, 2021). En novembre 2020 était publié le rapport de l'examen indépendant mené par la D^{re} Turpel-Lafond sur le système de santé de la Colombie-Britannique, intitulé *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. Le rapport a fait état de 600 conclusions de racisme à l'égard des Autochtones dans la province et indiqué « qu'il existe un lien direct entre l'histoire et l'expérience des soins de santé coloniaux en Colombie-Britannique et les problèmes de racisme observés dans le système de santé actuel » (p. 166).

Tout comme lors des dernières pandémies, les peuples autochtones sont exposés à des risques disproportionnellement élevés de contracter la COVID-19 une fois que la maladie s'est introduite

dans leurs communautés, où persiste l'héritage de logements insalubres, de conditions de vie en surpeuplement et d'un manque d'accès à l'eau potable (Richardson & Crawford, 2020; Statistics Canada, 2020). Outre ces problèmes, la capacité des Autochtones à contrer les effets de la COVID-19 est entravée par d'autres déterminants socioéconomiques et liés à la santé, notamment par des problèmes de santé chroniques et préexistants, la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'accès lacunaire à des services de santé, en plus d'expériences négatives vécues dans le système de santé, dont le racisme à leur endroit (Allan & Smylie, 2015; Auditor General of Canada, 2021; First Nations Information Governance Centre, 2020; Greenwood et al., 2015; Inuit Tapiriit Kanatami, 2020; NCCAH, 2016b; Power et al, 2020; Mashford-Pringle et al. 2021, Richardson & Crawford, 2020).

Il faut absolument tenir compte de la colonisation, des expériences vécues lors de précédentes pandémies et des fardeaux disproportionnés en matière

de santé pour comprendre la réticence des Premières Nations, des Inuits et des Métis à demander des soins, y compris durant la pandémie actuelle de COVID-19. Il s'agit également d'une raison importante de la décision de donner la priorité des vaccins contre la COVID-19 aux populations des Premières Nations, inuites et métisses.

COVID-19 dans les communautés autochtones

Selon les Services aux Autochtones Canada (SAC), entre le début de la pandémie et le 10 août 2021, un total de 33 421 cas confirmés de résultats positifs à la COVID-19 chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves, dont 1 610 ont dû être hospitalisés et 384 ont succombé à la maladie (ISC, 2021a). Les Premières Nations vivant dans des réserves des provinces des Prairies ont présenté le taux d'infection le plus élevé, 6 fois supérieur à celui de la population canadienne générale. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a rapporté un

taux de létalité de 70 par 100 000 habitants chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves par rapport à 69 par 100 000 habitants dans la population non autochtone (PHAC, 2021). Il est à noter que ces chiffres correspondent uniquement aux membres des Premières Nations vivant dans des réserves. Le 3 août 2021, Nunavut Tunngavik Inc. (NTI) a signalé un total de 657 cas confirmés de COVID-19 au Nunavut, dont 4 ont eu une issue fatale; ces chiffres incluent toutefois les Inuits et les non-Inuits (NTI, 2021).³

Dans les trois territoires (le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon), les données ne sont pas désagrégées pour présenter distinctement les Premières Nations, les Inuits ou les Métis. Elles ne tiennent pas compte non plus des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui vivent en milieux urbains, ce qui limite la capacité à évaluer tout l'impact de cette maladie sur les peuples autochtones du Canada. Skye insistait d'ailleurs sur ce point (2020) lorsqu'il écrivait, au début de la pandémie, que le « public n'avait jamais été aussi submergé de données – nombre de nouveaux cas, nombre de décès, aplanissement des courbes, scénarios de référence et ainsi de suite – tout en constatant

une remarquable absence de données publiques nettes sur les effets de cette pandémie sur les peuples autochtones » (para. 2).

