



Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC) – Mémoire au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes

Date : 27 novembre 2020

Objet : Appuyer les Premières Nations, les Inuits et les Métis pendant la deuxième vague de COVID-19

Préparé pour : Le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes

À propos de l'IPHCC

L'IPHCC a été constitué récemment, plus précisément le 20 novembre 2019, même s'il exerçait ses activités de manière informelle depuis de nombreuses années. L'IPHCC est composé de membres et d'associés de 28 organisations de soins de santé communautaires autochtones, dont des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, des équipes multidisciplinaires autochtones de soins primaires, des centres de santé communautaires autochtones et des équipes de santé familiale autochtones. Le secteur existe depuis plus de 30 ans, et comme il ne cesse de croître, l'IPHCC a pris la décision de s'établir à l'échelle de la province. Au nom de ses membres, l'IPHCC coordonne tous les aspects de la santé et du bien-être de la population autochtone et défend les intérêts de cette dernière à cet égard. L'organisation promeut la prestation de soins de haute qualité en utilisant le modèle de santé et de bien-être holistique (figure 1), une approche de planification des soins de santé fondée sur les besoins de la population, des approches d'évaluation fondées sur le point de vue des Autochtones et la mise à l'échelle des pratiques exemplaires pour l'excellence en matière de santé autochtone. Nous sommes présents dans tout l'Ontario et fournissons des services de soins de santé primaires aux populations autochtones en milieu urbain, rural et éloigné et dans les collectivités des Premières Nations. Selon les estimations de 2016, chaque année, notre secteur offre des services à 66 000 personnes. Nous mettons activement à jour ces chiffres afin de donner une idée plus précise de l'incidence que nous avons sur la population que nous servons; d'ailleurs, nous avons récemment recruté un analyste de la qualité des données pour soutenir cet effort.

Contexte et objectif

Santé mentale et toxicomanie

Les traumatismes intergénérationnels et latéraux découlant de la colonisation et de l'acculturation forcée ont entraîné une forte augmentation des taux de maladie mentale, de toxicomanie et de suicide chez les Autochtones. Les installations et les services n'ont pas évolué au même rythme, et pour de nombreuses collectivités et personnes autochtones, l'accès aux soins et aux traitements en santé mentale est limité, une situation qui est exacerbée par la pénurie de fournisseurs de soins de santé appropriés¹.

¹ Gouvernement du Canada, Santé des Autochtones, <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569861171996/1569861324236>.

Les Autochtones sont aux prises avec des taux plus élevés de toxicomanie et de maladie mentale, plus particulièrement dans les collectivités où des soins de santé mentale ne sont pas disponibles et où il existe des disparités sociales et scolaires². En outre, les taux d'alcoolisme et de toxicomanie sont généralement plus élevés dans les régions rurales³.

Les décès par surdose constituent un grave problème de santé publique depuis plus de dix ans, avec une moyenne de 34 décès par semaine avant la pandémie. Ce chiffre est passé à 46 décès par semaine au cours des 3,5 premiers mois précédant la pandémie (soit une augmentation de 38 %⁴). Même si de nombreux services communautaires s'adressant aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie restent ouverts, avec quelques modifications, l'accès à de nombreux services a été limité. Les conséquences à long terme attendues d'une diminution de l'accès à ces services ou d'un retard dans le traitement ont été accélérées en raison de la COVID.

Dans une enquête menée auprès des membres de l'IPHCC en août 2020, à qui on a demandé quelles étaient les principales préoccupations associées à la deuxième vague, les trois réponses les plus courantes étaient toutes liées à la santé mentale et à la toxicomanie : il s'agissait du soutien au logement pour l'isolement physique, de la capacité à fournir des soins en matière de santé mentale et de toxicomanie et de l'épuisement du personnel.

