

# Équité en matière de santé et groupes racialisés - Recensement des écrits

Le 10 juin 2011

M<sup>me</sup> Dianne Patychuk

(Conseil sur l'équité en matière de santé)

Préparé pour un projet conjoint

Nexus Santé/Conseil sur l'équité en matière de santé

visant à « Renforcer la capacité pour l'équité en promotion de la santé »



*your health promotion specialist  
votre spécialiste en promotion de la santé*

BUILDING CAPACITY

**Health Equity Council**

ELIMINATING DISPARITIES

## Remerciements

Au cours de l'année et demie consacrée au projet, le recensement des écrits a été inspiré, éclairé et appuyé par les questions, les idées et les conversations du groupe chargé de la planification (Subha Sankaran et Suzanne Schwenger de Nexus Santé et Kwasi Kafele et Christine Oluwole-Aina du Conseil sur l'équité en matière de santé), les membres du comité consultatif du projet (pour la liste complète des membres, voir Appendice D.), les partenaires locaux, les présentateurs et les participants. En outre, les personnes suivantes ont particulièrement contribué de nombreuses ressources, suggestions ou rétroactions à propos des diverses ébauches : Subha Sankaran et Hélène Roussel (Nexus Santé), Uppala Chandrasekera (Association canadienne pour la santé mentale, Ontario), Rose Cathy Handy (consultante pour le projet, volet francophone), Lili Sopher (Steps to Equity), Luc C. Carrière (Traducteur) et Hélène Gregoire, Emily Hansson et Ilene Hyman. Toute erreur ou omission relève toutefois de la responsabilité de l'auteure, Dianne Patychuk.

On a préparé ce document grâce au financement obtenu auprès du gouvernement de l'Ontario. Les points de vue qui y sont exprimés ne sont pas officiellement appuyés par le gouvernement de l'Ontario.

Également disponible en anglais.

Ces documents sont disponibles en ligne sous la rubrique «ressources» à [www.healthequitycouncil.ca](http://www.healthequitycouncil.ca) et à [http://www.nexussante.ca/projets/Renforcer\\_la\\_capacite/index.htm](http://www.nexussante.ca/projets/Renforcer_la_capacite/index.htm)

Il est possible de copier, de distribuer ou de mentionner le contenu du rapport à des fins non commerciales, à condition de fournir les crédits d'usage. Mention suggérée : « Patychuk, D. (2011), *Équité en matière de santé et groupes racialisés - Recensement des écrits*. Toronto (Ontario) : Nexus Santé et Conseil sur l'équité en matière de santé et Nexus Santé ».

*Nexus Santé et le Conseil sur l'équité en matière de santé vous remercient de votre intérêt dans ce travail et de votre appui à cette démarche. Étant donné que nos ressources sont conçues de manière à appuyer les initiatives de promotion de la santé locales, nous vous saurions gré de bien vouloir nous préciser en quoi cette ressource a appuyé votre travail ([equity@nexussante.ca](mailto:equity@nexussante.ca)).*

Nexus Santé

[www.healthnexus.ca](http://www.healthnexus.ca)

180 Dundas Street West, Suite 301, Toronto,

ON M5G 1Z8

Telephone: (416) 408-2249

Toll-free: 1-800-397-9567

[info@healthnexus.ca](mailto:info@healthnexus.ca)

Conseil sur l'équité en matière de santé

[www.healthequitycouncil.ca](http://www.healthequitycouncil.ca)

[healthequitycouncil@gmail.com](mailto:healthequitycouncil@gmail.com)

## Table des matières

1. Introduction et objet .....	4
1.1 Précis .....	4
1.2 À propos du recensement des écrits : Approche et limites .....	5
1.3 Les lacunes informationnelles et questions abordées par le recensement des écrits... 7	
2. Jeter les bases : Concepts clés.....	9
2.1 Vers une compréhension de l'équité en matière de santé.....	9
2.2 La pratique de promotion de la santé .....	15
2.3 Concepts pour la pratique de promotion de la santé anti-racisme/anti-oppression. ...	18
2.4 Les déterminants sociaux de la santé .....	30
2.5 Le racisme et la racialisation de la pauvreté .....	33
2.6 À l'échelle de l'Ontario .....	36
3. Les approches pour obtenir l'équité .....	39
3.1 À première vue .....	40
3.2 À deuxième vue .....	41
3.3 Qu'entend-on par « disparités racialisées en matière de santé »? .....	43
3.4 Le continuum universalité, compétence culturelle et anti-racisme/anti-oppression ...	46
3.5 Exemples d'iniquités de santé pouvant être perçues comme des disparités racialisées en matière de santé .....	54
4. Conclusion .....	58
Appendice A. Chronologie/Histoire du racisme au Canada .....	60
Appendice B. Anti-racisme et accès équitable à la santé en Ontario dans les années 1990. .	61
Appendice C. Méthodologie du recensement des écrits .....	62
Appendice D. Membres du comité consultatif . . . . .	64
Références .....	65

# 1. Introduction et objet

## 1.1. Précis

Ce recensement des écrits a pour but de renforcer la capacité pour l'équité en promotion de la santé parmi les groupes racialisés, en particulier ceux vivant dans des communautés à faible revenu. Ce recensement des écrits appuie une initiative dirigée par Nexus Santé et le Conseil sur l'équité en matière de santé et subventionnée par le Fonds pour les communautés en santé du ministère de la Promotion de la santé et du Sport. Cette initiative visant à renforcer la capacité comprend une collaboration avec un groupe consultatif et des équipes de planification locales pour faciliter des événements, une discussion significative et la création d'un partenariat/réseau sur ce sujet à l'échelle de l'Ontario. Un recensement des écrits préliminaire a appuyé la planification de cinq événements et conversations éclairées qui ont eu lieu partout dans la province, en anglais et en français, d'octobre 2010 à mars 2011. Ces conversations et événements ont permis d'approfondir les besoins en connaissances que le recensement des écrits pourrait combler.

