

# LES SOINS SENSIBLES AUX TRAUMATISMES DANS LA GESTION ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES

*Regine Halseth et Omolara Odulaja*



Centre de collaboration nationale  
de la santé autochtone



National Collaborating Centre  
for Indigenous Health

MALADIES INFECTIEUSES ET CHRONIQUES

© 2024 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette 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.

## Remerciements

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca).

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

The English version is also available at [nccih.ca](http://nccih.ca) under the title: *Trauma-informed care in the management and treatment of Tuberculosis in Indigenous populations*.

Référence bibliographique : Halseth, R. et Odulaja, O. (2024). *Les soins sensibles aux traumatismes dans la gestion et le traitement de la tuberculose chez les populations autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

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

Téléphone : 250 960-5250  
Télécopieur : 250 960-5644  
Courriel : [ccnsa@unbc.ca](mailto:ccnsa@unbc.ca)  
Web : [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca)

ISBN (format imprimé) :  
978-1-77368-390-4  
ISBN (format en ligne) :  
978-1-77368-391-1

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
ORIGINE DES TRAUMATISMES CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES	7
Traumatisme : une définition	7
Colonialisme et traumatisme intergénérationnel	7
Le traumatisme historique associé au traitement de la TB	10
INFLUENCE DES TRAUMATISMES DANS LA TRANSMISSION DE LA TB AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES	15
Les voies physiques	15
Les voies environnementales	16
Les voies sociales	18
Les voies interconnectées de la transmission de la TB dans les communautés autochtones	19
LES SOINS CONTEMPORAINS DE LA TB POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES	20
Stratégies de contrôle de la TB	20
Obstacles aux soins de santé	22
Connaissances de la tuberculose et compréhension de la maladie par les Autochtones	26
TRAUMATISMES ET SOINS SENSIBLES AUX TRAUMATISMES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE : CHANGER LES PRINCIPES EN GESTES CONCRETS POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES	29
Les soins sensibles aux traumatismes	29
Appliquer les principes des SST au traitement de la TB pour les populations autochtones	32
CONCLUSION	47
OUTILS POUR LA COMPRÉHENSION DES TRAUMATISMES	48
BIBLIOGRAPHIE (en anglais seulement)	50



Télécharger des publications à  
[ccnsa.ca/524/Recherche\\_de\\_publication.nccih](https://ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih)



Download publications at  
[nccih.ca/34/Publication\\_Search.nccih](https://nccih.ca/34/Publication_Search.nccih)



[issuu.com/nccah-ccnsa/stacks](https://issuu.com/nccah-ccnsa/stacks)



*Les peuples autochtones affichent des taux disproportionnés de TB comparativement à la population en général. Ce fardeau n'est toutefois pas réparti également entre les groupes autochtones ou entre les provinces et les territoires et les communautés.*

# INTRODUCTION



La tuberculose (TB) est une maladie pulmonaire chronique causée par une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis* (M.Tb). Elle infecte principalement les poumons, mais peut aussi s'attaquer à d'autres organes. La TB se transmet par les gouttelettes ou aérosols de personnes atteintes d'une forme active (et contagieuse) de la maladie. Non traitée, la TB peut entraîner la mort. Les personnes infectées par la TB ne sont toutefois pas toutes contagieuses et les personnes exposées à la bactérie ne sont pas toutes nécessairement infectées. En fait, seulement 10 % des personnes exposées à l'infection développeront une TB active dans les deux années suivantes, car la plupart des personnes sont en mesure de se débarrasser de l'infection par elles-mêmes (Richardson et al., 2014). Les facteurs de risque prédisposants qui augmentent la vulnérabilité au développement de la TB active après une exposition à la bactérie sont le jeune âge (enfants de moins de 5 ans) et une immunité déficiente (VIH-sida, prise de médicaments immunodépresseurs, alcoolisme, diabète ou maladie pulmonaire

préexistante, par exemple). D'autres facteurs comme la pauvreté, l'itinérance, la malnutrition ou un logement inadéquat ou surpeuplé peuvent aussi accroître les risques de développer la TB (Fox et al., 2015). Plusieurs de ces facteurs sont fréquents chez les Autochtones<sup>1</sup>, et leur origine peut s'expliquer par les situations traumatiques qui ont été les leurs historiquement et auxquelles ces personnes continuent de faire face aujourd'hui.

Les peuples autochtones affichent des taux disproportionnés de TB comparativement à la population en général. Ce fardeau n'est toutefois pas réparti également entre les groupes autochtones ou entre les provinces et les territoires et les communautés. En 2020, le taux d'incidence de la TB le plus élevé au Canada se trouvait chez les Inuits (72,2 cas par 100 000 habitants). Ce taux est beaucoup plus bas que celui de l'année précédente, alors que l'on comptait 188,7 cas par 100 000 habitants, mais il demeure tout de même 15 fois plus élevé que chez l'ensemble des Canadiens (Mouchili et al., 2022b). Compte tenu de la population

relativement modeste d'Inuits au Canada<sup>2</sup>, toute éclosion de TB dans quelque communauté que ce soit peut se traduire par un taux d'incidence élevé. Les taux d'incidence de TB active ont aussi montré une tendance à la baisse chez les Premières Nations et les Métis ces dernières années. En 2020, le taux d'incidence de TB active chez les membres inscrits des Premières Nations étaient de 13,6 cas par 100 000 habitants (comparativement à 22,2 cas par 100 000 habitants en 2010), alors que le taux chez les Métis est passé de 5,8 cas par 100 000 habitants en 2010 à 2,8 cas par 100 000 habitants en 2020 (Mouchili et al., 2022a, 2022b). À l'inverse, pour la période de 2010 à 2020, les taux d'incidence pour l'ensemble du Canada passaient à un niveau élevé de 5,1 cas par 100 000 habitants en 2019 par rapport à un niveau plus bas de 4,6 cas par 100 000 habitants en 2014 et en 2015 (Mouchili et al., 2022a, 2022b). Géographiquement, le Nunavut<sup>3</sup> affichait les taux de TB les plus élevés au pays, alors que les provinces maritimes, l'Ontario et le Québec avaient des taux égaux ou plus bas que le taux canadien (LaFreniere et al., 2019).

\* Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

<sup>1</sup> Les termes « Autochtones » et « peuples autochtones » sont utilisés dans le présent rapport pour désigner les peuples des Premières Nations (sans égard au lieu où ils vivent ou à leur statut), y compris les peuples inuits et métis.

<sup>2</sup> En 2022, le nombre d'Inuits au Canada était d'environ 70 545 (Statistique Canada, 2022a).

<sup>3</sup> Environ 84 % des personnes formant la population du Nunavut s'identifient comme Inuites (Statistique Canada, 2022b).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1920014070

*Malgré la disponibilité de médicaments efficaces, la TB persiste dans les communautés autochtones, ce qui s'explique en grande partie par les traumatismes qu'ont subis historiquement les Autochtones et qui continuent d'influencer ce qu'ils vivent de nos jours avec la TB et son traitement* (Abonyi et al., 2017).

Malgré la disponibilité de médicaments efficaces, la TB persiste dans les communautés autochtones, ce qui s'explique en grande partie par les traumatismes qu'ont subis historiquement les Autochtones et qui continuent d'influencer ce qu'ils vivent de nos jours avec la TB et son traitement (Abonyi et al., 2017). Le recours à un modèle de soins sensibles aux traumatismes est recommandé, en plus d'autres stratégies d'élimination de la TB, pour aider à éradiquer la maladie (British Columbia Centre for Disease Control [BCCDC], 2016)\*.

Le présent document analyse la documentation axée sur les modèles de soins sensibles aux traumatismes pour les peuples autochtones et propose des moyens d'améliorer les soins de la TB chez ces groupes de la population en faisant appel aux principes des soins sensibles aux traumatismes (SST). Certains des documents examinés sont un sous-ensemble

d'une analyse documentaire plus approfondie réalisée par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)<sup>4</sup>, laquelle se penchait sur la TB et les populations autochtones au Canada (voir Halseth & Odulaja, 2018). La documentation consultée dans le cadre de cette analyse a été puisée dans trois bases de données universitaires (PubMed Central, Medline et Google Scholar), en utilisant les termes de recherche suivants : Aboriginal, Indigenous (aborigène, autochtone), Inuit, Métis, First Nations (Premières Nations), Native Indian (Indien autochtone) et North American Indian (Autochtone nord-américain), combinés à « tuberculosis » (tuberculose). Les termes « trauma-informed care » (soins sensibles aux traumatismes) et « cultural safety » (sécurité culturelle) ont ensuite été ajoutés à des termes propres à la population et à « tuberculosis » (tuberculose) afin de trouver la documentation

traitant précisément des SST dans ce contexte. L'analyse a tenu compte de la documentation publiée jusqu'en 2022. Au cours des recherches préliminaires, nous avons constaté qu'un nombre limité de documents de référence portaient précisément sur les approches sensibles aux traumatismes pour le traitement de la TB chez les populations autochtones du Canada. Pour combler les lacunes en matière d'information pour la production du présent rapport, les auteures se sont aussi tournées vers la documentation sur les SST en lien avec les populations autochtones dans d'autres contextes tels que la santé mentale, le VIH-sida et les services sociaux, ce qui par ailleurs reflète bien les manifestations multiples et interreliées de traumatismes pour les peuples autochtones.

Cette analyse comporte quatre sections. Le document commence par un survol de ce qu'est un traumatisme et des origines de ces traumatismes pour les Autochtones du Canada. Vient ensuite un exposé de la façon dont ces traumatismes ont influencé la transmission de la TB au sein des populations autochtones et un portrait des soins de la TB offerts, dans notre contexte contemporain, à ce segment de la population. Le document explique ensuite en quoi consistent les traumatismes et les soins qui y sont sensibles, et se penche sur la façon dont ce modèle de soins peut être appliqué à la gestion de la TB chez les Autochtones. Le document se termine par des énoncés de conclusion et des suggestions d'outils pouvant aider à inspirer les SST dans ce contexte.

<sup>4</sup> Le nom a été changé en 2019.

# ORIGINE DES TRAUMATISMES CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES



## Traumatisme : une définition

Selon le *Trauma-Informed Practice Guide* (TIP-Guide) de la Régie provinciale de la santé de la Colombie-Britannique, un traumatisme désigne « [traduction] des expériences qui dépassent la capacité d'une personne à les surmonter » (TIP Project Team, 2013, p. 6). Un traumatisme peut découler d'événements qui sont nocifs physiquement ou psychologiquement pour une personne (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014). Il peut s'agir, entre autres, d'expériences difficiles vécues durant l'enfance telles que « de la violence faite aux enfants, de la négligence, le fait d'être témoin de violence ou des perturbations dans l'attachement », ou vécues plus tard dans la vie telles que « de la violence, des accidents, une catastrophe naturelle, une guerre, un décès soudain ou d'autres événements hors du contrôle de la personne qui les vit » (TIP Project Team, 2013, p. 6).

Le traumatisme peut affecter une personne, individuellement, ou un groupe de personnes, collectivement. Lorsqu'un

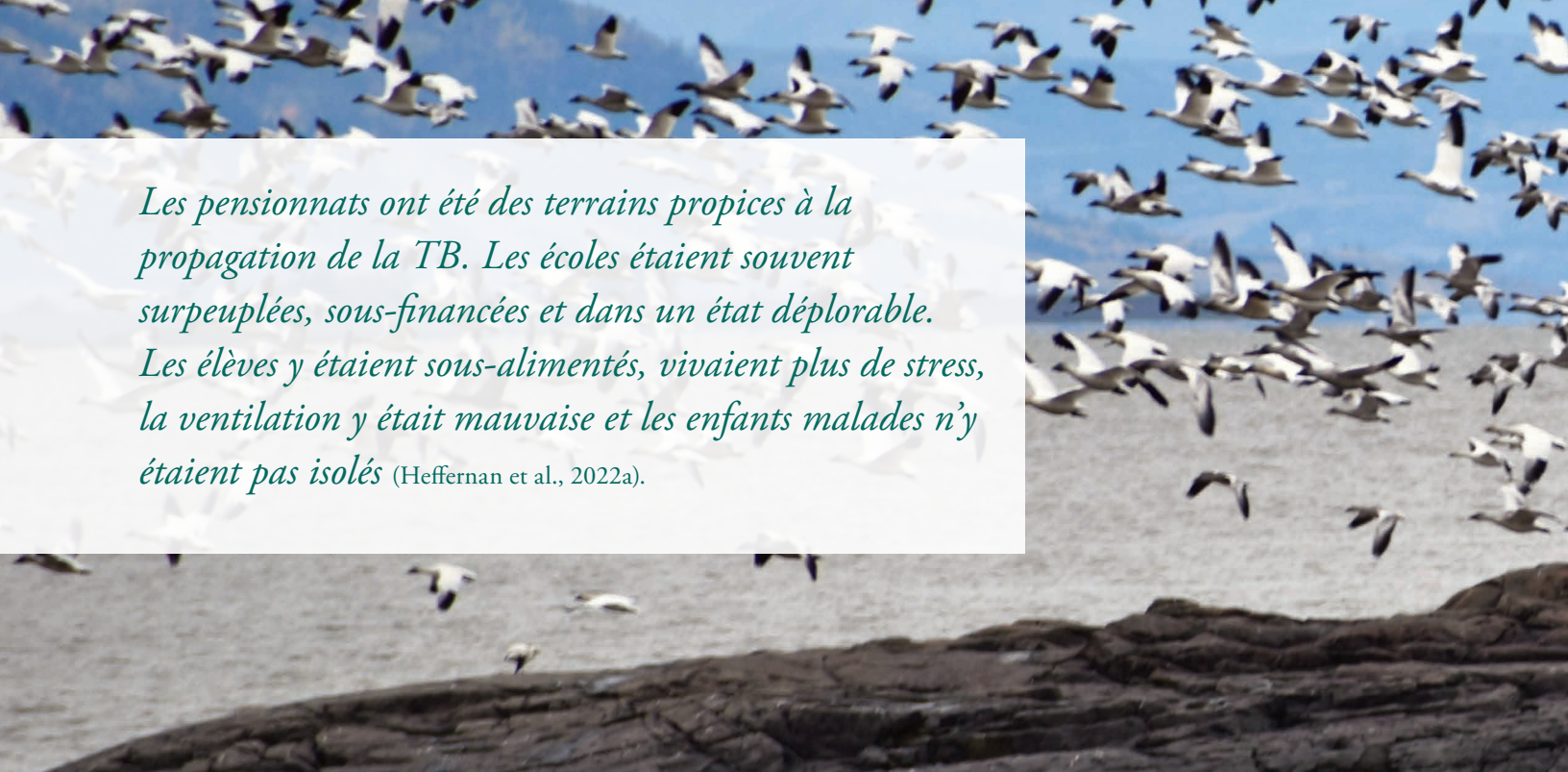
groupe important de gens vit un traumatisme directement ou indirectement, que ce soit dans le cadre d'expériences communes ou du souvenir d'un événement traumatisant, on parle souvent de « traumatisme collectif » (Saul, 2013). Lorsque de grands groupes de personnes sont exposés à un traumatisme chronique pour de longues périodes, ce traumatisme peut faire boule de neige, se transmettre aux générations qui suivent et causer des répercussions intergénérationnelles sur la santé et le bien-être de chacun. On parle alors de traumatisme historique ou intergénérationnel (voir par exemple Bombay et al., 2009; Denham, 2008; Mohatt et al., 2014; Wesley-Esquimaux & Smolewski, 2004). Non résolu, un traumatisme peut faire en sorte que ses victimes se sentent impuissantes, perdent leur sentiment de contrôle, se désorganisent ou perdent le sens de leur vie (Herman, 1997), ce qui peut miner leur bien-être et leur santé sur les plans psychologique, social et physique (Sotero, 2006).

Les traumatismes peuvent déclencher de multiples symptômes affectifs, psychologiques et physiques : sentiment de culpabilité et haine de soi, fatigue, dépression, crise de panique, engourdissement

émotionnel, troubles dissociatifs, retrait de la routine normale et des relations, trous de mémoire (surtout concernant les traumatismes vécus), abus de substances et dépendances, automutilation, comportements abusifs et violents, difficulté de concentration ou de prise de décision; sentiment de découragement, désespoir, angoisse, irritabilité et colère (Chansonneuve, 2005; Santa Barbara Graduate Institute Center for Clinical Studies and Research & L.A. County Early Identification and Intervention Group, 2005).

## Colonialisme et traumatisme intergénérationnel

Le contact des Autochtones avec les colons européens s'est fait dans un esprit de conquête et de destruction. Des années 1600 jusqu'à l'établissement des traités et à la colonisation des années 1800, les peuples autochtones ont été exposés à des maladies comme la TB, la variole et les oreillons – des maladies contre lesquelles ils n'avaient aucune immunité auparavant, ce qui a entraîné des vagues d'épidémies et des pertes de vie chez les Autochtones de partout en Amérique du Nord (Daschuk et al., 2006).



*Les pensionnats ont été des terrains propices à la propagation de la TB. Les écoles étaient souvent surpeuplées, sous-financées et dans un état déplorable. Les élèves y étaient sous-alimentés, vivaient plus de stress, la ventilation y était mauvaise et les enfants malades n’y étaient pas isolés* (Heffernan et al., 2022a).

Avec l’adoption de la *Loi sur les Indiens*, en 1876, le gouvernement colonial a clairement précisé son intention d’assimiler les peuples autochtones à la culture occidentale dominante. La *Loi sur les Indiens* accordait à divers organismes législatifs de la Couronne le pouvoir d’adopter des mesures sociales, économiques et politiques de grande envergure susceptibles d’affecter tous les aspects de la vie des peuples autochtones. La loi fédérale, très invasive et paternaliste, permettait au gouvernement fédéral de mettre en œuvre : des politiques menant au déplacement forcé des communautés autochtones de leurs terres traditionnelles, l’enlèvement des enfants autochtones de leur famille pour les amener dans des pensionnats et le retrait incessant et disproportionné des enfants autochtones de leur famille afin qu’ils soient confiés aux services sociaux; le financement toujours inadéquat pour le logement,

les infrastructures de transport et les soins de santé tant dans les communautés que sur le plan individuel; le retrait du droit à l’autodétermination des communautés autochtones – soit leur capacité à contrôler les décisions relatives à leurs terres, à leur santé, à leur économie, au commerce et à leur gouvernance (Falk, 2019; First Nations & Indigenous Studies, 2009; Hick, 2019; Hodgson, 1982; Patterson et al., 2018; Smith et al., 2021). Ensemble, ces politiques sociales ont contribué à un taux élevé de pauvreté, à de mauvais logements, au chômage et à des services de soins de santé inaccessibles qui ont entraîné plus de stress, de problèmes de santé mentale et physique et, par conséquent, de plus grandes probabilités de développer une TB active (Greenaway et al., 2022; Heffernan et al., 2022a). Ces politiques ont aussi contribué à augmenter les probabilités, pour les Autochtones,

de vivre des traumatismes, notamment de la violence physique et des agressions sexuelles (Heidinger, 2021, 2022; Long, 2021).

L’imposition du système des pensionnats autochtones est l’une des principales sources de traumatismes intergénérationnels chez les populations autochtones. Ce système d’éducation a été adopté par le gouvernement fédéral, en collaboration avec les institutions religieuses, en vue d’assimiler les Autochtones à la société dominante. Les pensionnats ont entraîné le retrait forcé des enfants autochtones de leur foyer, la séparation d’avec leur famille et leur communauté et la négation des langues et des cultures autochtones. Pour beaucoup trop d’enfants autochtones, l’éducation reçue était de piètre qualité et les jeunes étaient traités avec sévérité, ce qui les a exposés à de multiples formes de violence





© Crédit : iStockPhoto.com, ref. 2091226169

et de traumatismes (Truth and Reconciliation Commission [TRC], 2015). Les pensionnats ont contribué aux sentiments d'isolement, de honte et de colère, et ont engendré « des conséquences intergénérationnelles durables sur le bien-être physique et mental des populations autochtones au Canada » (Wilk et al., 2017, p. 1). Dans de nombreuses familles, l'état de santé général et autoévalué est constamment mauvais, ce qui entraîne des taux élevés de maladies chroniques et infectieuses, de détresse mentale, de dépression, d'abus de substances et de comportements suicidaires. À l'échelle des individus, des familles et des communautés, les effets intergénérationnels des pensionnats ont été et continuent d'être, entre autres, des taux élevés de violence familiale, de maltraitance des enfants, de retrait des enfants qui sont confiés aux services sociaux et d'incarcération (Bombay et al., 2009; Partridge, 2010; TRC,

2015). Ces effets ont aussi ouvert la voie à des milieux où des traumatismes supplémentaires peuvent se multiplier.

Les pensionnats ont été des terrains propices à la propagation de la TB. Les écoles étaient souvent surpeuplées, sous-financées et dans un état déplorable. Les élèves y étaient sous-alimentés, vivaient plus de stress, la ventilation y était mauvaise et les enfants malades n'y étaient pas isolés (Heffernan et al., 2022a). Des preuves provenant de 5 pensionnats au sud de l'Alberta ont révélé qu'en 1908, plus de 70 % des 175 élèves qui s'y trouvaient étaient atteints de la TB (dans une proportion de 51 % dans un de ces pensionnats jusqu'à 100 % dans deux autres) (Hackett, 2014). En 1922, un ancien inspecteur médical du ministère des Affaires indiennes, le Dr Peter Bryce, avait signalé des taux de mortalité alarmants chez les enfants des pensionnats autochtones de l'Ouest, où la présence en classe

demeurait malgré tout obligatoire en vertu d'une loi fédérale (Bryce, 1922); aucun effort concret ne semble avoir été fait pour éradiquer la TB dans ces pensionnats avant les années 1940 (Komarnisky et al., 2016). De fait, les taux élevés de TB dans les pensionnats ont contribué à l'épidémie de TB survenue simultanément chez les Autochtones, surtout dans le Nord, dans les communautés des Premières Nations et chez les Inuits.



