

# IL N'Y A PAS DE VACCIN CONTRE LA STIGMATISATION :

*Un examen rapide des données probantes sur les stratégies d'atténuation de la stigmatisation pendant les éclosions dans les populations autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada et les leçons à en tirer pour la COVID-19*

*Valerie Ward, M.Sc. et Julia Petrasek MacDonald, M.Sc.*

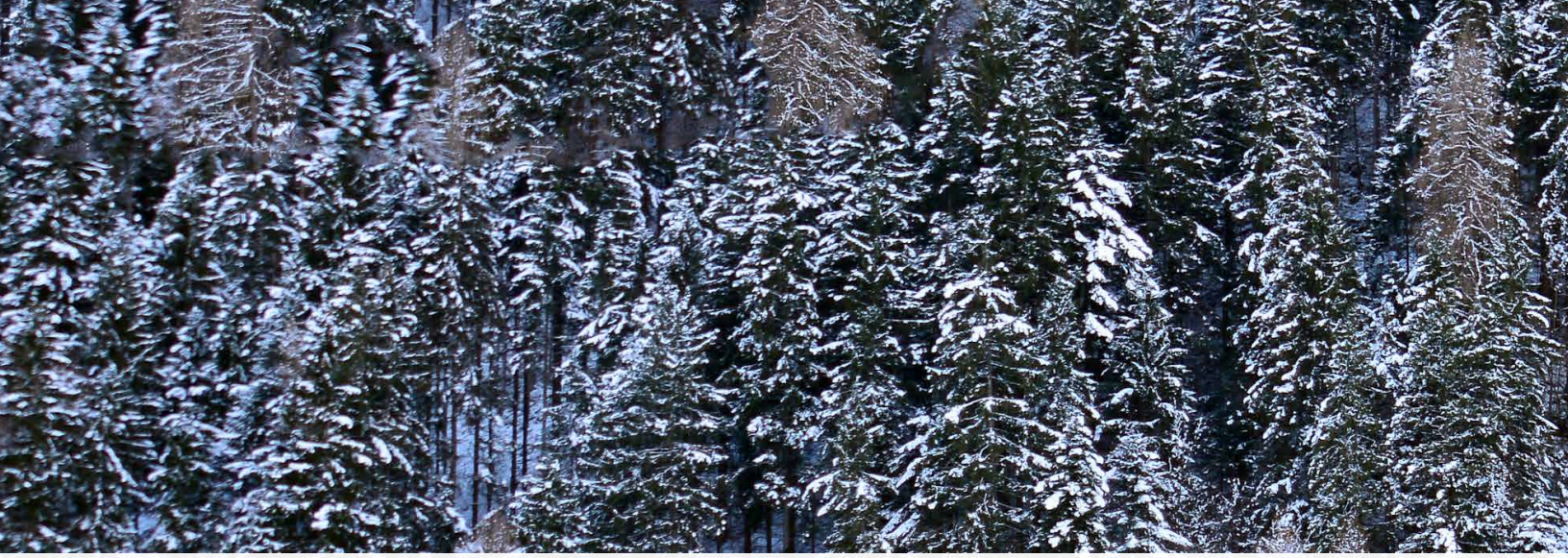


National Collaborating Centre  
for Indigenous Health



Centre de collaboration nationale  
de la santé autochtone

MALADIES CHRONIQUES ET INFECTIEUSES



© 2021 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

À l'aide du Guide pour les revues rapides du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (Dobbins, 2017), cet examen rapide vise à répondre à la question suivante : « Quelles sont les pratiques exemplaires pour prévenir et atténuer la stigmatisation liée à la COVID-19 dans les communautés autochtones rurales, isolées et nordiques au Canada ? » Ce document résume les renseignements provenant de 25 publications qui ont examiné les stratégies utilisées par les communautés autochtones pour atténuer la stigmatisation lors d'épidémies de maladies infectieuses antérieures ainsi que les facteurs dont il faut tenir compte lors de la mise en place de telles stratégies dans les communautés autochtones rurales, isolées et nordiques.

An English version is also available at [www.nccah-ccnsa.ca](http://www.nccah-ccnsa.ca), under the title: *There is no vaccine for stigma: A Rapid Evidence Review of stigma mitigation strategies during past outbreaks among Indigenous populations living in rural, remote and northern regions of Canada and what can be learned for COVID-19*

Référence : Ward, V. et MacDonald, J. (2021). *Il n'y a pas de vaccin contre la stigmatisation : un examen rapide des données probantes sur les stratégies d'atténuation de la stigmatisation pendant les éclosions dans les populations autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada et les leçons à en tirer pour la COVID-19*. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour plus d'information ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter :

**Centre de collaboration nationale de la santé autochtone**

3333, University Way  
Prince George, C.-B., V2N 4Z9  
Tél. : 250-960-5250  
Télec. : 250-960-5644  
Courriel : [ccnsa@unbc.ca](mailto:ccnsa@unbc.ca)  
Web : [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca)

ISBN (imprimée) : 978-1-77368-306-5  
ISBN (en ligne) : 978-77368-307-2



National Collaborating Centre  
for Indigenous Health  
Centre de collaboration nationale  
de la santé autochtone



**northern health**  
the northern way of caring



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)

# TABLE DES MATIÈRES



PRÉFACE.....	iv
MESSAGES CLÉS .....	1
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
CONNAISSANCES ACTUELLES .....	6
Qu'est-ce que la stigmatisation? .....	6
Stigmatisation et résultats en matière de santé .....	7
Définition du contexte : une histoire de colonisation.....	8
Traumatisme historique, pandémies et COVID-19 .....	8
SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS .....	11
Facteurs pathogènes .....	11
Peur, anxiété et mésinformation .....	11
Identités stigmatisées .....	12
Facteurs structurels et systémiques .....	14
Culture .....	15
Mesures de santé publique .....	18
IMPLICATIONS ET CONCLUSIONS .....	20
Limitations.....	21
BIBLIOGRAPHIE.....	23
ANNEXE 1 : RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	29
Résultats de la recherche .....	30



*Le mandat du Groupe de travail sur la COVID-19 et la stigmatisation était de servir de plateforme pour élaborer des recommandations et des documents fondés sur des données probantes concernant sur la meilleure façon de lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19*

# PRÉFACE



Le mandat du Groupe de travail sur la COVID-19 et la stigmatisation était de servir de plateforme pour élaborer des recommandations et des documents fondés sur des données probantes concernant sur la meilleure façon de lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19 à l'intention du Groupe de travail sur la santé publique dans les collectivités éloignées et isolées. Le présent document, élaboré en collaboration avec des membres du Groupe de travail sur la santé publique sur la COVID-19 pour les collectivités éloignées et isolées, a été créé dans le cadre de l'exécution partielle du mandat du Groupe de travail. Les organisations membres comprennent :

- l'Assemblée des Premières Nations;
- Inuit Tapiriit Kanatami<sup>1</sup>;
- le Ralliement national des Métis;
- la Nation métisse des Territoires du Nord-Ouest;
- la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik;
- le Conseil des Premières nations du Yukon;
- la Nation dénée;
- le ministère de la Défense nationale;
- le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador;
- le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest;
- le gouvernement du Nunavut;
- le gouvernement du Yukon;
- la Saskatchewan Health Authority;
- Services aux Autochtones Canada;
- l'Agence de la santé publique du Canada;
- la First Nations Health Authority de la Colombie-Britannique;
- le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

## **Coprésidents du Groupe de travail de la santé publique sur la COVID-19 pour les communautés éloignées et isolées**

Kluane Adamek, chef régionale du Yukon,  
*Assemblée des Premières Nations*

D<sup>r</sup> André Corriveau, spécialiste de la santé publique,  
*conseiller spécial de Services aux Autochtones Canada*

D<sup>r</sup> Tom Wong, médecin en chef de la santé publique,  
*Services aux Autochtones Canada*

---

<sup>1</sup> Bien qu'Inuit Tapiriit Kanatami fasse partie du Groupe de travail de la santé publique sur la COVID-19 pour les communautés éloignées et isolées, il n'approuve pas le présent document.

# MESSAGES CLÉS



Voici quelques facteurs à prendre en compte dans l'élaboration de stratégies d'atténuation de la stigmatisation :

## 1. Stratégies adaptées au contexte :

Il n'existe pas de stratégie universelle d'atténuation de la stigmatisation. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation devraient être adaptées au contexte et à la collectivité. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation devraient évoluer en fonction des besoins des collectivités et des circonstances changeantes. Elles devraient être fondées sur les souhaits et les besoins de la collectivité, et refléter la culture et les valeurs de la collectivité. On ne devrait pas présumer que ce qui fonctionne pour une collectivité fonctionnera pour toutes les collectivités.

## 2. Stratégies fondées sur les forces et axées sur la résilience :

Les stratégies d'atténuation relatives à la stigmatisation et à la COVID-19 dans les populations autochtones devraient reconnaître la résilience et les forces qui existent au sein des collectivités autochtones et qui existent depuis des siècles. Nous recommandons de travailler avec les collectivités pour tirer parti des connaissances et des histoires locales, et de s'éloigner d'une perspective axée sur la maladie et fondée sur le déficit.

## 3. Reconnaître les droits souverains des Premières Nations, des Inuits et des Métis :

Les décideurs doivent connaître et reconnaître les expériences nuisibles des politiques coloniales, ainsi que les répercussions continues de ces pratiques coloniales sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis. En outre, les décideurs devraient honorer ces collectivités en tant que nations souveraines qui

doivent être consultées et leur permettre de décider eux-mêmes pour leurs propres collectivités.

## 4. Stratégies multidimensionnelles :

Comme les couches d'un oignon, nous avons besoin de plusieurs stratégies qui aborderont simultanément plusieurs systèmes. La stigmatisation est une construction complexe multidimensionnelle qui est appliquée aux niveaux individuel, communautaire et organisationnel ou systémique. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation devraient refléter cette réalité et, par conséquent, comporter plusieurs niveaux et viser de multiples systèmes (plus que simplement éduquer la personne). Les stratégies peuvent inclure l'éducation, le partage d'histoires, des discussions de groupe, la décriminalisation de la COVID-19, l'engagement organisationnel à lutter contre la stigmatisation, et plus encore.

## 5. Stratégies dynamiques :

La COVID-19 est une situation qui évolue rapidement et les stratégies doivent intégrer les nouveaux enjeux et y répondre à mesure qu'ils surviennent. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation doivent pouvoir changer et évoluer en fonction des nouveaux renseignements et de la progression de la pandémie.

## 6. Humilité :

Les décideurs devraient être humbles dans leur travail avec les intervenants et les autres décideurs. Ils devraient être disposés à collaborer et à s'écouter, indépendamment de leur culture, de leur origine ethnique, de leur genre, de leur race et de respecter leurs histoires respectives. Ils devraient être disposés à faire preuve d'empathie envers eux-mêmes et les autres, et à se pencher sur leurs préjugés et leurs suppositions. Ils devraient être inclusifs, et encourager et accueillir

la diversité afin de célébrer notre humanité commune et ce qui nous unit.

## 7. Approche de partenariat :

Afin de prioriser et de créer des stratégies d'atténuation de la stigmatisation adaptées à la culture, les décideurs devraient établir des partenariats avec des champions et des chefs communautaires. Il pourrait être avantageux de s'appuyer sur les connaissances des collectivités lors de l'élaboration de ces stratégies.

## 8. Être méthodique, rigoureux et conscient des lacunes de la littérature :

Nous recommandons que, lors de l'examen rapide des données probantes sur les sujets touchant les Autochtones qui sont peu étudiés ou peu représentés dans la littérature universitaire, il soit utile d'inclure des sources de littérature grise, comme des articles de presse, des récits oraux et des histoires, pour mieux représenter l'ensemble du contexte. Cela peut se faire de façon méthodique et rigoureuse, comme le montre le présent document.

Il y a aussi un manque de littérature sur les pratiques exemplaires en matière de stratégies d'atténuation de la stigmatisation et, plus particulièrement, les stratégies dirigées par les Autochtones. Les lacunes sont décrites ci-dessous et offrent d'importantes possibilités de recherches futures.

1. La mésinformation et le manque de connaissances comme facteurs de stigmatisation : À ce jour, il y a peu de renseignements sur le rôle de la mésinformation et du manque de connaissances en tant que facteurs de la stigmatisation associée à la COVID-19, particulièrement concernant la façon dont elle touche les collectivités rurales, éloignées, autochtones et du Nord du Canada et la façon dont elle se manifeste dans ces collectivités. De plus amples recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les rôles de la mésinformation au sujet de la COVID-19 et la façon dont cela alimente les craintes et l'anxiété. Un domaine de recherche important relatif à la peur peut inclure les expériences de confinement ou de mise en quarantaine.