L'initiative vise à combler les importantes lacunes quant aux démarches des communautés en santé et aux pratiques d'équité en matière de santé. Les lacunes précisées sont le manque d'intégration du racisme systémique comme déterminant structurel de la santé et le manque d'intégration de la justice « raciale » vu sous l'angle de l'équité actuelle. Vu la diversité croissante de la population et la preuve de plus en plus accablante de disparités de santé et sociales au sein des collectivités et à l'échelle de la province, il est impératif de combler ces écarts. Une sensibilisation accrue est nécessaire pour que les mesures, les analyses et les investissements contribuent à réduire plutôt qu'à accentuer les iniquités en matière de santé existantes et les inégalités en matière de santé deviendront encore plus racialisées.

Le recensement des écrits est rédigé principalement à l'intention des organisations qui s'adonnent à la promotion de la santé. La promotion de la santé est définie comme « le processus qui a pour but d'habiliter les personnes et les communautés à accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé » (OMS, 1986). L'objectif premier du recensement des écrits est d'appuyer la sensibilisation et l'action axés sur une compréhension du racisme systémique comme déterminant de la santé qui est imbriqué (et souvent camouflé) dans les politiques, les pratiques, les idéologies, les discours et les environnements sociaux institutionnels. La question particulière que pose le recensement des écrits est : « *À quoi ressemblerait la promotion de la santé si elle reposait sur une approche anti-oppression/anti-racisme?* ».

Les résultats du recensement des écrits font ressortir l'importance d'un mode de pensée à propos des iniquités raciales en santé. Les réalisations du recensement des écrits ont été l'importance de comprendre comment la discrimination structurelle, le racisme et les privilèges des Blancs sont imbriqués dans notre société et comment ces phénomènes perpétuent les disparités racialisées en matière de santé. Cela comprend la mise au jour des injustices historiques, et une levée de boucliers contre les injustices actuelles.

Le recensement des écrits propose un continuum : non-discrimination/universalisme, compétence culturelle/multiculturalisme, anti-oppression/anti-racisme (notamment l'analyse des pouvoirs et un examen des privilèges des Blancs).

## 1.2 À propos du recensement des écrits : Approche et limites

Bien que le Fonds pour les communautés en santé inclue les « communautés ethnoculturelles » dans les populations prioritaires visées, le projet s'attarde aux « groupes racialisés » afin de mettre en lumière les disparités sociales, économiques, politiques et en santé avec lesquelles doivent composer les communautés confrontées à un racisme systémique.

Les domaines précis de promotion de la santé étudiés dans le cadre du recensement des écrits étaient : la saine alimentation/sécurité alimentaire, l'activité physique et la promotion de la santé mentale. En raison de la racialisation de plus en plus marquée de la pauvreté, nous élargissons le point focal du Fonds pour les communautés en santé qu'est la « saine alimentation » à la « sécurité alimentaire », c.-à-d. que toutes les personnes aient, à tout moment, un accès physique et économique à des aliments nutritifs, salubres, personnellement acceptables et culturellement adaptés et que leurs production et distribution soient écologiquement, socialement et économiquement justes (Alimentation juste, 2010).

Un recensement des écrits est un type de donnée probante qui peut éclairer la compréhension, l'explication et l'élaboration de plans d'action servant à résoudre des problèmes tels que les iniquités en santé. À titre de source de donnée probante pour appuyer la planification et de la prise de décisions, il est important de reconnaître que toute analyse/production de connaissances se situe à l'intérieur du paradigme ou de la vision universelle (mode d'acquisition du savoir) influencé par une idéologie, une histoire et une structure.

Ce recensement des écrits s'applique à l'approche d'analyse de l'équité en matière de justice

Les particuliers/chercheurs « qui ne sont pas disposés à se renseigner sur les concepts de rechange présents dans d'autres cultures ou sous-cultures doivent soit admettre d'emblée que leurs connaissances sont particulières, de portée occidentale et de nature eurocentrique ou accepter l'évaluation selon laquelle ils font partie de l'eurocentrisme camouflé qui prévaut dans leur société.  
(Teo et Febraro, 2003)

« raciale » qu'elle prône. Une approche anti-oppression/anti-racisme invite les chercheurs et les auteurs à examiner l'emplacement social de la manière dont nous affirmons, rédigeons et agissons. Dans ce cas, le parti pris anglo-eurocentrique présent dans la recherche universitaire publiée est l'une des limites de ce recensement des écrits. Ce parti pris anglo-eurocentrique serait le mieux traité par ce que Teo et Febraro (2003, document en ligne) décrivent comme « une action positive pour les savoirs culturels alternatifs, qui cible les voix silencieuses, les connaissances réprimées et les

idées négligées des cultures et sous-cultures ».

On a complété la littérature publiée par des rapports locaux, de la recherche communautaire, des comptes rendus d'ateliers, des commentaires émanant du comité consultatif de projet et d'autres documents (prose, poésie repiquée). On a puisé à ces sources pour « vérifier » ou valider les travaux publiés au moyen du savoir-faire et de l'expérience vécue des activistes et de Monsieur et Madame-tout-le-monde (Popay, 2003). Étant donné que la méthodologie derrière le recensement des écrits ne comprenait pas de recherche communautaire, il aurait été inconvenable d'inclure dans le présent document des extraits ou des citations reflétant les voix des communautés provenant d'autres travaux.

Les limites de la littérature anglo-eurocentrique deviennent particulièrement nettes lorsqu'on considère la diversité parmi les communautés francophones. Le contexte -- et l'oppression historique -- des Franco-Ontariens, des Québécois, des Acadiens et des communautés d'expression française relevant des groupes d'immigrants et/ou des minorités raciales présentent des ressemblances et des différences qui compliquent l'utilisation d'une seule « lentille francophone » pour mener un recensement des écrits. Même si cette littérature s'inspirait des commentaires des francophones et s'attardait à la documentation francophone (par opposition à celle bilingue) et qu'elle était traduite en français, on prévoit un rapport complémentaire sous la direction d'un groupe de personnes francophones et d'expression française qui participe au projet. Cela créerait l'« espace » permettant d'étoffer les perspectives francophones.