## Le traumatisme historique associé au traitement de la TB

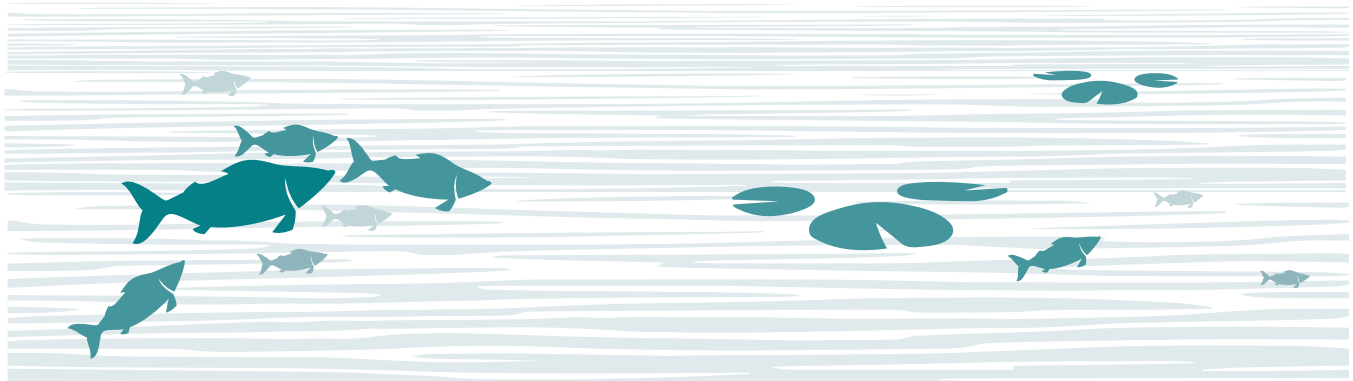
Lorsque les colonisateurs européens ont commencé à arriver en grand nombre au cours des années 1600 et 1700 sur le territoire connu sous le nom de Canada, ils ont commencé à créer un environnement de dépossession matérielle dans lequel les maladies infectieuses comme la TB pourraient proliférer (Hoepfner & Marciniuk, 2000; Kulmann & Richmond, 2011). La TB s'est rapidement répandue d'est en ouest, en même temps que l'établissement des Européens lors de la construction du chemin de fer du Canadien Pacifique, dans les années 1800, puis la maladie a poursuivi sa route vers les territoires du Nord au cours du 20<sup>e</sup> siècle (Grzybowski & Allen, 1999; Hoepfner & Marciniuk, 2000). L'épidémie de TB a atteint un niveau critique

durant les années 1940 et 1950, surtout chez les Inuits, chez qui les taux d'incidence de la maladie ont atteint de 1 500 à 2 900 cas par 100 000 habitants (Demmer, 2011; Kulmann & Richmond, 2011; Orr, 2013). Au plus fort de l'épidémie, on estimait que de 7 % à 10 % des Inuits étaient hospitalisés, atteints de la TB (Olofsson et al., 2008). Les Autochtones étaient souvent blâmés par les professionnels de la santé pour avoir propagé la maladie (Kelm, 1998).

Au début du 20<sup>e</sup> siècle, le gouvernement canadien a adopté des mesures sévères en réaction à l'épidémie de TB, ce qui a contribué d'autant aux traumatismes vécus par les populations autochtones. Durant les années 1940, le gouvernement a mis en place une stratégie stricte impliquant le dépistage à grande échelle de la maladie dans les communautés autochtones du

Nord, a imposé la vaccination forcée au bacille Calmette-Guérin (BCG)<sup>5</sup> aux enfants des communautés autochtones à risque élevé et a procédé, pour les patients autochtones soupçonnés d'être atteints de la TB, à des expulsions à grande échelle de leur communauté vers des sanatoriums du Sud, où ils étaient placés en quarantaine (Grzybowski & Dorken, 1983; Nixon, 1988; Olofsson et al., 2008). En 1960, on comptait ainsi 22 hôpitaux et sanatoriums pour Indiens au Canada (Komarnisky et al., 2016). Avant la découverte des antibiotiques, le traitement de la TB consistait en un long séjour dans ces sanatoriums (séjours qui pouvaient même durer des années), avec beaucoup de repos au lit, une bonne alimentation et de l'air frais. Lorsque le recours aux antibiotiques s'est répandu, la durée des séjours a été réduite à 7 ou 8 mois (Moffatt et al., 2013).

<sup>5</sup> Le vaccin antituberculeux BCG est un vaccin largement administré, constitué à partir d'une souche atténuée du virus M.tb. Il a été couramment administré aux nouveau-nés et aux populations à risque élevé, y compris aux membres des Premières Nations vivant sur les réserves et aux Inuits. L'utilisation de ce vaccin est controversée, car il ne prévient pas totalement l'infection, n'est d'aucun effet sur les formes plus graves de la maladie, telles que la TB miliaire et la méningite tuberculeuse, et ses effets protecteurs s'estompent avec le temps. Il peut aussi avoir des effets sur les tests cutanés de dépistage de la TB et des rapports ont signalé une infection disséminée à la TB chez les enfants avec syndrome grave d'immunodéficience congénitale ou acquise entraînant le décès (Cook & Elwood, 2004). La conformité contrainte à la vaccination a aussi soulevé des doutes quant à l'utilisation de patients autochtones comme « cobayes », ce qui a engendré une perte de confiance à l'égard du système de santé (Jacklin et al., 2017).





La stratégie du gouvernement fédéral en matière de TB s'est traduite par un lourd tribut pour les individus, les familles et les communautés autochtones. Les professionnels non autochtones en santé publique avaient souvent recours à des tactiques coercitives pour forcer les Autochtones à être admis au sanatorium le plus proche : ils pouvaient notamment les faire arrêter lorsqu'ils avaient des symptômes de TB ou retenir le financement fédéral destiné aux réserves des Premières Nations (Lux, 2010, Shedden, 2011). Les personnes soupçonnées d'avoir la TB étaient confrontées à une

expérience terrifiante : elles étaient déplacées de force et transférées pour de longues périodes dans un environnement hospitalier étranger, sans leur consentement ni celui de leur famille, et devaient passer tout ce temps isolées de leurs amis et de leur famille (Moffatt et al., 2013; Selway, 2016). Pour plusieurs patients autochtones, ces traitements forcés ont été des sources de stress et d'isolement (Dunn et al., 2022; Pelley, 2018). Ces hôpitaux étaient généralement caractérisés par une absence de capacités et de compétences linguistiques nécessaires pour expliquer aux patients ce qu'est

la TB et en quoi consisteraient les traitements, par l'incapacité d'offrir des méthodes de guérison traditionnelles et par la prestation de soins anonymes<sup>6</sup>. De plus, les membres des familles des patients n'étaient pas avisés si ceux-ci mouraient des suites de la maladie (Crawford et al., 2021; Jonathan, 2017; Mayan et al., 2017; Selway, 2016). Dans ces hôpitaux pour Indiens, plusieurs patients autochtones ont aussi été victimes de violence et de négligence et ont même fait l'objet d'expériences médicales (Geddes, 2017).

---

<sup>6</sup> Les soins anonymes de la TB désignent un système de numéros en place à l'époque pour identifier les patients au lieu d'utiliser leur nom.



*Plusieurs patients autochtones sont morts de cette maladie; certains ont été renvoyés dans une communauté autre que la leur en raison d'une mauvaise gestion des dossiers, et d'autres ont perdu contact avec leur communauté et n'y sont jamais retournés, alors que d'autres, une fois retournés chez eux, ont eu de la difficulté à se réintégrer ou ont subi le rejet de ses autres membres* (Mayan et al., 2017; Moffatt et al., 2013; Smith et al., 2021).

Les pratiques médicales, la langue et la culture étrangères imposées aux Autochtones dans les sanatoriums ont donné lieu à des obstacles de communication, à de l'appréhension et à de l'incertitude à l'égard de la maladie, de son traitement et du moment où les patients seraient en mesure de retourner dans leur communauté (Moffatt et al., 2013). Plusieurs patients autochtones sont morts de cette maladie; certains ont été renvoyés dans une communauté autre que la leur en raison d'une mauvaise gestion des dossiers, et d'autres ont perdu contact avec leur communauté et n'y sont jamais retournés, alors que d'autres, une fois retournés chez eux, ont eu de la difficulté à se réintégrer ou ont subi le rejet de ses autres membres (Mayan et al., 2017; Moffatt et al., 2013; Smith et al., 2021).

Certains enfants autochtones ont aussi été envoyés directement dans des pensionnats après avoir été guéris de la TB, ce qui s'est ajouté au traumatisme associé au traitement de la TB qu'ils avaient dû subir (Jetty & FNIM Health Committee, 2020).

La séparation physique, spirituelle et culturelle de leur famille et de leur communauté vécue par les autochtones atteints de la TB a eu des répercussions prolongées sur leur psyché (Moffatt et al., 2013). Dans une étude visant à comprendre les effets contemporains sur les Premières Nations des traitements de la TB subis par le passé, des participants des Prairies ont fait part de leurs réflexions sur les effets de ces traitements prodigués dans les sanatoriums (Komarnisky et al., 2016). Ils ont mentionné le désespoir, la colère et la peur vécus lors de leurs propres traitements de la TB, ou parce qu'un de leurs proches avait été transporté en avion vers un lieu inconnu pour être traité et qu'ils avaient découvert plus tard que cette personne était finalement décédée. Des récits de ce genre ont été transmis verbalement à travers les générations et continuent de façonner les perspectives contemporaines et la compréhension de la TB chez les Autochtones, ce qui a limité l'efficacité des traitements contemporains de la TB (Hackett, 2005; Moffatt et al., 2013; Tester et al., 2001).

L'héritage laissé par les pratiques de contrôle de la TB persiste encore aujourd'hui dans les préjugés et la discrimination à l'égard des personnes atteintes

de la maladie autant que dans la peur et la méfiance à l'égard des institutions et des fournisseurs de soins occidentaux au sein des communautés autochtones, ou dans la crainte de recevoir un diagnostic de TB (Greenaway et al., 2022; Jetty, 2021; Moffatt et al., 2013; Robinson, 2015; Smith et al., 2021). Les Autochtones atteints de la TB courent donc un plus grand risque de subir des traumatismes. Le diagnostic de TB et les traitements qui s'ensuivent peuvent constituer une expérience traumatisante en raison de l'exclusion sociale associée à la maladie, des nombreux effets secondaires du traitement et des possibles répercussions d'un diagnostic sur les individus et les familles. Une telle situation peut être démoralisante et ouvrir la voie à une foule de problèmes de santé mentale, dont la dépression, l'anxiété (Venkatraju & Prasad, 2013) et un niveau élevé de détresse psychologique (Louw et al., 2016; Orhan Aydin & Uluşahin, 2001; Tola et al., 2015). De plus, les personnes ayant reçu un diagnostic de TB ont moins de chances de décrocher un emploi et d'être en mesure de travailler et de prendre soin de leur famille en raison des préjugés associés à la maladie et des exigences d'isolement, ce qui risque d'aggraver une pauvreté déjà présente et de provoquer encore plus de détresse psychologique (Westaway & Womorans, 1994).

Les populations autochtones continuent de vivre des expériences négatives liées aux systèmes de santé généraux. Ils y vivent notamment du racisme et de la discrimination et doivent composer avec des stéréotypes négatifs, ce qui ajoute à leurs

traumatismes existants et à leur méfiance à l'égard du système de santé (Abonyi et al., 2017). Ensemble, ces expériences peuvent contribuer aux réticences à subir un dépistage de la TB et à rechercher un traitement, ce qui constitue un obstacle important à l'accès rapide et efficace à des soins pour la TB (Anderson, 2019; Brassard et al., 2008; Gibson et al., 2005; LaVallee, 2014; Macdonald et al., 2010; Marra et al., 2004; Møller, 2010; Smith et al., 2021). Or, les retards dans le diagnostic et le traitement de la TB contribuent largement à sa persistance incessante dans les communautés autochtones.

Les politiques coloniales et le traitement historique de la TB, associés à la marginalisation socioéconomique, au racisme permanent et à la discrimination dans le système de santé et la société en général, ont exposé plusieurs Autochtones à des événements traumatisants au cours de leur vie, ce qui a eu des répercussions intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des individus, des familles et des communautés. En fait, tout adulte, tout enfant ou tout descendant ayant subi une perte de ses terres, de sa culture, de sa famille, de sa langue ou de son mode de vie en raison de la colonisation et de ses nombreuses institutions est une victime de traumatisme (Chansonneuve, 2005).





*La prévalence élevée de la TB chez les peuples autochtones au Canada est une conséquence des effets historiques et permanents du colonialisme, lesquels ont donné lieu à un traumatisme chronique et intergénérationnel.*

# INFLUENCE DES TRAUMATISMES DANS LA TRANSMISSION DE LA TB AU SEIN DES POPULATIONS AUTOCHTONES



La prévalence élevée de la TB chez les peuples autochtones au Canada est une conséquence des effets historiques et permanents du colonialisme, lesquels ont donné lieu à un traumatisme chronique et intergénérationnel. Les expériences passées de traumatisme peuvent laisser « des traces désastreuses et permanentes sur l'estime de soi, la sécurité, la capacité d'attachement, les relations, la capacité à gérer ses émotions et la santé physique et mentale d'une personne » (Anderson, 2019, p. 27). Dans le contexte des populations autochtones, ces répercussions peuvent influencer la transmission de la TB par le biais de voies physiques, environnementales et sociales.

## Les voies physiques

La recherche a démontré que les expériences traumatisantes laissent non seulement des cicatrices mentales et physiques pour la vie, mais affaiblissent aussi le système immunitaire et laissent les individus plus vulnérables aux infections, aux maladies et à leur progression (Segerstrom & Miller, 2004). Lorsque des

personnes vivent des événements traumatisants, elles sont exposées à un degré élevé de stress. Le stress chronique modifie la réponse du corps à des organismes invasifs comme les virus et les bactéries. Chez les personnes exposées à des stimuli chroniques, notamment au stress et à des expériences traumatisantes, le nombre et le fonctionnement de deux types de cellules essentielles au système immunitaire – les cellules tueuses naturelles et les cellules T cytotoxiques – s'affaiblissent (Schnurr, & Green, 2004). Bien que les deux types de cellules puissent tuer les agents pathogènes étrangers, elles appartiennent à deux systèmes immunitaires différents.

Les cellules tueuses naturelles appartiennent au système immunitaire inné et servent de première ligne de défense contre tout agent pathogène étranger, notamment pour les cellules infectées par des particules bactériennes ou des virus, contre lesquels elles réagissent rapidement et les éliminent avant qu'ils ne causent des dommages (Vivier et al., 2008). Avec l'exposition

répétée au même agent pathogène, une réponse anamnesticque est induite et le système immunitaire adaptatif amorce une réaction immunitaire plus rapide et rehaussée afin de cibler cet agent pathogène en particulier (Andersen et al., 2006). Les cellules T cytotoxiques appartiennent à la partie adaptative du système immunitaire. Une immunité à médiation cellulaire est nécessaire pour contenir rapidement une infection par la TB; par conséquent, comme ces systèmes immunitaires sont affaiblis en raison de stimuli chroniques, ils deviennent une voie potentielle permettant à la TB d'infecter et de proliférer chez les individus exposés à la bactérie qui la déclenche. À l'heure actuelle, une bonne part de la recherche sur la réponse immunitaire et le stress chronique porte sur la maladie mentale, plus particulièrement sur le syndrome du stress post-traumatique. On doit toutefois effectuer plus de recherche sur la réponse du système immunitaire à l'infection par la TB chez les gens vivant avec un stress chronique tels que les Autochtones, qui ont vécu des expériences historiques et intergénérationnelles de traumatismes.



*Les expériences historiques et contemporaines des peuples autochtones avec le colonialisme ont non seulement contribué à les exposer davantage à des traumatismes, mais ont aussi entraîné une marginalisation sociale et culturelle à la source de nombreuses inégalités en matière de santé auxquelles ces personnes font face aujourd'hui.*

## Les voies environnementales

Les expériences historiques et contemporaines des peuples autochtones avec le colonialisme ont non seulement contribué à les exposer davantage à des traumatismes, mais ont aussi entraîné une marginalisation sociale et culturelle à la source de nombreuses inégalités en matière de santé auxquelles ces personnes font face aujourd'hui. Les Autochtones sont donc plus susceptibles que les non-Autochtones de vivre dans la pauvreté, ce qui accroît les risques qu'ils soient en moins bonne santé et souffrent de malnutrition (Beedie et al., 2019; MacDonald & Wilson, 2016). Ces expériences peuvent aussi nuire à la capacité de l'organisme à lutter contre les infections (Gupta et al., 2009). Les Autochtones sont plus susceptibles que les non-Autochtones de

vivre dans des logements mal ventilés ou surpeuplés ou d'être en situation d'itinérance (National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCA], 2017a). Les risques de contracter la TB et que la maladie évolue pour devenir active sont donc plus élevés dans leur cas, en raison de leurs contacts étroits avec des personnes qui risquent d'être porteuses de l'infection (Narasimhan et al., 2013). Un niveau de scolarité plus faible ou des inégalités dans l'accès à l'éducation peuvent aussi réduire la littératie en matière de santé et de prévention, de gestion et de traitement de la TB et en retarder le diagnostic et le traitement (NCCA, 2017b). De plus, le milieu de la santé, notamment les expériences négatives vécues dans le système de santé général, la méfiance à l'égard des fournisseurs de soins et des soins de santé non adaptés sur le plan culturel

favorisent la transmission de la TB (Gibson, et al., 2005; Jenkins, 1977; Møller, 2005; Orr, 2011).

Le colonialisme et la marginalisation socioéconomique font en sorte que les taux d'affections chroniques chez les peuples autochtones sont plus élevés que chez les non-Autochtones. Les changements rapides vécus par de nombreuses communautés autochtones<sup>7</sup>, qui sont passées d'un mode de vie traditionnel à une vie plus sédentaire, ajoutés à un accès limité à des aliments nutritifs et abordables du marché dans les régions nordiques ou isolées, ont conduit à une réduction de l'activité physique et à des régimes alimentaires moins riches en éléments nutritifs (Egeland et al., 2011; Halseth, 2015; Rice et al., 2016; Wilson, 2021). Ces habitudes de vie entraînent des taux plus élevés de diabète sucré,

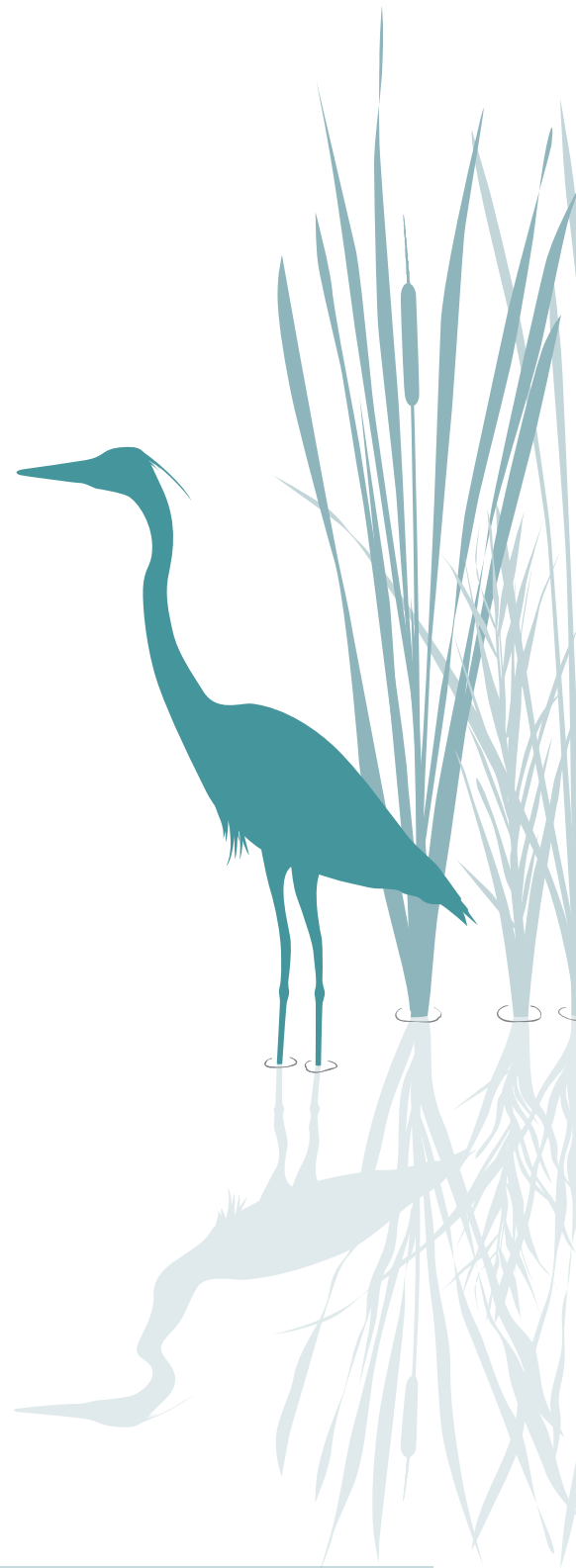
<sup>7</sup> Il est important de noter que plusieurs communautés autochtones ont conservé ou ont relancé (ou sont en train de le faire) leurs pratiques et leur mode de vie traditionnels.



surtout chez les membres des Premières Nations où la prévalence du diabète est de 3 à 5 fois plus élevée qu'au sein de la population en général (Chief Public Health Officer, 2013; Walker et al., 2020). Le diabète sucré est considéré comme l'un des principaux facteurs pouvant augmenter le risque de développer une infection active par la TB une fois la personne exposée à la bactérie (Cormier et al., 2019; Narasimhan et al., 2013). Les inégalités dans les déterminants sociaux, notamment les traumatismes vécus dans l'enfance, la pauvreté, l'absence de stabilité en matière de logement, des problèmes de santé mentale ou de dépendances et l'insécurité alimentaire contribuent aussi de manière disproportionnée à des taux élevés de VIH-sida chez les populations autochtones au Canada (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2014; Woodgate et al., 2017). Cette situation est particulièrement inquiétante quand on sait que le VIH-sida accroît aussi le risque de progression de l'infection tuberculeuse latente<sup>8</sup> (ITL) vers la TB active (Menzies et al., 2014).

Les expériences traumatisantes historiques et contemporaines, notamment la perte de l'identité et de la culture, la violence dans les familles et les communautés, ainsi que le désespoir et le découragement contribuent à l'émergence de mécanismes d'adaptation malsains tels que le tabagisme et la consommation d'alcool ou de drogues. Ces

mécanismes d'adaptation peuvent accroître le risque d'infection par la TB et de progression vers une forme active de la maladie, car ils peuvent affaiblir le système immunitaire et/ou sont associés à d'autres facteurs de risque d'infection et de progression de la TB tels que l'itinérance ou le VIH-sida (Deiss et al., 2009; Narasimhan et al., 2013; Rehm et al., 2009). Après avoir vécu des traumatismes, les Autochtones ont davantage tendance à fumer, à consommer du cannabis et des drogues illicites, et à se livrer à des beuveries (First Nations Information Governance Centre, 2012; Kelly-Scott & Smith, 2015; Sikorski et al., 2019; Statistics Canada, 2015). L'abus de substances peut poser des difficultés au moment de détecter et de traiter la TB, car les drogues peuvent en camoufler les symptômes, ce qui risque de retarder les traitements ou de poser des difficultés d'adhésion thérapeutique, tant pour l'ITL que pour la TB (Abonyi et al., 2017; Hirsch-Moverman et al., 2008; Robinson, 2015). Confrontés à de multiples difficultés concurrentes dont l'abus de substances et des comorbidités comme le diabète et le VIH-sida, ajoutés à des besoins de base non satisfaits comme le logement et la nourriture, certains Autochtones peuvent juger que la prise en charge de leur TB est une préoccupation secondaire, ce qui les amènera à ignorer leur maladie jusqu'à ce que la détérioration de leur état de santé devienne trop évidente (McMullin et al., 2012).



<sup>8</sup> L'infection tuberculeuse latente (ITL) survient lorsqu'une personne est infectée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* (M. tb) et n'a pas (encore) développé une TB active. Détecter les personnes avec l'ITL et faire en sorte qu'elles subissent une thérapie aux antirétroviraux sont des composantes clés des stratégies visant l'éradication de la maladie.

*Le stigmate social rattaché à la TB fait en sorte que la maladie est un sujet dont on ne parle pas dans les communautés autochtones et empêche ses membres d'en discuter entre eux*

(Smith et al., 2021).