2. Répercussions des mesures de santé publique associées à la COVID-19 sur les collectivités et les peuples autochtones : À l'heure actuelle, il n'y a aucune littérature sur les répercussions des mesures de santé publique associées à la COVID-19 en ce qui a trait à la stigmatisation potentielle dans les collectivités autochtones. Des recherches sont nécessaires pour examiner comment les mesures de santé publique prises pendant les pandémies pourraient avoir une incidence ou perpétuer la stigmatisation dans les collectivités, et comment elles devraient être priorisées en tant que domaine important à étudier plus en profondeur. De plus, pour le moment, nous ne disposons pas de suffisamment de renseignements pour commenter des mesures spécifiques de santé publique et la façon dont celles-ci pourraient entraîner une stigmatisation. Il serait utile d'examiner comment diverses mesures de santé publique pourraient avoir une incidence et perpétuer la stigmatisation dans différents contextes (par exemple, dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord).
3. Répercussions de la stigmatisation sur les populations déjà stigmatisées : La recherche a montré que la stigmatisation est intersectionnelle et peut toucher les personnes de différentes façons, selon leur identité, leur culture, etc. Toutefois, de plus amples recherches sont nécessaires pour examiner comment la stigmatisation associée à la COVID-19 a des répercussions sur les personnes et les collectivités qui pourraient déjà être stigmatisées négativement en raison de leur culture, leur genre, leur religion, etc., y compris comment les peuples autochtones du Canada pourraient être davantage touchés par la stigmatisation associée à la COVID-19.
4. Répercussions de la stigmatisation sur les relations communautaires : Une autre lacune dans la littérature est la recherche sur les expériences de stigmatisation associée à la COVID-19 dans les petites collectivités, comme les collectivités rurales, éloignées et autochtones. Certaines collectivités des Premières Nations situées dans le Nord de la Colombie-Britannique ont déclaré des cas positifs de COVID-19, et cette information a été publiée dans les journaux locaux et les médias sociaux. Pour le moment, il n'est pas évident de comprendre les répercussions de cette déclaration publique de

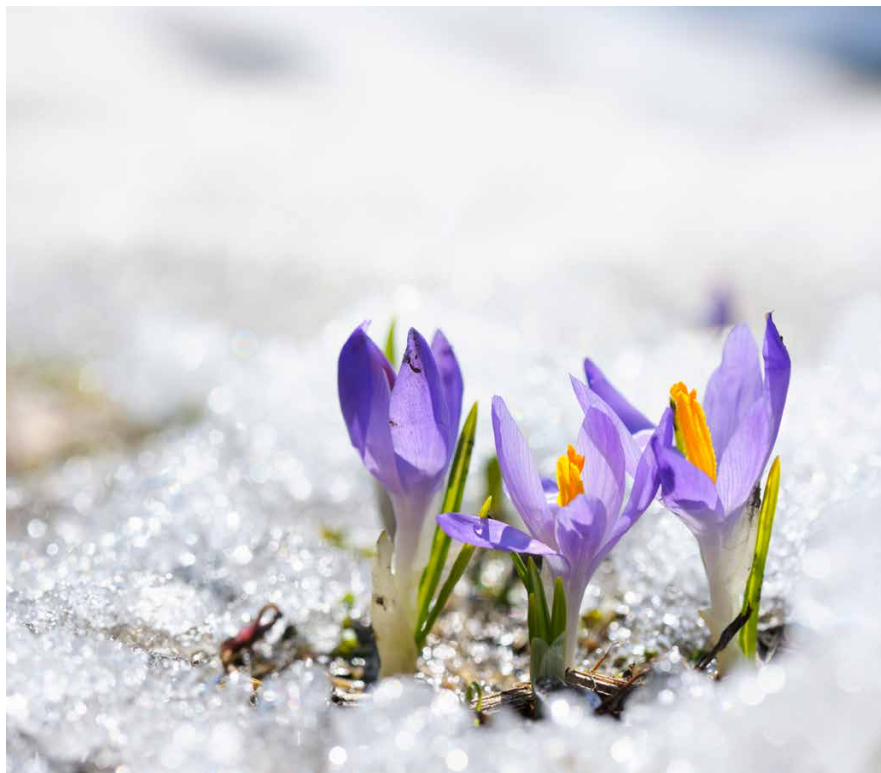
renseignements de santé confidentiels et la façon dont cela pourrait perpétuer la stigmatisation dans les collectivités et les populations. Il faut donc mener de plus amples recherches.

5. L'éducation comme stratégie d'atténuation de la stigmatisation : Bien que la recherche ait démontré que l'éducation est prometteuse pour atténuer la stigmatisation, il n'y a pas suffisamment de recherches pour comprendre à quoi cette éducation pourrait ressembler dans le contexte de la COVID-19 et des peuples autochtones. Il est également recommandé de définir l'« éducation » pour inclure non seulement les formes passives d'éducation (c.-à-d. la prestation de renseignements au moyen de dépliants, de présentations, etc.), mais aussi l'autoréflexion critique et les principes d'humilité.
6. Partager des histoires personnelles comme stratégie d'atténuation de la stigmatisation : Aucun des documents mentionnés dans le présent examen n'a exploré le rôle de l'histoire personnelle comme outil d'atténuation de la stigmatisation associée à la

COVID-19. Par conséquent, l'incidence du partage d'histoires et d'expériences personnelles relatives à la COVID-19 sur la réduction de la stigmatisation demeure inconnue et devrait faire l'objet de recherches plus approfondies, particulièrement chez les personnes vivant dans les collectivités rurales, éloignées et autochtones.

7. Bien que la littérature ne propose pas directement la sécurité culturelle comme moyen d'atténuer la stigmatisation, nous proposons que les mêmes principes de sécurité culturelle (c.-à-d. l'autoréflexion et l'apprentissage, l'humilité, le respect et la dignité dans les relations) puissent s'appliquer dans le cadre d'une stratégie visant à lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les systèmes et les établissements de soins de santé, en particulier à ceux des peuples autochtones. Par conséquent, de plus amples recherches devraient être menées pour explorer la façon dont les principes de sécurité culturelle, d'humilité et de compétence sont liés à l'atténuation de la stigmatisation et aux stratégies potentielles.

*Quelles sont les pratiques exemplaires pour prévenir et atténuer la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord du Canada?*





# SOMMAIRE



Le nouveau coronavirus de 2019 (COVID-19) est devenu un sujet de santé publique important. Les mesures de santé publique, y compris les mesures de distanciation physique et les restrictions de voyage, peuvent prévenir ou exacerber la stigmatisation. La stigmatisation associée à la COVID-19 pourrait avoir une incidence négative sur les résultats en matière de santé des peuples autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada. La possibilité que la COVID-19 entraîne une stigmatisation a donné lieu à la mise sur pied d'un groupe de travail sur la stigmatisation et la COVID-19 afin de fournir des recommandations et des documents fondés sur des données probantes au Groupe de travail sur la santé publique dans les collectivités éloignées et isolées.

Nous avons entrepris un examen rapide des données probantes, guidé par le Guide pour les revues rapides (Dobbins, 2017) du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, afin de recueillir des données probantes existantes pour répondre à la question de recherche suivante : **quelles sont les pratiques exemplaires pour prévenir et atténuer la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord du Canada?** Afin de répondre à cette question, nous avons posé les questions suivantes :

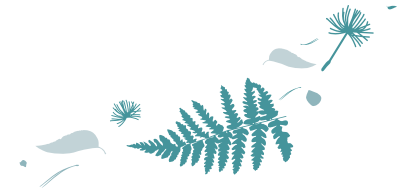
1. Quelles stratégies d'atténuation de la stigmatisation ont été utilisées par les collectivités autochtones au Canada lors d'épidémies, pandémies ou éclosions de maladies infectieuses antérieures (c.-à-d. COVID-19, VIH/sida, tuberculose et grippe H1N1)?
2. Quels facteurs doivent être pris en compte pour atténuer la stigmatisation associée aux maladies infectieuses dans les collectivités rurales, éloignées, autochtones et du Nord du Canada?

Une recherche dans la littérature a été effectuée en mai 2020, puis répétée en octobre 2020. Six bases de données ont fait l'objet d'une recherche systématique, notamment

: PubMed, CINAHL, PsycInfo, Ovid MEDLINE, Web of Science et Native Health Database. Sept autres documents ont été inclus sur la base d'un examen de listes de référence ou de recommandations que le Groupe de travail a jugé pertinents à l'objet de la recherche, pour un total de 25 documents. Les 25 documents consultés ont été examinés et évalués de façon critique par deux évaluateurs indépendants, et les données probantes ont été résumées ci-dessous.

Cet examen rapide a cerné six grands thèmes qui explorent le sujet des pratiques exemplaires pour atténuer la stigmatisation dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord en cas d'éclosion de maladie infectieuse comme la COVID-19. Les thèmes sont les suivants : 1) les facteurs pathogènes; 2) la peur, l'anxiété et la mésinformation; 3) les identités stigmatisées; 4) les facteurs structurels et systémiques; 5) la culture et la collectivité; et 6) la santé publique et les médias. Voici certaines des stratégies d'atténuation de la stigmatisation dont il est question dans la littérature : éduquer et fournir des renseignements pour répondre à la peur et à l'anxiété; partager des histoires personnelles, particulièrement celles de personnes appartenant à des groupes stigmatisés, pour lutter contre la stigmatisation; et mettre en œuvre des plans systémiques et structurels pour atténuer le racisme et la stigmatisation dans les milieux de travail, et lutter contre ceux-ci. D'autres stratégies comprennent l'élaboration de services de santé adaptés à la culture et la prise en compte des répercussions possibles prévues et imprévues des mesures de santé publique. Sachant que la stigmatisation peut avoir une incidence disproportionnée sur les peuples autochtones, nous recommandons que toutes les stratégies futures mettent l'accent sur les façons dont les Autochtones peuvent subir, ou avoir subi, la stigmatisation.

# INTRODUCTION



Le premier cas reconnu et déclaré du nouveau coronavirus de 2019 (COVID-19) a été identifié le 31 décembre 2019 (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020). Près d'un mois plus tard, le 30 janvier 2020, l'OMS a déclaré que la COVID-19 constituait une urgence de santé publique exigeant une intervention mondiale (OMS, 2020). Le 11 mars 2020, l'OMS a qualifié l'écllosion de pandémie (OMS, 2020). Parmi les mesures mises en place pour contrôler la propagation de la COVID-19, mentionnons les mesures de santé publique, comme les recommandations concernant la distanciation physique, la fermeture des frontières, les restrictions de voyage, la recherche des contacts et la mise en quarantaine obligatoire après un voyage à l'étranger ou une exposition connue. Les interventions de santé publique ont varié considérablement à l'échelle nationale, provinciale, voire même régionale au fur et à mesure que la situation a évolué.

Bien qu'elles soient importantes pour le confinement et la prévention (Lewnard et Lo, 2020; Le Lancet, 2020), les interventions de santé publique contre la COVID-19 peuvent prévenir ou exacerber la stigmatisation (ONUSIDA, 2020). Par exemple, le fait de nommer un virus peut avoir des répercussions économiques et sociales involontaires, et ce, en stigmatisant certaines collectivités ou industries, comme c'était le cas pour la grippe porcine et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO) (OMS, 2020). La crainte d'être infecté peut mener à la stigmatisation de ceux qui obtiennent des résultats positifs aux tests de dépistage (ONUSIDA, 2020), ce qui peut empêcher certaines personnes d'être testées ou de demander des soins. De plus, de nombreuses collectivités autochtones sont intervenues en prenant leurs propres mesures de santé publique afin de protéger leurs collectivités, leurs aînés et leurs personnes vulnérables. Reconnaisant le potentiel de stigmatisation découlant de la COVID-19, un groupe de travail sur la stigmatisation et la COVID-19 a été mis sur pied pour fournir des recommandations et des documents fondés sur des données probantes au Groupe de travail sur la santé publique dans les collectivités éloignées et isolées



(Groupe de travail sur la stigmatisation et la COVID-19, 2020). Un examen rapide des données probantes a été entrepris pour orienter l'élaboration de stratégies d'atténuation de la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord au Canada, ainsi qu'envers les membres de ces collectivités. Cet examen des données probantes posait la question suivante : **quelles sont les pratiques exemplaires pour prévenir et atténuer la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord au Canada?** Afin de répondre à cette question, nous avons posé les questions suivantes :

1. Quelles stratégies d'atténuation de la stigmatisation ont été utilisées par les collectivités autochtones au Canada lors d'épidémies, pandémies ou écloisions de maladies infectieuses antérieures (c.-à-d. COVID-19, VIH/sida, tuberculose et grippe H1N1)?
2. Quels facteurs doivent être pris en compte pour atténuer la stigmatisation associée aux maladies infectieuses dans les collectivités rurales, éloignées, autochtones et du Nord du Canada?

# CONNAISSANCES ACTUELLES



## Qu'est-ce que la stigmatisation?

La stigmatisation se manifeste lorsque les étiquettes sont utilisées pour séparer les personnes décrites comme « normales » de celles décrites comme « anormale » (Cain et al., 2013; Logie, 2020; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2019a). La stigmatisation sert à placer les personnes qui ont une condition jugée indésirable dans une position inférieure à celle des personnes qui n'ont pas cette condition, et elle entraîne une perte de puissance et de statut (Cain et al., 2013; Logie, 2020). La stigmatisation est fondée sur des questions sociétales complexes plus vastes relatives au racisme, au genre et au sexisme, et lorsqu'elle est exercée, elle peut entraîner une discrimination ou un traitement injuste (Eaton et Kalichman, 2020). Du point de vue d'une approche socioécologique, la stigmatisation peut aussi être internalisée lorsque la personne en vient à croire ces points de vue stigmatisés s'appliquent à elle (Logie, 2020); il s'agit de croyances qui peuvent avoir une incidence supplémentaire sur ses relations avec d'autres personnes (Budhwani et al., 2018; Budhwani et De, 2019; B. Turan et al., 2017).