Le racisme systémique vécu par les communautés des Premières nations, des Métis et des Inuits est internationalement constaté et surveillé (Rapport du rapporteur spécial de l'ONU, 2010). L'héritage de l'oppression coloniale, des droits constitutionnels et des autres

Sur un territoire volé  
« *Tout ce que nous tentons de réorganiser et de redistribuer dans ce pays se trouve sur un territoire volé.* »  
(Neigh, 2008, p. 195)

questions fait ressortir l'importance d'une étude élargie au-delà du point focal du présent recensement des écrits. Des articles récents parus dans la *Revue canadienne de santé publique*, sous le titre « Apartheid au Canada » décrit les conditions inacceptables dans lesquelles vivent les

communautés autochtones (Paradis, 2009). Bowering (2009, p. 397) commente cette « vérité gênante » liée aux déterminants « intentionnels et structurels » des iniquités en santé chez les autochtones qui découlent de ce qu'on pourrait qualifier d'« apartheid » (c.-à-d. des différences structurelles légiférées dans la gouvernance qui ont pour effet de réduire les possibilités et les niveaux de vie d'un groupe « ethnique ou racial » par rapport à un autre). Les communautés autochtones subissent un racisme systémique depuis des siècles, mais elles ont acquis un statut distinct en tant que premiers peuples du Canada à comparer aux autres groupes qui subissent du racisme et qui sont couramment définis comme des « groupes racialisés ».

Le présent recensement des écrits est une « synthèse » qui puise dans un vaste corpus de travaux antérieurs. La littérature pertinente peut être répartie selon les sujets suivants :

- la racialisation de la pauvreté;

- le racisme dans l'accès aux déterminants de la santé tels que le logement, l'emploi, la sécurité du revenu, la justice et l'éducation;
- le racisme en tant que déterminant de la santé;
- les disparités en matière de santé signalées selon les divers groupes racialisés;
- les bibliographies, les recensements des écrits, les lexiques et les guides quant aux changements organisationnels (c.-à-d. compétence en diversité, compétence culturelle, anti-racisme/anti-oppression);
- les époques et les exemples dans l'histoire du racisme structurel en Ontario et au Canada;
- les concepts clés touchant l'équité, le racisme et les oppressions interreliées (notamment la théorie critique raciale et la politique de la différence);
- les ressources portant expressément sur le racisme structurel dans nos trois domaines d'intervention :
  - la promotion de la santé mentale;
  - l'accès à l'activité physique, aux loisirs et aux sports;
  - la saine alimentation/sécurité alimentaire.

Le recensement des écrits puise dans les documents historiques tout en se concentrant sur les ressources en anglais et en français produites depuis 2001. L'Annexe C décrit la méthode de consultation de la littérature. Ce recensement comprend des idées émergentes de la discussion ou de la synthèse qui dépassent le champ de portée de la documentation mentionnée.

L'élaboration d'une approche de partage des pratiques prometteuses constitue un volet particulier du projet (Un guide de ressources).

### 1.3 Les lacunes informationnelles et questions abordées par le recensement des écrits

Les définitions et les exemples pour appuyer une discussion de l'équité en matière de santé, de l'approche anti-racisme/anti-oppression et des déterminants structurels de la santé sont indiqués pour les motifs suivants :

- l'équité en matière de santé n'est pas un concept bien compris ou appliqué;
- les organisations en sont à divers niveaux d'opérationnalisation d'une approche anti-oppression/anti-racisme dans les domaines de la formation du personnel, des politiques, des pratiques, des relations de travail, de la prise de décisions et de la gouvernance;
- les particuliers des différents contextes professionnels et communautaires présentent différents niveaux de confort et de possibilité à parler des questions abordées ici.

Le rapport tente d'inclure et de respecter la diversité des points de vue et les multiples sources d'information et niveaux de confort quant à la discussion du sujet. Grâce à l'initiative, nous avons appris que des espaces de discussion sont requis :

- là où il est possible d'envisager un monde sans racisme ni discrimination qui permettrait aux gens mal à l'aise de parler du racisme de se sentir inclus;
- là où il est sans danger de contester et de critiquer la domination/oppression imbriquée dans divers discours de sorte qu'elles puissent être examinées et exposées de façon critique;
- là où les points de vue divergents et les voix minoritaires, marginalisées, socialement exclues et souvent réprimées osent s'exprimer.

Est également requise une discussion franche des concepts qui provoquent de l'inconfort vu qu'ils contestent les valeurs et les idéologies dominantes (p. ex., que le Canada est un pays pacifique et accueillant où chaque résident jouit de droits protégés en vertu de la loi et appliqués par des politiques, des articles de lois et des ressources). L'histoire démontre le contraire (Curry-Stevens, 2005; Henry et Tator, 2009; Commission sur le racisme systémique, 1995; Commission ontarienne des droits de la personne, 2005). On fournit un calendrier du racisme au Canada (Annexe A).

Ce qui est devenu évident au fil du processus de réalisation du recensement des écrits a été l'importance de comprendre comment la discrimination structurelle, le racisme et les privilèges des Blancs sont imbriqués dans notre société et comment ces phénomènes

#### Privilèges des Blancs

*« Des avantages non mérités qui sont conférés de manière systématique aux membres d'un groupe social, en vertu d'une adhésion à un groupe. » (Carastathis, 2008, p. 8; voir McIntosh, 1988)*

perpétuent les disparités racialisées en matière de santé.