Chaque année, environ 40 000 personnes dans l'ensemble de l'Ontario sont libérées des établissements correctionnels provinciaux et se retrouvent dans les collectivités ontariennes. Jusqu'à 80 % d'entre elles ont fait l'objet d'alertes liées à la santé mentale ou ont connu des problèmes de toxicomanie qui nécessitent des soins de santé complets et continus. Les recherches menées auprès de cette population montrent qu'environ 60 % des personnes qui en font partie sont rattachées à un fournisseur de soins primaires à leur sortie de prison. Environ 15 % sont rattachées à une équipe de soins primaires (organisations de soins de santé communautaires, équipes de santé familiale ou centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones).

La situation des personnes qui quittent les établissements correctionnels est fort complexe, tant sur le plan médical que social. La plupart se situent dans les quintiles de revenus les plus bas (37,1 % pour le premier quintile et 21,5 % pour le deuxième, respectivement) et présentent des comorbidités importantes, notamment le diabète, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux et les troubles liés à la consommation de substances. Nombre d'entre elles connaîtront de multiples et brèves incarcérations tout au long de leur vie et plus de 50 % sont retournées en prison au moins une fois au cours des deux années de l'étude.

Quand la COVID a fait son apparition, la population carcérale de l'Ontario a diminué de 25 %, car des milliers de détenus ont été libérés plus tôt que prévu pour éviter la propagation de la COVID-19. Cette

² Statistique Canada, Santé mentale perçue et pensées suicidaires selon l'identité autochtone, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4110001101&request_locale=fr.

³ Rural Health Information Hub, <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/substance-abuse> [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁴ Ontario Drug Policy Research Network; Bureau du coroner en chef de l'Ontario; Centre on Drug Policy Evaluation : *Tendances préliminaires quant aux circonstances entourant les décès liés aux opioïdes en Ontario durant la pandémie de COVID-19*.



situation n'a fait qu'exacerber les besoins en matière de logement et de soutien lié à la santé mentale et à la toxicomanie. Le ministère du Solliciteur général de l'Ontario est conscient de la vulnérabilité des clients et sait qu'ils ont besoin de soins de santé primaires axés sur la personne, offerts par une équipe, plus particulièrement de soins pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et que de nombreuses personnes qui quittent les établissements correctionnels ont besoin de soutien pour le logement, l'emploi, la sécurité alimentaire et d'autres déterminants matériels de la santé. Cependant, le ministère du Solliciteur général ne dispose pas d'une stratégie provinciale pour la planification des sorties et recourt régulièrement à la sous-traitance pour les services psychiatriques et psychologiques offerts à ses clients, ce qui a souvent pour conséquence que les clients doivent accéder aux services dans les établissements du ministère du Solliciteur général.

Collecte de données et équité

Il est nécessaire de disposer de données de qualité pour comprendre les répercussions de la COVID sur les collectivités autochtones. Malheureusement, les systèmes actuels de collecte et de gestion des données sur les Autochtones ne permettent pas de donner une image complète de la manière dont les collectivités autochtones sont touchées par cette pandémie.

Services aux Autochtones Canada publie régulièrement des mises à jour sur le nombre de cas dans les collectivités des Premières nations; toutefois, ces données ne concernent qu'un sous-segment de la population autochtone. En Ontario, plus de 65 % des membres des Premières Nations ayant le statut d'Indien vivent hors réserve. En outre, il n'existe actuellement aucun mécanisme en Ontario pour mesurer les répercussions de la COVID sur les Métis, les Inuits ou les membres des Premières Nations sans statut.

Dans une certaine mesure, les données publiées jusqu'à présent par Services aux Autochtones Canada brossent un tableau encourageant, car elles montrent que les taux d'infection et de mortalité par habitant sont relativement faibles. Toutefois, il est évident que ces chiffres ne disent pas tout en ce qui concerne les répercussions de la COVID sur les populations autochtones. Le gouvernement fédéral, dans le cadre de son obligation constitutionnelle et fiduciaire envers les nations autochtones, a la responsabilité de promouvoir les initiatives qui visent à rendre mieux compte des effets de la COVID.