Aux fins du présent document, la stigmatisation est considérée comme un concept complexe, socialement construit et intersectionnel. Cette stigmatisation socialement construite est davantage renforcée par les établissements de santé, les institutions judiciaires, les institutions employeurs et d'autres institutions, ainsi que

par les politiques et les influences systémiques (Logie et al., 2011; Stangl et al., 2019; J.M. Turan et al., 2019). Plutôt que d'exister en vase clos, la stigmatisation implique de nombreux aspects différents de l'identité : la santé, le genre, la race, le revenu et la sexualité (pour n'en nommer que quelques-uns), ce qui pourrait produire un effet de « superposition » (Mill et al., 2010). Par exemple, la stigmatisation intersectionnelle – comme le racisme et la pauvreté – interagit avec la stigmatisation associée au VIH pour nuire à l'engagement et aux résultats en matière de santé (Cain et al., 2013), ce qui pourrait présenter des obstacles analogues au dépistage et au traitement de la COVID-19 (Page et al., 2020). Par exemple, dans une étude de Cain et al. (2013), 72 Autochtones séropositifs pour le VIH/sida et la dépression ont été interrogés au sujet de leur expérience concernant leur diagnostic de VIH. La divulgation d'un diagnostic de VIH a conduit plusieurs participants à se sentir rejetés par leur entourage, à être coupés de leurs proches et, dans certains cas, à se faire dire de quitter leur collectivité. De plus, un sentiment d'isolement par rapport aux autres s'est imposé en raison d'un sentiment de rejet anticipé (Cain et al., 2013). Au moment de la présente recherche, la stigmatisation associée à la COVID-19 est en cours; par conséquent, on ne sait pas vraiment comment et dans quelle mesure la COVID-19 contribue à la stigmatisation sociale, aux hiérarchies de pouvoir et à un sentiment d'« altérité », particulièrement au sein des populations rurales, éloignées, autochtones et du Nord du Canada.





## Stigmatisation et résultats en matière de santé

La stigmatisation dans les milieux de soins de santé a toujours été associée à des résultats négatifs en matière de santé (Benoit et al., 2018; Bruns et al., 2020; Budhwani et De, 2019; Link et Hatzenbuehler, 2016; ASPC, 2019b). Par exemple, les personnes peuvent ne pas avoir accès aux soins tant que les symptômes ne sont pas gérables, ou pas du tout, en raison de la crainte d'être stigmatisés ou étiquetés comme un porteur de la maladie infectieuse (Baral, Karki et Newell, 2007; Bruns et al., 2020; Cain et al., 2013; Woodgate et al., 2017). Les patients qui croient ou perçoivent qu'ils sont stigmatisés peuvent retarder à demander des soins, tandis que d'autres peuvent avoir peur de ceux soupçonnés d'être malades; des populations entières peuvent être lésées et, dans certains cas, la stigmatisation a mené à la violence contre certaines personnes et certains groupes (Bruns et al., 2020). La stigmatisation associée à la COVID-19 pourrait avoir une incidence négative sur les résultats en matière de santé des peuples autochtones vivant dans des régions rurales, éloignées et du Nord du Canada.

Selon ces recherches et ces données probantes, les peuples autochtones du Canada sont plus susceptibles d'être touchés de façon disproportionnée par la COVID-19. Cela est directement lié aux processus historiques et continus de colonisation. En mettant en évidence le contexte historique des relations entre les Autochtones et l'État canadien ci-dessous, nous soulignons les politiques racistes qui ont façonné et continuent de façonner la santé des Autochtones partout au Canada. Cependant, nous n'avons pas l'intention de « renforcer » le discours de disparités qui existe très clairement dans le milieu universitaire et la recherche en ce qui a trait à la santé des Autochtones. Cette section vise plutôt à établir le contexte des processus et des politiques historiques qui ont eu des répercussions, et continuent d'avoir des répercussions, sur les collectivités et les peuples autochtones et, par conséquent, pourraient avoir une incidence disproportionnée sur leurs expériences de stigmatisation en ce qui a trait à la COVID-19. Nous reconnaissons le grand besoin d'approches fondées sur les forces dans la recherche, ainsi que sur les méthodes de recherche, les connaissances et les façons d'être des Autochtones pour lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19 et à d'autres maladies infectieuses, et pour explorer d'autres façons de lutter contre celle-ci.

## Définition du contexte : une histoire de colonisation

Cet examen rapide des données probantes vise particulièrement les peuples autochtones du Canada et l'augmentation de la stigmatisation que subissent les collectivités autochtones en raison de la COVID-19, y compris dans les collectivités rurales, éloignées du Nord. Par conséquent, il est important que les répercussions historiques et continues du colonialisme soient prises en compte au moment de discuter de la stigmatisation subie par les peuples autochtones, en particulier dans le contexte de la COVID-19 ou d'autres maladies infectieuses (Adelson, 2005; Browne et al., 2009; Greenwood, de Leeuw, Lindsay et Reading, 2015). L'histoire de la colonisation au Canada comprend le déplacement des peuples autochtones de leurs territoires vers des terres de réserves, le placement forcé des enfants dans des pensionnats et des pratiques culturelles interdites, ce qui a entraîné des perturbations pour les peuples et les collectivités autochtones. La Loi sur les Indiens (1876) en est un exemple qui a eu, et continue d'avoir, des répercussions négatives sur la santé et le bien-être des peuples des Premières Nations en particulier, partout au Canada. Cela a directement contribué à des résultats inférieurs en matière de santé et à une réduction de la santé et du bien-être dans l'ensemble du pays, surtout comparativement aux non-Autochtones du pays. Une bonne partie de cette situation est bien documentée (Adelson, 2005; Gracey et King, 2009). Bien qu'une discussion approfondie sur les répercussions des politiques coloniales, comme la Loi sur les Indiens, dépasse la portée du présent examen rapide des données probantes, nous incluons une brève discussion pour fournir un certain contexte.

Aujourd'hui, les peuples autochtones de partout au Canada continuent d'être touchés par les structures et les politiques coloniales mises en place dans l'intention de les assimiler à la société dominante des colons européens ou, simplement, d'éradiquer les collectivités et les cultures autochtones. Des politiques comme la Loi sur les Indiens

continuent d'avoir des répercussions sur les collectivités et la culture autochtones en raison de la perte de leur droit à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale (Adelson, 2005). Les voix autochtones continuent d'être marginalisées dans la prise de décisions sur l'exploitation de ressources naturelles sur leurs terres traditionnelles. Les préjudices continus à l'environnement naturel ont une incidence sur les pratiques culturelles et traditionnelles, perturbent les relations intergénérationnelles et le partage de la culture entre les générations, et peuvent avoir une incidence négative sur la santé des peuples et des collectivités autochtones (Allan et Smylie, 2015). Il s'agit de politiques racistes et elles continuent de façonner la santé, le bien-être et la réalité des peuples autochtones du Canada. L'identification de ces politiques systémiques et structurelles contribue à comprendre pourquoi les collectivités autochtones sont plus à risque d'infection, de stigmatisation et d'expériences négatives en raison de la COVID-19. De plus, ces politiques ont contribué aux attitudes racistes et stigmatisantes des Canadiens non autochtones envers les peuples autochtones, et continuent d'en susciter, particulièrement dans le système de soins de santé (Allan et Smylie, 2015).

## Traumatisme historique, pandémies et COVID-19

Les effets de la colonisation se sont manifestés par des traumatismes historiques et intergénérationnels, qui ont conduit à la méfiance envers les systèmes occidentaux, y compris les soins de santé et l'éducation (Aguilar et Halseth, 2015; Wesley-Esquimaux et al., 2004). De plus, les maladies infectieuses ont eu des répercussions dévastatrices sur les collectivités autochtones. Lorsque les Européens sont arrivés à ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada, ces premiers colons ont apporté diverses maladies infectieuses comme la tuberculose, la variole, la grippe, la rougeole et la coqueluche. Bien que les Européens jouissent d'une certaine immunité à l'égard de ces maladies, les peuples autochtones ont été complètement vulnérables aux effets dévastateurs de ces maladies. La Première Nation haïda,

---

<sup>2</sup> Le terme « peuples autochtones » est utilisé dans le présent document pour désigner, collectivement, les premiers habitants du Canada, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Lorsqu'il possible et approprié de le faire, nous faisons la distinction entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis.



dans le nord-ouest de la Colombie-Britannique, est un exemple de la dévastation complète que les maladies européennes ont entraînée. Comme l'a rapporté un Aîné haïda, la Nation haïda comptait plus de 80 000 membres avant le contact, mais a été décimée à moins de 600 par des épidémies comme la variole (Wesley-Esquimaux et al., 2004). Les maladies infectieuses ont entraîné d'immenses pertes et dévastations non seulement pour les personnes, mais aussi pour la culture, la langue et les connaissances, ce qui a contribué aux traumatismes intergénérationnels subis dans de nombreuses collectivités autochtones. Les écloisions plus récentes de maladies infectieuses, comme la grippe H1N1 en 2009, ont également eu des répercussions disproportionnées sur les collectivités autochtones du Canada, soulignant les répercussions potentiellement disproportionnées que la COVID-19 pourrait également avoir sur cette population.

Alors que 1 décès sur 10 de la grippe H1N1 au Canada survenait chez les peuples autochtones (Driedger et al., 2013; Kermode-Scott, 2009; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA], 2016b), les collectivités autochtones ont également fait face à du racisme systémique et à de la discrimination lorsqu'elles ont

tenté de protéger leurs collectivités. De nombreuses leçons ont été tirées de cette écloision, lesquelles peuvent être utiles pour comprendre le traumatisme subi dans bon nombre de ces collectivités et les vulnérabilités des collectivités autochtones vivant dans des collectivités rurales, éloignées et du Nord, ainsi que pour appuyer notre discussion sur la stigmatisation associée à la COVID-19. Les collectivités autochtones étaient plus à risque d'infection en raison de la probabilité accrue d'avoir des problèmes de santé sous-jacents, des services de santé débordés et sous-financés, et des défis en matière de ressources humaines (Moghadas, Pizzi, Wu, Tamblyn et Fisman, 2011; CCNSA, 2016b). Les recherches menées après la grippe H1N1 ont permis de discuter des répercussions des pandémies sur les collectivités autochtones rurales et du Nord, des complexités associées aux interventions dans les collectivités géographiquement isolées en cas de pandémie, et des interventions inappropriées des gouvernements. Par exemple, au lieu d'envoyer les fournitures et les ressources nécessaires aux collectivités autochtones pour lutter contre la propagation du virus et réduire les répercussions dans les collectivités, des housses mortuaires ont été envoyées. De plus, le gouvernement fédéral a retardé l'envoi de désinfectant pour les mains en temps opportun à certaines collectivités autochtones en raison des craintes qu'il puisse être ingéré (Spence et White, 2010). Ces deux exemples font état du racisme structurel et des pratiques stigmatisantes ancrés dans les pratiques du gouvernement et du secteur de la santé (Spence et White, 2010). Une planification préventive, des interventions d'urgence efficaces et de meilleures stratégies de communication ont été désignées comme des domaines généraux nécessitant une attention en réponse aux résultats de la pandémie de H1N1 dans les collectivités autochtones (CCNSA, 2016a). Les autres recommandations comprennent la nécessité d'identifier les personnes les plus vulnérables aux maladies infectieuses, de s'attaquer aux disparités sociales et économiques, de veiller à ce que les collectivités aient un accès adéquat et opportun à des ressources et à des fournitures, d'assurer l'accès aux soins de santé appropriés et de mettre en œuvre de meilleures stratégies de surveillance, un processus de diagnostic rapide, un traitement précoce et des mesures d'atténuation vigoureuses. De plus, étant donné que les collectivités rurales, éloignées et du Nord sont plus vulnérables aux répercussions dévastatrices des pandémies, elles ont besoin de mesures d'urgence efficaces pour empêcher les membres des collectivités de tomber malades en premier lieu et, en fin de compte, de

pouvoir déployer rapidement des efforts pour ralentir la propagation de l'infection (CCNSA, 2016a). Enfin, une communication et des messages efficaces, clairs et cohérents ont été mentionnés à titre de recommandation importante pour la planification future en cas de pandémie, en particulier des renseignements et des messages adaptés à la culture (CCNSA, 2016a). Nous prévoyons que ces recommandations générales seront utiles pour éclairer les interventions, en réponse à la COVID-19, des collectivités autochtones dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord, et qu'elles seront nécessaires pour éviter de répéter les résultats historiques et les pertes évitables.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris un examen rapide des données probantes afin de comprendre les pratiques exemplaires pour prévenir et atténuer la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les

collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord du Canada. En vue d'entreprendre cette tâche, nous nous sommes appuyés sur les leçons tirées des écloisions précédentes de maladies infectieuses auxquelles ont fait face les collectivités autochtones, y compris la grippe H1N1, la tuberculose et le VIH/sida. Une synthèse de nos conclusions est présentée ci-dessous.

*Les collectivités autochtones ont également fait face à du racisme systémique et à de la discrimination lorsqu'elles ont tenté de protéger leurs collectivités.*



# SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS



Cet examen rapide a cerné six grands thèmes qui explorent le sujet des pratiques exemplaires pour atténuer la stigmatisation dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord en cas d'écllosion de maladie infectieuse comme la COVID-19. Les thèmes sont les suivants : 1) les facteurs pathogènes; 2) la peur, l'anxiété et la mésinformation; 3) les identités stigmatisées; 4) les facteurs structurels et systémiques; 5) la culture et la collectivité; et 6) la santé publique et les médias.