Les privilèges (privilèges des Blancs) doivent être perçus au-delà de la simple conscience

*La reconnaissance de la manière dont la santé est « façonnée par les iniquités structurelles comme le rang économique et/ou les expériences du racisme et de la discrimination raciale est nécessaire si nous devons passer à la création d'une société équitable et juste pour tous les Canadiens ». (Kobayashi et coll., 2008, p. 8)*

individuelle et des simples modalités par lesquelles les particuliers deviennent des alliés anti-racistes. Un changement organisationnel significatif et les pratiques de promotion de la santé devraient être enracinés dans une analyse du racisme structurel, des pouvoirs et des privilèges. Le langage et

les méthodes utilisés pour parler de ces questions doivent être adaptés aux divers profils démographiques et contextes des collectivités et des organisations (Rogers et Bowman, 2005).

Le racisme systémique et les iniquités sociales menacent la santé physique, la santé mentale et le bien-être. Les iniquités en santé peuvent être perçues comme « des expressions biologiques des relations raciales » (Krieger, 2005, 2007). L'équité en promotion de la santé exige une compréhension des « relations raciales ».



À mesure que les recherches sur les iniquités en matière de santé selon les catégories de groupes racialisés s'accroissent, il devient plus important que jamais qu'une analyse de cette information soit éclairée d'une conscience des déterminants structurels et d'une approche anti-oppression/anti-racisme. Autrement, les différences observées pourraient être mal comprises et attribuées à tort aux comportements biologiques ou stéréotypés touchant les catégories de groupes ethniques ou raciaux. Les occasions de prévenir et de réduire les disparités en santé seront ratées et les inégalités en matière de santé deviendront encore plus racialisées. On doit déplacer le point focal depuis les groupes ethniques, la génétique et la culture « à risque élevé » vers les « causes premières » des iniquités en santé débordant largement du champ de contrôle de la personne/collectivité.

Malgré la diversité de la population de l'Ontario depuis la période précédant la Confédération, le monoculturalisme (eurocentrisme) s'est imposé comme la norme. Les groupes ethnoraciaux sont perçus comme des groupes d'intérêts particuliers, peu d'attention étant portée à la manière dont les inégalités ethnoraciales en matière de santé émergent dans le contexte social, politique et économique élargi (van Ryn et Fu, 2003). En Ontario, l'omission d'élaborer des politiques, des programmes et des services de santé dans « un cadre qui reconnaît l'ensemble de la population comme étant essentiellement diversifiée » (Sabloff et coll., 1991) a marginalisé (subordonné) et rendu invisibles les inégalités en santé communautaire racialisées. On prévoit que les groupes racialisés en Ontario augmenteront de 250 p. 100 entre 2006 et 2031 (de 22,8 p. 100 à 40,4 p. 100 de la population) (Caron, 2010). Il est nécessaire que les approches en matière de lutte au racisme, d'expériences des collectivités francophones, d'autodétermination des Autochtones, d'équité et de justice sociale soient intégrées aux mesures de promotion de la santé.

## 2. Jeter les bases : Concepts clés

### 2.1 Vers une compréhension de l'équité en matière de santé

Nous débutons par les concepts d'équité en santé et de disparités racialisées en matière de santé. Au cours des années 1800, Rudolf Virchow a promu l'idée selon laquelle « toutes les maladies ont deux causes : une, pathologique; et une, politique » (Pinchuk et Clark, 1984

« *Toutes les maladies ont deux origines : une, pathologique; et une, politique.* » (Virchow, dans Pinchuk et Clarke, 1966)

dans Labonte, 1988). Une voix influente plus récente dans le domaine de la santé publique, Geoffrey Rose, est souvent cité pour une conclusion semblable, c.-à-d. : « Les déterminants primaires de la maladie sont principalement économiques et sociaux et, par

conséquent, les remèdes doivent également être économiques et sociaux. La médecine et la politique ne peuvent pas et ne doivent pas être tenues à l'écart l'une de l'autre. » (Rose, 1992, p.129, dans Warren, 2008, et Hofrichter, 2010).

L'équité en matière de santé pour ce qui est du statut de la santé, des soins de santé et des mesures de promotion de la santé depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) comprend des notions d'équité et de justice sociale (OMS,

Mouvement Populaire pour la Santé, 2000, 2005). « Atteindre l'équité en matière de santé » a été le premier objectif des Objectifs de santé pour l'Ontario (1987) et « réduire les

*« L'équité signifie justice sociale ou traitement juste : c'est un concept éthique fondé sur des principes de justice distributive. »*

*« L'équité, c'est l'absence de disparités de santé socialement injustes ou inévitables. »*

(Braverman et Gruskin, 2003)

iniquités sociales en santé » a été le premier objectif du gouvernement du Canada dans *Achieving Health for All* (Epp, 1996).

Aujourd'hui, les Normes de santé publique de l'Ontario (2008) exigent des conseils de santé à signaler toutes iniquités en matière de santé. En vertu des exigences législatives, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario) offre un appui scientifique et technique au système de santé et au gouvernement

pour protéger et promouvoir la santé des Ontariennes et des Ontariens et réduire les iniquités en matière de santé. Plusieurs organismes de services en santé se sont expressément engagés à assurer l'équité en matière de santé ou à réduire les disparités en santé.

### Équité en matière de santé, iniquités en matière de santé et disparités en matière de santé

L'équité est une notion distincte de ce qui est égal ou identique. Distribuer équitablement les services, fournir un accès équitable, dispenser des ressources équitables, etc. signifient réagir différemment selon les différents besoins afin de réduire ou de compenser les entraves, les risques, les vulnérabilités, les ressources et les autres aspects inégaux, afin d'étayer l'atteinte de résultats égaux parmi différents groupes de la population. Traiter la population comme si tout le monde pouvait également bénéficier d'un service, d'un programme, d'un changement de politique, d'une information, etc. a donné lieu à des disparités en santé et sociales qu'on aurait pu éviter en traitant les groupes de manière équitable (en tenant compte des différences) (Frohlich et Potvin, 2008; Macintyre, 2007).