Vaccins contre la COVID-19

La vaccination est une des plus importantes réalisations économiques et populaires en matière de santé publique pour entraîner une réduction des maladies évitables grâce à un vaccin, comme la poliomyélite, la rougeole et la diphtérie, qui ont un jour constitué les principales causes de décès dans le monde (Immunisation Canada, sans date). Selon Immunisation Canada (s.d.), grâce aux répercussions des vaccinations, les décès attribuables aux maladies évitables grâce à un vaccin ont grandement chuté. L'Agence de la santé publique du Canada (s.d.) précise que « l'immunisation est l'une des plus importantes réalisations dans le domaine de la santé publique. Au cours des 50 dernières années, elle a permis l'élimination, l'endigement et le contrôle de maladies qui étaient autrefois très courantes au Canada » (s.l.). La course pour la mise au point de vaccins sûrs et efficaces a débuté dès les premiers mois de la pandémie de COVID-19. Au Canada, elle a mené à une vaccination de masse

à l'aide de deux vaccins à ARN messenger approuvés, ceux de Pfizer-BioNTech et de Moderna, et de deux vaccins à vecteurs viraux, celui d'AstraZeneca/COVISHIELD et dans une moindre mesure, celui de Johnson & Johnson's Janssen (Government of Canada, 2021a).⁴

En 2021, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a élaboré les *Orientations sur l'établissement de l'ordre de priorité des principales populations à immuniser contre la COVID-19*, dans lesquelles les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis font partie des populations désignées pour être immunisées en priorité. La formulation de cette recommandation s'explique par ces raisons : 1) les maladies chroniques sous-jacentes et les problèmes systémiques d'équité en matière de santé qui continuent de peser sur les populations des Premières Nations, inuites et métisses, et entraînent un taux disproportionné de répercussions et de formes graves de COVID-19 au sein de leurs communautés; 2) leur accès limité à des services de santé, surtout dans les communautés autochtones isolées, éloignées et du Nord; 3) le risque élevé de propagation dans les communautés autochtones en raison des difficultés à respecter la distanciation physique (NACI, 2021).

³ Selon Services aux Autochtones Canada (2020), 99 % de la population du Nunavut est Inuit (ISC, 2020).

⁴ En date du 11 août 2021, le vaccin Janssen n'avait toujours pas été utilisé. Pour plus de renseignements sur les vaccins à vecteurs viraux, consultez : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/medicaments-vaccins-traitements/vaccins/type-vecteurs-viraux.html>; pour plus de renseignements sur les vaccins à ARN messenger, consultez : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/medicaments-vaccins-traitements/vaccins/type-arnm.html.

Depuis le début du processus de vaccination contre la COVID-19, un nombre record de Canadiens a reçu la première et la deuxième dose du vaccin. Grâce à la mise à jour constante des données, nous savons qu'au 31 juillet 2021, 68,24 % de tous les Canadiens âgés de plus de 12 ans étaient pleinement vaccinés et que 81,13 % avaient reçu une dose de vaccin contre la COVID-19 (Government of Canada, 2021b). Après le déploiement du vaccin dans 687 communautés des Premières Nations et inuites, Services aux Autochtones Canada (SAC) a fait état d'un total de 712 776 doses administrées, dont environ 304 832 constituant une deuxième dose dans la population de plus de 12 ans en date du 3 août 2021 (ISC, 2021b). Selon Nunavut Tunngavik Inc., en date du 2 juillet 2021, un total de 16 397 Inuits et non-Inuits vivant au Nunavut avaient été pleinement vaccinés et 21 394 avaient reçu une dose (NTI, 2021).

Il reste encore un certain nombre de Canadiens, notamment des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, qui pourraient se montrer réticents à se faire vacciner pour un certain nombre de raisons. Le Groupe stratégique consultatif d'experts du groupe de travail sur l'immunisation (GT du SAGE) avance que l'hésitation face au vaccin représente le « délai d'acceptation ou de refus de la vaccination malgré la disponibilité des services



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1309150852

de vaccination. La réticence à l'égard des vaccins est une question complexe et propre au contexte, qui varie en fonction du temps, du lieu et des vaccins. Elle est influencée par des facteurs comme la complaisance, la commodité et la confiance » (MacDonald & the SAGE WG, 2015, p.4163). Le GT du SAGE nuance davantage la définition de la complaisance en indiquant une perception des risques associés à des maladies évitables grâce à un vaccin comme étant trop faibles pour se faire vacciner; un manque de commodité en ce qui concerne l'offre, l'accessibilité et l'abordabilité d'un vaccin; un manque de confiance lié à la perception de l'efficacité, de l'innocuité, de l'administration et des motivations des décideurs à l'égard d'un vaccin (MacDonald & the SAGE WG, 2015).