## Les voies sociales

La stigmatisation rattachée à l'infection est l'une des répercussions néfastes de la stratégie historique du Canada en matière de TB (Smith et al., 2021). Cette stigmatisation prend forme lors des expériences vécues dans le système de santé par les Autochtones avec le racisme, la discrimination, les stéréotypes et les contacts négatifs avec des fournisseurs de soins qui peuvent porter des jugements ou éluder complètement les inquiétudes des patients (Smith et al., 2021). La stigmatisation peut perpétuer la perception voulant que les Autochtones soient « pauvres et ne prennent pas soin d'eux » (Mayan et al., 2019, p. 11; see also Westaway & Womorans, 1994), ce qui vient renforcer les croyances racistes chez les fournisseurs de soins en général, mener à de la discrimination et accroître la méfiance des patients autochtones à l'égard des systèmes de santé en général. Dans une étude sur les perceptions des Inuits à l'égard de la TB dans deux communautés du Nunavut, la TB était perçue

comme affectant les personnes qui enfreignaient les codes de comportement (Møller, 2010). La stigmatisation peut faire en sorte que les personnes atteintes de TB se sentent indignes (Jetty, 2021), peut avoir des effets sur leur santé mentale (Jetty, 2021; Jetty & FNIM Health Committee, 2020) et déclencher des sentiments de peur quant à la possibilité d'infecter les autres ou aux répercussions d'un diagnostic de TB<sup>9</sup> (Robinson, 2015). La stigmatisation peut amener les personnes à se blâmer (Craig et al., 2017; Jacklin et al., 2017; Robinson, 2015), à s'isoler physiquement ou émotionnellement des sources de soutien (Jetty, 2021; Jetty & FNIM Health Committee, 2020) et à considérer comme normal le fait d'être en mauvaise santé (Brassard et al., 2008). Elle est amplifiée en présence d'autres formes de préjugés, notamment à l'égard de personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, des problèmes de drogues ou avec le VIH-sida, en plus de préjugés liés au genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge ou à la race (Erickson et al., 2022; Long, 2021; Murney et al.,

2020; Smith et al., 2021; Smye et al., 2023).

Le stigmate social rattaché à la TB fait en sorte que la maladie est un sujet dont on ne parle pas dans les communautés autochtones et empêche ses membres d'en discuter entre eux (Smith et al., 2021). La stigmatisation fait en sorte que les gens peuvent être réticents à faire les démarches pour obtenir un diagnostic lorsqu'ils ont des symptômes, ce qui risque d'ouvrir la voie à des formes plus avancées de la TB lors du diagnostic (Craig et al., 2017; Mayan et al., 2019; Robinson, 2015). Ces personnes peuvent aussi hésiter à divulguer leur état, ce qui risque d'entraîner de l'isolement, de les laisser sans le soutien dont elles auraient besoin pour respecter les directives d'isolement et leur thérapie aux antirétroviraux, de mettre en péril leur traitement et d'accroître la propagation de la TB (Erickson et al., 2022; Robinson, 2015).

Plusieurs professionnels de la santé en milieu urbain ne comprennent pas pleinement la transmission de

<sup>9</sup> Les répercussions d'un diagnostic de TB sont, notamment, la perte des amis, la perte de l'acceptation par la communauté, la perte d'un emploi avec les effets socioéconomiques que cela suppose et des inquiétudes quant au soin des enfants si on est hospitalisé, en plus des conséquences négatives sur la qualité de vie (Robinson, 2015).

la TB et manquent d'expérience dans le diagnostic et le traitement de la maladie (Mayan et al., 2019; Robinson, 2015). Le tout contribue à la stigmatisation que vivent les Autochtones en milieu urbain lors du traitement de la TB, ce qui, en retour, peut contribuer à perpétuer la transmission de la maladie.

## Les voies interconnectées de la transmission de la TB dans les communautés autochtones

Ensemble, les multiples voies par lesquelles la TB peut se transmettre au sein des populations autochtones viennent compliquer l'éradication de la maladie. Ghanem et al. (2019) utilisent un cadre fondé sur les facteurs prédisposants, propices et aggravants pour montrer comment ces multiples facteurs interagissent pour contribuer aux éclosions perpétuelles de TB dans la communauté inuite de Qikiqtaaluk, au Nunavut. Cette communauté était prédisposée aux éclosions de TB en raison de ses expériences historiques avec les efforts d'éradication du gouvernement fédéral et les répercussions continues du colonialisme qui ont contribué à enraciner profondément la méfiance à l'égard des institutions gouvernementales et des politiques de contrôle et de traitement de la maladie. Les éclosions de TB étaient favorisées par des logements et des infrastructures sanitaires inadéquats, par le manque d'accès à des services de soins de santé, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, et par un respect insuffisant des recommandations concernant la TB. Enfin, l'éclosion a été renforcée par la peur et la stigmatisation

entourant la TB, ce qui a contribué aux retards dans les diagnostics et à l'évacuation de la communauté pour le traitement. Ces facteurs ont nui aux efforts visant l'éradication de la TB dans la communauté.

De même, une étude par Abonyi et ses collègues (2017) souligne les nombreux aspects par lesquels la colonisation et le colonialisme, avec les traumatismes intergénérationnels qui en résultent et les déterminants sociaux de la santé, ont des répercussions sur la façon dont les membres des Premières Nations vivent la TB, lui donnent un sens et accèdent aux soins. Dans cette étude, on cherche à établir les facteurs ayant contribué à la persistance et à l'état avancé de la TB dans les communautés de Premières Nations au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. La majorité des participants à l'étude avaient un faible niveau de scolarité ou étaient sans emploi et bon nombre d'entre eux ont dit vivre dans des logements surpeuplés avec une mauvaise qualité d'air perçue, avoir été détenus dans les deux dernières années, être atteints d'au moins une maladie chronique et être aux prises avec le tabagisme. Les participants à l'étude ont cerné un certain nombre de variables attribuables aux déterminants sociaux de la santé qui les empêchaient d'accéder à des soins de la TB en temps opportun. Ils ont cité entre autres : les soucis associés au soin des enfants en leur absence s'ils étaient hospitalisés, la crainte de perdre leur emploi, la peur de recevoir un diagnostic de TB et la stigmatisation qui se rattache à la maladie, l'appréhension liée à l'accès au système de santé général en raison de la méfiance, du racisme et de la discrimination; la pauvreté; la crainte de ne pas se rendre compte du

déclin de leur état de santé en raison de l'influence d'autres maladies chroniques, de la consommation de substances et de la perte récente d'un être cher; et un sentiment généralisé de désespoir et de découragement. Ensemble, ces déterminants sociaux ont à ce point influencé les comportements propices à la santé que les personnes atteintes allaient littéralement « s'écrouler » en raison de leur santé qui se détériorait avant d'aller chercher un traitement – donc à un stade où les symptômes de la TB étaient très avancés.

Robinson (2015) a obtenu des résultats similaires dans son étude de niveau maîtrise sur la valeur des liens pour les Autochtones de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba dans l'évolution de leur expérience de la TB. Son étude montrait à quel point la pauvreté et des choix malsains dans le mode de vie pouvaient imposer un fardeau sur les plans affectif et psychologique pour le bien-être des participants à l'étude et camoufler leurs symptômes de la TB, contribuant à une « normalisation » de la maladie et à la banalisation de ses symptômes. Les participants à l'étude vivaient donc plus longtemps avec la maladie avant de demander un diagnostic et de rechercher un traitement, ce qui contribuait du même coup à la transmission de la maladie.



# LES SOINS CONTEMPORAINS DE LA TB POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES



La persistance de la TB dans de nombreuses communautés autochtones suggère que la prévention et les mesures de contrôle sont insuffisantes. Le Canada s'est engagé à atteindre les cibles mondiales<sup>10</sup> et nationales<sup>11</sup> d'élimination de la TB pour les pays où l'incidence est faible et à éliminer la TB dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat d'ici 2030<sup>12</sup>, mais n'est pas parvenu à atteindre ses objectifs jusqu'à maintenant (Abdollahi et al., 2022). Pour remplir ses engagements, une stratégie nationale coordonnée, assortie d'interventions ciblées et innovantes, sera nécessaire (Basham et al., 2019a). Ces interventions devront tenir compte des obstacles constants auxquels pourraient être confrontés les patients autochtones pour accéder rapidement à des soins de la TB. Cette section explique en quoi consistent les expériences contemporaines de la TB chez les Autochtones et les obstacles

aux soins auxquels ils font face, et aborde notamment leurs connaissances et leur compréhension de la TB et de son traitement.

## Stratégies de contrôle de la TB

Les stratégies actuelles pour le contrôle et le traitement de la TB continuent d'afficher une certaine ressemblance avec l'ancienne manière de faire dans le système des sanatoriums et sont donc susceptibles de répéter ce qui a mené aux traumatismes subis. On pense, entre autres, au déplacement de la communauté de résidence vers un établissement hospitalier pour l'isolement et le traitement des cas de TB active, à l'incertitude quant au calendrier de traitement et, de nos jours, à la pratique invasive que constitue la recherche des contacts.

Les exigences d'isolement pour les cas de TB infectieuses varient dans l'ensemble du Canada. En Saskatchewan, on a adopté une approche axée sur le patient qui permet aux personnes atteintes de TB de s'isoler chez elles, avec l'aide d'une équipe formée de gens de leur communauté (Mayan et al., 2017). Pour les patients particulièrement malades, une hospitalisation pourrait être quand même nécessaire, mais les séjours sont habituellement brefs et reposent sur l'hypothèse – de plus en plus appuyée par des éléments probants issus de la recherche – que les patients qui n'ont pas de résistance aux médicaments contre la TB deviendront rapidement non contagieux après l'amorce d'un « directly observed treatment » ou DOT (traitement directement observé)<sup>13</sup> (Mayan et al., 2017). La province favorise la stimulation des patients hospitalisés en

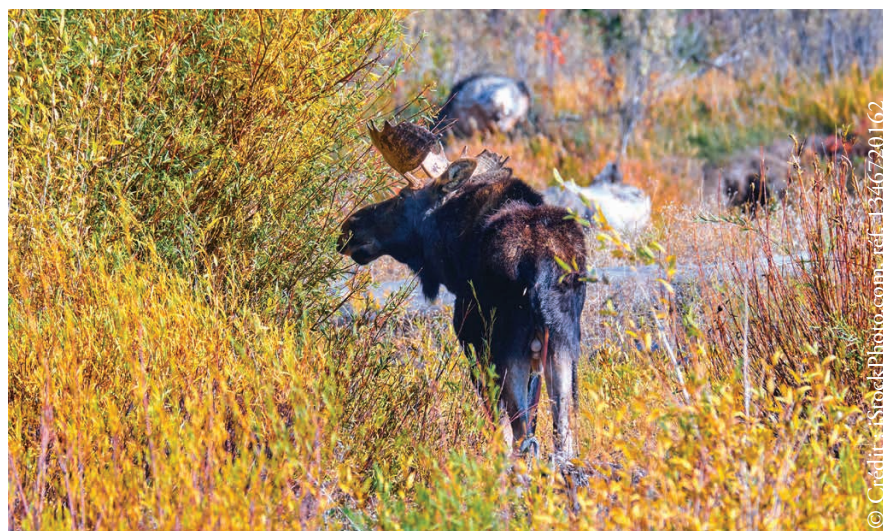
<sup>10</sup> La cible globale établie par l'Organisation mondiale de la Santé est de < 1 cas par 1 000 000, par année, d'ici 2050 (Amaratunga & Alvarez, 2016).

<sup>11</sup> Les cibles nationales ont été établies à < 3,6 par 100 000, par année, en 2015 (Amaratunga & Alvarez, 2016) et à une réduction de 90 % des nouveaux cas d'ici 2036 (Heffernan et al., 2022b).

<sup>12</sup> Le Canada a aussi fait part de son engagement à réduire la TB active d'au moins 50 % dans cette région d'ici 2025 (Indigenous Services Canada, 2018).

<sup>13</sup> Directly observed treatment ou DOT désigne l'observation visuelle des patients atteints de TB pour confirmer qu'ils prennent bien leurs médicaments antirétroviraux. Cette façon de faire est considérée plus efficace que la thérapie auto-administrée pour l'amélioration du respect de la posologie d'un médicament et les résultats de santé obtenus chez les patients atteints de TB (Pradipta et al., 2020).

isolement et les liens sociaux et culturels, en permettant notamment les visites familiales, en complétant les repas servis à l'hôpital par des plats maison et en offrant l'accès à un agent de liaison autochtone qui peut procéder à des cérémonies et offrir son soutien aux membres de la famille (Mayan et al., 2017). En comparaison, l'Alberta permet l'isolement à domicile dans certains cas, mais ce choix n'est pas offert habituellement aux patients des Premières Nations vivant sur une réserve et qui sont atteints de TB pulmonaire infectieuse<sup>14</sup>. Ces patients doivent généralement demeurer en isolement dans un établissement hospitalier jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'ils sont non infectieux (Mayan et al., 2017). Au Manitoba, par ailleurs, l'isolement est obligatoire, en milieu hospitalier uniquement. En fait, les patients au Manitoba qui ne se conforment pas aux exigences en matière d'isolement peuvent être placés en état d'arrestation par un agent de la paix, puis détenus – un scénario qui ressemble beaucoup au traumatisme vécu par les populations autochtones dans le cadre du traitement historique de la TB (Mayan et al., 2017; Robinson, 2015).



Pour les patients autochtones, dont une large part provient de communautés dotées de centres de santé locaux qui ne sont pas équipés pour l'isolement des patients, les exigences d'isolement en milieu hospitalier impliquent la séparation de leur famille, de leur communauté et de leurs réseaux de soutien, ce qui entraîne une forme de coupure de leurs liens culturels et sociaux (Mayan et al., 2017). Bien que les politiques actuelles concernant l'isolement à domicile dans le cas de TB n'élimineront pas à elles seules la transmission de la TB dans les communautés autochtones, les taux plus faibles de TB en Saskatchewan comparativement au Manitoba<sup>15</sup> livrent certaines pistes démontrant

que les approches traumatisantes s'apparentant au traitement historique de la TB pourraient être moins efficaces pour éradiquer la TB (Robinson, 2015).

La recherche des contacts est aussi une caractéristique importante de la gestion contemporaine de la TB. Cette pratique exige des patients atteints de TB qu'ils précisent avec qui ils ont eu des contacts rapprochés et peut constituer une expérience difficile, qui suscitera la stigmatisation et rappellera grandement les pratiques historiques associées à la TB (Komarnisky et al., 2016).

<sup>14</sup> La tuberculose peut être classée à la fois comme une maladie respiratoire ou non respiratoire. Elle peut adopter de multiples formes, en fonction du site de l'infection. La tuberculose pulmonaire est la forme la plus courante et comprend la « fibrose tuberculeuse du poumon, la bronchiectasie tuberculeuse, la pneumonie tuberculeuse, le pneumothorax tuberculeux, la TB isolée de la trachée et des bronches, et la laryngite tuberculeuse » (Mounchili et al., 2022b, pp. 5-6).

<sup>15</sup> En 2017, par exemple, les taux d'incidence de la TB étaient de 94 par 100 000 en Saskatchewan comparativement à 187 par 100 000 au Manitoba (LaFreniere et al., 2019).

*Les peuples autochtones au Canada font face à de nombreux obstacles d'accès aux services de soins de santé au niveau individuel, sociétal et du système de santé.*



## Obstacles aux soins de santé

Les peuples autochtones au Canada font face à de nombreux obstacles d'accès aux services de soins de santé au niveau individuel, sociétal et du système de santé. Ces obstacles peuvent influencer leur expérience de la TB et les résultats de santé qui s'y rattachent. Certains de ces obstacles sont présents chez l'ensemble des peuples autochtones, sans égard à leur emplacement géographique, alors que d'autres sont propres aux milieux urbains ou aux régions éloignées ou isolées. Des difficultés peuvent être présentes dans la cascade de soins<sup>16</sup>. Il peut s'agir, entre autres, de longs délais d'attente pour voir un médecin ou un spécialiste, ou de complexités associées à un mode de vie très mobile ou marqué par l'itinérance, de l'absence d'une carte d'assurance maladie (Brassard et al., 2008) ou des effets secondaires des médicaments contre la TB (Macdonald et al., 2010). Ces obstacles peuvent

retarder les comportements favorisant la santé, le diagnostic, le traitement et l'adhésion thérapeutique.

Comme souligné précédemment, la honte et la stigmatisation associées à la TB peuvent aussi constituer des obstacles considérables à l'obtention d'un diagnostic et au traitement de la TB (Brassard et al., 2008; Gibson et al., 2005; LaVallee, 2014; Macdonald et al., 2010; Marra et al., 2004; Møller, 2010). Lorsque des fournisseurs de soins de santé ne se montrent pas attentifs aux expériences psychosociales et historiques de la TB vécues par les Autochtones, ils peuvent, consciemment ou inconsciemment, reproduire des expériences négatives passées. Ainsi, un participant à l'étude de Brassard et coll. (2008) sur les expériences de la TB vécues par les Autochtones en milieu urbain à Montréal a fait mention de la grande honte ressentie lorsqu'un travailleur de la santé lui a fait porter un masque de sa demeure vers la clinique de TB.

Des gestes comme ceux-là – bien que nécessaires – peuvent entraîner une adhésion thérapeutique mitigée et mettre en évidence la nécessité de faire preuve de sensibilité et de compétence culturelles dans la pratique (cet aspect sera abordé dans des sections ultérieures).

Des études suggèrent que l'accès des Autochtones à un diagnostic et à un traitement de la TB en temps opportun et la qualité des soins qu'ils reçoivent peuvent varier grandement selon que ces personnes vivent dans des communautés éloignées ou isolées ou en milieu urbain ou plus près des villes (Mayan et al., 2017; Robinson, 2015). Les communautés rurales, éloignées et isolées de Premières Nations, d'Inuits et de Métis font face à d'importants obstacles d'accès aux soins de santé, notamment des infrastructures de transport précaires, de nombreux postes vacants en permanence et un roulement élevé du personnel en santé, un accès inégal aux fournitures et aux ressources,

<sup>16</sup> Par cascade de soins, on entend les diverses phases associées aux soins de santé, des tests à la réception du diagnostic et du renvoi en consultation à l'amorce et à la fin du traitement.



*Des études suggèrent que l'accès des Autochtones à un diagnostic et à un traitement de la TB en temps opportun et la qualité des soins qu'ils reçoivent peuvent varier grandement selon que ces personnes vivent dans des communautés éloignées ou isolées ou en milieu urbain ou plus près des villes*

(Mayan et al., 2017; Robinson, 2015).

un manque d'installations pour l'isolement des personnes dans les centres de santé locaux et de services de diagnostic (Abonyi et al., 2017; Greenaway et al., 2022; Jacklin et al., 2017; Mayan et al., 2017; Patterson et al., 2018; Robinson, 2015). Les politiques fédérales contribuent encore davantage à ces inégalités entre les communautés de Premières Nations en offrant moins de financement pour les services aux communautés plus petites, ce qui entraîne des difficultés dans la coordination et le financement des soins de santé dans les provinces ou les territoires (Falk, 2019). Conséquemment, les patients autochtones atteints de TB sont souvent retirés de leur foyer et de leur communauté pour être traités dans des centres urbains.

La recherche a démontré que des périodes d'isolement prolongées peuvent se traduire par un fardeau affectif et mental important pour les patients autochtones atteints de TB. Cet isolement peut engendrer des sentiments exacerbés d'enfermement, d'isolement et de rupture sociale, des degrés élevés de dépression, d'anxiété et de colère en

raison de la perte des liens sociaux avec la famille et les amis et de l'incapacité à sortir pour interagir avec la nature (Mayan et al., 2017; Robinson, 2015). Mayan et coll. (2017) affirment que l'impression de confinement et les sentiments d'exclusion des Autochtones en isolement en raison de la TB doivent être compris et considérés dans la perspective du traitement historique de la TB qui leur a été imposé, de leur expérience des sanatoriums, du rôle de la famille dans leur vie et de leurs liens solides avec leur communauté et avec la terre. Les expériences négatives d'accès aux soins et de traitement de la TB sont ensuite partagées avec les autres, ce qui peut avoir des effets sur leur désir de subir un test de dépistage (Robinson, 2015).

Malgré les difficultés supplémentaires en matière de ressources en santé dans les communautés rurales, éloignées ou isolées de Premières Nations, inuites ou métisses, les personnes vivant dans ces communautés pourraient recevoir un diagnostic de TB et être traitées plus rapidement que celles vivant en milieu urbain ou hors réserve. En

effet, dans ces communautés, les gens savent exactement où aller pour avoir accès à des services de santé et à de l'information sur la TB en raison du nombre limité de services offerts et de professionnels en soins disponibles. Les patients ont ainsi plus de chances d'avoir accès au même fournisseur de soins en tout temps – une personne intégrée à la communauté locale, qui en connaît les membres, a une bonne relation avec eux, offre des soins sensibles sur le plan culturel et connaît la TB en raison d'expériences passées avec la maladie (Mayan et al., 2019; Robinson, 2015). Par contre, comparativement à leurs homologues urbains, les patients atteints de TB vivant dans des communautés rurales, éloignées ou isolées pourraient s'inquiéter davantage du manque de confidentialité, de la honte et de la peur de la contagion, ce qui pourrait ajouter aux obstacles au traitement de la TB (Mayan et al., 2019).

À l'inverse, les populations autochtones en milieu urbain ou non éloigné font face à des défis particuliers en matière d'accès



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1313508991

aux services de santé, ce qui peut entraîner des retards dans l'obtention d'un diagnostic précis de TB et faire en sorte que la maladie se présente de manière plus complexe (Mayan et al., 2019). Souvent, les Autochtones vivant dans ces milieux ignorent où aller pour obtenir de l'information sur la TB et, en général, ils se présentent aux urgences des hôpitaux ou dans les cliniques sans rendez-vous pour recevoir des soins. Ces établissements sont souvent caractérisés par un manque d'accès à un même médecin de famille, des interactions négatives au moment de recevoir des soins (traitements condescendants, indifférence, racisme et stéréotypes) et par des fournisseurs de soins qui ne connaissent pas la TB. Cela peut entraîner des diagnostics erronés, des visites répétées à un fournisseur de soins de santé et des ordonnances inutiles pour des médicaments (Mayan et al., 2019; Robinson, 2015). Il se peut aussi que lorsque le patient reçoit son diagnostic, son état ait empiré.

La fragmentation dans les compétences peut compliquer encore davantage l'accès aux services de santé. Sur les réserves, l'accès à des services de santé financés par le gouvernement fédéral est limité par des règles relatives au statut des membres des Premières Nations, à l'appartenance à une bande et à la résidence<sup>17</sup> (Browne et al., 2009). Les services de santé aux personnes vivant hors réserve sont de compétence provinciale et territoriale, et chaque gouvernement est doté de règles et de politiques différentes. Pour les Autochtones, qui se déplacent souvent entre les centres urbains et leur communauté de résidence (Murdock, 2023; Snyder & Wilson, 2012), cette fragmentation des compétences peut poser des difficultés pour la continuité des soins et du financement entre les gouvernements, et conduire à une mauvaise communication lorsque des limites de compétences doivent être franchies pour accéder à des services de santé, ce qui peut compliquer d'autant le contrôle de

la TB (Falk, 2019; Robinson, 2015; Vidanaral et al., 2022).