Les organisations membres de l'IPHCC sont « neutres » en ce qui concerne le statut; ainsi, à titre de secteur, nous offrons des services aux clients des Premières Nations, inuits et métis, sans tenir compte de leur statut. Sous la supervision de notre comité de gestion du rendement autochtone, nous utilisons les données des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones et des centres de santé communautaires autochtones pour dresser l'historique de la COVID-19 dans notre secteur. Nous pouvons suivre le nombre d'interactions liées à la COVID de nos organisations ainsi que les caractéristiques des clients (par exemple l'âge et le sexe). Ces données révèlent que nos clients entretiennent beaucoup de peurs liées à la COVID. Dans une autre enquête, 90 % de nos membres se sont dits inquiets de ne pas avoir la capacité de service nécessaire pour répondre aux besoins de leurs clients en matière de santé mentale lors d'une deuxième vague de COVID.



Le projet We Count COVID-19 à Toronto est une autre initiative prometteuse. Ce projet, qui est cofinancé par Services aux Autochtones Canada et le ministère de la Santé de l'Ontario, est dirigé conjointement par la Well Living House, la Native Men's Residence et Seventh Generation Midwives. Il fait le pont avec les clients autochtones en milieu urbain pour qu'ils puissent avoir accès au dépistage de la COVID, offre des services d'enquête et de recherche des contacts adaptés à la culture et gère une base de données communautaire des cas de COVID chez les Autochtones. We Count COVID-19 fonctionne selon un modèle de gouvernance et de responsabilité autochtone, dirigé par la communauté, en ce qui concerne les données, et il s'efforce de fournir des soins adaptés et pertinents sur le plan culturel.

L'équité du point de vue des données est nécessaire pour atteindre l'équité en matière de santé. Des initiatives comme celles de l'IPHCC et We Count COVID-19 contribuent à faire la lumière sur des aspects jusqu'alors invisibles des répercussions de la COVID sur les collectivités autochtones. Ces initiatives sont essentielles et doivent être soutenues; toutefois, elles constituent également des mesures provisoires. La véritable solution passe par un changement systémique dans la manière dont les données autochtones sont recueillies et gérées. Il est impératif que le gouvernement fédéral collabore avec ses homologues provinciaux pour s'assurer que ces changements plus généraux se produisent en temps utile et soient pertinents.

Tests et vaccins

En ce moment, les vaccins en attente d'approbation (comme ceux de Pfizer et de Moderna) sont achetés par le gouvernement fédéral. Cependant, aucun protocole n'a encore été établi pour déterminer la manière dont les vaccins seront distribués, en particulier aux collectivités autochtones. L'IPHCC a été invité à participer à des discussions avec le ministère de la Santé et l'Agence de la santé publique du Canada, mais celles-ci n'ont pas encore eu lieu. Jusqu'à présent, les nombreuses conversations avec des responsables gouvernementaux ont porté sur les conflits de compétence, ce qui ne répond pas aux préoccupations soulevées. En outre, les messages communiqués par les gouvernements provinciaux et fédéral au sujet de la distribution des vaccins sont déconnectés de la réalité; qui plus est, les messages destinés aux collectivités autochtones ne sont pas adaptés à ces dernières ou tiennent peu compte des préoccupations formulées par les intervenants autochtones. Il importe de souligner qu'il existe une grande méfiance au sein des collectivités autochtones envers les programmes de vaccination du gouvernement, attribuable au fait que pendant des générations, le gouvernement a imposé des pratiques médicales contraires à l'éthique aux Autochtones (comme le programme des hôpitaux indiens et les stérilisations forcées).

En ce qui concerne la recherche des contacts, certaines mesures sont prises pour accroître les capacités des collectivités autochtones, mais il faut faire plus. Des discussions sont en cours au sujet de la formation et de l'orientation des bénévoles autochtones s'occupant de la recherche des contacts, mais les difficultés associées aux relations entre les services de santé publique locaux de l'Ontario et les organisations de santé autochtones ont une incidence sur les efforts en la matière. L'IPHCC a soumis une proposition au ministère de la Santé afin d'obtenir un soutien et des ressources pour le processus de recherche des contacts.