Peu de recherches officielles ont porté sur la réticence à la

vaccination et la confiance au sein des peuples autochtones. Nous savons toutefois que des facteurs historiques, notamment des expériences médicales et des vaccinations forcées, pourraient nourrir les craintes ou la réticence dans certains cadres autochtones (Mosby & Swidrovich, 2021). Établir la confiance à l'égard du vaccin est primordial, compte tenu des possibilités de répercussions distinctives de la COVID-19 sur les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en raison de leur marginalisation économique et des iniquités en matière de santé.

Les professionnels de la santé, les fournisseurs de services, les leaders communautaires et les alliés occupent une place importante dans la transmission d'information sur la complaisance, la commodité et la confiance liées aux vaccins. Lorsque des membres des Premières Nations, des

Inuits et des Métis montrent de la réticence envers la vaccination contre la COVID-19, il faut interpréter cette hésitation dans le contexte d'expériences négatives et insécurisantes sur le plan culturel, passées ou présentes, vécues avec des professionnels de la santé ou dans des établissements médicaux (MacDonald et al., 2021), en tenant également compte de l'appréhension générale à l'égard des aiguilles ou des préoccupations suscitées par les effets indésirables possibles ou la rapidité du développement d'un vaccin comme celui contre la COVID-19 (Taddio et al., 2021, Task Group on Healthy Living, 2020).

Pour susciter la confiance à l'égard des vaccins, il faut d'abord prodiguer des soins sécurisants sur le plan culturel, qui tiennent compte des traumatismes.⁵ Le Comité sur la santé des Autochtones du Collège royal des médecins et chirurgiens (2019) a précisé que, dans le cadre de leur travail auprès de patients autochtones, les médecins doivent recourir à « des pratiques adaptées à la culture, des approches réflexives, des mesures pour combattre le racisme, et faire preuve d'empathie, d'ouverture d'esprit et de compréhension face aux enjeux liés à l'exclusion délibérée des Autochtones, issue du colonialisme, et aux déterminants de la santé qui contribuent au piètre état de santé des patients autochtones » (p. 2).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1311564458

Richardson et Murphy (2018) font remarquer que le concept de soins tenant compte des traumatismes éclaire les professionnels de la santé sur la nécessité d'être conscients des expériences vécues par une personne et sensibles à celles-ci afin d'éviter de créer de nouveaux traumatismes dans des établissements médicaux et dans le cadre de la prestation de soins. Ils précisent qu'une démarche tenant compte des traumatismes reconnaît « que les réactions d'une personne (comme le refus d'un traitement ou la méfiance) peuvent découler d'une expérience ou d'une blessure antérieure au lieu d'être simplement dues à la maladie ou à un mauvais comportement » (p. 11).

Plutôt que d'ignorer les Autochtones qui se montrent réticents à se faire vacciner ou de refuser de leur prodiguer des soins, les professionnels de la

santé peuvent s'efforcer d'établir un lien de confiance avec eux. Ils peuvent œuvrer sur plusieurs fronts. La première étape, cruciale, consiste à écouter les craintes des patients avec empathie, sans émettre de jugement. Les professionnels de la santé peuvent prendre le temps de valider les préoccupations des patients et de leur parler en toute franchise des risques perçus et réels pour eux et leur communauté au sens large concernant les vaccins et les maladies évitables grâce à un vaccin (MacDonald et al., 2018). Il est important de cerner les motifs de la réticence des patients et l'origine de leurs craintes dont les racines remontent souvent à « des expériences passées et contemporaines avec le colonialisme des colons canadiens » (Mosby & Swidrovich, 2021, p. E382; see also Browne et al, 2016; Driedger et al., 2015). Grâce à la prestation de soins

⁵ L'expression « soins tenant compte de la violence » est également utilisée.

sécurisants sur le plan culturel et tenant compte des traumatismes, il est possible de parler des enjeux liés à la confiance à l'égard de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins, de même que des motivations des décideurs qui établissent les processus de vaccination. Ces mesures permettraient en effet de venir à bout de la méfiance envers les vaccins contre la COVID-19.