## Facteurs pathogènes

La méthode de transmission, les taux d'infection et les taux de mortalité comptent parmi certains les facteurs propres à un agent pathogène qui peuvent entraîner une stigmatisation associée à un nouveau virus comme la COVID-19 (Bruns et al., 2020). Ces facteurs propres aux agents pathogènes sont examinés dans trois documents inclus dans le présent examen (Bruns et al., 2020; Logie, 2020; Logie et al., 2011). Par exemple, un agent pathogène peut entraîner une stigmatisation en raison de sa méthode de transmission. La méthode de transmission peut entraîner l'étiquetage de certains comportements comme constituant un « risque élevé » d'infection, puis de la stigmatisation. Dans le cas du VIH/sida, l'une des méthodes de transmission consiste à avoir des rapports sexuels non protégés avec une personne infectée, ce qui a rapidement entraîné la stigmatisation des personnes qui avaient ces comportements, en particulier envers les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (Logie, 2020). De même, dans le cas de la COVID-19, l'arrestation de personnes pour violation de mesures de santé publique associées à la COVID-19 et leur étiquetage subséquent comme des « super-propagateurs » entraîne la création de l'autre « immoral » (Logie, 2020). Cela contribue à la stigmatisation de personnes, de groupes et de collectivités. L'apprentissage et la recherche sur un agent pathogène ne nous permettent généralement pas de changer l'agent pathogène; toutefois, des facteurs propres

à l'agent pathogène, comme la méthode de transmission, peuvent créer une stigmatisation volontaire ou involontaire envers des groupes de personnes. La façon dont ces facteurs pathogènes peuvent contribuer à la stigmatisation mérite d'être étudiée plus en profondeur.

## Peur, anxiété et mésinformation

Six des 25 articles étudiés dans le cadre du présent examen soulignent le rôle de la peur et de l'anxiété comme facteur de stigmatisation associé aux écllosions de maladies infectieuses (Bruns et al., 2020; Cain et al., 2013; Centre for Disease Control, 2020; IFRC et al., 2020; Kane et al., 2019; ASPC, 2019a; Woodgate et al., 2017). La COVID-19 peut créer de la peur en raison de la nouveauté du virus, de l'inquiétude de contracter le virus, de l'incertitude quant à la façon dont le virus se propage, de l'évolution naturelle du virus, de la perturbation des habitudes, ou de ne pas savoir comment se garder, soi-même et sa famille, en sécurité (Centre for Disease Control, 2020; IFRC, UNICEF et OMS, 2020). La peur de la contagion est un aspect unique de la stigmatisation associée aux maladies infectieuses, voire plus que les autres formes de stigmatisation associées à la santé (c.-à-d. la santé mentale). La mésinformation et le manque d'information peuvent exacerber la peur et l'anxiété qui existent pendant l'écllosion d'une maladie infectieuse, comme il est indiqué dans le présent examen des données probantes (Donnelly et al., 2016; Woodgate et al., 2017). Par exemple, dans une étude de Woodgate et al. (2017), les participants autochtones séropositifs pour le VIH ont exprimé le sentiment d'être stigmatisés et discriminés par les membres de leur famille et leurs amis en raison de leur ignorance ou de leur mauvaise compréhension de la maladie et de la façon dont elle est transmise. Cette stigmatisation a entraîné une perte de liens avec leurs collectivités et une détresse psychologique chez les participants séropositifs pour le VIH. De même, dans une autre étude menée auprès de 33 participants autochtones, latinos, asiatiques





et africains qui avaient tous été diagnostiqués séropositifs pour le VIH, la mésinformation et la peur chez leurs collègues et leurs familles ont mené à la stigmatisation et à la discrimination de plusieurs participants (Donnelly et al., 2016). Ce que l'on sait au sujet de la COVID-19 évolue rapidement et de nouvelles données émergent chaque jour, ce qui ajoute à la peur et à l'anxiété au sujet de cette pandémie. À ce jour, aucune recherche n'explore la peur, l'anxiété et les connaissances relatives à la COVID-19 dans les collectivités rurales, éloignées, autochtones et du Nord du Canada. D'autres recherches sont également nécessaires pour explorer le lien entre la peur, l'anxiété et les connaissances relatives à la COVID-19, et les expériences de stigmatisation dans ces collectivités.

Fait intéressant, les personnes qui ont des ressources personnelles accrues, comme l'éducation, le revenu et le soutien social, ont déclaré moins craindre le VIH et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et être préoccupées par ceux-ci, et elles étaient moins susceptibles de stigmatiser les personnes atteintes de ces maladies (Des Jarlais et al., 2006). La lutte contre la peur, la mésinformation et les lacunes en matière de connaissances grâce à l'éducation a été proposée comme pratique utile pour lutter contre la stigmatisation associée au VIH (Woodgate et al., 2017). Bien que l'éducation puisse être utile pour combler les lacunes en matière de connaissances, remédier à la mésinformation et réduire l'anxiété, on a laissé entendre que l'éducation ne devrait pas être utilisée seule pour atténuer la stigmatisation. Cela a été démontré par Rao et al. (2019), qui ont constaté que les stratégies axées sur l'éducation ne sont pas efficaces à elles seules pour lutter contre la stigmatisation, car elles n'amènent pas les personnes à rejeter les croyances stéréotypées, mais plutôt

à supprimer ces croyances. Selon la littérature sur la santé mentale, ce sentiment a été évoqué dans d'autres courtes campagnes d'éducation qui n'ont pas eu d'effets durables sur le changement de comportements (Livingston et al., 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Il y a encore peu de renseignements sur le rôle et l'efficacité des campagnes d'éducation isolées ou des campagnes d'éducation organisées dans le cadre d'une stratégie plus vaste d'atténuation de la stigmatisation en ce qui a trait à la COVID-19 et aux populations autochtones. Il est probable qu'il s'agisse d'un outil utile pour atténuer la stigmatisation; toutefois, il ne doit pas être utilisé isolément et doit reposer sur l'autoréflexion critique. Nous soutenons que les programmes d'éducation devraient viser à accroître les connaissances et à inciter les personnes à réfléchir de façon critique à leur comportement, à leurs suppositions et à leurs préjugés, dans le but de changer les comportements et les pratiques stigmatisantes.

## Identités stigmatisées

Plus de la moitié des documents (13 sur 25) étudiés dans le cadre du présent examen rapide des données probantes soulignent l'intersectionnalité de la stigmatisation, ainsi que ses répercussions négatives sur la demande de soins pour les maladies infectieuses (Bucarski, Reutter et Ogilvie, 2006; Cain et al., 2013; Des Jarlais et al., 2006; Donnelly et al., 2016; Jongbloed et al., 2019; Kane et al., 2019; Logie, 2020; Logie et al., 2011; Loutfy et al., 2012; Marziali et al., 2020; Mill et al., 2010; Saewyc, Clark, Barney, Brunanski et Homma, 2014; Woodgate et al., 2017). L'un des articles relevés était un examen systématique des expériences des peuples autochtones en matière de soins pour le VIH

et résumait 93 articles qualitatifs et quantitatifs publiés entre 1996 et 2017. Après cet examen, il a été constaté que certains participants ont ressenti une discrimination fondée sur leur séropositivité pour le VIH, et on a relevé l'intersection avec leur race, leur toxicomanie, leur identité sexuelle ou de genre et leur spiritualité (Jongbloed et al., 2019). Certaines de ces personnes ont cherché à obtenir des services adaptés aux Autochtones, à leur genre ou à leur séropositivité pour le VIH afin d'éviter de se sentir stigmatisées ou discriminées – un défi dans les régions rurales et éloignées (Jongbloed et al., 2019). En ce qui concerne les populations déjà stigmatisées, la stigmatisation internalisée, c.-à-d. les sentiments et les pensées négatifs sur soi-même en raison de la stigmatisation, peut empêcher certaines personnes de demander des soins médicaux s'ils présentent des symptômes de la COVID-19, ce qui est une tendance courante observée chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de VIH et de tuberculose (Jetty, 2020; Pantelic, Steinert, Park, Mellors et Murau, 2019; Woodgate et al., 2017). Bien que plusieurs commentaires soulignent la possibilité que la stigmatisation associée à la COVID-19 se recoupe avec d'autres aspects stigmatisés de l'identité (Dunlop et al., 2020; Eaton et Kalichman, 2020; Jenkins et al., 2020; Logie, 2020; Logie et Turan, 2020), il y a un manque de littérature principale qui explore cette question.



Plusieurs documents étudiés dans le cadre du présent examen (6 sur 25) ont révélé que le partage d'histoires personnelles peut être un outil efficace pour atténuer la stigmatisation envers les personnes séropositives pour le VIH/sida (Logie et Turan, 2020), ainsi que pour générer de la solidarité et se réapproprier une identité (IFRC et al., 2020; Hatala et al., 2018; Logie et al., 2011; Logie, 2020; ONUSIDA, 2020). L'embauche de personnes ayant de l'expérience au sein d'organismes communautaires peut également aider à réduire la stigmatisation à titre d'obstacle à l'accès aux services communautaires. Par exemple, une étude de Hatala et al. (2018) a interrogé 21 Autochtones séropositifs pour le VIH vivant à Saskatoon. Plusieurs participants ont souligné l'« importante transformation de l'identité et le rôle d'être et de devenir un "aidant" dans la collectivité » (notre traduction) (Hatala et al., 2018, p. 1099). Le fait d'être un « aidant » pour les autres au sein de leur collectivité a permis à ces participants de se réapproprier et de transformer leur identité d'un point de vue fondé sur les forces. Cela est compatible avec la littérature, qui montre que partager des histoires et entendre le témoignage de personnes ayant été atteintes d'une maladie (comme le VIH ou une maladie mentale) étaient l'une des méthodes les mieux documentées pour réduire la stigmatisation chez les fournisseurs de soins de santé (Nyblade et al., 2019; ONUSIDA, 2020). Les méthodes de partage d'histoires peuvent comprendre des interactions, des discussions, des jeux et des jeux de rôle pour partager des renseignements, partager la façon dont la stigmatisation touche les collectivités, encourager la réflexion sur les préjugés personnels et assurer un soutien institutionnel pour atténuer la stigmatisation (Nyblade et al., 2019; ONUSIDA, 2020). Pendant la pandémie de COVID-19, des personnes, des collectivités et des médias partagent des histoires de personnes touchées par la COVID-19 afin d'essayer de réduire la peur et la stigmatisation entourant la maladie (IFRC et al., 2020; Nyblade et al., 2019). Il est raisonnable de déduire que le partage d'histoires de personnes touchées par la COVID-19 peut aider à établir des liens en faisant preuve de gentillesse et de bienveillance, ainsi que permettre aux auditeurs ou aux téléspectateurs de se mobiliser en faisant preuve d'empathie à l'égard de l'histoire racontée, réduisant ainsi les pratiques stigmatisantes et d'altérité (ONUSIDA, 2020; OMS, 2020). Toutefois, l'incidence du partage d'histoires et d'expériences personnelles concernant la COVID-19 sur la réduction de la stigmatisation demeure inconnue et devrait faire l'objet d'autres recherches, surtout

chez les personnes vivant dans des collectivités rurales, éloignées, métisses, inuites et des Premières Nations.

Comprendre notre humanité commune et nos expériences collectives à l'égard de la pandémie pourrait être un pas vers la promotion de la solidarité pendant la COVID-19. Logie (2020) soutient que, bien qu'il soit important de se concentrer sur les histoires de personnes ayant vécu l'épidémie, il est tout aussi important de se rappeler la complexité et la plénitude de la vie des personnes et de partager aussi les expériences collectives. Par exemple, les vidéos de personnes qui chantent sur leur balcon lors de la quarantaine en Italie pendant la COVID-19 servent à souligner l'unité qui peut évoluer face aux difficultés, créant ainsi une nouvelle communauté chez les personnes touchées. De même, le message de la médecin-hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique pendant la pandémie de COVID-19 est « Soyez gentils, soyez calmes, soyez en sécurité » (notre traduction) – un rappel que nous sommes tous concernés et interconnectés par notre vulnérabilité à la maladie. La création d'un sentiment d'unité face à l'adversité peut être utile pour réduire la stigmatisation; il s'agit d'un domaine qui a fait l'objet de peu de recherches en ce qui a trait à la COVID-19, mais qui mérite une plus grande attention.