La définition de l'iniquité en matière de santé la plus largement citée, d'abord proposée par Margaret Whitehead en 1990 (voir 1992, p. 430) est « les différences dans la santé qui sont non seulement inutiles et évitables mais, en plus, jugées inéquitables et injustes ». Élargissant ce concept, Braverman (1998, p. 10) a défini l'équité en matière de santé comme « la minimisation des disparités évitables en santé et ses déterminants entre les groupes de personnes qui ont différents niveaux d'avantages ou de privilèges sociaux, c.-à-d. différents niveaux de pouvoir, de richesse ou de prestige en raison de leur rang dans la société par rapport aux autres groupes ». Les différences dans les avantages sociaux reflètent une hiérarchie sociale selon le statut socioéconomique, la géographie, les sexospécificités, les origines raciales/ethniques, la religion, la classe professionnelle, l'éducation, l'orientation sexuelle, les handicaps, l'âge ou tout autre statut (Braverman, 1998; Braverman et Gruskin, 2003). La définition de l'équité en matière de santé proposée par la Société internationale pour l'équité en santé (2000) est similaire, c'est-à-dire : « l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables,

dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, démographiquement ou géographiquement ».

*« Les différences dans les résultats de santé [sont] inévitables si elles sont le produit d'ententes sociales injustes. »*  
»(Fabienne, dans Anand et coll., 2004).

*« Les disparités de santé peuvent être interprétées comme des iniquités en matière de santé lorsque les connaissances existantes indiquent que leurs origines sont étroitement liées à des structures sociales injustes ou aux déterminants sociaux de la santé à un moment donné. »* (CASSA, 2010)

*« Les iniquités sont des différences en matière de santé qui découlent d'inégalités dans les conditions sociales et économiques sous-jacentes essentielles à la santé. »* (Edwards et Dreggier, 2011)

L'outil de planification des mesures d'équité en matière de santé du Service de santé publique de Sudbury et du District (2007) définit les iniquités en santé (selon un rapport préparé par l'ASPC, 2007) comme : « ces inégalités en matière d'hygiène qui sont systématiques, produites socialement (et par conséquent modifiables par des interventions de la société), et qui sont jugées inévitables et injustes. » Dans un effort de communication de cette définition en langage clair, les Instituts de recherche en santé du Canada (2010) soulignent que « les Canadiennes et les Canadiens ne devraient pas être dissuadés de concrétiser leur plein potentiel en matière de santé en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur revenu ou de toute autre circonstance déterminée socialement ».

Fabienne (2000) et Braverman et Gruskin (2003) précisent davantage que le terme « inévitable »

renvoie aux déterminants sociaux ou aux structures sociales injustes et que les mots « inévitable » et « injuste » sous-entendent « l'évitabilité ». Plus récemment, Edwards de l'Université d'Ottawa, DiRuggiero des Instituts de recherche en santé du Canada (2011) et des chercheurs du Council for Agencies Serving South Asians (CASSA, 2010) ont réitéré ces idées dans Braverman et Gruskin de manière utile (voir l'encadré).

Le recensement des écrits conclut que, puisque les iniquités en matière de santé sont des différences dans la santé qui découlent de structures sociales injustes (conditions, politiques et pratiques sociales et économiques qu'on peut modifier), une intervention liée à l'équité en santé exige qu'on démantèle les structures sociales injustes. Cela comprend un accent sur l'injustice enracinée dans les déterminants structurels des iniquités en matière de santé telles que le racisme, le classisme et la discrimination sexospécifique imbriqués dans la structure et les institutions de la société et dans le mode de répartition des pouvoirs et des ressources.

Évaluer l'équité en matière de santé exige de comparer la santé et ses déterminants sociaux parmi les groupes sociaux plus ou moins défavorisés. Ces comparaisons sont essentielles afin de déterminer si les politiques alimentent ou minent davantage la justice sociale dans le domaine de la santé. Le bilan de santé de la plupart des groupes socialement désavantagés représente une norme de santé atteignable chez tous les groupes socialement

définis (Braverman et Guskin, 2003; Wilkins, 1987, 2002) et est habituellement utilisé dans les comparaisons et les gradients sociaux.

Edwards et DiRuggiero (2011, p. 43) écrivent que « les iniquités sont façonnées par les influences structurelles de longue date telles que les politiques sociales et économiques de niveau mondial, macro et méso qui répartissent de manière inégale les pouvoirs et les ressources et avantagent certains groupes sociaux au détriment d'autres groupes. D'autres influences comprennent les normes sociales qui renforcent le racisme et les pratiques discriminatoires et stigmatisantes et la suffisance apparente à l'égard de l'exposition des classes différentielles aux conditions menaçantes pour la santé comme un piètre logement et des conditions de travail peu sûres. »

Au fil d'un recensement des écrits et d'études de cas, Edwards et DiRuggiero montrent comment la compréhension du contexte et des injustices historiques peut mettre en lumière les iniquités en matière de santé observées pour permettre une compréhension valide des différences. Les exemples qu'ils utilisent sont la façon dont les couches d'injustices historiques influent sur la santé des Autochtones au Canada et la façon dont une nouvelle analyse contextuelle multi-paliers des politiques d'éducation explique les écarts d'analphabétisme selon la « race » aux États-Unis. Compte tenu des profondes racines des iniquités en santé dans le domaine des injustices sociales, il est nécessaire de reconnaître que même les interventions culturellement adaptées peuvent par mégarde reproduire des processus sociaux injustes. Ces interventions font ressortir l'importance d'inclure une analyse des injustices historiques dans le processus de recherche, d'analyse et de planification.

#### Points clés

Les iniquités en matière de santé sont profondément enracinées dans des structures sociales injustes et dans des conditions sociales injustes.

Comprendre l'héritage, l'histoire et le contexte des injustices sociales constitue une étape clé dans l'explication et la décision quant aux façons de réagir aux iniquités en santé parmi les groupes socialement déterminés comme les groupes racialisés.

Les programmes et les services, même ceux qui sont culturellement compétents, sont insuffisants et peuvent renforcer le phénomène d'injustices sociales.

La pratique de l'équité en matière de santé comprend le fait de s'attaquer aux structures sociales injustes.