Au cours de l'examen des pratiques exemplaires permettant d'établir la confiance à l'égard des vaccins, il faut prendre des mesures à divers niveaux, notamment auprès de la personne, de la famille et de la communauté, tout en prêtant attention à la diversité, aux récits locaux et aux situations actuelles des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, au sein de leurs communautés et entre eux. Browne et ses collaborateurs (2016) présentent 10 stratégies qu'il faudrait mettre en place pour éliminer les obstacles systémiques, structurels, politiques et propres aux services, et pour améliorer les soins aux Autochtones axés sur l'équité en matière de santé. Dans l'ensemble, ces stratégies favorisent l'équité en matière de santé; soutiennent les structures, les politiques et les processus organisationnels internes; incluent de façon significative les Autochtones et les membres de la communauté dans le processus décisionnel; font en sorte que les établissements de santé et les interactions soient accueillants et

que les professionnels de la santé comprennent l'interdépendance des violences structurelles et des déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones; s'efforcent activement d'éliminer les déséquilibres du pouvoir, le racisme et la discrimination dans la prestation des soins qui leur sont destinés. Lorsque ces stratégies sont instaurées, les patients autochtones se sentent possiblement mieux accueillis, soutenus et respectés dans leurs interactions liées aux soins de santé, notamment dans les conversations entourant les vaccins et l'acceptation de la vaccination.

Pour obtenir plus de renseignements sur le continuum de la réticence à la vaccination, consultez : [Soutenir la confiance à l'égard de la vaccination au sein des communautés des Premières Nations, inuites et métisses](#).

Pour plus de renseignements sur l'établissement de la confiance à l'égard des vaccins, consultez :

[Renseignements et ressources visant à établir la confiance à l'égard des vaccins chez les patients des Premières Nations, inuits et métis](#) (aussi présenté en cri, en ojibwé et en inuktitut). Pour plus de renseignements et d'astuces facilitant la préparation des professionnels de la santé à des conversations et à des questions sur l'immunisation (aussi présentés en cri, en ojibwé et en inuktitut), consultez : [Conseils pour les conversations avec les patients au sujet de la vaccination](#).

Réactions communautaires à la COVID-19 et à la vaccination

Les communautés et les organisations des Premières Nations, inuites et métisses du Canada ont réagi à la COVID-19 et à la vaccination contre la COVID-19 en fonction de leur



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1309103575

diversité culturelle, linguistique et géographique. En tant que nations souveraines et autodéterminées, certaines ont mis en place des barrages routiers et des postes de contrôle pour gérer l'entrée des personnes sur leur territoire; d'autres ont collaboré avec les autorités de la santé de leur région pour qu'elles les aident à obtenir de l'équipement de protection individuelle, à faire le suivi des contacts et à soutenir les membres de la communauté devant s'isoler ou se mettre en quarantaine; d'autres encore ont veillé à relayer les messages de santé publique de façon convenable sur les plans culturel et linguistique (Mashford-Pringle et al. 2021; Richardson & Crawford, 2020).

Des organisations autochtones de partout au Canada ont aussi fait preuve de créativité dans la mise au point, la promotion et l'apport de ressources afin d'établir la confiance à l'égard des vaccins et du processus de vaccination chez leurs populations et leurs membres. Les exemples qui suivent présentent des ressources axées sur la communauté, novatrices, adaptées à la culture et multimédias, mises au point et conçues par des organisations et les dirigeants des Premières Nations, inuites et métis. Chacune d'elles s'inspire des recommandations de 2020 du Groupe d'étude sur les messages pour un mode de vie sain concernant la promotion de la vaccination contre la grippe et la COVID-19 dans les

communautés éloignées et isolées des Premières Nations, inuites et métisses; les messages que ces ressources transmettent se veulent ainsi accessibles, adaptés à la situation, fondés sur les distinctions, précis et concis, et leurs pratiques, judicieuses, sont axées sur les forces, ancrées dans l'identité et les connaissances culturelles, et fondées sur des données probantes (p. 2).

- Protégez-vous. Protégez nos gens, est une collaboration manitobaine initiée par l'Assemblée des chefs du Manitoba, la Southern Chiefs' Organization, Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc., Keewatinohk Inniniw Minoyawin Inc. et le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba. Ce site Web présente des renseignements sur les vaccins contre la COVID-19, des ressources et les étapes à suivre pour prendre un rendez-vous, des hyperliens vers les médias sociaux et les récits de personnes ayant reçu le vaccin, en plus d'exposer les mythes et les faits entourant la vaccination contre la COVID-19. Le site Web dont le contenu est fondé sur des données probantes et adapté sur le plan culturel aide les membres des Premières Nations à se sentir à l'aise et renseignés à propos de la vaccination, <https://protectourpeoplemb.ca>.