Les obstacles culturels et linguistiques peuvent entraver encore davantage l'accès aux soins de santé. Lorsque des services de santé sont offerts dans un environnement défavorable et étranger sur les plans culturel et linguistique, les patients peuvent sentir qu'ils ne sont pas en sécurité au moment d'accéder à des soins (Macdonald et al., 2010). La sécurité culturelle est essentielle pour les patients lors de l'accès aux services de santé, afin qu'ils ne renient pas la gravité de leurs problèmes de santé, que leur estime de soi ne diminue pas et qu'ils mettent de côté leur méfiance lors des interactions avec des professionnels de la santé, au risque de cesser d'avoir recours aux services de santé. Ces types de services ne dénigrent pas et ne menacent pas non plus les valeurs, les objectifs, la langue, l'identité et le mode de vie des patients et ne leur demandent pas de « s'aventurer dans

<sup>17</sup> La capacité des membres des Premières Nations à accéder à des services du fédéral particuliers aux Autochtones dépend de leur statut de membre inscrit ou non, du fait que ces personnes vivent ou non sur des réserves ou sont membres ou non d'une bande. Cette distinction s'explique par la position de longue date du gouvernement fédéral voulant qu'il soit uniquement responsable des membres des Premières Nations inscrits (avec statut d'Indien) vivant sur une réserve et des Inuits vivant dans une communauté inuite, ce qui fait en sorte que les membres non inscrits des Premières Nations vivant dans les réserves et les Autochtones vivant hors réserve sont considérablement désavantagés en matière d'accès à des programmes et à des services de santé financés par le fédéral.



une culture étrangère sans savoir comment y fonctionner, et sans accompagnement positif» (Page, 2021, p. 1). Ils supposent plutôt une communication d'information de santé dans la langue de la personne et des techniques de communication interculturelle efficaces qui feront en sorte que le patient se sentira respecté et entendu (Ladha et al., 2018; Page, 2021). Des soins sécuritaires sur le plan culturel sont donc essentiels pour éviter les diagnostics erronés, les consultations répétées pour des soins de santé et une faible adhésion thérapeutique.

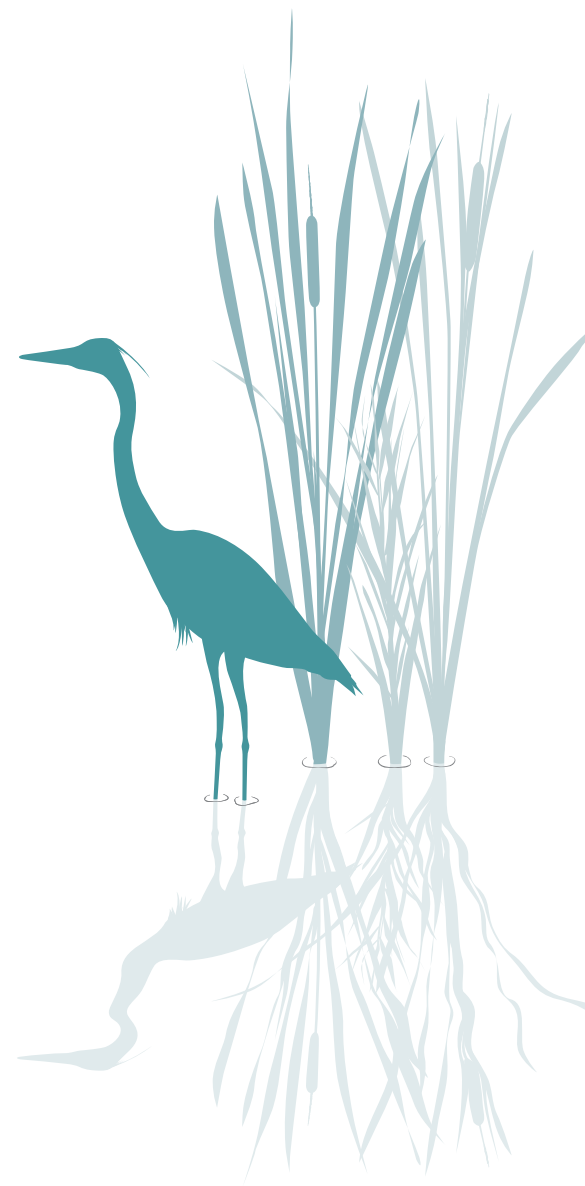
À l'heure actuelle, les systèmes de santé généraux au Canada sont mal équipés pour répondre aux besoins culturels et linguistiques des Autochtones. Bien qu'il y ait des améliorations (p. ex. espaces pour cérémonies autochtones), les systèmes de santé traditionnels continuent d'ignorer divers aspects de la culture autochtone qui ne s'inscrivent pas dans les limites jugées acceptables en vertu des normes occidentales. On n'offre pas, en effet, de services en langues autochtones et on n'intègre pas non plus la santé spirituelle et la guérison de la communauté (Hick, 2019). Comme le soulignent Jacklin et coll. (2017), une résistance institutionnelle importante persiste quand il est question de permettre aux membres d'une famille autochtone de visiter les patients; on décourage aussi le soutien familial et les cérémonies autochtones sont, dans la majeure partie des cas, interdites d'accès pour les personnes en confinement ou en isolement dans un lit d'hôpital. Ces manquements des systèmes de santé généraux peuvent contribuer au sentiment d'isolement et de

rupture culturelle que vivent les patients autochtones atteints de TB, ce qui peut altérer leur motivation à respecter les consignes d'isolement et leur adhésion thérapeutique (Robinson, 2015; Mayan et al., 2017).

Les problèmes de racisme et de pratiques discriminatoires dans les systèmes de santé traditionnels sont encore très présents, comme ceux documentés par l'Independent Reviewer of Indigenous-specific racism in British Columbia's health system (évaluateur indépendant du racisme à l'égard des Autochtones dans le système de santé de la Colombie-Britannique) dans le rapport intitulé *In plain sight* (Turpel-Lafond, 2020) et par la Commission Viens (2019) lors de son enquête publique sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. Le racisme systémique expose les Autochtones à encore plus de préjudices lorsqu'ils accèdent à des services de santé et renforce la stigmatisation engendrée par la TB, ce qui entraîne des retards dans l'adoption du dépistage de la TB et son traitement (Smith et al., 2021).

En l'absence d'accès à des services de santé sensibles sur le plan culturel, les patients autochtones atteints de la TB peuvent être encore plus traumatisés, ce qui risque d'entraîner des résultats de santé encore pires. Il est nécessaire d'améliorer les interactions entre les Autochtones et les services liés à la TB et de prendre en charge les enjeux structurels actuels qui contribuent à la propagation des infections à la TB.

*Le racisme systémique expose les Autochtones à encore plus de préjudices lorsqu'ils accèdent à des services de santé et renforce la stigmatisation engendrée par la TB, ce qui entraîne des retards dans l'adoption du dépistage de la TB et son traitement* (Smith et al., 2021).



## Connaissances de la tuberculose et compréhension de la maladie par les Autochtones

La littératie en santé concernant la TB et sa gestion peut aider à réduire la stigmatisation associée à la maladie et à apaiser les craintes ou l'appréhension que pourraient avoir les patients concernant le traitement de la maladie. À l'heure actuelle, toutefois, les connaissances et la sensibilisation à l'égard de la TB sont limitées chez les peuples autochtones, ce qui contribue vraisemblablement à la stigmatisation associée à la maladie, au sentiment de honte et à la peur de recevoir un diagnostic de TB, de

même qu'à la détresse psychologique engendrée par le traitement à long terme de la TB (Robinson, 2015; Theron et al., 2015).

Des recherches réalisées auprès de certaines populations autochtones choisies ont démontré un degré de connaissances incroyablement faible des symptômes, de la transmission, des causes et des facteurs de risque de la TB (Alvarez et al., 2014; Brassard et al., 2008; Gibson et al., 2005; Jenkins, 1997; Møller, 2005). À Montréal, les patients autochtones atteints de la TB vivant en milieu urbain manquent généralement de conscience biomédicale et de connaissances de la maladie, ignorent comment ils l'ont attrapée, comment elle peut être transmise et où aller pour un dépistage et un diagnostic, alors

que les personnes ayant déjà eu un contact avec une clinique de TB ont une connaissance accrue des mêmes questions (Brassard et al., 2008; Macdonald et al., 2010). Dans une étude se penchant sur les expériences et sur les connaissances des patients autochtones atteints de TB dans diverses localités, Robinson (2015) a constaté des lacunes dans les connaissances sur la TB chez les générations plus jeunes comparativement aux plus âgées, et a attribué ces lacunes à un manque d'intérêt des jeunes générations pour l'information disponible concernant la maladie, que ces jeunes ne considèrent pas comme un problème contemporain. Le manque de connaissances sur la TB a donné lieu à l'émergence de plusieurs idées fausses à propos de la maladie chez les Autochtones.



Certains pensent par exemple que la TB n'existe plus (Brassard et al., 2008; Macdonald et al., 2010), que les traitements subis antérieurement garantissent une immunité (Kormanisky et al., 2016) ou que les cliniques de santé sont des lieux où on se rend pour mourir ou pour séparer les malades de leur famille (Brassard et al., 2008; Gibson et al., 2005).

Comme mentionné précédemment, des études ont aussi révélé des différences entre les Autochtones vivant en milieu urbain et leurs vis-à-vis des régions rurales, éloignées ou du Nord, quant à leur niveau de connaissance et de sensibilisation à l'égard de la TB et de son traitement (Mayan et al., 2017; Robinson, 2015). Avec un accès plus limité aux services de

santé et une meilleure connaissance de la TB chez les professionnels de la santé œuvrant dans les communautés rurales, éloignées et du Nord, les personnes ayant besoin de services liés à la TB peuvent obtenir plus rapidement de l'information sur la TB que les Autochtones en milieu urbain. Le personnel infirmier dans ces régions est en mesure de dépister la TB très tôt chez les patients dans le cadre des examens de routine annuels. De plus, les postes de soins infirmiers locaux servent de carrefours de partage de l'information sur la TB où l'on coordonne des événements communautaires de partage de l'information et effectue du travail de terrain. Toutefois, malgré le fait que plus d'information sur la TB soit aisément accessible, encourager les gens à accéder à

l'information disponible dans ces établissements demeure un défi de tous les instants (Robinson, 2015). Un accès limité à l'information sur la TB entrave l'amélioration de la littératie en santé sur la maladie chez les populations autochtones, ce qui a des répercussions sur toute la cascade de soins (Gibson et al., 2005; Mayan et al., 2017; Robinson, 2015). Conséquemment, les efforts visant à éliminer la TB chez les populations autochtones sont compromis (Castro-Sanchez, 2016; Courtwright & Turner, 2010).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1278681820



*Compte tenu des traumatismes passés et de la nature traumatisante d'un diagnostic de TB et de son traitement, un modèle de soins sensible aux traumatismes constitue un outil important pour faire face à la prévalence élevée de la TB au sein des populations autochtones (BCCDC, 2016).*

# TRAUMATISMES ET SOINS SENSIBLES AUX TRAUMATISMES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE : CHANGER LES PRINCIPES EN GESTES CONCRETS POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES

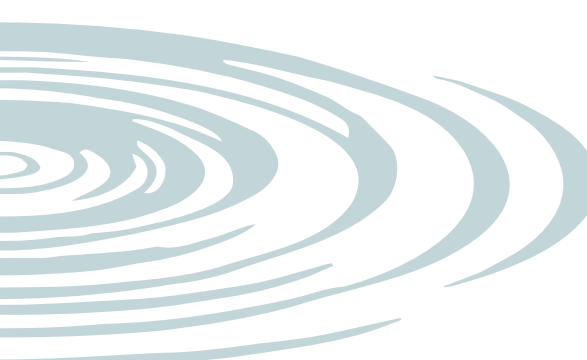


Les traumatismes constituent un obstacle important aux interactions avec le système de santé et à l'achèvement des traitements (voyez par exemple, Erickson et al., 2021; López et al., 2020; Mugavero et al., 2006; Selwyn et al., 2021; Sikkema et al., 2022). Compte tenu des traumatismes passés et de la nature traumatisante d'un diagnostic de TB et de son traitement, un modèle de soins sensible aux traumatismes constitue un outil important pour faire face à la prévalence élevée de la TB au sein des populations autochtones (BCCDC, 2016). Cette section précise les grands principes des soins sensibles aux traumatismes (SST) et explique les éléments de l'approche à l'aide de SST pour la gestion de la TB dans le contexte des populations autochtones au Canada en utilisant une structure comportant quatre grands principes :

- 1) sensibilité aux traumatismes,
- 2) sécurité et confiance,
- 3) possibilités de choisir, de collaborer et de créer des liens, et
- 4) techniques d'acquisition de compétences fondées sur les forces.

## Les soins sensibles aux traumatismes

Les soins sensibles aux traumatismes sont parmi les nombreux obstacles pouvant influencer l'accès des clients et leurs interactions avec le système de santé, dont l'identité de genre, l'historique, la culture et les expériences traumatisantes passées (Erickson et al., 2021; TIP Project Team, 2013). Les SST supposent une compréhension de la personne comme un tout au lieu de considérer uniquement une affection particulière (Menschner & Maul, 2016). Les SST reconnaissent que les patients ayant vécu des traumatismes graves peuvent adopter certains comportements tels que la peur, l'hésitation ou la colère, lesquels peuvent nuire à la qualité et à l'efficacité des soins qu'ils reçoivent (Anderson, 2019; Withers, 2017). Prendre conscience des répercussions des traumatismes sur les individus peut aider à détourner le blâme du patient pour son état de santé et à le diriger plutôt vers son historique social (Weaver, 2022). Les fournisseurs de soins peuvent ainsi traiter les patients avec compassion et faire preuve de sensibilité à l'égard de l'expérience vécue par ces personnes et des effets sur leur comportement et leur état de santé; ainsi, ils pourront mieux répondre à leurs besoins et réduire l'intensité des traumatismes existants chez ces patients. Les SST intègrent la reconnaissance et la sensibilité aux traumatismes à tous les aspects de la prestation de services afin que les patients puissent suivre chaque étape de leur cascade de soins et la compléter (Greenaway et al., 2022).



Les modèles de SST partagent certaines caractéristiques communes. Harris et Fallot (2001) définissent cinq principes directeurs qui sous-tendent tout environnement sensible aux traumatismes : sécurité, confiance, choix, collaboration et autonomisation (tel que cité dans Anderson, 2019). Le modèle utilisé par la SAMHSA (2014) inclut la plupart de ces principes, mais s'intéresse aussi aux questions culturelles, historiques et de genre. Les principes de la SAMHSA sont :

- 1) veiller à la sécurité physique et affective des patients et du personnel;
- 2) bâtir et maintenir la confiance et la transparence chez les patients, le personnel et les membres de la famille;
- 3) favoriser le soutien par les pairs et l'entraide personnelle et mutuelle comme véhicule pour bâtir la confiance et établir la sécurité et l'autonomisation;
- 4) ajuster les déséquilibres de pouvoir entre le personnel et les clients, et partager de manière constructive les pratiques de prise de décision;
- 5) reconnaître et mettre à profit les forces des personnes pour assurer l'autonomie des clients et leur donner une voix et des choix dans la prise de décisions relatives à leur santé;
- 6) outrepasser les stéréotypes et les biais culturels, offrir des services sensibles au genre, mettre à profit la valeur curative des liens culturels traditionnels et reconnaître et aborder les traumatismes historiques (p. 11).

Il est important de prendre conscience que même si les SST aident à améliorer les soins individuels et les interactions avec les clients, cette approche est fondée sur une définition étroite de la violence et du traumatisme, qui met l'accent sur les expériences individuelles; elle peut donc avoir une efficacité limitée pour les clients ayant vécu des niveaux exceptionnellement élevés de traumatismes en raison de déterminants structurels profondément ancrés (Befus et al., 2019). Certains chercheurs ont donc défendu une approche sensible aux traumatismes et à la violence qui met l'accent sur les intersections entre les formes interpersonnelles et structurelles de violence (y compris le racisme et la pauvreté) et reconnaît que ces formes structurelles sont souvent continues et historiques (Befus et al., 2019). Les approches sensibles aux traumatismes et à la violence sont des approches à l'échelle des systèmes qui se concentrent sur les mesures qui favorisent l'égalité et la justice sociale. Il ne fait pas de doute que les traumatismes vécus par les populations autochtones sont enracinés à la fois dans la violence interpersonnelle et structurelle, ce qui exige une approche à l'échelle des systèmes. Puisque le présent document porte sur les traumatismes dans le contexte de la TB, l'accent sera mis désormais sur les approches à l'aide de SST qui visent à empêcher de nouveaux traumatismes chez les patients autochtones atteints de TB lors de leurs interactions avec les fournisseurs de soins.

Les principes de la SST chevauchent les concepts de « sécurité culturelle » et de soins axés sur le patient (Crawford

et al., 2021; Smith et al., 2021). La sécurité culturelle peut être définie comme un résultat découlant d'échanges et de collaboration fondés sur le respect, qui reconnaissent les déséquilibres de pouvoir, le racisme et la discrimination institutionnelle inhérente à la prestation de services de santé, et qui font en sorte d'en tenir compte (Cultural Safety Attribute Working Group, 2019; First Nations Health Authority, 2022; Winnipeg Regional Health Authority [WRHA], 2022). La sécurité culturelle signifie que l'on offre les services en démontrant du respect pour la culture et l'identité de la personne (WRHA, 2022). Elle permet d'évoluer dans un environnement où les patients sont traités avec dignité et respect, et où leurs inquiétudes sont prises au sérieux. La sécurité culturelle améliore l'autodétermination et l'autonomisation de la clientèle. Elle est définie par la personne qui reçoit les soins et non par celle qui les prodigue (Nelson et al., 2014; Schill & Caxaj, 2019; Williams, 1999). Lorsque des personnes avec un historique de traumatismes vivent du racisme et de la discrimination lors de leurs consultations médicales, comme c'est le cas pour de nombreux Autochtones, ces environnements peu sécuritaires risquent d'amplifier ces traumatismes et d'agir comme un obstacle important à l'accès à des soins de santé en toute sécurité. L'application des principes d'une approche sensible aux traumatismes peut rehausser la sécurité culturelle de la clientèle autochtone et améliorer les résultats de santé.

Les soins axés sur le patient exigent que « les professionnels adoptent la perspective du patient au lieu

de la voir uniquement comme une autre manifestation de la pathologie» (Odone et al., p. 133). L'approche axée sur le patient suppose plusieurs grands attributs. Sur le plan individuel, la prise en charge des patients est globale : les multiples besoins des patients et la compréhension de leurs contextes de vie sont les priorités. La prise en charge est individualisée pour refléter les besoins particuliers, les préférences, la personnalité et les préoccupations de santé de chacun. Les soins axés sur le patient font aussi preuve de respect à son égard, insistent sur la prise en charge par la personne elle-même et encouragent le patient à prendre des décisions éclairées et à exercer l'autodétermination individuelle. À l'échelle du système de santé, les soins axés sur le patient impliquent une coordination et une intégration des services de santé afin d'en améliorer la continuité à travers divers établissements, pendant que le patient est engagé concrètement dans la démarche (Odone et al., 2018). Ce dernier point est particulièrement pertinent pour les populations autochtones en régions rurales, éloignées ou isolées, qui font face à des défis considérables en matière de services de santé et doivent souvent se rendre dans les centres urbains pour recevoir des soins.

L'approche sensible aux traumatismes peut exiger beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut entraîner une usure de compassion ou un épuisement professionnel (Anderson, 2019). Mettre en place une approche à l'aide de SST exige donc des changements à la pratique clinique afin de transformer les milieux de soins pour favoriser l'autonomisation des patients,

offrir des choix, améliorer la sécurité physique et émotionnelle, bâtir la confiance et maximiser la collaboration. Cette approche nécessite aussi des changements à grande échelle aux politiques et à la culture organisationnelle afin que les professionnels en soins de première ligne se sentent appuyés lorsqu'ils effectueront ce travail (Anderson, 2019; Manitoba Trauma Information and Education Centre, 2013; Menschner & Maul, 2016; SAMHSA, 2014). Brown et ses collègues (2022) ont établi trois types possibles d'interventions pouvant être mises de l'avant dans le cadre d'une approche sensible aux traumatismes :

- 1) des interventions éducatives visant à rendre les fournisseurs de soins plus à l'aise avec les SST et à mieux connaître cette forme de soins;
- 2) des collaborations entre les professions auxiliaires, les organismes communautaires, les patients et autres, afin d'assurer le succès de chaque intervention en SST;
- 3) des interventions qui font en sorte que le personnel et les patients se sentent en sécurité, notamment des interventions en sécurité culturelle, en dépistage et évaluation des traumatismes, en création de protocoles et de programmes normalisés de SST, et en évaluation de la sécurité et de sa planification pour les patients identifiés comme victimes de violence.





© Credit: iStockPhoto.com/jeff1787904

## Appliquer les principes des SST au traitement de la TB pour les populations autochtones

Les avantages d'une approche à l'aide de SST ont été démontrés pour les services de santé mentale, où cette pratique est largement employée. En 2008, le Center for Addiction and Mental Health de Toronto, en Ontario, a adopté ce type d'approche pour les patients hospitalisés en psychiatrie (TIP Project Team, 2013). Cette décision a entraîné une réduction du recours à la contention chimique et physique et à l'isolement des patients, en plus d'améliorer la relation avec la clientèle grâce à des séances de bilan à la suite d'incidents. Les principes sensibles aux traumatismes ont aussi été adoptés en 2008 par le Women's Sexual Assault Centre de Victoria, en Colombie-Britannique, en réponse aux expériences vécues par les clientes qui ont divulgué des renseignements traumatisants aux fournisseurs de soins de santé,

en vue de préparer et de former le personnel à offrir des soins holistiques et appropriés à leur clientèle (TIP Project Team). Bien que les principes des SST aient été appliqués à d'autres contextes comme la santé mentale, le VIH-sida et les services sociaux, la possibilité de les utiliser pour la gestion des cas de TB n'a jamais été explorée.

En raison du manque d'information sur ce sujet important, cette section s'inspire des lignes directrices sensibles aux traumatismes utilisées dans d'autres contextes de santé autochtone pour formuler des recommandations pour une approche sensible aux traumatismes des soins de la TB chez les populations autochtones au Canada. Le modèle de quatre principes de SST du Mental Health and Substance Use Group (BCMHSUG) de la Colombie-Britannique pourrait, par exemple, être utilisé pour formuler des recommandations dans le contexte de la TB (TIP Project Team, 2013). Ce modèle définit la sensibilisation

aux traumatismes comme première étape de mise en place d'une telle approche parce que les fournisseurs de soins doivent être en mesure de connaître les traumatismes et les diverses réponses adaptatives qui en découlent (problèmes d'utilisation de substances, évitement des cliniques de santé, refus de divulguer des renseignements permettant la recherche de contacts, par exemple). Cette sensibilité aide les fournisseurs de soins à réagir aux traumatismes en évitant d'en causer de nouveaux chez les patients. Les recommandations pour un cadre de SST liés aux soins de TB chez les populations autochtones seront organisées selon les quatre grands principes du modèle de SST du BCMHSUG. Ces principes sont :

- 1) la sensibilisation aux traumatismes,
- 2) la sécurité et la confiance,
- 3) le choix, la collaboration et les relations et
- 4) les interventions fondées sur les forces et qui permettent d'acquérir des compétences.