Les termes « inégalités en matière de santé », « disparités en matière de santé » et « iniquités en matière de santé » sont souvent remplacés l'un par l'autre. « Inégalités en matière de santé » est couramment utilisé au Royaume-Uni tandis que « disparités en matière de santé » est utilisé de manière plus usuelle aux États-Unis. Statistique Canada (2005), l'Agence de santé publique du Canada et le Comité consultatif fédéral/provincial/Territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2006) ont souvent appliqué le terme « disparités en matière de santé ».

Puisque les disparités en matière de santé dont il est question ont trait aux déterminants structurels de la santé qui produisent une distribution injuste des possibilités de santé et un accès injuste à ces possibilités, nous recourons au terme « iniquités en matière de santé » à partir d'ici.

## Les chartes d'équité en matière de santé, la lentille de l'équité, l'étude d'impacts de l'équité et les vérifications de l'équité

Dans la pratique, l'équité en matière de santé utilise habituellement une forme de lentille de l'équité. Utiliser un certain type de lentille ou d'outil de l'équité s'apparente à porter une paire de lunettes pour mieux voir l'objet convoité. La plupart d'outils d'équité comprennent une considération quelconque du revenu ou de la pauvreté et des groupes ethniques. Bon nombre d'entre eux renvoient aux conditions de vie et de travail et certains comprennent les conditions sociales élargies. Cependant, peu font explicitement mention du racisme ou de la racialisation ou incluent une mesure particulière liée aux déterminants structurels de la santé. Certains exemples qui intègrent une attention explicite au racisme structurel ont été sélectionnés et sont énumérés ci-dessous.

*Conseil sur l'équité en matière de santé (2005), Charte pour l'équité et la diversité en matière de santé : un cadre d'action.*

« C'est en élaborant un cadre inclusif prévoyant la prestation de services de santé financés par les deniers publics et universellement accessibles que nous pouvons obtenir des résultats favorables et équitables dans le secteur de la santé au sein de communautés diversifiées. Pour ce faire, il faut reconnaître clairement, sur le plan des politiques, de la planification, de l'éducation et de la formation, du financement et de la recherche, que le racisme ou la racialisation et toute autre forme d'exclusion ou d'oppression constituent des déterminants sociaux fondamentaux qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être. »

*Annie E. Casey Foundation (2006), Racial Equity Impact Analysis: Assessing policies, programs, and practices, dans le cadre de la trousse d'outils Race Matters. Cet outil comprend cinq questions.*

1. Qui sont les groupes raciaux/ethniques dans la région? Quant à cette politique, ce programme ou cette pratique, quels résultats sont souhaitables et de quelle façon atteindra-t-on chaque groupe?
2. Existe-t-il des disparités actuelles selon la race ou l'ethnicité dans le cadre de cette question ou des dossiers étroitement liés? Comment en est-on arrivé là? (notre insistance) Si des disparités existent, comment seront-elles visées par cette politique, ce programme ou cette pratique?
3. À propos de la politique, du programme ou de la pratique, quelles stratégies applique-t-on et comment seront-elles perçues par chaque groupe?
4. Les voix de tous les groupes sont-elles perturbées par l'intervention autour de la table?
5. Les réponses aux questions n<sup>os</sup>1 à 4 contribuent-elles à combler l'écart dans les disparités raciales de manière culturellement adaptée et inclusive? Si non, comment pourrait-on revoir la politique, le programme ou la pratique? Si oui, comment peut-on documenter la politique, le programme ou la pratique de manière à offrir un modèle à d'autres?

*Aboriginal Health Impact Statement (Australie), Ministère de la Santé de New South Wales (2007).*

L'objectif consiste à s'assurer que les besoins et les intérêts des peuples aborigènes soient intégrés aux phases d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de toutes les initiatives du ministère de la Santé de New South Wales. Il décrit les incidences et comment on a demandé et intégré les commentaires des peuples aborigènes.

*Race Equality Impact Assessments (REIA), Commission des soins de santé du Royaume-Uni (2006).*

Le but de l'étude d'impacts de l'égalité raciale ou REIA est de « s'assurer que les organismes publics déterminent et éliminent le racisme de chacun des volets de la fonction publique et qu'ils contribuent activement à créer une société juste ». Cela comprend une élaboration de politiques et un examen des programmes et des politiques.

*A Strategic Framework for Improving Racial/Ethnic Minority Health and Eliminating Racial/Ethnic Health Disparities, Bureau américain de la santé des minorités, (2008).*

Il s'agit d'un guide de planification réfléchi pas à pas fondé sur une approche de modèle logique. Il met l'accent sur les facteurs systémiques et a comme point de départ les problèmes à long terme.

*Racial Equity Theory of Change, qui comprend des feuille de travail sur l'équité raciale, Aspen Institute (2009).*

Cette série d'outils intègre le racisme structurel et comprend le renforcement de processus communautaires habilités afin de façonner la vision et le plan d'action (Institut Aspen).

Autres exemples (certains se retrouveront dans la prochaine section dans la version définitive) :

- *Safehouse, Tools for Liberation Packet For Building a Multi-Ethnic, Inclusive & Antiracist Organization, (2007) - Version abrégée.*
- *Colour of Poverty/Colour of Change (2010) Racial Equity Report Card Framework.*
- *Dismantling Racism Tool Kit, Western States Centre (2003), États-Unis.*
- *Community Action Partnership Racial Equity and Economic Security (2011), Site Web qui héberge de nombreux outils et ressources sur l'équité raciale, une documentation principalement américaine.*
- *Racial Equity Tools, Comprend des outils d'évaluation de l'équité raciale, Centre for Assessment and Policy Development (2009).*
- *Race for Health (2008), Utilise l'examen par les pairs et la formation par les pairs pour diriger les démarches sur l'égalité raciale au sein du National Health Service (R.-U.) (soins primaires, développement communautaire).*
- *Health & Racism Working Group (2011), Centre de santé communautaire de Mississauga-Est.*

Des mouvements ont été enclenchés en vue d'élargir la collecte de données sur les groupes raciaux autodéterminés qui serviraient à surveiller l'accès aux services de santé, la qualité de ces services et leurs résultats. La littérature sur la question n'a pas été examinée aux

fins du présent rapport, mais elle a été l'objet de recherche du Conseil sur l'équité en matière de santé et de plusieurs de ses membres.