- La Qikiqtani Inuit Association (QIA) a créé de nombreuses ressources sur la COVID-19 qui s'adressent spécifiquement aux Inuits. Représentatifs de la réalité de la région de Qikiqtani, au Nunavut, les renseignements sur les vaccins contre la COVID-19 comprennent des infographies, des affiches et des vidéos en inuktitut et en anglais sur le site Web de la QIA, de même que sur les réseaux sociaux, <https://www.qia.ca/covid-19-initiatives>.
- Le Ralliement national des Métis (RNM) a mis au point des produits d'information expliquant pourquoi il est important pour les Métis de recevoir le vaccin contre la COVID-19. Les ressources comprennent des messages vidéo transmis par des Anciens, des hyperliens vers les lieux de vaccination de la province et des renseignements sur l'innocuité du vaccin et sa capacité à protéger le bien-être de la nation métisse, des Anciens, des Gardiens du savoir, des familles et des communautés, <https://www2.metisnation.ca/covid-19-vaccination-information>.
- Morning Star Lodge, un laboratoire autochtone de recherche sur la santé communautaire établi en Saskatchewan, a mis sur pied un défi lié au vaccin en plus d'autres ressources relatives à la COVID-19 et offre des affiches, des graphiques et des renseignements à partager à

propos des vaccins contre la COVID-19, <https://www.indigenousealthlab.com/vaccine-challenge>.

- Hébergé dans le Women's College Hospital, Maad'ooking Mshkiki – Sharing Medicine, <https://www.womenscollegehospital.ca/research,-education-and-innovation/maadookiing-mshkiki%E2%80%94sharing-medicine>, a créé une série de webinaires et d'affiches présentant le point de vue et l'échange des connaissances sur les vaccins contre la COVID-19 des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

La création de ces sources d'information et de ces documents adaptés sur le plan culturel visait à renforcer la confiance des membres des

Premières Nations, des Inuits et des Métis à l'égard des vaccins contre la COVID-19.

Conclusion

Pour renforcer la confiance à l'égard des vaccins et protéger les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, leurs familles et leurs communautés, il faut s'attaquer aux obstacles liés à la complaisance, à la commodité et à la confiance. Il faudra, entre autres, véhiculer des messages de santé publique axés sur la communauté et adaptés sur le plan culturel qui porteront à la fois sur les risques et les bienfaits des vaccins contre la COVID-19, et transmis dans le cadre d'une démarche culturellement sécurisante et tenant compte des traumatismes. Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent prendre conscience des expériences passées

et présentes des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis avec le colonialisme, le racisme dont ils sont victimes, les déterminants socioéconomiques de la santé et les iniquités en matière de santé (Power et al., 2020, Richardson & Crawford, 2020). Comme le rappelle l'Inuit Tapiriit Kanatami (2020), « Les répercussions des épidémies passées et notre expérience avec la tuberculose, en particulier, soulignent la nécessité pour les gouvernements d'adopter des mesures de prévention à long terme afin que la COVID-19 ne s'installe pas indéfiniment dans nos communautés même après l'avoir éradiquée dans la majorité des régions du pays » (p. 5). Autrement dit, il faut impérativement mettre fin aux iniquités en matière de santé dont font toujours l'objet les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Nous



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1245875865

Merci à tous les travailleurs de première ligne [traduction libre]

terminerons par ces quelques mots de la D^{re} Funnel :

Quelle est la morale de l'histoire de la COVID-19, ce filou? À mon avis, la morale est que ce minuscule virus a fait son apparition pour une raison – celle de donner à la Terre-Mère un répit, mais aussi pour braquer les projecteurs sur la discrimination, le racisme et les iniquités que vivent nos communautés. Je voudrais voir un monde meilleur, après cette pandémie, un monde dans lequel les nôtres sont respectés, où nous pouvons concrétiser nos rêves et être bien.

Quelle sorte de monde voulez-vous voir après cela? Nous mourons d'envie de revenir à une certaine forme de normalité, de nous rapprocher les uns des autres. Comme l'a dit Yong (2020), « [la] normalité nous a menés à ceci... [à] un monde encore plus exposé à une pandémie mais moins préparé que jamais à y faire face » (para. 7). Notre peuple a le droit à tellement plus que ce que nous avions avant la pandémie. Nous espérons ardemment ne pas revenir à la normalité, mais bien à une meilleure position dans laquelle nous sommes autant que possible les maîtres de notre santé et de notre bien-être.