## Sensibilisation aux traumatismes

Il est bien connu que les traumatismes ont des répercussions sur l'utilisation des services de santé (Esmaili, 2021). Les expériences contemporaines des Autochtones avec la TB et son traitement doivent être comprises à travers la perspective d'expériences traumatisantes passées, notamment des mesures de contrôle de la TB adoptées historiquement et de la « violence coloniale passée et du génocide culturel » (Smith et al., 2021, p. 6). Dans le but de réduire la peur du diagnostic et du traitement de la TB que pourraient avoir certains Autochtones, il est nécessaire d'aborder la stigmatisation associée à la TB et d'améliorer les expériences des populations autochtones et leurs interactions avec le système de santé en général. Puisque les Autochtones risquent de subir d'autres traumatismes lors de leurs interactions avec le système

de santé, les trois approches convergentes des SST, la sécurité culturelle et les soins axés sur le patient devraient guider les soins et la gestion de la TB dans les communautés autochtones. Une première étape logique serait de s'assurer que les fournisseurs de soins et les décideurs possèdent les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour offrir ce type de soins.

La documentation recense plusieurs domaines où les connaissances et les compétences des fournisseurs de soins et des décideurs doivent être améliorées. Des interventions en formation seront nécessaires pour accroître les connaissances relatives aux traumatismes et aux SST chez les fournisseurs de soins, les gestionnaires du milieu de la santé et les décideurs. Tous doivent être sensibilisés aux contextes particuliers des traumatismes et de la TB dans les communautés qu'ils desservent et au rôle des traumatismes dans les soins de

santé afin d'être mieux outillés pour appuyer les approches à l'aide de SST (Hoepfner & Marciniuk, 2000; Inuit Tapiriit Kanatami, 2013; Komarnisky et al., 2016). Cette sensibilisation devrait porter entre autres sur les expériences traumatisantes des populations autochtones avec la gestion historique de la TB, les répercussions de la colonisation sur leur santé et leur bien-être, ainsi que sur les actuels déterminants sociaux de la santé dans les communautés touchées par la TB, qui viennent renforcer les traumatismes (Inuit Tapiriit Kanatami, 2013). Il est important que les médecins acquièrent les compétences nécessaires pour reconnaître les symptômes et les manifestations de traumatismes, et comprennent les principes des SST afin de pouvoir les mettre en pratique avec plus d'aisance (Collins, 2021). Ils devraient, entre autres, comprendre et respecter les conséquences psychologiques, sociales et financières d'un diagnostic de TB pour une personne



*Puisque les Autochtones risquent de subir d'autres traumatismes lors de leurs interactions avec le système de santé, les trois approches convergentes des SST, la sécurité culturelle et les soins axés sur le patient devraient guider les soins et la gestion de la TB dans les communautés autochtones.*



© Cécile : iStockPhoto.com, ref. 1217893050

*Les interventions doivent être « décolonisées », c'est-à-dire qu'il doit s'agir d'approches fondées sur les forces, qui feront écho aux aspects des identités autochtones, refléteront leurs valeurs traditionnelles et mettront l'accent sur la résilience et l'autonomisation* (Crawford et al., 2021; Greenaway et al., 2022; Weaver, 2022).

autochtone (Jetty, 2021; Jetty & FNIM Health Committee, 2020; Venkatraju & Prasad, 2013). Les professionnels de la santé et les décideurs doivent aussi être sensibles aux approches adéquates et aux interventions de prise en charge des traumatismes lorsqu'ils travaillent auprès d'une clientèle autochtone, et les mettre en pratique. Même si tous les Autochtones ayant besoin d'un traitement contre la TB n'ont pas nécessairement vécu des traumatismes, plusieurs vivent avec de telles expériences.

Les recherches actuelles suggèrent que les fournisseurs de soins pourraient être sensibles aux traumatismes et à leur rôle dans les soins de santé, mais ne possèdent pas les connaissances nécessaires pour mettre en pratique les SST (Li et al., 2019; Stokes et al., 2017). Il est donc nécessaire d'intégrer les lignes directrices et les données sur les SST dans les curricula d'études dans le domaine de la santé (Li et al., 2019; Collins, 2019). Reid et coll. (2022) affirment que les approches pertinentes au contexte

ciblant la population desservie sont plus efficaces que la formation générique. Les chercheurs demandent qu'une formation en SST soit exigée dans le cadre du processus d'admission de la main-d'œuvre du secteur de la santé, que cette formation soit régulièrement mise à jour et qu'elle soit offerte en permanence parmi les possibilités de formation continue.

Il appartient aux gestionnaires du milieu de la santé de veiller à ce que tout le personnel en soins soit formé en SST et en sécurité culturelle autochtone (expliquée plus loin), et d'appuyer les approches à l'aide de SST en adoptant les initiatives d'orientation nécessaires. Des obstacles culturels peuvent exister dans le secteur des soins primaires, surtout dans les régions rurales ou éloignées, ce qui peut nuire à la mise en place d'une approche à l'aide de SST (Reid et al., 2022). Ces obstacles peuvent être un manque de services de soutien locaux et de continuité dans les soins, des préjugés à l'échelle locale ou des défis en matière de ressources

humaines. Les décideurs doivent savoir quels outils doivent être mis en place pour pouvoir utiliser une approche à l'aide de SST et en assurer la viabilité. La mise en place d'une stratégie pour les SST est un exemple de mesure efficace (Reid et al.). Une telle stratégie devrait préciser : des moyens d'accroître la reconnaissance et la compréhension des traumatismes par les fournisseurs de soins; des moyens novateurs de contrer les lacunes en matière de services grâce à des approches multidisciplinaires et fondées sur la collaboration; des méthodes pour réduire les services fragmentés et éviter de nouveaux traumatismes; des approches fondées sur les forces et axées sur les résultats. La stratégie devrait aussi être adaptée aux enjeux culturels, historiques et de genre.

Les professionnels de la santé et les décideurs doivent aussi être informés des stratégies visant à minimiser les risques d'intensifier les traumatismes chez les peuples autochtones. Les interventions doivent être « décolonisées », c'est-à-dire qu'il doit s'agir d'approches fondées sur les

forces, qui feront écho aux aspects des identités autochtones, refléteront leurs valeurs traditionnelles et mettront l'accent sur la résilience et l'autonomisation (Crawford et al., 2021; Greenaway et al., 2022; Weaver, 2022). L'importance de la culture doit être reconnue comme une part importante du processus de guérison pour la clientèle autochtone lors de la prestation de services de santé appropriés et personnalisés (Hick, 2019). Les interventions pour la TB doivent donc correspondre aux liens solides qu'entretiennent les Autochtones avec leur famille, leur communauté et leur terre (Mayan et al., 2017). Voici quelques suggestions d'approches « décolonisées » des soins de la TB :

- Apprendre à travailler avec les familles autochtones au développement commun de plans de soins de la TB qui répondent aux besoins des patients.
- Trouver des moyens d'impliquer les familles et les proches dans le processus de guérison afin de réduire la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard du traitement de la TB.
- Intégrer des parcours de guérison autochtones aux soins de la TB.
- Produire et partager de l'information en santé pertinente sur le plan culturel.

- Prévoir du temps et un espace pour l'élaboration de modèles durables de soins axés sur les Autochtones.
- Relier les patients à des ressources dans les communautés et à du soutien une fois leur congé obtenu (Jetty, 2021; Jetty & FNIM Health Committee, 2020; Mayan et al., 2017; Robinson, 2015).

Une approche thérapeutique centrée sur le patient est considérée comme moins traumatisante pour les patients atteints de TB (Robinson, 2015). L'isolement à domicile est un bon exemple de ce type d'approche. Des éléments probants émergents suggèrent que les patients atteints de TB cessent d'être contagieux assez rapidement une fois qu'ils commencent à suivre un traitement efficace; les décideurs devraient donc se pencher sur les politiques d'isolement visant les populations autochtones et faciliter l'isolement à domicile en tant qu'option, dans la mesure du possible (Mayan et al., 2017). Comme on peut le constater en Saskatchewan, l'isolement à domicile peut être appuyé par des équipes communautaires. Pour les patients autochtones qui doivent s'isoler en milieu hospitalier pendant une certaine période, cet isolement doit être aussi bref et positif que possible pour garder ces personnes optimistes et assez motivées pour terminer leur traitement. Il faudra,

pour ce faire, mettre en place des politiques offrant plus de souplesse pour la visite des familles et les sorties au grand air, offrir des activités assurant une stimulation mentale, sociale et émotionnelle, et adopter des mesures pour améliorer les liens sociaux entre les patients et leur famille, leurs amis et d'autres patients atteints de TB. La mise sur pied de clubs de TB<sup>18</sup>, par exemple, est un bon moyen d'apaiser les sentiments de stigmatisation et de honte et de bien soutenir les patients durant leur traitement, particulièrement ceux qui n'ont pas de liens avec leur famille (Mayan et al., 2017).

Une approche à l'aide de SST engage les organisations à aller au-delà des stéréotypes et des biais culturels, et à intégrer une compréhension des répercussions des traumatismes historiques aux politiques, aux procédures et aux pratiques afin qu'elles puissent répondre en tous points aux besoins raciaux, ethniques et culturels des clients (Anderson, 2019; Harris & Fallot, 2001). Pour réussir ce changement dans les services, la compréhension des traumatismes doit être intégrée à tous les niveaux de soins et appuyée par une « mobilisation du système, un développement de la main-d'œuvre, des politiques des organismes et un travail inter-organismes » (BC Ministry of Children and Family Development, 2017, p. 15).

<sup>18</sup> Les clubs de TB sont des groupes de personnes atteintes de TB active qui se réunissent régulièrement pour se soutenir mutuellement afin de mieux adhérer à leur traitement de la TB, pour échanger de l'information sur le déroulement de la maladie et les possibles effets secondaires des médicaments, fournir un soutien social, organiser le transport vers les cliniques et encourager le dépistage de la TB chez les membres de la communauté les plus à risque (Courtwright & Turner, 2010; Demissie et al., 2003). Ces clubs sont souvent mis sur pied par des travailleurs de la santé qui servent de points de contact auprès des personnes qui dirigent ces clubs (Demissie et al., 2003); les clubs de TB peuvent être dirigés par une personne dont la TB a été guérie, par un patient encore en traitement ou par un dirigeant de la communauté (World Health Organization, 2007).

## Sécurité et confiance

Les interventions visant la sécurité des patients et du personnel sont importantes pour le succès des interventions en SST. Dans le contexte des organismes de santé, cette notion désigne à la fois la sécurité physique et psychologique du personnel et de la clientèle (SAMHSA, 2014). Pour les peuples autochtones, la nécessité d'assurer le bien-être affectif et physique forme une part importante de cette notion de sécurité. Leur bien-être englobe des interventions visant à surmonter les craintes et la méfiance des Autochtones à l'égard des systèmes de santé généraux et à faire en sorte qu'ils se sentent en sécurité lors de leurs interactions avec le personnel en soins. Les programmes et les services de santé adaptés culturellement aux populations desservies sont d'ailleurs un bon moyen de favoriser la sécurité et la confiance. Les fournisseurs de soins doivent comprendre l'influence de la culture sur la perception de la maladie chez une personne (New Jersey Medical School Global Tuberculosis Institute, 2008). Certains peuples autochtones croient, par exemple, qu'un déséquilibre entre les aspects physique et spirituel d'une personne est une cause importante de maladie. Il est donc nécessaire d'être attentif à la culture<sup>19</sup> de la

clientèle, de se montrer humble<sup>20</sup>, sensible<sup>21</sup>, attentif et compétent<sup>22</sup>, et de veiller à la sécurité des personnes touchées par la TB (Baba, 2013; New Jersey Medical School Global Tuberculosis Institute, 2008). En fait, certains chercheurs ont affirmé que la sécurité culturelle des Autochtones est la pierre angulaire des soins sensibles aux traumatismes, car sans sécurité culturelle, il y a risque de déclencher d'autres traumatismes (Crawford et al., 2021).

Une formation sur l'antiracisme à l'égard des Autochtones et sur la sécurité culturelle serait un outil important pour tous les fournisseurs de services travaillant directement ou non avec la clientèle autochtone touchée par la TB, en vue d'améliorer la sécurité et la confiance de cette population à l'égard des services de santé. Une telle formation ferait en sorte que les fournisseurs de services seraient à même de constater les répercussions de leur propre histoire et de leurs biais personnels à l'égard des patients autochtones et de leur famille, et permettrait d'améliorer la qualité des services offerts. Cette formation est particulièrement nécessaire pour les fournisseurs de soins non autochtones travaillant hors réserve et en milieu urbain, ou qui ne sont pas intégrés aux communautés autochtones, afin de prévenir les types d'interactions

négatives qu'ont eus et que continuent d'avoir les Autochtones dans le système de santé général, et qui empêchent l'obtention rapide d'un diagnostic et nuisent au respect du traitement de la TB jusqu'à la fin (Robinson, 2015). Habituellement, la formation sur l'antiracisme à l'égard des Autochtones et sur la sécurité culturelle permet l'apprentissage de notions telles que :

- 1) le concept de culture et de diversité culturelle chez les peuples autochtones;
- 2) le contexte et l'héritage laissé par la colonisation;
- 3) les disparités en matière de santé propres aux peuples autochtones, notamment les déterminants sociaux de la santé;
- 4) l'importance de la sécurité culturelle pour la réduction des disparités en matière de santé;
- 5) le rôle potentiel de la culture et de la guérison autochtones dans les soins des patients;
- 6) les hypothèses et les croyances de chacun à l'égard des Autochtones et les attitudes à leur égard (WRHA, 2022, para. 4).

Il est également nécessaire d'enseigner aux fournisseurs de soins comment le racisme est intégré au niveau systémique au

<sup>19</sup> La sensibilisation culturelle est la connaissance des différences entre les cultures, mais ne tient pas compte de la façon dont les différences politiques ou socioéconomiques influencent les différences sur le plan des cultures (Baba, 2013).

<sup>20</sup> L'humilité culturelle est la reconnaissance qu'il existe des différences entre les cultures et qu'aucune culture n'est supérieure aux autres (Baba, 2013).

<sup>21</sup> La sensibilité culturelle est le fait de démontrer un comportement considéré comme poli et respectueux par les personnes d'autres cultures (Baba, 2013).

<sup>22</sup> La compétence culturelle est une façon d'agir réfléchie qui montre que les personnes sont conscientes de leur propre culture et de celle des autres, et désigne aussi les mesures correspondantes pour fonctionner dans un environnement multiculturel (Baba, 2013).

Canada – dans les structures, les systèmes, les politiques et les institutions qui le maintiennent et continuent d’opprimer les peuples autochtones.

La culture peut être incorporée aux soins des Autochtones atteints de TB de plusieurs façons pour améliorer la sécurité culturelle. Bien que ses travaux aient porté sur le contexte des soins palliatifs, Falk (2019) a défini cinq grands aspects des soins de santé pour les Premières Nations en Colombie-Britannique. Le premier est la nécessité de reconnaître la diversité culturelle et spirituelle des Premières Nations, le rôle des familles, de la communauté et des cérémonies dans la prestation de soins personnalisés. En deuxième lieu, les fournisseurs de soins doivent acquérir des connaissances de base sur les Premières Nations et leur culture afin de pouvoir échanger avec cette clientèle et comprendre leurs valeurs et leurs perspectives concernant la santé. Troisièmement, les fournisseurs de soins doivent comprendre la conception différente de la famille chez les Premières Nations et être assez souples pour accommoder un grand nombre de visiteurs. Quatrièmement, il est important que les fournisseurs de soins

se renseignent sur le respect de l’importance de la cérémonie pour la clientèle des Premières Nations. Enfin, il est important de reconnaître l’influence des traumatismes et du colonialisme sur les expériences des soins de santé chez les Premières Nations. Ces mêmes principes s’appliquent avec la même rigueur au contexte des soins de la TB, tout comme aux autres populations autochtones, y compris les Inuits et les Métis.

La sécurité culturelle autochtone peut être améliorée par d’autres moyens, notamment par des techniques de communication interculturelles, des soins axés sur le patient et des gestes posés de façon à contribuer à des relations respectueuses et thérapeutiques avec les clients et les membres de leur famille (Greenwood et al., 2017; Neubauer et al., 2016; Nguyen, 2008; Saha et al., 2008). La communication interculturelle suppose que l’on surmonte les barrières linguistiques, que l’on apprenne à interpréter et à utiliser des outils de communication non verbaux et que l’on comprenne les différences culturelles dans les styles de communication. Elle vise aussi à prévenir les malentendus, à favoriser l’échange d’information et à renforcer les relations

(MasterClass, 2022). Dans le contexte autochtone, la sécurité culturelle peut être améliorée par des gestes qui contribuent à bâtir des relations – par exemple, prendre le temps d’impliquer la famille et les partenaires dans les plans thérapeutiques, établir des rapports, faire preuve d’humilité, faire preuve d’empathie, démontrer de bonnes compétences d’écoute et de l’intérêt pour les pratiques culturelles autochtones et leur intégration (Esmaili, 2021; Halovic, 2016; Jacklin et al., 2017). Offrir des locaux accueillants et inclusifs peut contribuer au confort et à la sécurité des patients (Blanchet-Cohen & Richardson, 2017; Parrella et al., 2022; Schill & Caxaj, 2019). La sécurité culturelle autochtone peut aussi être facilitée si des travailleurs de la santé ou des responsables de la santé communautaire autochtones offrent de l’information sur la TB adaptée sur le plan culturel afin d’améliorer le dépistage dans les communautés et le contrôle de l’adhésion aux traitements administrés sous surveillance (DOT)<sup>23</sup> au lieu d’avoir recours uniquement à des travailleurs de la santé non autochtones ou à des «étrangers» (Alvarez et al., 2014; Heuvelings et al., 2017; Orr, 2011).

<sup>23</sup> *Directly observed treatment* ou DOT désigne la surveillance directe du client lorsqu’il avale chaque dose du médicament contre la TB (BCCDC, 2011).



La sécurité culturelle autochtone doit être appuyée par des mesures qui montreront l'adhésion des gestionnaires de la santé et des décideurs aux principes de la sécurité culturelle. Les connaissances et les expériences des peuples autochtones doivent se refléter dans la prestation de services de santé (Heffernan et al., 2022a). Il faut donc instaurer un partage concret des pouvoirs et de la prise de décision entre les communautés autochtones et les organismes de services à tous les stades et à tous les paliers du système de santé (Cultural Safety Attribute Working Group, 2019; Jacklin et al., 2017; SAMHSA, 2014). On devra, pour ce faire, travailler en collaboration afin d'élaborer conjointement des mécanismes, des stratégies organisationnelles et des politiques qui aideront à créer des conditions propices à l'égalité dans les soins de la TB tels que ceux qui intègrent des approches et des pratiques de guérison autochtones à la prévention de la TB, en plus de renforcer la main-d'œuvre autochtone dans le milieu de la santé. Un engagement fondé sur l'égalité pour offrir des soins de santé aux Autochtones devrait faire partie de l'énoncé de mission des organismes offrant des soins pour la TB aux populations autochtones, ce qui pourrait exiger une restructuration organisationnelle

afin de pouvoir offrir des soins fondés sur les principes de justice sociale<sup>24</sup> (Browne et al., 2016).

Une transparence organisationnelle et des mécanismes de reddition de compte doivent aussi être appliqués pour assurer la sécurité culturelle dans les milieux de soins et aider les populations autochtones à faire confiance au système de santé (Heffernan et al., 2022a). Des évaluations de rendement de l'information sur la sécurité culturelle et des initiatives de formation en la matière, ainsi que des mesures de suivi pour évaluer les progrès des initiatives en sécurité culturelle devront aussi être mises en place (Cultural Safety Attribute Working Group, 2019). Ces types de mesures permettront de rendre les services de santé plus attentifs aux besoins et aux préoccupations des patients autochtones, ce qui contribuera à rebâtir la confiance à l'égard des systèmes de santé généraux.

Brown et coll. (2022) ont répertorié plusieurs autres interventions pour assurer la sécurité dans le contexte de la médecine d'urgence et qui sont tout aussi importantes pour la réussite des interventions en SST. Il s'agit : d'interventions visant à assurer la sécurité du personnel, d'évaluations de la sécurité et de sa planification pour les personnes nommément victimes de violence,

du dépistage et de l'évaluation des traumatismes, de l'adhésion au leadership et de l'élaboration de protocoles et de programmes normalisés de SST pour les patients les plus vulnérables, entre autres (p. 341). Il existe aussi des moyens de rendre les milieux de soin sécuritaires sur le plan culturel plus accueillants pour la clientèle autochtone. Voici quelques conseils du Centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du Sud-Ouest de l'Ontario :

- Installer des œuvres d'art autochtones dans les salles d'attente et les salles de réunion.
- Rendre disponibles des médicaments et des ressources à l'intention de la clientèle autochtone.
- Mettre des aliments et des boissons à la disposition de la clientèle.
- Être attentif à l'humeur et au langage corporel des clients afin de voir leur réaction au stress et suggérer un autre endroit s'ils semblent anxieux, ou offrir la possibilité de tenir des techniques de purification par la fumée ou de conscience de l'ici-maintenant.
- Prendre le temps de se présenter.

---

<sup>24</sup> La justice sociale est « une philosophie voulant que tout le monde mérite des droits et des possibilités égales ». Elle est considérée comme un préalable fondamental à la santé (BCCDC Foundation for Public Health, 2023, para. 3). La justice sociale englobe des mesures visant : à corriger les inégalités fondées sur le genre, la race, la religion, l'âge ou d'autres caractéristiques, notamment pour le personnel infirmier en formation, afin de s'assurer que ces personnes sont compétentes sur le plan culturel, qu'elles peuvent défendre les droits des patients et fournir le niveau de soin le plus élevé à toutes les personnes; à créer divers modèles de prestation de soins, y compris à l'aide des technologies, afin d'élargir l'accès aux soins; à accroître la diversité au sein du personnel soignant; à offrir des renseignements de santé dans des langues que les communautés peuvent comprendre; à assurer l'égalité d'accès aux soins grâce à des politiques de santé (Regis College, 2021; Health & Community Services Workforce Council & CheckUp Australia, n.d.).

- Être attentif à son propre langage corporel.
- Porter une attention particulière à l'éclairage, aux bruits et aux odeurs.
- Demander aux clients de faire part de leurs commentaires et de leurs observations.
- Faire preuve de souplesse dans les horaires afin d'accommoder sans frais les personnes qui arrivent en retard ou qui ne se présentent pas, tout en examinant les obstacles afin d'en réduire le nombre.
- Éviter les idées préconçues, les biais et les ouï-dire à propos des clients.
- Expliquer tout ce que l'on fait dans un langage clair, simple et facile à comprendre.
- Répondre adéquatement et s'excuser au besoin (George et al., n.d.).

## Possibilités de choisir, de collaborer et de créer des liens

L'équipe de projet SST (2013) fait état de l'importance des services sensibles aux traumatismes pour « favoriser un sentiment d'efficacité, l'autodétermination, la dignité et le contrôle personnel au moment de recevoir des soins » (p. 14). On y parvient en accordant la priorité au choix du patient et au contrôle qu'il exerce, en favorisant la collaboration et en mettant l'accent sur les relations. Dans les soins de la TB chez les patients autochtones, ces pratiques peuvent impliquer l'inclusion de pratiques traditionnelles de cérémonies en même temps que les traitements à l'occidentale pour créer un environnement amical et accueillant (Browne et al., 2016), avoir la possibilité de créer des liens sécuritaires avec les fournisseurs de soins et d'autres personnes

qui peuvent appuyer les patients atteints de TB (TIP Project Team, 2013), et laisser les clients disposer d'options et avoir leur mot à dire dans leur traitement (George et al., n.d.). Les professionnels de la santé doivent chercher constamment à comprendre leurs clients en posant des questions telles que : « Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait aider à guérir votre TB? À part moi, le [personnel infirmier] et les [médecins], *qui d'autre* pourrait vous aider à vous sentir mieux? Y a-t-il des choses que je ne connais pas et qui pourraient vous aider à vous sentir mieux ou à vous soulager? » (Pffferling [1981] as cited in New Jersey Medical School Global Tuberculosis Institute, 2008, p. 10).