## Facteurs structurels et systémiques

Près de la moitié des documents (11 sur 25) étudiés dans le cadre du présent examen ont cerné des facteurs structurels et systémiques qui sont à l'origine de la stigmatisation associée aux maladies infectieuses chez les peuples autochtones (Bucarski et al., 2006; Cain et al., 2013; Charania et Tsuji, 2012; Donnelly et al., 2016; Jongbloed et al., 2019; Logie et Turan, 2020; Loutfy et al., 2012; Mill et al., 2010; Newman, Woodford et Logie, 2012; Saewyc et al., 2014; Woodgate et al., 2017). Par exemple, un article de Mill et al. (2010) décrit comment la stigmatisation associée au VIH/sida a été utilisée comme moyen de contrôle social pour appliquer des pratiques d'exclusion, d'ostracisation, d'étiquetage et de désresponsabilisation en matière de soins de santé afin de séparer les malades des non-malades. Les participants autochtones et non autochtones à l'étude ont indiqué avoir été traités différemment après avoir révélé leur séropositivité pour le VIH, ce qui a mené à une diminution des mesures de soutien social, à des situations de vie

précaires et à un manque d'accès à des soins appropriés (Mill et al., 2010). Lorsque des organisations démontrent leur engagement à répondre de façon appropriée à la COVID-19 et à la stigmatisation systémique comme le racisme et la discrimination, elles peuvent influencer les personnes qui y travaillent, ainsi que celles qui reçoivent un soutien de ces organisations. Cela peut être fait en réservant des ressources adéquates, en élaborant des politiques de sécurité, en utilisant des approches qui tiennent compte des traumatismes et en accroissant les choix et le contrôle des employés. De plus amples recherches sont nécessaires pour examiner le rôle des interventions organisationnelles et institutionnelles dans l'atténuation de la stigmatisation associée à la COVID-19.

La lutte contre la stigmatisation exige une approche multifactorielle, polysystémique et à plusieurs niveaux, compte tenu des façons complexes dont la stigmatisation interagit avec divers systèmes, identités et structures (Bruns et al., 2020; Logie, 2020; Logie et Turan, 2020). Greenwood (2019) soutient que les changements aux niveaux systémique, structurel et de la prestation de services sont essentiels pour lutter contre le racisme et la discrimination continus envers les peuples autochtones dans les systèmes de soins de santé au Canada. Tout au long de l'article, elle tire des exemples de travaux réalisés et de partenariats établis dans la région couverte par la First Nations Health Authority (FNHA) en Colombie-Britannique pour lutter contre le racisme à plusieurs niveaux, y compris aux niveaux systémique, structurel et de la prestation de services dans les systèmes de soins de santé. Les « catalyseurs » structurels (c.-à-d. le changement au niveau structurel) comprenaient des ententes et des accords conclus en Colombie-Britannique entre les Premières Nations et les gouvernements provincial et fédéral, y compris la création de la FNHA, la première autorité sanitaire du genre au pays. Le changement au niveau systémique comprenait l'élaboration du First Nations Health and Wellness Plan (en anglais seulement), élaboré conjointement par les collectivités et les dirigeants des Premières Nations, la FNHA et Northern Health. Appuyé par des groupes de travail composés d'employés de Northern Health, de la FNHA et des Premières Nations du Nord, ce plan décrit les secteurs prioritaires importants pour améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones du Nord. Enfin, un changement au niveau de la prestation de services a été adopté par l'entremise de comités locaux, qui se réunissent pour



collaborer et répondre aux besoins locaux en matière de santé des collectivités des Premières Nations et des Métis dans le Nord de la Colombie-Britannique, une région qui comprend près des deux tiers de la région géographique de la province. En tandem, ces stratégies comprennent des possibilités et des stratégies d'éducation du personnel de Northern Health par le développement de ressources culturelles locales et l'apprentissage des éléments importants de la sécurité culturelle et de l'humilité. Ces partenariats et le travail entre les dirigeants autochtones et non autochtones ouvrent la voie à une diminution du racisme dans le système de soins de santé grâce à des approches à plusieurs niveaux qui entraînent des changements aux niveaux systémique, structurel et de la prestation de services. À l'heure actuelle, il n'y a pas de précédent concernant l'atténuation de la stigmatisation, mais on peut tirer plusieurs leçons des éclosions, pandémies et recherches antérieures. Il est possible que l'utilisation d'un modèle comme celui présenté par Greenwood (2019) puisse être une façon faisable de lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19 (c.-à-d. par des changements aux niveaux systémique, structure et de la prestation de services). Au moment d'élaborer des stratégies d'atténuation de la stigmatisation, les décideurs doivent également tenir compte des réalités uniques associées à la COVID-19, ainsi que des contextes uniques dans lesquels ils travaillent (c.-à-d. la souveraineté autochtone par rapport à la santé publique).

## Culture

L'incidence de la culture est mentionnée dans 15 des 25 documents étudiés dans le cadre du présent examen (Bucarski et al., 2006; Cain et al., 2013; Charania et Tsuji, 2012; Donnelly et al., 2016; Driedger et al., 2013; Harala, Desjardins et Bombay, 2016; Jongbloed et al., 2019; Larcombe et al., 2019; Loutfy et al., 2012; Marziali et al., 2020; Mill et al., 2010; Newman et al., 2012; Saewyc et al., 2014; Woodgate et al., 2017; Worthington et al., 2020). Un article, rédigé par Bruns et al. (2020), souligne que la culture peut influencer sur la façon dont les gens perçoivent et réagissent aux nouvelles maladies, épidémies et pandémies. La culture peut également influencer sur la compréhension de la maladie, l'accès aux soins, les options de traitement et la peur de la stigmatisation. Les interventions de santé publique devraient évaluer les croyances et les suppositions culturelles (Bucarski et al., 2006; Cain et al., 2013; Donnelly et al., 2016; Jongbloed et al., 2019; Larcombe et al., 2019; Worthington et al., 2020). Ces interventions devraient être prises en compte au niveau local afin d'encourager l'éducation et la participation, et de veiller à ce que les interventions soient adaptées à la culture de la collectivité (Bucarski et al., 2006; Cain et al., 2013; Donnelly et al., 2016; Jongbloed et al., 2019; Larcombe et al., 2019; Worthington et al., 2020).

La culture et la religion peuvent être des facteurs de protection en ce qui a trait à la stigmatisation et à la COVID-19. Dans le cadre des efforts déployés pour

<sup>3</sup> Nous aimerions reconnaître les complexités qui existent à l'égard des définitions du terme « culture », car notre discussion n'approfondit pas ce sujet. Il est important de noter que la culture est dynamique, en constante évolution et intimement liée à la santé (Napier et al., 2014). Comme l'ont déclaré Napier et al. (2014), la culture « peut être considérée comme un ensemble de pratiques et de comportements définis par les coutumes, les habitudes, la langue et la géographie que des groupes de personnes partagent » (notre traduction) (p. 1609).

soutenir la distanciation physique et à décourager les grands rassemblements, les dirigeants communautaires et les groupes religieux peuvent reporter les célébrations religieuses ou culturelles et encourager la tenue de plus petits rassemblements (Bruns et al., 2020). Peu de temps après que la COVID-19 a été déclarée une pandémie, le Dr Evan Adams, le médecin-hygiéniste en chef de la FNHA en Colombie-Britannique, a publié une déclaration mettant en garde contre les cérémonies des Premières Nations, comme les sueries (Sterritt, 2020). Plusieurs autres médecins des Premières Nations ont également évoqué ce sentiment, en rappelant aux peuples des Premières Nations la distanciation sociale vécue par leurs ancêtres pendant des pandémies antérieures et en encadrant les efforts déployés en santé publique pour ralentir la propagation de la COVID-19 d'une façon adaptée à la culture (Sterritt, 2020). De cette façon, les facteurs et les pratiques culturels peuvent être perçus comme réduisant potentiellement la stigmatisation, en déployant des efforts pour influencer collectivement sur le comportement de certains groupes, ce qui pourrait réduire la propagation de la COVID au sein des populations et potentiellement réduire le risque de stigmatisation associée à la COVID. Toutefois, l'inverse peut aussi se produire, car ceux qui continuent de pratiquer en plus grands groupes peuvent à leur tour être stigmatisés par ceux qui adhèrent aux recommandations de santé publique. Il est toutefois important de considérer que certains de ces groupes continuent de faire l'objet de stigmatisation dans la société dominante, quels que soient les efforts déployés pour lutter contre la COVID. L'application de valeurs culturelles, comme la promotion de soins pour sa famille et sa collectivité, pourrait également constituer un facteur de protection contre la stigmatisation.

Encourager et promouvoir des systèmes de soins de santé qui acceptent et favorisent la sécurité culturelle peut aider à atténuer la stigmatisation, à promouvoir l'établissement de relations, à réduire le racisme et la discrimination, et à favoriser des soins sécuritaires et équitables pour tous. En 1992, la sécurité culturelle est devenue une composante obligatoire de la formation en soins infirmiers en Nouvelle-Zélande par l'entremise du Nursing Council of New Zealand (Papps et Ramsden, 1996). À cette époque, la sécurité culturelle était définie comme « la prestation efficace de soins à une personne ou à une famille d'une autre culture par une infirmière qui a entrepris un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et qui reconnaît l'incidence de la culture des infirmières sur ses propres

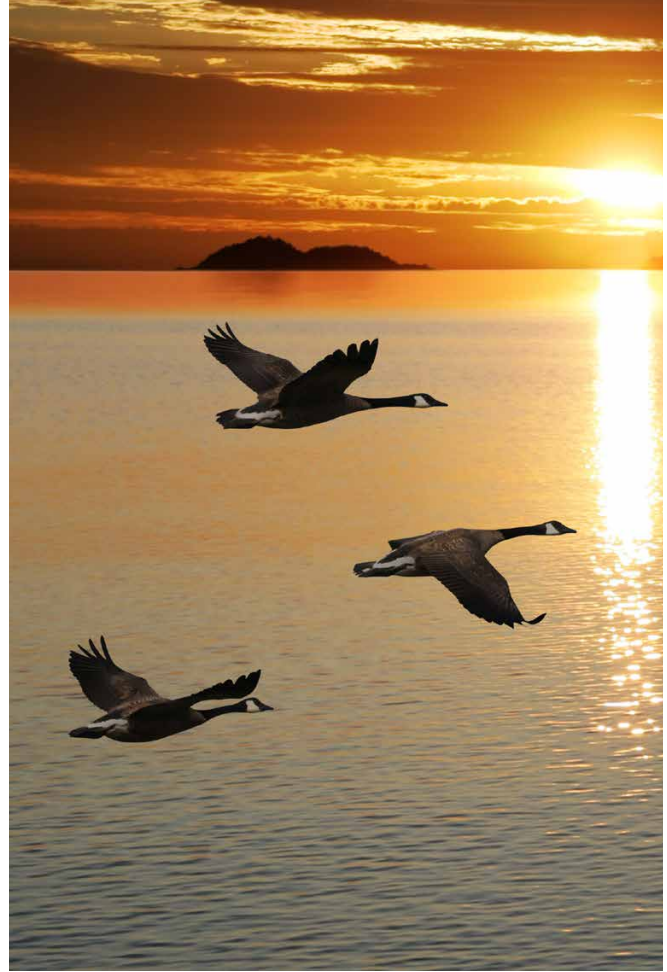
pratiques de soins infirmiers » (notre traduction) (Papps et Ramsden, 1996, p. 491). La sécurité culturelle est devenue une composante de la formation en soins infirmiers pour mettre en lumière les différences qui existent dans la façon dont les personnes vivent et perçoivent le monde. Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, la sécurité culturelle incite les étudiants à réfléchir sur leurs propres croyances, cultures, valeurs et suppositions à l'égard des autres. La sécurité culturelle tient également compte des déséquilibres de pouvoir inhérents qui existent entre les fournisseurs de soins de santé et les patients (Papps et Ramsden, 1996). En plus de la sécurité culturelle, l'humilité culturelle est une pratique fondée sur des principes d'autoréflexion, d'évaluation et de réflexion critique, ainsi que sur le fait d'apprendre d'abord et avant tout de ses clients et de ses patients (Nguyen, Naleppa et Lopez, 2020). En outre, la sécurité culturelle et l'humilité servent à corriger les déséquilibres de pouvoir qui existent entre les praticiens et les patients. Nous nous inspirons d'exemples de la Colombie-Britannique, où des efforts sont déployés pour « programmer » la sécurité culturelle dans le système de soins de santé.

La FNHA de la Colombie-Britannique a joué un rôle déterminant dans la promotion de la sécurité culturelle dans le système de santé de la province. Leur campagne « ça commence par moi » encourage l'action de tous et affirme que nous avons tous un rôle à jouer dans la création d'un système sécuritaire sur le plan culturel. De plus, le Policy Statement on Cultural Safety and Humility de la FNHA (en anglais seulement) formule des recommandations concernant les politiques et les programmes liés à la sécurité culturelle, et peut être pertinente aux stratégies visant à lutter contre la stigmatisation. Ces recommandations comprennent : la mise en œuvre d'une formation sur la sécurité culturelle et l'humilité; la modification des politiques afin d'intégrer la sécurité culturelle et l'humilité à tous les aspects des politiques organisationnelles; la mise en œuvre d'un processus de traitement des plaintes et d'une évaluation pour s'assurer que les voix des Premières Nations sont entendues et que leurs expériences sont prises en compte; l'augmentation des ressources humaines en santé afin d'inclure plus de dirigeants et de personnel des Premières Nations visibles à tous les niveaux d'une organisation; la création d'espaces sécuritaires sur le plan culturel; le changement du leadership afin d'établir un modèle de pratiques et de comportements sécuritaires sur le

plan culturel; et l'établissement de partenariats significatifs avec les collectivités et les chefs des Premières Nations.