Il y a de l'espoir, j'ai cet espoir. Pourquoi ce filou est-il apparu? Quelle est l'histoire qu'ils essaient de nous raconter? Nous voulons avoir plus que ce nous avions avant la pandémie, et nous y avons droit.



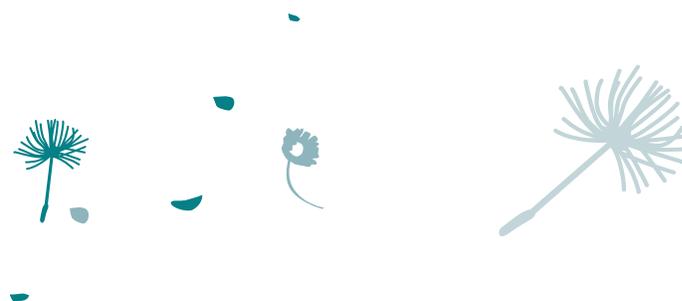
© Crédit : iStockPhoto.com, ID 172205727

BIBLIOGRAPHIE

(En anglais seulement)

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. The Wellesley Institute.
- Auditor General of Canada. (2021). COVID-19, Report 11: *Health resources for Indigenous communities – Indigenous Services Canada*. Report of the Auditor General of Canada to the Parliament of Canada, Government of Canada. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_202105_02_e.pdf
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). *Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study*. *BMC Health Services Research* 16, 544. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>
- Canadian Broadcasting Corporation [CBC]. (2021). *As Echaquan inquiry wraps up, supporters take to streets and coroner promises a way forward*. CBC News – Montreal, June 2, <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-coroner-s-inquiry-joyce-echaquan-final-day-1.6050235>
- Daschuk, J. (2013). *Clearing the Plains: Disease, politics of starvation, and the loss of Aboriginal life*. University of Regina Press.
- Driedger, S. M., Maier, R., Furgal, C., & Jardine, C. (2015). *Factors influencing H1N1 vaccine behavior among Manitoba Métis in Canada: A qualitative study*. *BMC Public Health*, 15, 128. DOI: 10.1186/12889-015-1482-2
- First Nations Information Governance Centre. (2020). *RHS statistics for shaping a response to COVID-19 in First Nations communities*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/0ab2092ec4f6262599ed396de5db3cf0_FNIGC-RHS-Covid-19-Report1.pdf
- Giroux, R., Blackstock, C., Jetty, R., Bennett, S., & Gander, S. (2020). *COVID-19 and Indigenous children in Canada: What can paediatricians do?* *Canadian Paediatric Society Blog*, May 27. <https://www.cps.ca/en/blog-blogue/covid-19-indigenous-children-in-canada-what-can-paediatricians-do>
- Government of Canada. (2021a). *Approved COVID-19 vaccines*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/vaccines.html>
- Government of Canada. (2021b). *Covid-19 vaccination in Canada*. <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/>
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M., & Reading C. (eds.) (2015). *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*. Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., & MacDonald, N. (2021). *Vaccine mistrust: A legacy of colonialism*. *Globe and Mail*, March 31. <https://rsc-src.ca/sites/default/files/Publication%20%23101%20-%20EN%20-%20Vaccine%20Mistrust-%20A%20Legacy%20of%20Colonialism.pdf>
- Immunize Canada. (n.d.). *Immunization protects individuals and communities by preventing the spread of disease*. <https://immunize.ca/>
- (The) Indigenous Health Writing Group of the Royal College. (2019). *Indigenous health values and principles statement, Second Ed*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health-e>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020). *Annual report to Parliament 2020*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1602010609492/1602010631711>
- Indigenous Services Canada. [ISC]. (2021a). *Confirmed cases of COVID-19*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1598625105013/1598625167707>
- Indigenous Services Canada. [ISC]. (2021b). *COVID-19 vaccines and Indigenous peoples*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1606941379837/1606941507767>
- Inuit Tapiriit Kanatami. [ITK]. (2020). *The potential impacts of COVID-19 on Inuit Nunangat*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2020/06/itk_the-potential-impacts-of-covid-19-on-inuit-nunangat_english.pdf p.4
- Lux, M. (2016). *Separate beds: A history of Indian hospitals in Canada, 1020s-1980s*. University of Toronto Press.
- MacDonald, N., Comeau, J., Dubé, È., Graham, J., Greenwood, M., Harmon, S., McElhaney, J., McMurty, C. M., Middleton, A., Steenbeek, A., & Taddio, A. (2021). *Enhancing COVID-19 vaccine acceptance in Canada*. Royal Society of Canada.
- MacDonald, N., Desai, S., Gerstein, B., & Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. (2018). *Working with vaccine-hesitant parents: An update*. *Paediatric & Child Health*, 23(8), 561 (Abstract).