Les Autochtones sont victimes de racisme lorsqu'ils accèdent aux tests dans les centres de dépistage traditionnels, où la formation en matière de sensibilité culturelle est insuffisante et où la collecte de données n'est pas adéquate. La stratégie de dépistage n'axe pas non plus les soins primaires complets sur les populations vulnérables et on n'accorde qu'une attention limitée à l'accessibilité. Il n'existe pas non plus de soutien suffisant pour les populations autochtones qui ont besoin de s'isoler, mais qui n'ont pas d'endroit pour le faire ni la capacité d'accéder à un centre d'isolement. Des organisations autochtones ont déployé des efforts ciblés pour accroître les tests de dépistage auprès de la population autochtone urbaine de Toronto en utilisant des unités de dépistage mobiles, ce qui a été rendu possible grâce au soutien d'un hôpital local. La deuxième unité a intégré des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que des soins primaires, car il s'agit de sujets de préoccupation pour la population autochtone urbaine. Dans les collectivités autochtones isolées, il n'y a pas suffisamment de fournitures pour permettre des tests adéquats, certaines collectivités étant en mesure de procéder à au dépistage et d'autres non, surtout en ce qui concerne les tests au point de service. Il n'y a pas non plus de surveillance claire des tests, de la distribution ou des processus, ce qui doit être réglé pour que les collectivités reçoivent des fournitures et une formation suffisantes et puissent réagir de manière uniforme à la pandémie.

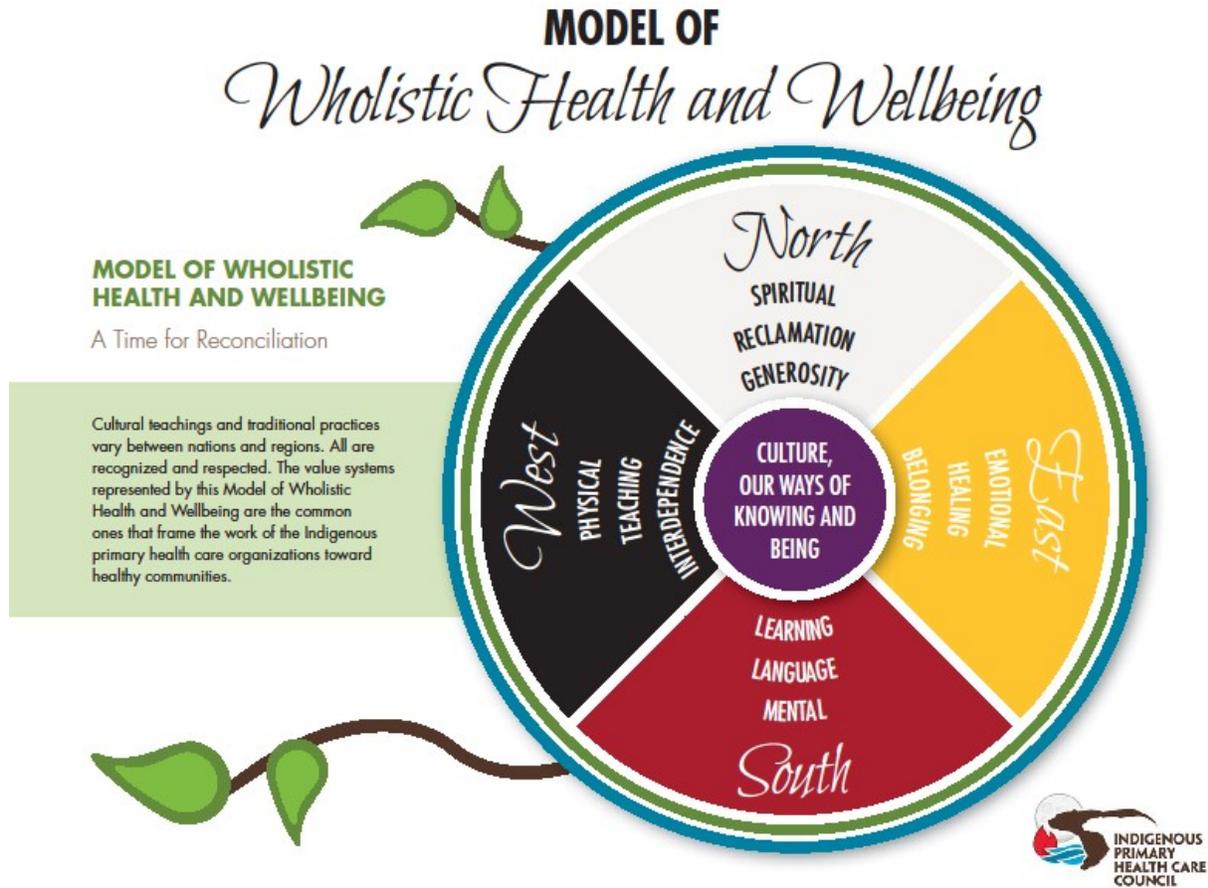
Résumé des recommandations :