*En vue de favoriser plus de choix dans les centres urbains, il serait nécessaire d'obtenir plus de soutien pour les services de santé offerts par des organismes travaillant précisément auprès des populations autochtones*

(Mayan et al., 2019).



En vue de favoriser plus de choix dans les centres urbains, il serait nécessaire d'obtenir plus de soutien pour les services de santé offerts par des organismes travaillant précisément auprès des populations autochtones (Mayan et al., 2019). Ces types de services sont généralement préférés par la clientèle autochtone (Kurtz et al., 2008; Wendt & Gone, 2012). Ils considèrent le client dans sa globalité, intègrent aux soins des valeurs culturelles et des pratiques autochtones et comptent habituellement du personnel s'identifiant comme Autochtone ou qui a en commun un engagement pour la sécurité culturelle autochtone (Lemchuk-Favel & Jock, 2004; Maxwell, 2011; Pomerville et al., 2021). Compte tenu des expériences extrêmement négatives vécues par les Autochtones vivant en milieu urbain avec les services de santé destinés au public en général (Benoit et al., 2003; Kurtz et al.,

2008; Mayan et al., 2017, 2019; Robinson, 2015) et du rôle que peuvent jouer ces expériences dans le retard d'obtention d'un diagnostic de TB et son traitement, être en mesure de choisir des services offerts par un fournisseur de soin s'occupant précisément des Autochtones offre un potentiel considérable d'amélioration des résultats de santé pour les Autochtones touchés par la TB. Le financement des services de santé en milieu urbain pour les Autochtones est toutefois souvent insuffisant pour répondre aux besoins des clients en raison des niveaux de financement proportionnellement plus bas offerts par le gouvernement fédéral comparativement aux services sur les réserves et de la nature de ce financement<sup>25</sup>. Il devient donc difficile de remporter la mise lorsqu'on s'arrache un nombre limité de professionnels de la santé autochtones qualifiés (Maxwell, 2011). De plus, les services de

santé en milieu urbain pour les Autochtones peuvent ne pas être aussi complets que ceux offerts dans le système de santé général, en partie parce que les services destinés aux Autochtones n'ont pas comme mandat de le faire (Kurtz et al., 2008; Lemchuk-Favel & Jock, 2004). Il est donc essentiel que le financement et le mandat des centres de santé autochtones soient revus afin qu'ils répondent mieux aux besoins de leurs clients.

Plus de souplesse et plus de choix seraient aussi nécessaires lors du contrôle des traitements avec observation visuelle (DOT) afin de favoriser une meilleure adhésion thérapeutique aux antirétroviraux<sup>26</sup> chez les Autochtones et de réduire les traumatismes associés au traitement de la maladie. Certaines options pourraient comprendre un isolement à domicile avec du personnel en santé communautaire assurant la surveillance de l'adhésion thérapeutique (Mayan

<sup>25</sup> Les services de santé aux Autochtones en milieu urbain reposent grandement sur de multiples sources de financement de programmes à court terme, notamment des sources gouvernementales provinciales et fédérales, et des sources non gouvernementales (Collier, 2020; Maxwell, 2011).

<sup>26</sup> Voir, par exemple, Macalino et al. (2004) pour le cas de la thérapie antirétrovirale liée au VIH.





© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 502295484

et al., 2017; Robinson, 2015), une surveillance par vidéo, des dispositifs pour enregistrer le moment où les flacons de pilules sont ouverts et des capteurs intelligents comestibles ou installés sur le corps (Belknap et al., 2013; Lam et al., 2018).

Les approches à l'aide de SST servent à créer une culture thérapeutique sans violence, où prévalent l'apprentissage et la collaboration (Crawford et al., 2021). Cette collaboration doit avoir lieu entre le patient et son fournisseur de soins, entre les organismes et entre les gouvernements. Pour ce faire, de solides relations avec les populations et les communautés autochtones, fondées sur la confiance et le respect, sont nécessaires. À l'échelle du patient et du fournisseur, les professionnels en soins doivent prendre le temps d'écouter leurs patients et d'être un peu moins préoccupés par le temps, car un respect rigoureux des horaires pourrait entraîner une piètre mobilisation du patient (Reid et al., 2022). Sur le plan organisationnel, la collaboration exige une meilleure intégration et

une cohabitation des services de santé pour favoriser une meilleure participation des Autochtones à ces services, particulièrement pour les personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de substances, le VIH-sida ou d'autres priorités de santé (Altice et al., 2010; Sylla et al., 2007).

Puisque les programmes de TB, historiquement « paternalistes » du début à la fin, n'ont pas été très efficaces à éradiquer la TB dans les communautés autochtones, la nature de la relation entre les communautés autochtones et les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux doivent changer, dans leur conception autant que dans leur prestation (Long et al., 2019). La dynamique de pouvoir inégale qui persiste à l'heure actuelle entre les peuples autochtones et les divers paliers de gouvernement non autochtones doit être éliminée et remplacée par une approche qui reconnaît le droit des Autochtones à l'autodétermination pour la conception et la prestation de programmes et de services de prévention et de traitement de la TB. Les Autochtones atteints de TB devraient être

*Les partenariats entre les gouvernements, les professions auxiliaires, les organismes communautaires, les patients et autres sont importants pour améliorer l'égalité en matière de santé et assurer le succès des interventions en SST*

(Brown et al., 2022).

invités à participer à l'évaluation des services de traitement et à joindre des conseils consultatifs où ils pourraient formuler des conseils sur la conception de programmes et de services (TIP Project Team, 2013). Une participation et une mobilisation constructive des Autochtones à la planification et au fonctionnement des programmes de TB seront nécessaires pour surmonter les obstacles au traitement de la TB en tenant compte des cultures, des langues, des valeurs et des besoins locaux (Basham et al., 2020). Un engagement politique à travailler en partenariat avec les populations, les dirigeants, les organismes et les communautés autochtones sera toutefois nécessaire (Orr, 2013).

Les partenariats entre les gouvernements, les professions auxiliaires, les organismes communautaires, les patients et autres sont importants pour améliorer l'égalité en matière de santé et assurer le succès des interventions en SST (Brown et al., 2022). De tels partenariats sont nécessaires pour aider à surmonter les difficultés à offrir des services coordonnés dans les régions



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 535536555

rurales ou éloignées, où l'accès à un large éventail de services de santé peut être limité, et pour empêcher de nouveaux traumatismes (Reid et al., 2022). Ces partenariats sont aussi nécessaires pour éliminer les obstacles liés aux compétences qui compliquent l'accès aux soins de santé et nuisent à l'obtention d'un diagnostic rapidement et à la continuité des soins, surtout dans le contexte de la migration d'un gouvernement à l'autre de l'accès aux services de santé (Robinson, 2015; Vidanaral et al., 2022). Une solide collaboration intergouvernementale sera nécessaire pour établir des lignes directrices pertinentes en matière de TB<sup>27</sup> et définir des mécanismes de financement qui aideront à la mise sur pied d'une collaboration dirigée par les Autochtones pour la création de programmes et pour faciliter la migration d'un gouvernement à l'autre (Long et al., 2019; Vidanaral et al., 2022).

On doit aussi soutenir l'expansion de services de santé destinés aux Autochtones en milieu urbain, préciser les responsabilités des divers paliers de gouvernement dans l'administration et le financement de ces services et en assurer la viabilité à long terme (Collier, 2020; Maxwell, 2011). Les collaborations avec les organismes de santé dirigés par des Autochtones, les aînés et les universitaires seront également utiles pour l'élaboration de protocoles sensibles aux traumatismes pour les soins des individus et des communautés autochtones touchés par la TB

Une collaboration multisectorielle, fondée sur les expériences historiques des Autochtones en matière de traumatismes et sur les répercussions socioéconomiques qu'ils ont entraînés (dont des logements inadéquats ou surpeuplés, la malnutrition et la pauvreté) et qui

sont les causes profondes de la TB dans les communautés autochtones, est également nécessaire pour la prise en charge de ces déterminants socioéconomiques de la santé. L'augmentation du financement et la coopération lors d'initiatives touchant les déterminants de la santé devraient être considérées comme des approches sensibles aux traumatismes (Inuit Tapiriit Kanatami, 2013; Health Canada & PHAC, 2014).

Enfin, les relations avec les patients peuvent être facilitées en élaborant des politiques et des protocoles en matière de TB qui permettront aux patients autochtones atteints de TB de recevoir des traitements dans la communauté où ils vivent et, lorsqu'un isolement à l'hôpital est nécessaire, en permettant aux patients de recevoir la visite de leur famille et de leurs amis et d'aller dehors pour avoir des contacts avec la nature. La formation de clubs de TB peut aussi aider les patients qui manquent de soutien social ou familial à créer des relations de soutien et à demeurer motivés jusqu'à la fin de leur traitement. Les relations du patient peuvent aussi être appuyées par l'expansion de la télésanté et des cliniques mobiles de TB, comme celles offertes en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba (Robinson, 2015). Des outils de ce genre permettent aux patients de recevoir des soins de suivi sans avoir à se rendre dans les centres urbains, ce qui leur permettra de garder des liens plus constants avec leurs amis, les membres de leur famille et leur communauté (Mayan et al., 2017).

<sup>27</sup> Dans certains contextes, il peut être plus approprié d'élaborer des directives à même les communautés que des directives provinciales-territoriales (Vidanaral et al., 2022).

## Techniques d'acquisition des compétences fondées sur les forces

Il est important que les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis et les communautés soient considérés comme adaptatifs et résilients lorsqu'il est question des traumatismes que ces communautés ont subis (Crawford et al., 2021). Pour agir sur les effets néfastes des mesures de contrôle historiques de la TB, les programmes concernant la maladie doivent être pris en charge par les communautés et axés sur les gens qui y vivent. Pour que ces efforts soient efficaces, les connaissances et les capacités locales doivent être acquises dans deux principaux domaines :

- 1) améliorer les connaissances sur la TB et sa prévention chez les membres de la communauté autochtone pour contrer la stigmatisation et améliorer le soutien;

- 2) créer des capacités au sein du personnel de santé afin d'offrir des services liés à la TB et de traiter les patients chez eux.

L'éducation est essentielle pour sensibiliser à la TB non seulement les personnes touchées directement par la maladie et leur entourage immédiat, mais aussi les membres de la communauté et du public en général, surtout les jeunes qui sont moins enclins à percevoir la TB comme un problème de santé important (Abonyi et al., 2017; Alvarez et al., 2016; Brassard et al., 2008; Mayan et al., 2019; Robinson, 2015). À l'heure actuelle, le manque de connaissances sur la TB et sur les moyens de la prévenir chez les populations autochtones contribue à perpétuer la honte et les préjugés et, par conséquent, les retards dans le diagnostic et le traitement de la maladie. Des interventions éducatives adaptées culturellement pour accroître les connaissances sur la prévention et les symptômes de la TB, savoir où

aller pour obtenir un diagnostic, comment elle se transmet et se soigne, et pour contrer les idées fausses que pourraient avoir les Autochtones à propos de la maladie. Comme l'affirme Robinson (2015), la recherche d'un traitement est un processus social. Souvent, les gens de notre entourage sont les premiers à remarquer que notre état de santé se détériore et à nous encourager à consulter un médecin. Ils nous soutiennent ensuite durant tout le traitement. Il y a peu de chance qu'une approche universelle réussisse en raison des différences propres aux divers milieux (Smith et al., 2021). Pour que les diagnostics de TB soient reçus plus tôt, les interventions en éducation à la TB doivent trouver un écho chez les populations autochtones (Abonyi et al., 2017) et être offertes d'une manière appropriée sur le plan culturel (Brassard et al., 2008; Mayan et al., 2017, 2019; Robinson, 2015). Ces interventions doivent intégrer des perspectives autochtones dans la causalité et le traitement de la maladie, éviter les

*À l'heure actuelle, le manque de connaissances sur la TB et sur les moyens de la prévenir chez les populations autochtones contribue à perpétuer la honte et les préjugés et, par conséquent, les retards dans le diagnostic et le traitement de la maladie.*



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 517464158

messages où l'on blâme les individus pour leur condition et utiliser des canaux appropriés sur le plan culturel et des personnes dignes de confiance comme les aînés, ou des personnes qui ont vécu la TB. La documentation livre des suggestions d'interventions appropriées pour l'éducation sur la TB :

- Favoriser les activités éducatives jumelant des aînés et des jeunes et qui reposent sur des contributions à l'échelle locale, surtout sur les connaissances et l'expérience de personnes ayant survécu à la TB; utiliser des méthodes novatrices pour joindre les auditoires cibles; faire une priorité des programmes de santé publique et de prévention (c.-à-d. établir des contrôles réguliers) (Mayan et al., 2019).
- Mettre sur pied une campagne de sensibilisation à la TB dans toute la communauté avec une participation de ses membres à tous les niveaux, soit pour la présentation, la conception, la mise en œuvre et, par la suite, la prestation de programmes d'éducation, en tenant compte des cultures, des langues et de l'historique de la TB propres à chaque région (Alvarez et al., 2014).
- Organiser des interventions éducatives avec des équipes locales lors d'événements communautaires festifs (Alvarez et al., 2016).
- Assurer la participation des membres des communautés autochtones pour présenter de l'information sur la prévention de la TB dans des vidéos (Pease et al., 2019).

- Améliorer la promotion des ateliers sur la TB (Robinson, 2015).
- Intégrer les croyances culturelles en matière de santé des communautés autochtones dans les programmes éducatifs sur la TB (Houston et al., 2002).

Le manque de connaissances et d'expérience de la TB contribue grandement à perpétuer les préjugés et à transmettre constamment la maladie. Il est donc impératif que les fournisseurs de soins dans tous les établissements, y compris ceux où la prévalence de la maladie est faible, connaissent les symptômes de la TB et les traitements appropriés. Les fournisseurs de soins doivent aussi suivre une formation sur l'antiracisme et la sécurité culturelle afin d'être mieux outillés pour comprendre les causes profondes d'une mauvaise santé chez les populations autochtones et être en mesure d'améliorer la qualité des services de santé qu'ils offrent à cette population marginalisée. Il faut également repérer et soutenir les professionnels de la santé qui souhaitent travailler auprès des Autochtones en milieu urbain et qui sont prêts à bâtir des relations thérapeutiques avec la clientèle autochtone et à offrir des milieux de soins sécuritaires sur le plan culturel (Mayan et al., 2019).

Il est également nécessaire de remédier au manque systématique de services de santé adaptés culturellement pour les Autochtones. Les systèmes de santé canadiens sont mal équipés pour répondre aux besoins des populations autochtones, car ils ignorent de grands pans de la culture autochtone

qui sont importants pour la santé et la guérison de ces personnes (Hick, 2019). La prévention, le dépistage et les mesures de traitement de la TB doivent être pris en charge et axés sur la communauté afin d'éviter les approches paternalistes des programmes qui vont à l'encontre des principes d'autodétermination des Autochtones et qui ont démontré leur inefficacité à éliminer la TB et les déterminants dont elle découle (Long et al., 2019). De telles interventions pourraient aussi aider à mettre un terme à la méfiance profondément enracinée qu'ont bien des Autochtones à l'égard des mesures de contrôle de la TB et au manque persistant de communications bilatérales (Ghanem et al., 2019; Hick, 2019). Les programmes et les services liés à la TB devraient reposer sur les forces, intégrer les croyances autochtones relatives à la causalité et aux approches pour atteindre le mieux-être, adopter des stratégies reposant sur le soutien des amis et de la famille pour que les personnes touchées pensent systématiquement à aller chercher des soins et agir sur les déterminants sociaux de la santé, y compris sur l'héritage intergénérationnel laissé par la colonisation afin que les Autochtones soient mieux en mesure de reconnaître les symptômes de TB et de les juger anormaux au lieu de les considérer comme normaux (Abonyi et al., 2017).

Les communautés autochtones doivent être appuyées afin de pouvoir prendre le contrôle de leurs propres services de santé et bâtir leur capacité de concevoir et offrir ces programmes de TB grâce, entre autres, à un financement, à des ressources et à une formation médicale adéquats (Hick, 2019).

Pour ce faire, il faudra se pencher sur les politiques fédérales qui, aujourd'hui, sont perçues comme contribuant aux inégalités entre les communautés; c'est le cas, par exemple, des politiques qui attribuent moins de ressources aux réserves plus petites (Jacklin et al., 2017) ou qui contribuent à des inégalités dans le diagnostic et les soins de la TB (Long & Ellis, 2015). Il sera aussi nécessaire de former des travailleurs de la santé qui pourront assurer le dépistage à l'échelle de toute la communauté et assurer la surveillance de l'adhésion thérapeutique aux antirétroviraux, et de former également des scientifiques de laboratoire dans les communautés dont l'accès aux ressources pour le diagnostic de la TB est limité (Alvarez et al., 2015).

Des approches de prévention et de traitement de la TB fondées sur les forces peuvent aussi être appliquées à la collecte et à l'utilisation de données pertinentes (Love et al., 2022). Des données sur les communautés pourront aider à préciser ce qui fonctionne en matière de gestion de la TB dans une communauté donnée et sur quels actifs et ressources elle peut compter pour améliorer l'accès aux services de santé et au soutien pour la TB et remédier aux lacunes. Il est aussi nécessaire d'évaluer régulièrement l'efficacité des services de TB dans les communautés pour assurer la transparence et la reddition de comptes – autrement, les communautés ne sauront sans doute pas quels programmes sont efficaces (Basham et al., 2019b).



*Les communautés autochtones doivent être appuyées afin de pouvoir prendre le contrôle de leurs propres services de santé et bâtir leur capacité de concevoir et offrir ces programmes de TB grâce, entre autres, à un financement, à des ressources et à une formation médicale adéquats (Hick, 2019).*

*Des investissements à long terme sont nécessaires pour soutenir les initiatives en santé mentale et dépendances et pour contrer l'insécurité alimentaire et les maladies chroniques, afin de réduire les conditions qui augmentent les risques de TB chez les populations autochtones et qui nuisent à l'adhésion thérapeutique en présence de la maladie* (Cormier et al., 2019).



Puisque des inégalités dans les déterminants sociaux de la santé favorisent des taux élevés de TB chez les populations autochtones au Canada, des stratégies mises en œuvre à l'échelle locale sont aussi nécessaires pour favoriser des modes de vie sains et agir sur les causes sous-jacentes de la TB (Ghanem et al., 2019; Kilabuk et al., 2019; Robinson, 2015; Uppal et al., 2021). Des investissements à long terme sont nécessaires pour soutenir les initiatives en santé mentale et dépendances et pour contrer l'insécurité alimentaire et les maladies chroniques, afin de réduire les conditions qui augmentent les risques de TB chez les populations autochtones et qui nuisent à l'adhésion thérapeutique en présence de la maladie (Cormier et al., 2019). Il faut également se pencher sur les déterminants de la santé propres aux Autochtones qui sont liés à la colonisation, aux migrations, à la perte des langues et des cultures, aux liens avec la famille, la communauté et la terre (Cormier et al., 2019; Long & Ellis, 2015). Agir sur ces déterminants de la santé permettra d'améliorer la santé physique et mentale générale

des populations autochtones et réduira par conséquent les risques d'infection par la TB et sa progression vers une TB active, tout en créant les conditions nécessaires à ce que la détérioration de l'état de santé des personnes infectées par la TB soit constatée plus rapidement et portée plus tôt à l'attention des professionnels pertinents.

Comme mentionné précédemment, le traitement de la TB peut être traumatisant en raison des nombreux effets secondaires qu'il déclenche et de l'isolement social et culturel qu'il engendre. Les approches novatrices en gestion de la TB peuvent être perçues comme des approches à l'aide de SST, puisque la participation du patient aux services de soins de santé et les soins axés sur le patient sont au cœur des SST. Dans les communautés autochtones éloignées et isolées, où l'accès à l'examen microscopique et à la culture des frottis d'expectorations (qui sont la norme pour le diagnostic de la TB) est limité, l'amélioration de l'accès et la capacité d'utiliser d'autres modalités d'investigation

permettant un diagnostic rapide et un traitement immédiat de la maladie, telles que le test d'amplification des acides nucléiques X-pert MTB/RIF®, peut augmenter la participation aux services de TB et aider par conséquent à réduire les probabilités de transmission dans la communauté (Alvarez et al., 2015; Pai et al., 2014). Des régimes thérapeutiques plus courts, tels qu'une dose hebdomadaire d'isoniazide et de rifapentine pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente (ITL) peuvent aussi constituer une stratégie efficace de SST dans les communautés autochtones, car cette forme de thérapie permet de contrer le traumatisme associé à un traitement de longue durée et aux nombreux effets secondaires qui en découlent (Alvarez et al., 2020; Pease et al., 2017, 2019; Richardson et al., 2014; Sterling, 2011; Taima TB, n.d.). Ces approches novatrices de la gestion de la TB devraient être la norme minimale de soins pour les Autochtones qui ont été victimes de multiples événements traumatisants historiques, intergénérationnels ou actuels.

# CONCLUSION



Lorsqu'on pense à la façon dont on a traité la TB chez les Autochtones dans les hôpitaux et les sanatoriums pour Indiens, on serait tenté de croire qu'une approche servant de modèle – qui est à la fois sensible aux traumatismes, axée sur le patient et sécuritaire sur le plan culturel – a été élaborée pour le contrôle de la TB au sein des populations de Premières Nations, inuites et métisses. Étonnamment, la présente analyse n'a révélé aucun projet de ce genre pour les soins sensibles aux traumatismes. Plus de recherche serait nécessaire pour comprendre les effets psychologiques d'un diagnostic de TB et du traitement qui s'ensuit pour les Autochtones, voir comment les services peuvent agir sur les expériences historiques des peuples autochtones en ce qui concerne la TB et en savoir plus sur l'efficacité des stratégies actuelles de participation au traitement et leur influence sur l'adhésion thérapeutique à ce traitement.

Les taux disproportionnés de TB dans de nombreuses communautés autochtones et le rôle du long historique de traumatismes dans cette recrudescence confirment la nécessité d'implanter une approche sensible aux traumatismes pour la TB afin d'améliorer le

recours aux services de TB par les Autochtones. Bien qu'il y ait peu de documentation sur les approches sensibles aux traumatismes dans ce domaine précis, la documentation dans d'autres contextes peut en inspirer l'élaboration et la mise en œuvre. La présente analyse a permis de préciser les interventions en éducation, la collaboration et les mesures dans les systèmes de santé qui seront nécessaires pour apporter des solutions à la stigmatisation et aux traumatismes associés à la TB dans les communautés autochtones. Elle met l'accent sur la nécessité de décoloniser les interventions liées à la TB afin de minimiser les risques d'autres traumatismes chez les Autochtones (Crawford et al., 2021; Greenaway et al., 2022; Weaver, 2022). Une approche sensible aux traumatismes pour le traitement de la TB permettra de reconnaître les traumatismes dans tous les aspects de la prestation de services et mettra l'accent sur la sécurité culturelle, la confiance, le choix, l'autonomisation, les soins axés sur le patient, les approches fondées sur les forces et l'autodétermination autochtone. Une approche à l'aide de SST exige que les populations et les communautés autochtones puissent acquérir des connaissances et des capacités afin de réduire la stigmatisation associée à la TB,

d'améliorer le soutien aux patients et de permettre aux communautés d'offrir des services, de traiter les patients dans leur milieu, de réduire les traumatismes associés aux traitements de longue durée et d'agir sur les causes profondes de la maladie.