- MacDonald, N., & the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [SAGE WG]. (2015). *Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants*. *Vaccine*, 33, 4161–4164. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0264410X15005009?token=8AE1C7D2816E4020489E2015DF35B7F0C8BFE9942268E22123F62B94C45D2FA06A42E20581F5DABD0286860271C0E0E6&originRegion=us-east-1&originCreation=20210610154227>
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., & Yohathanan, T. (2021). *What we heard: Indigenous Peoples and COVID-19: Supplementary report for the Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada*. Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. <https://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/indigenous-peoples-covid-19-report/cpho-wwh-report-en.pdf>
- Mosby, I. & Swidrovich, J. (2021). *Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, 193, E381-3. DOI: 10.1503/cmaj.210112
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. [NCCAHA]. (2016a). *Determinants of the prevalence and severity of influenza infection in Indigenous populations in Canada*. NCCAHA.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2016b). *The 2009 H1N1 influenza pandemic among First Nations, Inuit and Métis peoples in Canada: Epidemiology and gaps in knowledge*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- National Advisory Committee on Immunization [NACI]. (2021). *Guidance on prioritization of key populations for COVID-19 immunization*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-prioritization-initial-doses-covid-19-vaccines.html>
- Nunavut Tunngavik Incorporated. [NTI]. (2021). *Covid-19 Nunavut case update*. <https://covid19.tunngavik.com/>
- Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque Bearskin, L., Millender, E., & Lowe, J. (2020). *COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action*. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 10.1111/jocn.15320. DOI: 10.1111/jocn.15320.
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (n.d.). *Canadian immunization guide: Part 1 - Key immunization information*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-1-key-immunization-information/page-3-benefits-immunization.html>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2021). *Canadian COVID-19 vaccination coverage report*. Government of Canada. <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/>
- Richardson, L. & Crawford, A. (2020). *COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health*, *Canadian Medical Association Journal*, 192(38), E1098-E1100. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200852>.
- Richardson, L., & Murphy, T. (2018). *Bringing reconciliation to healthcare in Canada: Wise practices for healthcare leaders*. *Healthcare Canada*. https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf
- Richmond, C., Ambtman-Smith, V., Bourassa, C., Cassidy-Mathews, C., Duhamel, K., Keewatin, M., King, A., King, M., Mushquash, C., Oakes, N., Redsky, D., Richardson, L., Rowe, R., Snook, J., & Walker, J. (2020). *COVID-19 and Indigenous health and wellness: Our strength is in our stories*. Royal Society of Canada.
- Skye, C. (2020). *Colonialism of the curve: Indigenous communities and bad COVID data*. Yellowhead Institute. <https://yellowheadinstitute.org/2020/05/12/colonialism-of-the-curve-indigenous-communities-and-bad-covid-data/>
- Statistics Canada. (2020). *First Nations people, Métis and Inuit and COVID-19: Health and social characteristics*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/200417/dq200417b-eng.pdf?st=RadHbO2U>
- Taddio, A., Ilersich, A., McMurtry, C. M., Bucci, L M., & MacDonald, N E. (2021). *Managing pain and fear: Playing your CARDS to improve the vaccination experience*. *Canadian Communicable Disease Report*, 47(1), 87–91. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i01a12>.



Task Group on Healthy Living. (2020). *Addendum: Promotion of influenza and COVID-19 immunization in remote and isolated First Nations, Inuit and Métis northern communities - Recommendations from the Task Group on Healthy Living*. Government of Canada. https://www.nccih.ca/Publications/lists/PublicationsExternal/Attachments/Addendum_Promotion%20of%20Immunization_Core%20Principles_Final_December%202020.pdf

Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC]. (2015). *Final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada, Volume one: Summary*. James Lorimer & Company Ltd., Publishers.

Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. Engage BC. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>

Yong, E. (2020). *How the pandemic defeated America: A virus has brought the world's most powerful country to its knees*. The Atlantic, September. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2020/09/coronavirus-american-failure/614191/>