D'autres organismes du Nord de la Colombie-Britannique ont également travaillé à la transformation des locaux de soins de santé afin d'être plus accessibles et plus sécuritaires, et de permettre une meilleure guérison pour les peuples et les collectivités autochtones. Dans un article, les auteurs ont discuté de deux organisations de la région couverte par Northern Health en la Colombie-Britannique, qui travaillent à « créer un espace éthique et une sécurité culturelle aux intersections des connaissances autochtones sur la santé et le mieux-être, de la médecine occidentale et des services de soins de santé pour les peuples autochtones au Canada » (notre traduction) (Greenwood, Lindsay, King et Loewen, 2017, p. 179). En utilisant les principes de sécurité culturelle, d'espace éthique et de double perspective (des Aïnés micmacs Murdena et Albert Marshall), tous ancrés dans les connaissances autochtones, les auteurs offrent ces principes comme moyens de diriger les transformations qui ont lieu dans les locaux de soins de santé. En effet, ils « offrent de nombreuses façons aux organismes de santé de traiter [...] [un] passé de méfiance et de réparer les relations avec les collectivités autochtones qu'ils desservent en comprenant, en respectant et en honorant les connaissances diversifiées et installées que les peuples autochtones apportent à leurs propres santé et bien-être » (notre traduction) (p. 182).

Les auteurs décrivent la sécurité culturelle comme une pratique d'autoréflexion selon laquelle les professionnels de la santé reconnaissent et corrigent les déséquilibres de pouvoir dans les rencontres entre les patients et les fournisseurs de soins de santé, et s'attaquent aux obstacles individuels, organisationnels et systémiques qui existent pour établir des relations de confiance et de respect. Le concept d'espace éthique provient d'un spécialiste des Premières Nations, Willie Ermine. Un espace éthique est créé lorsque deux conceptions du monde et écoles de pensée peuvent se rejoindre dans le cadre d'une interaction respectueuse et coopérative. Plutôt qu'un « espace physique », il s'agit d'un « espace actif » qui favorise le dialogue et l'accord mutuel de chaque partie. Enfin, la double perspective nous encourage à voir, d'un côté, les forces et les enseignements des connaissances et des façons d'être des Autochtones, et de l'autre, les connaissances et les forces des cultures occidentales (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012). Ensemble, la sécurité culturelle, l'espace éthique et la double perspective offrent un fondement et un guide à



partir desquels nous pouvons commencer à transformer les soins de santé aux niveaux individuel, organisationnel et systémique. Cette transformation ne viendra pas seulement des connaissances occidentales ou autochtones; elle exige plutôt les deux (Greenwood et al., 2017).

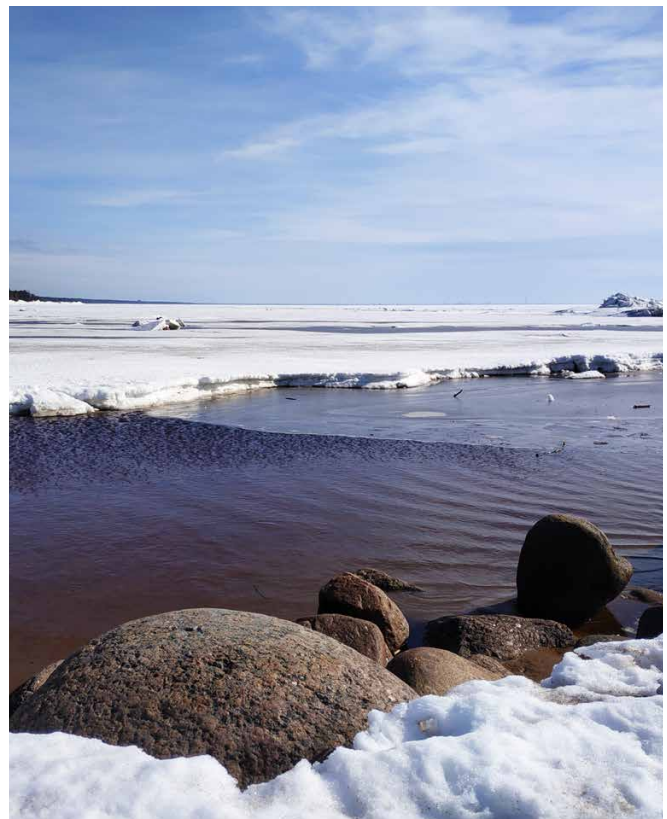
Bien que la littérature ne propose pas directement la sécurité culturelle comme moyen d'atténuer la stigmatisation, nous proposons que les mêmes principes de sécurité culturelle, y compris l'autoréflexion et l'apprentissage, l'humilité, le respect et la dignité dans les relations, puissent s'appliquer dans le cadre d'une stratégie visant à lutter contre la stigmatisation associée à la COVID-19 dans les systèmes et les établissements de soins de santé. Sachant que la stigmatisation peut avoir une incidence disproportionnée sur les peuples autochtones, nous recommandons que toutes les stratégies futures mettent l'accent sur les façons dont les Autochtones peuvent subir, ou avoir subi, la stigmatisation.

## Mesures de santé publique

Bien qu'elles visent à assurer la sécurité du public, les interventions de santé publique en cas de maladie infectieuse peuvent contribuer à la stigmatisation ou l'atténuer. Dans un document étudié dans le cadre du présent examen, on a relevé quelque chose d'aussi simple que le nom des mesures et la façon dont il peut avoir des effets imprévus. Historiquement, il était fréquent que les virus soient nommés d'après les paysages, les endroits ou les régions où les premières éclosions ont eu lieu, comme la grippe espagnole et le SRMO. Toutefois, en 2015, l'OMS a adopté des lignes directrices pour mettre fin à ces pratiques, réduisant ainsi la stigmatisation et les répercussions négatives comme la peur et la colère dirigées contre ces régions ou leur population (Bruns et al., 2020). Certains noms de maladies peuvent provoquer une réaction contre les membres de certaines communautés religieuses ou ethniques particulières, créer des obstacles injustifiés aux déplacements, au commerce et au commerce, et entraîner l'abattage inutile d'animaux destinés à l'alimentation. Cela peut avoir de graves conséquences sur les moyens de subsistance (OMS, 2005). Il est toutefois important de garder à l'esprit que la stigmatisation peut être considérée comme un processus évolutif, c.-à-d. que nous sommes quelque peu « programmés » pour nous éloigner de ceux qui nous menacent (c.-à-d. ceux qui peuvent nous infecter). Cela renvoie à la peur et à la désinformation. La distanciation physique et le nom du virus sont deux mesures de santé publique dont il est question dans la littérature; toutefois, d'autres mesures de santé publique sont mises en œuvre. À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de suffisamment de renseignements pour commenter la mesure dans laquelle des mesures de santé publique spécifiques peuvent entraîner une stigmatisation.

D'autres interventions de santé publique, comme la distanciation physique et la quarantaine, peuvent engendrer de la peur et promouvoir l'évitement. L'expérience de la mise en quarantaine a été soulignée dans un article comme un facteur de stigmatisation lors d'éclosions précédentes, lequel continue de s'appliquer souvent même après que les personnes ont terminé les périodes de quarantaine recommandées (Bruns et al., 2020). Cette stigmatisation peut persister au-delà du confinement découlant de l'épidémie (Brooks et al., 2020). Les personnes mises en quarantaine sont plus susceptibles de déclarer avoir fait l'objet de stigmatisation et d'un rejet social, y compris le

fait d'être évité, le retrait d'invitations à des événements sociaux, le fait d'être traitées avec crainte et suspicion, et la réception de commentaires négatifs à leur rencontre (Cava et al., 2005; Desclaux, Badji, Ndione et Sow, 2017; DiGiovanni, Conley, Chiu et Zaborski, 2004; Lee, Chan, Chau, Kwok et Kleinman, 2005; Maunder et al., 2003; Pan, Chang et Yu, 2005). En ce qui concerne les travailleurs de la santé mis en quarantaine par rapport à ceux qui ne sont pas mis en quarantaine (Bai et al., 2004), les participants mis en quarantaine étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer avoir fait l'objet de stigmatisation et d'un rejet de la part des habitants de leur quartier. Cela donne à penser que la stigmatisation peut toucher particulièrement les personnes mises en quarantaine (Brooks et al., 2020). Cette expérience de la quarantaine et d'autres mesures de santé publique, en ce qui a trait à la COVID-19 dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord, a fait l'objet de peu de recherches. Il y a eu des cas rapportés où des collectivités rurales et autochtones ont refusé que certains membres de leur collectivité retournent chez eux en raison des répercussions sur la santé publique (Scott, 2020). L'incidence de cette situation sur la personne et la collectivité devrait être étudiée plus en profondeur.



Bon nombre des mesures de santé publique ont été mises en œuvre à tous les niveaux, avec peu de commentaires de la part des collectivités autochtones et peu de consultations auprès de celles-ci. C'est pourquoi la pandémie actuelle de COVID-19 a une incidence sur le possible ravivement du traumatisme subi par les peuples et les collectivités autochtones. Par exemple, dans le cadre des politiques et des recommandations du gouvernement fédéral et des médecins-hygiénistes en chef du pays, les médecins des Premières Nations ont demandé aux collectivités de suspendre les pratiques traditionnelles, comme les sueries et les cérémonies du calumet, qui pourraient exposer les participants à un risque accru de propagation de la COVID-19 (Sterritt, 2020). Bien que ces précautions soient nécessaires pour limiter la propagation de la COVID-19, elles rappellent brutalement aux collectivités les politiques coloniales antérieures qui interdisaient les activités culturelles (Indigenous Corporate Training Inc., 2020; Sterritt, 2020). Les discussions ont porté sur l'interdiction de pratiques culturelles et traditionnelles au

sein des collectivités autochtones, y compris l'interruption d'une cérémonie de la danse du soleil par la Gendarmerie royale du Canada en raison de préoccupations quant au possible non-respect des recommandations de distanciation physique par les participants, ont incité des dirigeants canadiens comme le premier ministre Justin Trudeau et le ministre des Services aux Autochtones, Marc Miller, à déclarer que le gouvernement n'interviendrait pas dans les décisions concernant les pratiques culturelles et traditionnelles autochtones. Il a expliqué que ces décisions relèvent uniquement des chefs des collectivités (Bridges, 2020). En 2020, ces déclarations rappellent les politiques coloniales qui continuent de contrôler et de réglementer les peuples autochtones au Canada, ainsi que les politiques coloniales antérieures qui interdisaient les activités culturelles. Les peuples autochtones ne sont toujours pas consultés de façon adéquate sur de nombreuses décisions de santé publique relatives à la COVID-19 qui ont une incidence sur eux-mêmes et leurs collectivités.

*Bon nombre des mesures de santé publique ont été mises en œuvre à tous les niveaux, avec peu de commentaires de la part des collectivités autochtones et peu de consultations auprès de celles-ci. C'est pourquoi la pandémie actuelle de COVID-19 a une incidence sur le possible ravivement du traumatisme subi par les peuples et les collectivités autochtones.*





# IMPLICATIONS ET CONCLUSIONS



Comme la COVID-19 évolue rapidement, il y a beaucoup à apprendre de la façon dont la stigmatisation s'est manifestée et a joué pour les communautés autochtones, ainsi que dans les régions nordiques, rurales et éloignées du Canada. Les résultats de cet examen rapide des données probantes montrent qu'il existe une pénurie de documentation concernant la stigmatisation, la COVID-19 et les communautés indigènes. Toutefois, en s'appuyant sur la littérature existante relative à d'autres maladies infectieuses (par exemple, la tuberculose et le VIH) et à des épidémies antérieures (MERS-CoV, H1N1, SRAS), il y a beaucoup à apprendre sur les facteurs de stigmatisation, les répercussions de la stigmatisation et les stratégies visant à atténuer la stigmatisation. Comme il ressort clairement de la littérature, la stigmatisation se manifeste de nombreuses manières différentes et se recoupe avec de nombreuses identités différentes (par exemple, raciale, sexuelle, religieuse, etc.). La stigmatisation existe également à différents « niveaux », tels que les niveaux intrapersonnel, interpersonnel, social et structurel. Des recherches récentes ont souligné l'importance de lutter contre la stigmatisation à ces différents niveaux et d'aller au-delà des stratégies d'éducation pour atténuer la stigmatisation (Livingston, Cianfrone, Korf-Uzan et Coniglio, 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016 ; Rao et al., 2019). À l'heure actuelle, les données sur les stratégies d'atténuation de la stigmatisation sont limitées, mal comprises et mal évaluées, notamment en ce qui concerne la COVID-19. Cependant, sur la base de recherches limitées, nous recommandons les recommandations générales suivantes pour l'atténuation de la stigmatisation.