Ce rapport souligne les stratégies efficaces pour combattre les traumatismes associés aux services liés à la TB. Les SST devraient être intégrés au traitement de la TB active, mais aussi aux autres stratégies d'élimination de la maladie telles que l'identification précoce des cas, le traitement rapide à la suite d'un diagnostic, le dépistage, la recherche des contacts, le traitement de l'ITL chez les personnes à risque élevé et les interventions d'éducation sur la maladie et de sa prévention (BCCDC, 2011; Health Canada & PHAC, 2014). Il importe donc de le considérer comme une stratégie de participation, mais aussi comme un moyen de modifier les pratiques actuelles et d'adapter les protocoles établis afin de mieux répondre aux besoins des communautés et des patients touchés par la TB.

# OUTILS POUR LA COMPRÉHENSION DES TRAUMATISMES



Bien qu'il n'existe aucun outil pour la pratique sensible aux traumatismes en contexte de soins de la tuberculose chez les Autochtones, les outils proposés ci-dessous peuvent aider les professionnels en soins dans leur travail auprès de patients autochtones pour l'application des principes propres aux SST dans divers établissements de soins.

**Indigenous Continuing Education Centre. (2022).** *Trauma-informed care through an Indigenous lens.*

<https://iceclearning.fnuniv.ca/courses/trauma-informed-care-through-an-indigenous-lens> (AN)

**Manitoba Trauma Information and Education Centre. (2013).** *Trauma-informed: The trauma toolkit, second edition.*

<https://trauma-informed.ca/recovery/resources/> (AN)

**TIP Project Team. (2013).** *Trauma-informed practice guide.* BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council.

[https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf) (AN)

**Canadian Centre on Substance Abuse. (2014).** *Trauma-informed care. The essentials of ... series.*

<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-en.pdf> (AN)

**EQUIP Health Care. (2021).** *Trauma- & violence-informed care (TVIC): A tool for health & social service organizations & providers.*

<https://equiphealthcare.ca/files/2021/05/GTV-EQUIP-Tool-TVIC-Spring2021.pdf> (AN)

**Agence de la santé publique du Canada. (2018).** *Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques.*

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>

**University of Saskatchewan. (n.d.).** *Indigenous trauma- and equity-informed practice. Continuing professional development for pharmacy professionals.*

<https://pharmacy-nutrition.usask.ca/cpe/continuing-education-/indigenous-trauma--and-equity--informed-practice.php> (AN)







# BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)



- Abdollahi, E., Keynan, Y., Foucault, P., Brophy, J., Sheffield, H., & Moghadas, S. M. (2022). Evaluation of TB elimination strategies in Canadian Inuit populations: Nunavut as a case study. *Infectious Disease Modelling*, 7(4), 698-708.
- Abonyi, S., Mayan, M., Boffa, J., Lopez, C., McMullin, K., Heffernan, C., Hoepfner, V., King, M., Orr, P., & Long, R. (2017). "Finally when I started falling down": Indigenous tuberculosis patient experiences of health and illness on the Canadian prairies. *International Journal of Indigenous Health*, 12(1), 3-24.
- Altice, F. L., Kamarulzaman, A., Soriano, V. V., Schechter, M., & Friedland, G. H. (2010). Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*, 376(9738), 367-387.
- Alvarez, G. G., Van Dyk, D. D., Aaron, S. D., Cameron, D. W., Davies, N., Stephen, N., Mallick, R., Momoli, F., Moreau, K., Obed, N., Baikie, M., & Osborne, G. (2014). TAIMA (Stop) TB: The impact of a multifaceted TB awareness and door-to-door campaign in residential areas of high risk for TB in Iqaluit, Nunavut. *PLOS One*, 9(7), e100975. DOI: 10.1371/journal.pone.0100975
- Alvarez, G. G., Van Dyk, D. D., Colquhoun, H., Moreau, K. A., Mulpuru, S., & Graham, I. D. (2016). Developing a field testing a community based youth initiative to increase tuberculosis awareness in remote Arctic communities. *PLoS One*, 11(7), e0159241.
- Alvarez, G. G., Van Dyk, D. D., Desjardins, M., Yasseen, A. S., Aaron, S. D., Cameron, D. W., Obed, N., Baikie, M., Pakhale, S., Denklinger, C.M., Sohn, H., & Pal, M. (2015). The feasibility, accuracy, and impact of Xpert MTB/RIF testing in a remote Aboriginal community in Canada. *Chest Journal*, 148(3): 767-73.
- Alvarez, G. G., Van Dyk, D., Mallick, R., Lesperance, S., Damaio, P., Finn, S., Potvin, E., Patterson, M., Pease, C., Amaratunga, K., Hui, C., Cameron, D. W., Mulpuru, S., Aaron, S. D., Momoli, F., & Zwerling, A. (2020). The implementation of rifampentine and isoniazid (3HP) in two remote Arctic communities with a predominantly Inuit population, the Taima TB 3HP study. *International Journal of Circumpolar Health*, 79(1), 1758501.
- Amaratunga, K. R., & Alvarez, G. G. (2016). Primary care pearls to help eliminate tuberculosis in Canada. *Can Communicable Disease Report*, 42(3), 63-7
- Andersen, M. H., Schrama, D., Thor Straten, P., & Becker, J. C. (2006). Cytotoxic T Cells. *Journal of Investigative Dermatology*, 126(1), 32-41.
- Anderson, C. (2019). *Building equitable, culturally safe & trauma-informed health care: Mending a broken system* [Master of Social Work Field Practicum Report]. University of Saskatchewan.
- Baba, L. (2013). *Cultural safety in First Nations, Inuit and Métis public health: Environmental scan of cultural competency and safety in education, training and health services*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Basham, C. A., Elias, B., Fanning, A., & Orr, p. (2019b). Tuberculosis among northern Manitoba First Nations, 2008-2012: Program performance on- and off-reserve. *Canadian Journal of Public Health*, 110, 688-696.
- Basham, C. A., Elias, B., & Orr, p. (2019a). Tuberculosis elimination in Canada. *The Lancet*, 394(10195), 300-301.
- Basham, C. A., Grewal, N., Orr, p. H., McMullin, K., & Wobeser, W. (2020). What will it take to achieve meaningful action on tuberculosis among Indigenous Peoples? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 24(7), 661-664.
- BCCDC Foundation for Public Health. (2023). *Social justice and public health*. <https://bccdcfoundation.org/social-justice-and-public-health/>
- Beedie, N., Macdonald, D., & Wilson, D. (2019). *Towards justice: Tackling Indigenous child poverty in Canada*. Assembly of First Nations, Canadian Centre for Policy Alternatives, and Upstream.
- Befus, D. R., Sane, K. T., Schminkey, D., & St. Ivany, A. (2019). Advancing health equity and social justice in forensic nursing research, education, practice, and policy: Introducing structural violence and trauma- and violence-informed care. *Journal of Forensic Nursing*, 15(4), 199-205.

- Belknap, R., Weis, S., Brookens, A., Au-Yeung, K. Y., Moon, G., DiCarlo, L., & Reves, R. (2013). Feasibility of an ingestible sensor-based system for monitoring adherence to tuberculosis therapy. *PLoS One*, 8(1), e53373.
- Benoit, C., Carroll, D., & Chaudhry, M. (2003). In search of a healing place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, 56(4), 821-833.
- Blanchet-Cohen, N., & Richardson/Kinewesquao, C. (2017). Foreword: Fostering cultural safety across contexts. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 13(3), 138-141.
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 6-47.
- Brassard, P., Anderson, K. K., Menzies, D., Schwartzman, K., & Macdonald, M. E. (2008). Knowledge and perceptions of tuberculosis among a sample of urban Aboriginal people. *Journal of Community Health*, 33(4), 192.
- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2011). *Directly observed therapy manual for tuberculosis programs in British Columbia*. [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%204%20-%20TB/TB\\_DOTManual\\_June2011\\_Compressed.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%204%20-%20TB/TB_DOTManual_June2011_Compressed.pdf)
- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2016). *BCCDC Non-certified practice decision support tool – Tuberculosis screening*. [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%204%20-%20TB/TB\\_DST.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%204%20-%20TB/TB_DST.pdf)
- British Columbia (BC) Ministry of Children and Family Development. (2017). *Healing families, helping systems: A trauma-informed practice guide for working with children, youth and families*. Government of British Columbia. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed\\_practice\\_guide.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/child-teen-mental-health/trauma-informed_practice_guide.pdf)
- Brown, T., Ashworth, H., Bass, M., Rittenberg, E., Levy-Carrick, N., Grossman, S., Lewis-O'Connor, A., & Stoklosa, H. (2022). Trauma-informed care interventions in emergency medicine: A systematic review. *West Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 334-344.
- Browne, A. J., McDonald, H., & Elliott, D. (2009). *First Nations Urban Aboriginal Health Research Discussion Paper*. First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30552/1/Urban\\_FN\\_Health\\_Research\\_DiscussionPaper\\_2009.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30552/1/Urban_FN_Health_Research_DiscussionPaper_2009.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(1), 544.
- Bryce, P. H. (1922). *The story of a national crime: An appeal for justice to the Indians of Canada*. James Hope & Sons, Ltd.
- Castro-Sánchez, E., Chang, p. W., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A., & Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103-110.
- Chansonneuve, D. (2005). *Reclaiming connections: Understanding residential school trauma among Aboriginal people*. Aboriginal Healing Foundation. <http://www.ahf.ca/downloads/healing-trauma-web-eng.pdf>
- Chief Public Health Officer (2013). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2013: Infectious disease – the never-ending threat*. Public Health Agency of Canada.
- Collier, B. (2020). *Services for Indigenous people living in urban areas*. Library of Parliament, Publication No. 2020-66-E. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2020-66-e.pdf>
- Collins, A. (2021). *Trauma-informed care in the telehealth era* [PhD Dissertation, University of Arizona]. ProQuest Dissertations Publishing, 288604458.
- Cook, V. J., & Elwood, K. (2004). BCG adieu. *BC Medical Journal*, 46(1), 12.

- Cormier, M., Schwartzman, K., N'Diaye, D. S., Boone, C. E., dos Santos, A. M., Gaspar, J., Cazabon, D., Ghiasi, M., Kahn, R., Uppal, A., Morris, M., & Oxlade, O. (2019). Proximate determinants of tuberculosis in Indigenous peoples worldwide: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 7(1), e68-e80.
- Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Reports*, 125(4-suppl), 34-42.
- Craig, G. M., Daftary, A., Engel, N., O'Driscoll, S., & Ionnaki, A. (2017). Tuberculosis stigma as a social determinant of health: A systematic mapping review of research in low incidence countries. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 90-100.
- Crawford, A., Waddell, C., & Lund, C. (2021). Cultural safety training and education for health care providers: Unsettling health care with Inuit in Canada. In R. Schiff, & H. Møller (eds.), *Health and health care in northern Canada* (pp. 329-345). University of Toronto Press.
- Cultural Safety Attribute Working Group. (2019). *Indigenous engagement and cultural safety guidebook: A resource for primary care networks*. BC Ministry of Health & the First Nations Health Authority. [https://www.pcnbc.ca/media/pcn/PCN\\_Guidebook-Indigenous\\_Engagement\\_and\\_Cultural\\_Safety\\_v1.0.pdf](https://www.pcnbc.ca/media/pcn/PCN_Guidebook-Indigenous_Engagement_and_Cultural_Safety_v1.0.pdf)
- Daschuk, J. W., Hackett, P., & MacNeil, S. (2006). Treaties and tuberculosis: First Nations people in late 19<sup>th</sup>-Century western Canada, a political and economic transformation. *Canadian Bulletin of Medical History*, 23(2), 307-30.
- Deiss, R. G., Rodwell, T. C., & Garfein, R. S. (2009). Tuberculosis and illicit drug use: Review and update. *Clinical Infectious Diseases*, 48(1), 72-82.
- Demissie, M., Getahun, H., & Lindtjorn, B. (2003). Community tuberculosis care through "TB clubs" in rural North Ethiopia. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2009-18.
- Demmer, M. (2011). *The state of tuberculosis in Inuit Nunangat*. Inuit Tapiriit Kanatami.
- Denham, A. R. (2008). Rethinking historical trauma: narratives of resilience. *Transcultural psychiatry*, 45(3), 391.
- Dunn, J. L., Larocque, M., Van Dyk, D., Vides, E., Khan, F. A., Wong, T., Long, R., & Alvarez, G. G. (2022). Chapter 12: An introductory guide to tuberculosis care to improve cultural competence for health care workers and public health professionals serving Indigenous Peoples of Canada. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6(Suppl1: Canadian Tuberculosis Standards – 8<sup>th</sup> edition), 184-193.
- Egeland, G. M., Johnson-Down, L., Cao, Z. R., Sheikh, N., & Weiler, H. (2011). Food insecurity and nutrition transition combine to affect nutrient intakes in Canadian Arctic communities. *The Journal of Nutrition*, 141(9), 1746-53.
- Erickson, M., Shannon, K., Ranville, F., Magagula, P., Braschel, M., Ratzlaff, A., Pick, N., Kestler, M., & Deering, K., on behalf of the SHAWNA Project. (2021). Interpersonal violence and other social-structural barriers associated with needing HIV treatment support for women living with HIV. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12), NP9926-NP9952.
- Erickson, M., Shannon, K., Ranville, F., Pooyak, S., Howard, T., McBride, B., Pick, N., Elwood Martin, R., & Krüsi, A. (2022). "They look at you like you're contaminated": How HIV-related stigma shapes access to care for incarcerated women living with HIV in a Canadian setting. *Canadian Journal of Public Health*, 113, 282-292.
- Esmaili, B. E. (2021). Clinics for migrant and refugee children: Psychosocial and organizational considerations. In C. Harkensee, K. Olness, & B. E. Esmaili (eds.), *Child refugee and migrant health: A manual for health professionals* (pp. 87-96). Springer Nature.
- Falk, M. (2019). *Palliative care for First Nations people in British Columbia* [unpublished MSc thesis]. Nursing Program, University of British Columbia. <https://open.library.ubc.ca/media/stream/pdf/24/1.0379878/3>
- First Nations & Indigenous Studies. (2009). *The Indian Act*. First Nations Studies Program, University of British Columbia. [http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/the\\_indian\\_act/](http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/the_indian_act/)
- First Nations Health Authority. (2022). *Cultural safety and humility*. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/cultural-safety-and-humility>
- First Nations Information Governance Centre. (2012). *RHS Phase 2 (2008/10): National report on adults, youth and children living in First Nation communities*. [https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/ccd66b67e9debb2c92f4a54703e1d050\\_First-Nations-Regional-Health-Survey-RHS-2008-10-National-Report.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/ccd66b67e9debb2c92f4a54703e1d050_First-Nations-Regional-Health-Survey-RHS-2008-10-National-Report.pdf)
- Fox, G. J., Lee, R. S., Lucas, M., Khan, F. A., Proulx, J. F., Hornby, K., Jung, S., Benedetti, A., Behr, M. A. & Menzies, D. (2015). Inadequate diet is associated with acquiring Mycobacterium tuberculosis infection in an Inuit community. A case-control study. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(8), 1153-1162.
- Geddes, G. (2017). *Medicine unbundled: A journey through the minefields of Indigenous health care*. Heritage House Publishing.
- George, L., Newton, S., & Legacy, D.-M. (n.d.). *Trauma informed practice: Working with Indigenous individuals* [presentation]. Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. [https://www.omssa.com/docs/2.1\\_Trauma-Informed\\_Practice\\_Working\\_with\\_Indigenous\\_Individuals\\_-\\_Southwest\\_Ontario\\_Aboriginal\\_Health\\_Access\\_Centre.pdf](https://www.omssa.com/docs/2.1_Trauma-Informed_Practice_Working_with_Indigenous_Individuals_-_Southwest_Ontario_Aboriginal_Health_Access_Centre.pdf)

- Ghanem, S., Daghar, L., Ghandour, L., Shahid, M., & Richer, F. (2019). Factors susceptible of influencing the onset of the tuberculosis outbreak in Qikiqtarjuaq, Nunavut. *The Prognosis*, VIII(1), 20-23.
- Gibson, N., Cave, A., Doering, D., Ortiz, L., & Harms, p. (2005). Socio-cultural factors influencing prevention and treatment of tuberculosis in immigrant and Aboriginal communities in Canada. *Social Science Medicine*, 61(5), 931-942. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.10.026.
- Greenaway, C., Diefenbach-Elstob, T., Schwartzman, K., Cook, V. J., Giovinazzo, G., Njoo, H., Mounchili, A., & Brooks, J. (2022). Chapter 13: Tuberculosis surveillance and tuberculosis infection testing and treatment in migrants. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6(Issue Sup 1: Canadian Tuberculosis Standards – 8th Edition), 194-204.
- Greenwood, M., Lindsay, N., King, J., & Loewen, D. (2017). Ethical spaces and places: Indigenous cultural safety in British Columbia health care. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 13(3), 179-189.
- Grzybowski, S., & Allen, E. A. (1999). Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 160(7), 1025-1028.
- Grzybowski, S., & Dorken, E. (1983). Tuberculosis in Inuit. *Ecology of Disease*, 2(2), 145-8.
- Gupta, K. B., Gupta, R., Atreja, A., Verma, M., & Vishvkarma, S. (2009). Tuberculosis and nutrition. *Lung India*, 26(1), 9-16.
- Hackett, p. (2005). Past to present: Understanding First Nations health patterns in a historical context. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 1), S17-S21.
- Hackett, p. (2014). *The legacy of TB in Canada's residential schools: The importance of looking back* [presentation]. The Lung Association. Retrieved October 13, 2017 from <https://www.on.lung.ca/document.doc?id=2332>
- Halovic, S. (2016). Effective therapeutic relationships using psychodynamic psychotherapy in the face of trauma. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(1), 159-160.
- Halseth, R. (2015). *The nutritional health of First Nations and Métis of the Northwest Territories: A review of current knowledge and gaps*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Halseth, R., & Odulaja, O. O. (2018). *Addressing the challenge of latent tuberculosis infection among Indigenous Peoples in Canada*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Harris, M., & Fallot, R. (Eds.). (2001). *New directions for mental health services: Using trauma theory to design service systems*. Jossey-Bass Publishers.
- Health and Community Services Workforce Council & CheckUp Australia. (n.d.). *Fact sheet: Social justice and health*. Queensland Government. [https://www.checkup.org.au/icms\\_docs/182820\\_15\\_FACTSHEET\\_Social\\_Justice\\_and\\_Health.pdf](https://www.checkup.org.au/icms_docs/182820_15_FACTSHEET_Social_Justice_and_Health.pdf)
- Health Canada, & the Public Health Agency of Canada (PHAC). (2014). *Tuberculosis prevention and control in Canada: A federal framework for action*. Government of Canada. Retrieved December 7, 2015 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tpc-pct/assets/pdf/tpc-pcta-eng.pdf>
- Heffernan, C., Ferrara, G., & Long, R. (2022a). Reflecting on the relationship between residential schools and TB in Canada. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 26(9), 811-813.
- Heffernan, C., Haworth-Brockman, M., Plourde, P., Wong, T., Ferrara, G., & Long, R. (2022b). Chapter 15: Monitoring tuberculosis program performance. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6(Issue sup1: Canadian Tuberculosis Standards – 8th edition), 229-241.
- Heidinger, L. (2021). *Intimate partner violence: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada*. Canadian Centre for Justice and Community Safety Statistics, Statistics Canada.
- Heidinger, L. (2022). *Violent victimization and perceptions of safety: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada*. Canadian Centre for Justice and Community Safety Statistics, Statistics Canada.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Heuvelings, C. C., de Vries, S. G., Greve, p. F., Visser, B. J., Bèlard, S., Janssen, S., Cremers, A. L., Spijker, R., Shaw, B., Hill, R. A., Zumla, A., Sandgren, A., van der Werf, M. J., & Grobusch, M. P. (2017). Effectiveness of interventions for diagnosis and treatment of tuberculosis in hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(5), e144-e158.
- Hick, S. (2019). The enduring plague: How tuberculosis in Canadian Indigenous communities is emblematic of a greater failure in healthcare equality. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(2), 89-92.
- Hirsch-Moverman, Y., Daftary, A., Franks, J., & Colson, p. W. (2008). Adherence to treatment for latent tuberculosis infection: Systematic review of studies in the US and Canada. *International Journal of Tuberculosis & Lung Diseases*, 12(11), 1235-54.