## 2.2 La pratique de promotion de la santé

L'équité et la justice sociale sont précisées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) comme conditions préalables à la santé. La recherche sur l'équité en matière de santé et les iniquités en matière de santé a porté davantage sur les iniquités en soins de santé que sur les iniquités en promotion de la santé.

Wallerstein (1992) souligne que l'habilitation, l'équité et la participation sont contenues dans la définition que donne l'OMS de la promotion de la santé, à savoir « le processus qui a pour but d'habiliter les personnes et les collectivités à accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé », en partie grâce à des mesures politiques, créant ainsi un environnement plus sain (OMS, 1986a, 1986b). Les mesures de promotion de la santé comprennent : parfaire les aptitudes personnelles, consolider les démarches communautaires, réorienter les services de santé, instaurer des milieux propices à la santé et renforcer les politiques publiques saines.

*« Pour atteindre un état de bien-être physique, mental [...] et social complet, une personne ou un groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins, changer le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est [donc] perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. » (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986)*

### Promotion de la santé - Situation actuelle

Selon Alvaro et coll. (2011, p. 1), « au cours des deux dernières décennies, les programmes et les politiques de promotion de la santé ont mis, de l'avis de certains, un accent « désaxé » sur les modes de vie individuels, avec une attention limitée au traitement des facteurs sociaux, économiques et politiques élargis qui créent et produisent les iniquités en matière de santé ». D'un côté, une bonne part du discours officiel porte sur un reproche individualiste à l'endroit des victimes qui sont qualifiées de socialement défavorisées (du fait qu'elles ne sont pas nanties) plutôt que sur la modification des politiques qui accentuent les disparités sociales; de l'autre, on appuie nettement en quelque sorte la démarche visant à s'attaquer aux déterminants stratégiques de la santé. Cette dichotomie est manifeste dans ce qui suit : la discussion des approches de « santé dans toutes les politiques » et des outils d'étude d'impacts de la santé; le soutien financier des mesures de modification des politiques pour créer des environnements physiques, bâtis et sociaux qui appuient les collectivités saines (Fonds pour les communautés en santé); et les démarches de promotion menées par les organismes de santé sur l'allègement de la pauvreté, la sécurité alimentaire, le logement, l'environnement bâti, etc.

Il reste à voir comment cette polarisation du discours évoluera parallèlement à l'accentuation de la polarisation sociale (dans les professions, le revenu, la richesse, etc.). Néanmoins, la pratique de la promotion de la santé a le potentiel de prêter une attention

accrue aux structures sociales injustes et aux injustices historiques. Compte tenu de l'élargissement du fossé des disparités sociales (Réseau de planification sociale de l'Ontario, 2010), il est encore plus primordial de procéder ainsi.

### Défis de promotion de la santé chez les collectivités francophones (potentiellement applicables aux autres collectivités)

Trois défis en promotion de la santé dans le cas des minorités raciales francophones comprennent :

- les limites du multiculturalisme ou de l'ethnoculturalisme au moment de résoudre les questions d'accès aux soins de santé, les problèmes de santé évitables et la discrimination;
- la compétence culturelle inadéquate en soins de santé, en promotion de la santé, en recherche, en politiques, en prise de décisions;
- la disponibilité des fonds pour traiter les questions importantes de l'avis de ces groupes diversifiés (Handy, 2010).

Les minorités au sein du groupe des francophones sont délaissées lorsque les collectivités francophones sont traitées comme une seule et même entité linguistique et où les besoins des minorités raciales sont mal comblés. Cela comprend les cas où les structures de communication, de mobilisation communautaire et de gouvernance fonctionnent sans aucune conscience ni souci de cette diversité.

Plusieurs études ont montré que les collectivités francophones jouissent d'un accès restreint aux services de santé en tous genres en français (CCCFSM, 2001 et 2007; FCFA, 2001; RFSNO, 2006; Comité de planification des services de santé en français de la région de Toronto, 2006, M'Bala et coll., 2005, Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005). Les services et les fournisseurs sont souvent non culturellement conscients ou compétents par rapport aux besoins, aux valeurs et aux hypothèses de la diversité de la population francophone, et les clients et les fournisseurs peuvent entretenir des définitions fort différentes de la santé et de la maladie, des soins de santé et de la prise de décisions portant sur les services de santé (Irvine, 2010). L'accès à des services de santé élémentaires et accessibles sur le plan de la langue demeure une priorité essentielle en matière d'interventions (CCFSMC, 2007). L'absence d'attention portée aux graves problèmes de santé qui touchent les francophones des minorités raciales est plus importante pour la collectivité que pour la promotion de la santé (Handy, 2010).

Du point de vue des sexospécificités, on constate une absence des questions féministes dans les profils de santé des francophones par le passé et le défi que doivent relever les femmes est de se faire reconnaître d'abord en tant que personnes de sexe féminin puis en termes de leurs défis culturels, ethniques, religieux, sexuels et autres aussi (ROSF-OWHN, 2010). Les stratégies d'intervention proposées comprennent le fait de tenir compte de la diversité sous toutes ses formes (TFFCPO, 2000).



Les Noirs francophones subissent trois plus le phénomène de marginalisation –en tant que membres des groupes racialisés, à titre de minorité linguistique et en leur qualité de minorité raciale parmi le groupe linguistique des francophones. De manière semblable aux études sur la marginalisation des francophones des minorités raciales au Québec, Madibbo (2005, 2006) écrit que, en Ontario, les Blancs francophones, bien qu'ils luttent contre leur propre oppression, n'ont pas pleinement intégré les francophones en situation minoritaire dans la planification, la prise de décisions et l'accès aux ressources. Les autres communautés telles que celles qui parlent le tamoul, l'espagnol, le somalien, l'urdu et le pendjabi comptent un grand nombre de personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français, qui vivent selon un statut d'immigrant ou de réfugié et qui sont également confrontées à une marginalisation multiple, en outre accentuée par l'absence de services de santé et de promotion de la santé qui en tiennent compte.