1. **Stratégies spécifiques au contexte** : il n'existe pas de stratégie unique d'atténuation de la stigmatisation. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation doivent être spécifiques au contexte et à la communauté. Elles doivent pouvoir évoluer en fonction des besoins de la communauté et de l'évolution des circonstances. Elles doivent être fondées sur les souhaits et les besoins de la communauté et refléter la culture et les valeurs de celle-ci. Ce qui fonctionne dans une communauté ne doit pas être supposé fonctionner dans toutes les communautés.
2. **Basé sur les points forts et axé sur la résilience** : Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation et de la COVID-19 au sein des populations indigènes doivent reconnaître la résilience et les forces qui existent au sein des communautés indigènes depuis des siècles. Nous recommandons de travailler avec les communautés pour tirer parti des connaissances et des histoires locales, et de s'éloigner d'une optique centrée sur la maladie et fondée sur le déficit.
3. **Reconnaître les droits souverains des Premières nations, des Inuits et des Métis** : Les décideurs doivent connaître et reconnaître les expériences néfastes des politiques coloniales, ainsi que les impacts permanents de ces pratiques coloniales sur les Premières nations, les Inuits et les Métis. En outre, les décideurs doivent honorer ces communautés en tant que nations souveraines qui doivent être consultées et leur donner les moyens de prendre des décisions pour leurs propres communautés.
4. **Multiples facettes** : Comme les couches d'un oignon, nous avons besoin de stratégies multiples qui s'adressent simultanément à plusieurs systèmes. La stigmatisation est une construction complexe, à multiples facettes, qui est appliquée aux niveaux individuel, communautaire et organisationnel/ systémique; les stratégies d'atténuation de la stigmatisation devraient refléter cette réalité et, à leur tour, être à plusieurs niveaux et axées sur de multiples systèmes (plus que la simple éducation de l'individu). Les stratégies peuvent inclure l'éducation, le partage d'histoires, les discussions de groupe, la décriminalisation de la COVID-19, l'engagement organisationnel à lutter contre la stigmatisation, etc.

5. **Stratégies dynamiques** : La COVID-19 est une situation qui évolue rapidement et les stratégies doivent intégrer et répondre aux nouveaux problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. Les stratégies d'atténuation de la stigmatisation doivent pouvoir changer/évoluer en fonction des nouvelles informations et de la progression de la pandémie.
6. **Humilité** : Les décideurs doivent faire preuve d'humilité lorsqu'ils travaillent avec les parties prenantes et les autres décideurs. Ils doivent être disposés à travailler ensemble et à s'écouter les uns les autres, indépendamment de la culture, de l'origine ethnique, du sexe et de la race, et respecter l'histoire de chacun. Ils doivent être prêts à faire preuve d'empathie envers eux-mêmes et envers les autres et à réfléchir à leurs préjugés et à leurs suppositions. Ils doivent être inclusifs et encourager et embrasser la diversité afin de célébrer notre humanité commune et ce qui nous unit.
7. **Approche en partenariat** : Afin d'établir des priorités et de créer des stratégies culturellement spécifiques pour atténuer la stigmatisation, les décideurs doivent s'associer aux champions et aux dirigeants de la communauté. Il peut être bénéfique de s'appuyer sur les connaissances de la communauté lors de l'élaboration de ces stratégies.
8. **Méthodique, rigoureux et conscient des lacunes de la littérature** : Nous recommandons, lors d'une analyse rapide des données probantes sur les sujets autochtones, qui sont peu étudiés ou sous-représentés dans la littérature universitaire, d'inclure les sources de littérature grise, telles que les articles de presse, les récits oraux et les histoires afin de mieux représenter un compte rendu plus sain. Cela peut être fait de manière méthodique et rigoureuse, comme le démontre le présent document.

En outre, il est impératif que nous reconnaissons la résilience et les forces des communautés autochtones et que nous admettions la nécessité de stratégies et de solutions fondées sur les connaissances et les modes de vie autochtones. Ce travail n'est donc pas terminé. La prochaine étape consistera à imaginer et à élaborer des stratégies fondées sur ce travail, qui seront basées

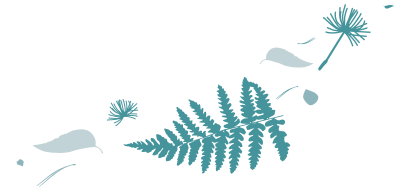
sur la communauté, dirigées par des autochtones et qui tiendront compte de la multitude de réalités culturelles, sociales et géographiques dans lesquelles vivent les peuples autochtones du Canada.

## Limitations

Cet examen rapide des preuves a plusieurs limites. Premièrement, en raison de la nature en évolution rapide de la COVID-19, la recherche évolue constamment et de nouveaux documents sont constamment produits. Cet examen ne prend en compte que les recherches décrites dans la documentation recueillie à un moment précis. Par conséquent, toute documentation publiée depuis lors n'est pas incluse ici. Deuxièmement, et de manière similaire à ce qui précède, il existe peu de recherches liées à la COVID-19 et aux Premières nations, aux Inuits, aux Métis ou aux peuples autochtones/indigènes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les expériences distinctes et uniques des Premières nations, des Inuits et des Métis et la stigmatisation liée à la COVID-19. L'approche de recherche pour ce travail devrait être centrée sur les modes de connaissance et d'être indigènes, et inclure des chercheurs, des chefs de communauté et des communautés indigènes. Troisièmement, notre recherche s'est limitée aux articles rédigés en anglais uniquement, excluant ainsi les recherches dans d'autres langues. Enfin, la littérature académique ne parvient pas à saisir les expériences réelles des peuples indigènes, car leurs voix sont souvent absentes du monde universitaire. Nous avons essayé de pallier ce problème en nous appuyant sur la littérature grise, ainsi que sur les récits du groupe de travail sur la stigmatisation. Cependant, les histoires que nous avons incluses peuvent ne pas offrir un reflet précis des différentes réalités, ni ne saisir l'image complète des expériences de stigmatisation avec la COVID 19.



# BIBLIOGRAPHIE



- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health, 96*(S2), S45-S61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Aguiar, W., & Halseth, R. (2015). *Aboriginal Peoples and historic trauma*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <http://deslibris.ca/ID/10066010>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*, discussion paper. Toronto, ON: Wellesley Institute.
- Bai, Y., Lin, C.-C., Lin, C.-Y., Chen, J.-Y., Chue, C.-M., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services, 55*(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>
- Baral, S.C., Karki, D.K., & Newell, J.N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: A qualitative study. *BMC Public Health, 7*(1), 211. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-211>
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences, 2*(4), 331-340.
- Benoit, C., Jansson, S.M., Smith, M., & Flagg, J. (2018). Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 457-471. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652>
- Bridges, A. (2020). Decisions about Indigenous ceremonies lie with community leaders, says Trudeau. *CBC News - Saskatoon*, May 14. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/indigenous-ceremonies-covid-19-federal-response-1.5570697>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Browne, A.J., McDonald, H., & Elliott, D. (2009). *Urban First Nations health research discussion paper*. Ottawa, ON: First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization. <https://doi.org/10.14288/1.0084587>
- Bruns, D.P., Kraguljac, N.V., & Bruns, T.R. (2020). COVID-19: Facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing, 104365962091772*. <https://doi.org/10.1177/1043659620917724>
- Bucharski, D., Reutter, L.I., & Ogilvie, L.D. (2006). "You need to know where we're coming from": Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care for Women International, 27*(8), 723-747. <https://doi.org/10.1080/07399330600817808>
- Budhwani, H., & De, P. (2019). Perceived stigma in health care settings and the physical and mental health of people of color in the United States. *Health Equity, 3*(1), 73-80. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0079>
- Budhwani, H., Hearld, K.R., Milner, A.N., Charow, R., McGlaughlin, E.M., Rodriguez-Lauzurique, M., Rosario, S., & Paulino-Ramirez, R. (2018). Transgender women's experiences with stigma, trauma, and attempted suicide in the Dominican Republic. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(6), 788-796. <https://doi.org/10.1111/sltb.12400>
- Cain, R., Jackson, R., Prentice, T., Collins, E., Mill, J., & Barlow, K. (2013). The experience of HIV diagnosis among Aboriginal People living with HIV/AIDS and depression. *Qualitative Health Research, 23*(6), 815-824. <https://doi.org/10.1177/1049732313482525>
- Cava, M.A., Fay, K.E., Beanlands, H.J., McCay, E.A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing, 22*(5), 398-406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>

- Centre for Disease Control. (2020). Reducing Stigma. US Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html>
- Charania, N.A., & Tsuji, L.J. (2012). A community-based participatory approach and engagement process creates culturally appropriate and community informed pandemic plans after the 2009 H1N1 influenza pandemic: Remote and isolated First Nations communities of sub-arctic Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 12(1), 268. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-268>
- Des Jarlais, D.C., Galea, S., Tracy, M., Tross, S., & Vlahov, D. (2006). Stigmatization of newly emerging infectious diseases: AIDS and SARS. *American Journal of Public Health*, 96(3), 561-567. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.054742>
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A.G., & Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science & Medicine*, 178, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Dobbins, M. (2017). Rapid review guidebook: Steps for conducting a rapid review. Hamilton, ON: National Collaborating Center for Methods and Tools. <https://www.nccmt.ca/tools/rapid-review-guidebook>
- Donnelly, L.R., Bailey, L., Jessani, A., Postnikoff, J., Kerston, P., & Brondani, M. (2016). Stigma experiences in marginalized people living with HIV seeking health services and resources in Canada. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27(6), 768-783. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2016.07.003>
- Driedger, S.M., Cooper, E., Jardine, C., Furgal, C., & Bartlett, J. (2013). Communicating risk to Aboriginal Peoples: First Nations and Metis Responses to H1N1 risk messages. *PLoS ONE*, 8(8), e71106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071106>
- Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G., Ryan, J. et al. (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00370-7>
- Eaton, L.A., & Kalichman, S.C. (2020). Social and behavioral health responses to COVID-19: Lessons learned from four decades of an HIV pandemic. *Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00157-y>
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 11-14. <https://doi.org/10.1177/0840470418807948>
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N.M., & Reading, C. (Eds.). (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' health in Canada: Beyond the social*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- 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. <https://doi.org/10.1177/1177180117714411>
- Hatala, A.R., Bird-Naytowhow, K., Pearl, T., Peterson, J., del Canto, S., Rooke, E., Calvez, S. et al. (2018). Being and becoming a helper: Illness disclosure and identity transformations among Indigenous people living with HIV or AIDS in Saskatoon, Saskatchewan. *Qualitative Health Research*, 28(7), 1099-1111. <https://doi.org/10.1177/1049732318764394>
- Hatala, A.R., Desjardins, M., & Bombay, A. (2016). Reframing narratives of Aboriginal health inequity: Exploring Cree Elder resilience and well-being in contexts of historical trauma. *Qualitative Health Research*, 26(14), 1911-1927. <https://doi.org/10.1177/1049732315609569>
- Health Canada. (2019). *Canada's health care system*. Ottawa, ON: Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>
- IFRC, UNICEF, & World Health Organization (WHO). (2020). *Social Stigma associated with COVID-19*. [https://www.unicef.org/media/65931/file/Social%20stigma%20associated%20with%20the%20coronavirus%20disease%202019%20\(COVID-19\).pdf](https://www.unicef.org/media/65931/file/Social%20stigma%20associated%20with%20the%20coronavirus%20disease%202019%20(COVID-19).pdf)
- Indigenous Corporate Training Inc. (2020). *Indigenous Peoples and COVID-19*. Indigenous Corporate Training blog, March 24. <https://www.ictinc.ca/blog/indigenous-peoples-and-covid-19>

- Jenkins, W.D., Bolinski, R., Bresett, J., Van Ham, B., Fletcher, S., Walters, S., Friedman, S. R. et al. (2020). COVID-19 during the opioid epidemic—Exacerbation of stigma and vulnerabilities. *The Journal of Rural Health*, 12442. <https://doi.org/10.1111/jrh.12442>
- Jetty, R. (2020). Tuberculosis among First Nations, Inuit and Métis children and youth in Canada: Beyond medical management. *Paediatrics & Child Health*, pzx183. <https://doi.org/10.1093/pch/pzx183>
- Jongbloed, K., Sharma, R., Mackie, J., Pearce, M.E., Laliberte, N., Demerais, L., Lester, R.T. et al. (2019). Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous Peoples: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 23(4), 984-1003. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2372-2>
- Kane, J.C., Elafros, M.A., Murray, S.M., Mitchell, E.M.H., Augustinavicius, J.L., Causevic, S., & Baral, S.D. (2019). A scoping review of health-related stigma outcomes for high-burden diseases in low- and middle-income countries. *BMC Medicine*, 17(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1250-8>
- Kermode-Scott, B. (2009). Canada has world's highest rate of confirmed cases of A/H1N1, with Aboriginal people hardest hit. *BMJ*, 339(b2746). <https://doi.org/10.1136/bmj.b2746>
- Larcombe, L., McLeod, A., Samuel, S., Samuel, J., Payne, M., Van Haute, S., Singer, M. et al. (2019). A Dene First Nation's community readiness assessment to take action against HIV/AIDS: A pilot project. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1588092. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1588092>
- Lee, S., Chan, L.Y.Y., Chau, A.M.Y., Kwok, K.P.S., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038-2046. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010>
- Lewnard, J. A., & Lo, N. C. (2020). Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, DOI: 10.1016/S1473309920301900. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30190-0)
- Link, B., & Hatzenbuehler, M.L. (2016). Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 653-673. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>
- Livingston, J.D., Cianfrone, M., Korf-Uzan, K., & Coniglio, C. (2014). Another time point, a different story: One year effects of a social media intervention on the attitudes of young people towards mental health issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(6), 985-990. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0815-7>
- Logie, C.H. (2020). Lessons learned from HIV can inform our approach to COVID-19 stigma. *Journal of the International AIDS Society*, 23(5). <https://doi.org/10.1002/jia2.25504>
- Logie, C.H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M.R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS Medicine*, 8(11), e1001124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001124>
- Logie, C.H., & Turan, J.M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and Behavior*, s10461-020-02856-02858. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02856-8>
- Loutfy, M.R., Logie, C.H., Zhang, Y., Blitz, S.L., Margolese, S.L., Tharao, W.E., Rourke, S.B. et al. (2012). Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE*, 7(12), e48168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048168>
- Marziali, M.E., Card, K.G., McLinden, T., Closson, K., Wang, L., Trigg, J., Salters, K. et al. (2020). Correlates of social isolation among people living with HIV in British Columbia, Canada. *AIDS Care*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1757607>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J. et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251.
- Mill, J.E., Edwards, N., Jackson, R.C., MacLean, L., & Chaw-Kant, J. (2010). Stigmatization as a social control mechanism for persons living with HIV and AIDS. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1469-1483. <https://doi.org/10.1177/1049732310375436>
- Moghadas, S.M., Pizzi, N.J., Wu, J., Tamblyn, S.E., & Fisman, D.N. (2011). Canada in the face of the 2009 H1N1 pandemic. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 5(2), 83-88. <https://doi.org/10.1111/j.1750-2659.2010.00184.x>

- Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F. et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (Ed.). (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change*. Washington, DC: The National Academies Press.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAH). (2016a). *Pandemic planning in Indigenous communities: Lessons learned from the 2009 H1N1 influenza pandemic in Canada*. Prince George, BC: Author. <http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/176/NCCAH-FS-InfluenzaPandemic-Part03-Halseth-EN-Web.pdf>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAH). (2016b). *The 2009 H1N1 influenza pandemic among First Nations, Inuit and Métis peoples in Canada: Epidemiology and gaps in knowledge*. Prince George, BC: Author. <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/other/F5-InfluenzaEpidemiology-EN.pdf>
- Newman, P.A., Woodford, M.R., & Logie, C. (2012). HIV vaccine acceptability and culturally appropriate dissemination among sexually diverse Aboriginal peoples in Canada. *Global Public Health*, 7(1), 87-100. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.549139>
- Nguyen, P.V., Naleppa, M., & Lopez, Y. (2020). Cultural competence and cultural humility: A complete practice. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/15313204.2020.1753617>
- Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M.L., Lean, R.M., Mitchell, E.M.H. et al. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Page, K.R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented U.S. immigrants and Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), e62. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005953>
- Pan, P.J.D., Chang, S.-H., & Yu, Y.-Y. (2005). A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: Learning from practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(4), 363-374. <https://doi.org/10.1080/01933920500186951>
- Pantelic, M., Steinert, J.I., Park, J., Mellors, S., & Murau, F. (2019). 'Management of a spoiled identity': Systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Global Health*, 4(2), e001285. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001285>
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2019a). *Accelerating our response: Government of Canada five-year action plan on sexually transmitted and blood-borne infections*. Ottawa, ON: Author. [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_acquisitions\\_list-ef/2019/19-35/publications.gc.ca/collections/collection\\_2019/asp-phac/HP40-251-2019-eng.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2019/19-35/publications.gc.ca/collections/collection_2019/asp-phac/HP40-251-2019-eng.pdf)
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2019b). *Addressing stigma: Towards a more inclusive health system. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2019*. Ottawa, ON: Author.
- Rao, D., Elshafei, A., Nguyen, M., Hatzenbuehler, M.L., Frey, S., & Go, V.F. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: State of the science and future directions. *BMC Medicine*, 17(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1244-y>
- Saewyc, E., Clark, T., Barney, L., Brunanski, D., & Homma, Y. (2014). Enacted stigma and HIV risk behaviours among sexual minority Indigenous youth in Canada, New Zealand, and the United States. *Pimatisiwin*, 11(3), 411-420. <https://doi.org/10.1111/jpc.12397>
- Scott, M. (2020). Territory kicks out Gwich'in man who tried to move home to Inuvik during pandemic. *CBC News*, May 3. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/man-sent-south-inuvik-hometown-1.5553605>
- Smith, L.T. (1999). *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples* (2nd ed.). Zed Books.
- Spence, N., & White, J.P. (2010). Scientific certainty in a time of uncertainty: Predicting vulnerability of Canada's First Nations to pandemic H1N1/09. *International Indigenous Policy Journal*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.18584/iipj.2010.1.1.1>

- Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H., van Brakel, W., Simbayi, L.C., Barré, I., & Dovidio, J.F. (2019). The health stigma and discrimination framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sterritt, A. (2020). Pause sweat lodges and pipe ceremonies, restrict contact to stop COVID-19, say Indigenous doctors. *CBC News*, March 21, <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/covid-suspend-sweat-lodges-pipe-ceremonies-1.5504541>
- Task Group on Stigma and COVID-19. (2020). *Task Group on Stigma and COVID-19 Terms of Reference*. Ottawa, ON: Author.
- The Lancet. (2020). COVID-19: Learning from experience. *The Lancet*, 395(10229), 1011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30686-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30686-3)
- Tricco, A.C., Langlois, E.V., & Straus, S.E. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide*. Geneva: World Health Organization and Alliance for Health Policy and Systems Research. <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P.L., Browning, W.R., Raper, J.L., Mugavero, M.J., & Turan, J.M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- Turan, J.M., Elafros, M.A., Logie, C.H., Banik, S., Turan, B., Crockett, K.B., Pescosolido, B., & Murray, S.M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>
- UNAIDS. (2020). *Rights in the time of COVID-19—Lessons from HIV for an effective, community-led response*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/human-rights-and-covid-19\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_en.pdf)
- Wesley-Esquimaux, C.C., Smolewski, M., & Aboriginal Healing Foundation. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Woodgate, R.L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017). “People try and label me as someone I’m not”: The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science & Medicine*, 194, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.002>
- World Health Organization [WHO]. (2005). *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 16(3), 168. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal046>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Geneva: Author, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Worthington, C., Mollison, A., Herman, T., Johnston, C., Masching, R., Pooyak, S., Lee, R., & Loutfy, M. (2020). A qualitative study of community-based HIV/AIDS prevention interventions, programs, and projects for rural and remote regions in Canada: Implementation challenges and lessons learned. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(1), E28-E37. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000878>

## Crédits photos

- Couverture extérieure : © iStockPhoto.com/borchee, (1161394969).
- Couverture intérieure : © iStockPhoto.com/corradobarat, (1267623909).
- Page 4 : © iStockPhoto.com/PamWalker68, (1220481786).
- Page 8 : © iStockPhoto.com/Ekspansio, (125546212).
- Page 10 : © iStockPhoto.com/TDImage, (522907245).
- Page 11 : © iStockPhoto.com/shaunl, (908900882).
- Page 12 : © iStockPhoto.com/chinaface, (814242396).
- Page 14 : © iStockPhoto.com/Lindsay Guido, (1167254906).
- Page 15 : © iStockPhoto.com/GSPictures, (155158993).
- Page 17 : © iStockPhoto.com/Skyhobo, (491656170).
- Page 18 : © iStockPhoto.com/borchee, (514175137).
- Page 20 : © iStockPhoto.com/HEIZO, (1248250514).
- Page 22 : © iStockPhoto.com/sharply\_done, (136917788).
- Page 23 : © iStockPhoto.com/Eerik, (618728164).
- Page 24 : © iStockPhoto.com/vora, (1246176721).
- Page 27 : © iStockPhoto.com/YouraPechkin, (118099179).
- Page 33 : © iStockPhoto.com/redtea, (1218607509).





# ANNEXE 1 : RECHERCHE DOCUMENTAIRE



Nous avons entrepris un examen rapide des preuves, guidé par le Guide d'examen rapide du Centre national de collaboration des méthodes et outils (Dobbins, 2017), afin de rassembler les preuves existantes pour répondre à la question de recherche suivante : **Quelles sont les meilleures pratiques pour prévenir et atténuer la stigmatisation liée à la COVID-19 dans les communautés autochtones, rurales, éloignées et nordiques du Canada?** Afin de répondre à cette question, nous avons posé les questions suivantes

1. Quelles stratégies d'atténuation de la stigmatisation ont été utilisées par les communautés autochtones du Canada lors d'épidémies, de pandémies ou de flambées de maladies infectieuses antérieures (c'est-à-dire la COVID-19, VIH/sida, tuberculose, grippe H1N1)?
2. Quels sont les facteurs à prendre en compte pour atténuer la stigmatisation liée aux maladies infectieuses au sein des communautés rurales, isolées, nordiques et autochtones du Canada?

Les examens rapides des données probantes sont un « type de synthèse des connaissances dans lequel les processus d'examen systématique sont accélérés et les méthodes sont rationalisées afin de terminer l'examen plus rapidement que dans le cas des examens systématiques typiques » (Tricco, Langlois, & Straus, 2017, p. 3). En règle générale, dans une étude systématique complète, une recherche exhaustive de toutes les preuves disponibles sur cette question est entreprise (Dobbins, 2017). Étant donné que la COVID-19 est un sujet nouveau et émergent, et que les décideurs doivent agir rapidement en fonction de l'évolution des données probantes, nous avons travaillé avec un bibliothécaire universitaire pour élaborer une stratégie de recherche efficace et efficiente afin de recueillir des résultats pertinents en temps utile (Dobbins, 2017). Les examens rapides des données probantes sont utiles aux décideurs politiques lorsqu'ils tentent de prendre des

décisions rapides fondées sur des données probantes de haute qualité (Tricco et al., 2017).

La recherche documentaire a été menée en mai 2020 et répétée en octobre 2020. Six bases de données ont été systématiquement consultées, dont Pubmed, CINAHL, PsychInfo, OVID Medline, Web of Science et Native Health Database. Les termes de recherche suivants ont été utilisés, y compris les rubriques MeSH pertinentes :

- 1) Coronavirus/COVID-19 OU épidémie OU pandémie OU TB/TB OU VIH OU Virus de l'immunodéficience humaine /VIH/SIDA OU H1N1 OU SRAS OU MERS
- 2) Premières nations, Inuits, Métis, autochtones, indigènes
- 3) Stigmatisation, attitude, discrimination, iniquité, préjugés, honte
- 4) Canada

Au total, 279 documents ont été identifiés grâce à cette stratégie de recherche. Parmi ceux-ci, 100 doubles ont été supprimés et 179 documents sont restés. Les articles ont été exclus s'ils n'étaient pas rédigés en anglais (n=0), s'ils ne comprenaient pas une population humaine d'étude (n=1) ou s'ils avaient été publiés avant 2000 (n=12). L'année 2000 a été choisie, car les travaux de Linda Tuhiwai Smith sur les méthodologies de décolonisation avaient été publiés récemment, en 1999, établissant une nouvelle norme pour la recherche avec les peuples indigènes (Smith, 1999). De plus, l'an 2000 a marqué un tournant du point de vue technique et des soins de santé, avec un accès plus large à la technologie et aux médias sociaux, et un changement vers la sécurité des patients et une attention accrue envers les expériences des patients au sein du système de soins de santé (Santé Canada, 2019). Cette évolution est pertinente dans la mesure où l'information sur la santé devenait plus accessible à tous, et aussi parce que l'on parlait de plus en plus de stigmatisation, de discrimination et de racisme au sein du système de santé. Sur les 179 articles restants, les résumés et les titres ont été examinés et les articles qui

n'étaient pas pertinents pour la question de recherche ont été retirés. Après examen des titres et des résumés, 148 articles ont été exclus car leur sujet ne correspondait pas aux questions de recherche ou l'article n'était pas accessible. Par conséquent, 18 documents ont été conservés (voir figure 1). Sept documents supplémentaires ont été inclus sur la base d'un examen des listes de référence ou des recommandations du groupe de travail comme étant pertinents pour le sujet, pour un total de 25 documents (voir figure 1).

Les 25 documents retrouvés ont été examinés et évalués de manière critique par deux évaluateurs indépendants et les preuves ont été synthétisées ci-dessous.

## Résultats de la recherche :

Notre stratégie de recherche a donné 25 documents. Parmi ces documents, trois ont été publiés avant 2010 (Bucharski et al., 2006; Des Jarlais et al., 2006; Newman et al., 2012) et les 23 autres documents ont été publiés entre 2010 et 2020. La plupart des articles ont été publiés au Canada (n=19/25), cinq aux États-Unis (n=5/25) (Bruns et al., 2020; Centre for Disease Control, 2020; Des Jarlais et al., 2006; Kane et al., 2019; Rao et al., 2019) et un par l'Organisation mondiale de la santé basée à Genève (IFRC et al., 2020). Sur les 25 articles, six étaient des collaborations entre des chercheurs de différentes provinces (Cain et al., 2013; Hatala et al., 2018; Mill et al., 2010; Newman et al., 2012; Saewyc et al., 2014; Worthington et al., 2020).

### Nombre total de documents récupérés : N=279

Analyse de la base de données :

- Pubmed: N= 146
- Medline(Ovid): N= 18
- Web of Science: N= 33
- CINAHL: N= 37
- PsychInfo: N= 45
- Base de données sur la santé des autochtones : N= 0



### Nombre total de doublons supprimés : N=100



### Documents restants : N=179



### Après avoir examiné le titre et le résumé :

Numéros supprimés en raison de l'année de publication : N=12

Le langage : N=0

Population d'étude non humaine : N=1



### Après avoir examiné le texte complet :

- Numéros supprimés sur la base de critères d'exclusion :
- Sujet non centré sur COVID-19/peuples indigènes, stigmatisation : N= 148
- # restant : N=18
- # recommandé par le groupe de travail : N=7
- Total des documents : N=25