- Hodgson, C. (1982). The social and political implications of tuberculosis among native Canadians. *Canadian Review of Sociology*, 19, 502–512.
- Hoepfner, V. H., & Marciniuk, D. D. (2000). Tuberculosis in Aboriginal Canadians. *Canadian Respiratory Journal*, 7(2), 141–6.
- Houston, H. R., Harada, N., & Makinodan, T. (2002). Development of a culturally sensitive educational intervention program to reduce the high incidence of tuberculosis among foreign-born Vietnamese. *Ethnicity and Health*, 7(4), 255–265.
- Indigenous Services Canada. (2018). The Government of Canada and Inuit Tapiriit Kanatami commit to eliminating tuberculosis across Inuit Nunangat by 2030. *News Release, March 23*. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2018/03/the-government-of-canada-and-inuit-tapiriit-kanatami-commit-to-eliminating-tuberculosis-across-inuit-nunangat-by-2030.html>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2013). *Inuit Specific Tuberculosis (TB) strategy*. Retrieved August 23, 2017 from <http://www.itk.ca/wp-content/uploads/2013/03/20130503-EN-FINAL-Inuit-TB-Strategy.pdf>
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E106–E112. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.161098>.
- Jenkins, D. (1977). Tuberculosis: The Native Indian viewpoint on its prevention, diagnosis, and treatment. *Preventive Medicine*, 6(4), 545–5.
- Jetty, R. (2021). Tuberculosis among First Nations, Inuit and Métis children and youth in Canada: Beyond medical management. *Paediatrics & Child Health*, 26(2), e78–e81.
- Jetty, R., & First Nations, Inuit and Métis (FNIM) Health Committee. (2020). Tuberculosis among First Nations, Inuit and Métis children and youth in Canada: Beyond medical management. *Paediatrics & Child Health*, 26(2), e78–e81.
- Jonathan, G. J. (2017). *Inuit medical evacuees and tuberculosis in Hamilton: The makings of a problem* [Unpublished Master of Sociology thesis]. McMaster University.
- Kelly-Scott, K., & Smith, K. (2015). *Aboriginal peoples: Fact sheet for Canada*. Statistics Canada, Catalogue no. 89-656-X2015001
- Kelm, M. E. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, 1900–1950*. University of British Columbia Press.
- Kilabuk, E., Momoli, F., Mallick, R., Van Dyk, D., Pease, C., Zwerling, A., Potvin, S. E., & Alvarez, G. G. (2019). Social determinants of health among residential areas with a high tuberculosis incidence in a remote Inuit community. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 73(5). DOI: 10.1136/jech-2018-21161.
- Komarnisky, S., Hackett, P., Abonyi, S., Heffernan, C., & Long, R. (2016). “Years ago”: Reconciliation and First Nations narratives of tuberculosis in the Canadian Prairie Provinces. *Critical Public Health*, 26(4), 381–393.
- Kulmann, K. C., & Richmond, C. A. M. (2011). Addressing the persistence of tuberculosis among the Canadian Inuit population: The need for a social determinants of health framework. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 1. DOI: <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.1>.
- Kurtz, D. L. M., Nyberg, J. C., Van Den Tillaart, S., Mills, B., & the Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective. (2008). Silencing of voice: An act of structural violence: Urban Aboriginal women speak out about their experiences with health care. *Journal of Aboriginal Health, January*, 53–64.
- Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatrics & Child Health*, 23(1), 66–69.
- LaFreniere, M., Hussain, H., He, N., & McGuire, M. (2019). Tuberculosis in Canada, 2017. *Canada Communicable Disease Report*, 45(2/3), 68–74.
- Lam, C. K., McGinnis Pilote, K., Haque, A., Burzynski, J., Chuck, C., & Macaraig, M. (2018). Using video technology to increase treatment completion for patients with latent tuberculosis infection on 3-month isoniazid and rifampentine: An implementation study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11), e287.
- LaVallee, A. M. (2014). *Converging methods and tools: A Métis group model building project on tuberculosis* [Unpublished PhD dissertation]. University of Saskatchewan.
- Lemchuk-Favel, L., & Jock, R. (2004). Aboriginal health systems in Canada: Nine case studies. *Journal of Aboriginal Health, January*, 28–52.
- Li, Y., Cannon, L. M., Coolidge, E. M., Darling-Fisher, C. S., Pardee, M., & Kuzma, E. K. (2019). Current state of trauma-informed education in the health sciences: Lessons for nursing. *Journal of Nursing Education*, 58(2), 93–101.
- Long, C. (2021). *Apprehending stigma: Towards a reparative trauma-informed decolonial reading of HIV-related stigma* [Unpublished PhD dissertation]. Brock University.
- Long, R., & Ellis, E. (2015). Tuberculosis elimination in Canada: Truce or victory? *Canadian Medical Association Journal*, 187(16), 1191–1192

- Long, R., Heffernan, C., Cardinal-Grant, M., Lynn, A., Sparling, L., Piche, D., Nokohoo, M., & Janvier, D. (2019). Two row wampum, human rights, and the elimination of tuberculosis from high-incidence Indigenous communities. *Health and Human Rights Journal*, 21(1), 253-265.
- López, C. M., Hahn, C. K., Gilmore, A. K., & Kmett Danielson, C. (2020). Tailoring cognitive behavioral therapy for trauma-exposed persons living with HIV. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 70-83.
- Louw, J. S., Mabaso, M., & Peltzer, K. (2016). Change in health-related quality of life among pulmonary tuberculosis patients at primary health care settings in South Africa: A prospective cohort study. *PloS One*, 11(5), e0151892.
- Love, R. P., Hardy, B.-J., Heffernan, C., Heyd, A., Cardinal-Grant, M., Sparling, L., Healy, B., Smylie, J., & Long, R. (2022). Developing data governance agreements with Indigenous communities in Canada: Toward equitable tuberculosis programming, research and reconciliation. *Health and Human Rights Journal*, 24(1), 21-33.
- Lux, M. K. (2010). Care for the 'racially careless': Indian hospitals in the Canadian West, 1920-1950s. *The Canadian Historical Review*, 19, 407-34.
- MacDonald, D., & Wilson, D. (2016). *Shameful neglect: Indigenous child poverty in Canada*. Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Macdonald, M. E., Rigillo, N. & Brassard, p. (2010). Urban Aboriginal understandings and experiences of tuberculosis in Montreal, Quebec, Canada. *Qualitative Health Research*, 20(4), 506-23. DOI: 10.1177/1049732309360538
- Manitoba Trauma Information and Education Centre. (2013). *Trauma-informed: The trauma toolkit, second edition*. [https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed\\_Toolkit.pdf](https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf)
- Macalino, G. E., Mitty, J. A., Bazerman, L. B., Singh, K., McKenzie, M., & Flanigan, T. (2004). Modified directly observed therapy for the treatment of HIV-seropositive substance users: Lessons learned from a pilot study. *Clinical Infectious Diseases*, 38(5), S393-S3997.
- Marra, C. A., Marra, F., Cox, V. C., Palepu, A., & Fitzgerald, J. M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Quality Life Outcomes*, 2, 2-58.
- MasterClass (2022). *Cross-cultural communication and cultural understanding*. <https://www.masterclass.com/articles/cross-cultural-communication>
- Maxwell, K. (2011). *Making history heal: Settler-colonialism and urban Indigenous healing in Ontario, 1970s-2010* [Unpublished PhD dissertation]. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- Mayan, M. J., Gokiart, R. J., Robinson, T., & Tremblay, M. (2019). Community setting as a determinant of health for Indigenous Peoples living in the Prairie Provinces of Canada: High rates and advanced presentations of tuberculosis. *International Indigenous Policy Journal*, 10(2), 5.
- Mayan, M., Robinson, T., Gokiart, R., Tremblay, M., Abonyi, S., & Long, R. (2017). Respiratory isolation for tuberculosis: The experience of Indigenous peoples on the Canadian prairies. *Public Health Action*, 7(4), 275-281.
- McMullin, K., Abonyi, S., Mayan, M., Orr, P., Lopez-Hille, C., King, M., Boffa, J., & Long, R. (2012). Old keyam – A framework for examining disproportionate experiences of tuberculosis among Aboriginal peoples of the Canadian Prairies. *International Journal of Indigenous Health*, 9(1), 30-40.
- Menschner, C., & Maul, A. (2016). *Issue brief – Key ingredients for successful trauma-informed care implementation*. Center for Health Care Strategies, Inc. Retrieved November 7, 2011 from [http://www.chcs.org/media/ATC\\_whitepaper\\_040616.pdf](http://www.chcs.org/media/ATC_whitepaper_040616.pdf)
- Menzies, D., Alvarez, G. G., & Khan, K. (2014). Chapter 6: Treatment of latent tuberculosis infection. In *Canadian Tuberculosis Standards (7<sup>th</sup> ed.)* (pp. 125-152). Public Health Agency of Canada.
- Moffatt, J., Mayan, M., & Long, R. (2013). Sanatoriums and the Canadian colonial legacy: The untold experiences of tuberculosis treatment. *Qualitative Health Research*, 23(12), 1591- 1599. DOI: 10.1177/1049732313508843
- Mohatt, N. V., Thompson, A. B., Thai, N. D., & Kraemer Tebes, J. (2014). Historical trauma as public narrative: A conceptual review of how history impacts present-day health. *Social Science & Medicine*, 106, 128-136.
- Møller, H. (2005). *A problem of government? Colonization and the socio-cultural experience of tuberculosis in Nunavut* [Unpublished Master's thesis]. Copenhagen University.
- Møller, H. (2010). Tuberculosis and colonialism: Current tales about tuberculosis and colonialism in Nunavut. *Journal of Aboriginal Health*, 6(1), 39-50.
- Mouchili, A., Perera, R., Henry, C., Soualhine, H., Sharma, M., Yoshida, C., Rabb, M., & Carew, M. (2022a). *Tuberculosis surveillance in Canada: 2010-2020 summary report*. Public Health Agency of Canada. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/17ee0902-055e-415e-b7aa-d9bee1734d35>
- Mouchili, A., Perera, R., Lee, R.S., Njoo, H., & Brooks, J. (2022b). Chapter 1: Epidemiology of tuberculosis in Canada. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6(Sup. 1: Canadian Tuberculosis Standards – 8<sup>th</sup> edition), 8-21.

- Mugavero, M., Ostermann, J., Whetten, K., Leserman, J., Swartz, M., Stangl, D., & Thielman, N. (2006). Barriers to antiretroviral adherence: The importance of depression, abuse, and other traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(6), 418-428.
- Murdock, L. (2023). *The health of Indigenous people residing in urban centres*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Murney, M. A., Sapag, J. C., Bobbili, S. J., & Khenti, A. (2020). Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 15(1), 1744926.
- Narasimhan, P., Wood, J., MacIntyre, C. R., & Mathai, D. (2013). Risk factors for tuberculosis. *Pulmonary Medicine*, Article ID 828939.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). (2017a). *Housing as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). (2017b). *Education as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*.
- Nelson, J., Ryan, K., Rotumah, D., Bennett-levy, J., Budden, W., Stirling, J., Wilson, S., Beale, D. (2014). Aboriginal practitioners offer culturally safe and responsive CBT: Response to commentaries. *Australian Psychologist*, 49(1), 22-27.
- Neubauer, K., Dixon, W., Corona, R., & Bodurtha, J. (2016). Cultural humility. In E. Wittenberg, B. Ferrell, J. Goldsmith, T. Smith, M. Glajchen, G. Handzo, & S. L. Ragan (eds.), *Textbook of palliative care communication* (pp. 79-89). Oxford University Press.
- New Jersey Medical School Global Tuberculosis Institute. (2008). *Cultural competency and tuberculosis care: A guide for self-study and self-assessment*. Rutgers University. <https://globaltb.njms.rutgers.edu/downloads/products/tbandculturalcompetency.pdf>
- Nguyen, H. T. (2008). Patient centred care – cultural safety in Indigenous health. *Australian Family Physician*, 37(12), 990-4.
- Nixon, p. G. (1988). Early administrative developments in fighting tuberculosis among Canadian Inuit: Bringing state institutions back in. *The Northern Review*, 2, 67-84.
- Odone, A., Roberts, B., Dara, M., van den Boom, M., Kluge, H., & McKee, M. (2018). People- and patient-centred care for tuberculosis: Models of care for tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis & Lung Diseases*, 22(2), 133-138.
- Olofsson, E., Holton, T., & Partridge, I. (2008). Negotiating identities: Inuit tuberculosis infection in an Inuit community: A case-control study. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(8), 1153-62.
- Orhan Aydin, I., & Uluşahin, A. (2001). Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: Applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 77-83.
- Orr, p. (2011). Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations – Part 2: A comprehensive approach to fostering adherent behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 70(2), 128-40.
- Orr, p. (2013). Tuberculosis in Nunavut: Looking back, moving forward. *Canadian Medical Association Journal*, 185(4), 287-8.
- Page, C. (2021). Practice cultural safety and anti-racist tutoring. In *Interculturalizing the curriculum* (Chapter 5). Kwantlen Polytechnic University. <https://kpu.pressbooks.pub/interculturalizingcurriculum/>
- Pai, M., Minion, J., Jamieson, F., Wolfe, J., & Behr, M. (2014). Chapter 3: Diagnosis of active tuberculosis and drug resistance. In *Canadian Tuberculosis Standards, 7<sup>th</sup> Edition* (pp. 43-61). Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/canadian-tuberculosis-standards-7th-edition.html>
- Parrella, A., Pearson, O., Davy, C., Barrie, H., Mott, K., Morey, K., D'Angelo, S., Sambo, R., Aitken, R., Franks, C., Canuto, K., Brown, A., & Braunack-Mayer, A. (2022). Understanding culturally safe care from the perspectives of older Aboriginal Australians in rural and remote communities. *Health Promotion Journal of Australia*, 33(3), 566-575.
- Partridge, C. (2010). Residential schools: The intergenerational impacts on Aboriginal peoples. *Native Social Work Journal*, 7, 33-62.
- Patterson, M., Flinn, S., & Barker, K. (2018). Addressing tuberculosis among Inuit in Canada. *Canada Communicable Disease Report*, 44(3-4), 82-85.
- Pease, C., Hutton, B., Yazdi, F., Wolfe, D., Hamel, C., Quach, P., Skidmore, B., Moher, D., & Alvarez, G. G. (2017). Efficacy and completion rates of rifapentine and isoniazid (3HP) compared to other treatment regimes for latent tuberculosis infection: A systematic review with meta-analyses. *BMC Infectious Diseases*, 17, 265.
- Pease, C., Zwerling, A., Nallick, R., Patterson, M., Demaio, P., Finn, S., Allen, J., Van Dyk, D., & Alvarez, G. G. (2019). The latent tuberculosis infection cascade of care in Iqaluit, Nunavut, 2012-2016. *BMC Infectious diseases*, 19, 890.



- Pelley, L. (2018). Mistreated: The legacy of segregated hospitals haunts Indigenous survivors. *CBC News – Interactives*, Jan. 29. <https://www.cbc.ca/news2/interactives/sh/jTCWPYgkNH/mistreated/>
- Pfifferling, J. H. (1981). A cultural prescription for medicocentrism. In *The relevance of social science for medicine* (pp. 197-222). Springer Netherlands
- Pomerville, A., Fetter, A. K., & Gone, J. P. (2021). American Indian behavioral health treatment preferences as perceived by urban Indian health program providers. *Qualitative Health Research*, 32(3), 465-478.
- Pradipta, I. S., Houtsma, D., van Boven, J. F. M., Alffenaar, J.-W. C., & Hak, E. (2020). Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: A systematic review of randomized controlled studies. *Primary Care Respiratory Medicine*, 30, 21.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2014). Chapter 8: HIV/AIDS among Aboriginal people in Canada. *HIV/AIDS Epi updates*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/ch8-eng.pdf>
- Regis College. (2021). *What are some key examples of social justice in health care?* <https://online.regiscollege.edu/blog/social-justice-in-health-care/>
- Rehm, J., Samokhvalov, A. V., Neuman, M. G., Room, R., Parry, C., Lönnroth, K., Patra, J., Poznyak, V., & Popova, S. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB): A systematic review. *BMC Public Health*, 9, 450.
- Reid, C., Bennetts, S. K., Nicholson, J. M., Amir, L. H., & Chamberlain, C. (2022). Rural primary care workforce views on trauma-informed care for parents experiencing complex trauma: A descriptive study. *The Australian Journal of Rural Health, Early View*. <https://doi.org/10.1111/ajr.12922>
- Rice, K., Te Hiwi, B., Zwarenstein, M., Lavallee, B., Barre, D. E., Harris, S. B., on behalf of the FORGE AHEAD Program Team. (2016). Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among Indigenous Peoples in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 40, 216-225.
- Richardson, K., Sander, B., Guo, H., Greer, A., & Heffernan, J. (2014). Tuberculosis in Canada: Detection, intervention and compliance. *AIMS Public Health*, 1(4), 241-255.
- Robinson, T. (2015). *The value of connections for Aboriginal peoples navigating the tuberculosis experience* [Unpublished Master of Science thesis]. Department of Human Ecology, University of Alberta.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275-1285.
- Santa Barbara Graduate Institute Center for Clinical Studies and Research, & L.A. County Early Identification and Intervention Group. (2005). *Emotional and psychological trauma: Causes and effects, symptoms and treatment*. HealingResources.info. [http://www.healingresources.info/emotional\\_trauma\\_overview.htm](http://www.healingresources.info/emotional_trauma_overview.htm)
- Saul, J. (2013). *Collective trauma, collective healing: Promoting community resilience in the aftermath of disaster*. Routledge.
- Schill, K., & Caxaj, S. (2019). Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 18, 21.
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Selway, S. (2016). *Nobody here will harm you: Mass medical evacuation from the Eastern Arctic, 1950-1965*. Wolsak and Wynn Publishers.
- Selwyn, C. N., Lathan, E. C., Richie, F., Gigler, M. E., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2021). Bitten by the system that cared for them: Towards a trauma-informed understanding of patients' healthcare engagement. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(5), 636-652.
- Shedden, D. (2011). *TB in Aboriginal people in Canada* [presentation]. Public Health Agency of Canada (Medical Service Branch). <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbprev/b-eng.php>
- Sikkema, K. J., Rabie, S., King, A., Watt, M. H., Mulawa, M. I., Andersen, L. S., Wilson, P. A., Marais, A., Ndwandwa, E., Majokweni, S., Orrell, C., & Joska, J. A. (2022). ImpACT+, a coping intervention to improve clinical outcomes for women living with HIV and sexual trauma in South Africa: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23, 680.
- Sikorski, C., Leatherdale, S., & Cooke, M. (2019). Tobacco, alcohol and marijuana use among Indigenous youth attending off-reserve schools in Canada: Cross-sectional results from the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 39(6-7), 207-215.

- Smith, A., Herington, E., & Loshak, H. (2021). Tuberculosis stigma and racism, colonialism, and migration: A rapid qualitative review. *Canadian Journal of Health Technologies*, 1(4), 1-29.
- Smye, V., Browne, A. J., Josewski, V., Keith, B., & Mussell, W. (2023). Social suffering: Indigenous Peoples' experiences of accessing mental health and substance use services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3288.
- Snyder, M., & Wilson, K. (2012). Urban Aboriginal mobility in Canada: Examining the association with health care utilization. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2420-24.
- Sotero, M. M. (2006). A Conceptual Model of Historical Trauma: Implications for Public Health Practice and Research. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 1(1). <https://ssrn.com/abstract=1350062>
- Statistics Canada. (2015). *Aboriginal Peoples: Fact sheet for Canada*. Catalogue 89-656-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-656-x/89-656-x2015001-eng.htm>
- Statistics Canada. (2022a). *First Nations people, Métis and Inuit in Canada*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022057-eng.htm>
- Statistics Canada. (2022b). Profile table - Nunavut: *Census profile, 2021 census of population*. Government of Canada. <https://census.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=E&SearchText=Nunavut&DGUIDlist=2021A00036204,2021A000262&GENDERlist=1,2,3&STATISTIClist=1&HEADERlist=0>
- Sterling, T. R., Villarino, M. E., Borisov, A. S., Shang, N., Gordin, F., Bliven-Sizemore, E., Hackman, J., Dukes Hamilton, C., Menzies, D., Kerrigan, A., Weis, S. E., Weiner, M. et al. (2011). Three months of rifampentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. *New England Journal of Medicine*, 365(23), 2155-2166.
- Stokes, Y., Jacob, J.-D., Gifford, W., Squires, J., & Vandyk, A. (2017). Exploring nurses' knowledge and experiences related to trauma-informed care. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 2333393617734510. DOI: 10.1177/2333393617734510.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative, Department of Health & Human Services, USA. [https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Sylla, L., Bruce, D., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2007). Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *International Journal of Drug Policy*, 18(4), 306-312.
- Taima TB (n.d). *TAIMA TB: 3HP Study in Iqaluit and Ottawa*. Nunavut Tunngavik. <http://taimatb.tunngavik.com/taima-tb/3hp-study/>
- Tester, F. J., McNicoll, P., & Irniq, p. (2001). Writing for our lives: The language of homesickness, self-esteem and the Inuit TB 'epidemic'. *Etudes/Inuit/Studies*, 25(1-2), 121-140.
- Theron, G., Peter, J., Zijenah, L., Chanda, D., Mangu, C., Clowes, P., Rachow, A., Lesosky, M., Hoelscher, M., Pym, A., Mwaba, P., Mason, P., Naidoo, P., Pooran, A., Sohn, H., Pai, M., Stein, D. J., & Dheda, K. (2015). Psychological distress and its relationship with non-adherence to TB treatment: A multicentre study. *BMC infectious diseases*, 15(1), 253.
- TIP Project Team. (2013). *Trauma-informed practice guide*. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Retrieved from [https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
- Tola, H. H., Shojaeizadeh, D., Garmaroudi, G., Tol, A., Yekaninejad, M. S., Ejeta, L. T., Kebede, A., Karimi, M., & Kassa, D. (2015). Psychological distress and its effect on tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. *Global health action*, 8(1), 29019.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. <https://nctr.ca/records/reports/#trc-reports>
- Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. Engage BC, Government of British Columbia.



- Uppal, A., Oxlade, O., Nsengiyumva, N. P., N'Diaye, D. S., Alvarez, G. G., & Schwartzman, K. (2021). Social and behavioral risk reduction strategies for tuberculosis prevention in Canadian Inuit communities: A cost-effectiveness analysis. *BMC Public Health*, *21*, 280.
- Venkatraju, B., & Prasad, S. (2013). Psychosocial trauma of diagnosis: A qualitative study on rural TB patients' experiences in Nalgonda District, Andhra Pradesh. *Indian Journal of Tuberculosis*, *60*, 162-167.
- Vidanaral, A. H., Long, R., Heffernan, C., Abonyi, S., Clarke, S., & Hackett, p. (2022). Exploration of inter-jurisdictional TB programming and mobility in a Canadian First Nation community. *Research Square*, June 30. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1721275/v1>
- Viens Commission. (2019). *Public Inquiry Commission on Relations between Indigenous Peoples and Certain Public Services in Québec: Listening, reconciliation and progress – Final report*. Government of Quebec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fleadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Final\\_report.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fleadmin/Fichiers_clients/Rapport/Final_report.pdf)
- Vivier, E., Tomasello, E., Baratin, M., Walzer, T., & Ugolini, S. (2008). Functions of natural killer cells. *Nature Immunology*, *9*, 503-510.
- Walker, J. D., Slater, M., Jones, C. R., Shah, B. R., Frymire, E., Khan, S., Jacklin, K., & Green, M. E. (2020). Diabetes prevalence, incidence and mortality in First Nations and other people in Ontario, 1995-2014: A population-based study using linked administrative data. *Canadian Medical Association Journal*, *192*(6), E128-E135.
- Weaver, H. N. (2022). Overcoming prejudice and discrimination through resilience of Indigenous Peoples. In E.P. Congress, D. Meister, S. C. Osborn, & H. Takooshian (eds.), *Behavioral science in the global arena: Global mental, spiritual, and social health* (pp. 121-134). Information Age Publishing Inc.
- Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2012). Urban-Indigenous therapeutic landscapes: A case study of an urban American Indian health organization. *Health & Place*, *18*(5), 1025-1033.
- Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. Healing Foundation.
- Westaway, M. S., & Womarans, L. (1994). Cognitive and affective reactions of black urban South Africans towards tuberculosis. *Tubercle and Lung Disease*, *75*, 447-453.
- Wilk, P., Maltby, A., & Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada: A scoping review. *Public Health Reviews*, *38*(8). DOI: 10.1186/s40985-017-0055-6.
- Williams, R. (1999). Cultural safety – what does it mean for our work practice? *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, *23*(2), 213-214.
- Wilson, p. (2021). Food insecurity in Indigenous and northern communities. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, *13*(3), 9-16.
- Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), Indigenous Health. (2022). *Manitoba Indigenous Cultural Safety Training (MICST)*. <https://wrha.mb.ca/indigenous-health/cultural-initiatives/micst/#:-:text=What%20is%20Cultural%20Safety%3E,and%20impact%20on%2C%20service%20delivery>.
- Withers, M. (2017). Trauma-informed care and why it matters: How we're falling short in treating trauma victims and what we can do to fix it. *Psychology Today*, July 6. <https://www.psychologytoday.com/blog/modern-day-slavery/201707/trauma-informed-care-and-why-it-matters>
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017). A qualitative study on the intersectional social determinants for Indigenous people who become infected with HIV in their youth. *International Journal for Equity in Health*, *16*, 132.
- World Health Organization. (2007). *Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69607/WHO\\_HTM\\_STB\\_2007.39\\_eng.pdf;jsessionid=5780AD0A499E0EE2B6401B2210328AE6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69607/WHO_HTM_STB_2007.39_eng.pdf;jsessionid=5780AD0A499E0EE2B6401B2210328AE6?sequence=1)