- Que le gouvernement travaille avec ses partenaires provinciaux et territoriaux pour accroître le soutien afin qu'il y ait plus de professionnels de santé traditionnels et de programmes sur le terrain qui répondent aux besoins généraux et uniques de la population autochtone.
- Que le gouvernement s'engage à accroître les ressources et l'accès pour les personnes en établissement correctionnel avant leur libération afin de soutenir la planification de la libération et de faire le pont entre ces personnes et les soins primaires, les services en santé mentale et en toxicomanie, le logement et d'autres mesures de soutien social (soins globaux).
- Que le gouvernement travaille avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour assurer l'équité du point de vue virtuel et accroître la capacité des professionnels de la santé traditionnels à fournir des services de santé virtuels.
- Que le gouvernement s'engage à assurer l'équité en matière de données et à revoir son approche en ce qui concerne la collecte de données sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qu'ils vivent ou non dans des réserves, avec ou sans statut.
- Que le gouvernement veille à ce que les populations autochtones urbaines ne soient pas oubliées lors de l'élaboration de stratégies concernant les tests, la gestion des cas, la distribution des vaccins et la collecte de données.
- Que le gouvernement s'engage à développer la capacité de recherche des contacts dans les collectivités autochtones et à faire en sorte que cette recherche soit effectuée par les populations autochtones, d'une manière adaptée à la culture.



- Que le gouvernement travaille avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour permettre aux organisations de soins de santé autochtones de fournir des tests aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et pour garantir que les tests se déroulent dans un contexte adapté à la culture des peuples autochtones.
- Que le gouvernement reconnaisse le traitement médical non éthique que les peuples autochtones ont subi par le passé et s'engage à travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour élaborer une stratégie de distribution de vaccins adaptée à la culture, assortie de messages appropriés en ce qui concerne la santé publique.

Figure 1



Anglais	Français
Model of Wholistic Health and Wellbeing	Modèle de santé et de bien-être holistique
A Time for Reconciliation	Une occasion de réconciliation
Cultural teachings and traditional practices vary between nations and regions. All are recognized and respected. The value systems represented by this Model of Wholistic Health and Wellbeing are the common ones that frame the work of the Indigenous primary health care organizations toward healthy communities.	Les enseignements culturels et les pratiques traditionnelles varient selon les nations et les régions. Tous sont reconnus et respectés. Les systèmes de valeurs représentés par ce modèle de santé et de bien-être holistique sont les systèmes communs qui encadrent le travail des organisations autochtones de soins de santé primaires en faveur de collectivités saines.
North	Nord
Spiritual	Spirituel
Reclamation	Réappropriation
Generosity	Générosité

East	Est
Emotional	Émotionnel
Healing	Guérison
Belonging	Appartenance
South	Sud
Learning	Apprentissage
Language	Langue
Mental	Mental
West	Ouest
Physical	Physique
Teaching	Enseignement
Independence	Indépendance
Culture, our ways of knowing and being	Culture, nos connaissances et notre façon d'être