Une enquête sur les promoteurs de la santé publique et de la santé communautaire menée par le Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé en 2004-2005 constatait un manque de documents adéquats en français, une absence de possibilités de formation en français, des ressources limitées pour la traduction et des ressources financières restreintes pour offrir des services en français. L'enquête signalait une « double charge » de mobilisation aux fins de ces travaux parmi une collectivité linguistique en situation de minorité. Ceux qui consacrent plus de 50 p. 100 de leur temps de travail avec la collectivité francophone étaient deux fois plus susceptibles de coter leur accès aux renseignements comme difficile ou très difficile, et ils mentionnaient un accès moindre à presque toutes les sources de renseignements en promotion de la santé, qu'elles soient officielles ou officieuses (Rush, 2005).

Le Consortium pour la promotion des communautés en santé (2009, 2010) a réalisé plusieurs évaluations des besoins auprès des coordonnateurs des Partenariats pour la promotion des communautés en santé pour recueillir les impressions sur la capacité des partenariats locaux de mobiliser des partenaires francophones. Nexus Santé a également effectué un sondage sur les organismes francophones et bilingues (en octobre 2009 : 235 participants ont rempli le questionnaire). Les résultats de 2009 indiquent qu'un grand nombre de coordonnateurs connaissaient mal la diversité de la collectivité francophone ou encore les rapports et ressources disponibles à l'appui. Les organismes francophones sont de taille plus réduite que celle de leurs homologues bilingues anglophones, ce qui complique d'autant la tâche de concevoir des initiatives plus viables pour satisfaire aux exigences de contributions financières du Fonds pour les communautés en santé. Les organismes francophones sont également moins spécialisés et ont tendance à adopter une perspective plus générique, *des observations qui s'appliquent vraisemblablement aussi aux organismes communautaires ethnospécifiques*. L'Alliance des réseaux ontariens de santé en français appuie les partenariats de promotion des « communautés en santé » locales en 2011 pour combler certaines lacunes fondamentales, mais les besoins des francophones en situation minoritaire demeurent peu comblés.

En plus du manque de services servant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, le Réseau francophone de santé du nord de l'Ontario et coll. (2006, p. 6) a également « déploré le fait que l'organisation des services survient sans la participation de la collectivité francophone. » L'Ontario a érigé des structures pour améliorer l'engagement à la fois des Autochtones et des francophones dans la planification des services de santé et l'établissement des priorités pouvant contribuer à corriger la situation. La question qu'il faut toujours se poser est la suivante : qui se trouve autour de la table décisionnelle et comment sollicite-t-on, inclue-t-on et traite-t-on les perspectives des Autochtones, des francophones et des groupes racialisés dans le cadre de la pratique usuelle de promotion de la santé.

### 2.3 Concepts pour la pratique de promotion de la santé anti-racisme/anti-oppression

La présente section décrit les principaux concepts permettant de comprendre le racisme structurel et l'anti-racisme. Cette section puise dans les glossaires, les recensements des écrits, les cadres théoriques et les débats parmi les théoriciens, les commissions d'enquête, les cadres de production de rapports, les activistes et les défenseurs, les auteurs et les poètes, ainsi que les trousseaux d'outils anti-racisme en anglais et en français. Bien que le terme « racialized group » (c.-à-d. groupe racialisé) soit le terme prédominant dans le discours anglophone, celui de « minorité raciale » correspond à la terminologie la plus couramment utilisée dans les documents francophones étudiés. La littérature fournit des moyens utiles de traiter l'inconfort à nommer le racisme et la peur de perpétuer la racialisation en y concentrant l'attention. Les thèmes et les définitions au fil du temps et dans diverses formes d'expression sont très uniformes.

Les rapports des gouvernements fédéral et provinciaux mentionnent que « le racisme et la discrimination raciale sont des réalités du quotidien au Canada » (Multiculturalisme et Citoyenneté Canada, 1989, p. 7, dans Commission, 1995, p. 43, Encyclopédie canadienne, 2010). Parfois, les porte-parole et les autres puissantes voix nient cette réalité. En 2011, le financement public des organismes qui appliquent une stratégie anti-racisme/anti-oppression et qui reconnaissent que le racisme et l'oppression existent au Canada ont été mis au défi par un petit groupe de personnes occupant des postes influents. Cela contribue à la peur de nommer le racisme au Canada. La donnée probante du racisme et de l'oppression au Canada, de même que les écrits et les enseignements théoriques sur le sujet, sont imposants et truffés de riches débats et d'idées utiles. Voir l'exemple de *The Theoretical Framework for the Racism Violence and Health Project* qui explore notamment la théorie critique de la race, le racisme anti-Noirs et l'afrocentricité (Warner, 2006). Le recensement des écrits ne peut refléter ce courant de pensée en quelques pages seulement. La démarche qu'on a entreprise consiste à isoler les principaux concepts pour « déloger » (JnoBaptiste, 2011) les portes closes pour discuter de la racialisation et des privilèges des Blancs et pour créer un espace où s'adonner à cette discussion.

Nous débuterons par l'ethnocentrisme, passerons ensuite à la construction sociale de la « race », de la racialisation et du racisme, étudierons l'intersectionnalité et terminerons par l'anti-racisme/anti-oppression.

## Eurocentrisme

L'eurocentrisme est une forme d'ethnocentrisme. Les expressions de l'eurocentrisme comprennent ce qui suit :

1) le racisme - certains groupes sont construits comme inférieurs aux groupes européens et les groupes européens sont conceptualisés comme les champions de l'évolution et des progrès sociaux;

2) les préjugés ethnocentriques individuels dans la production du savoir, le cadrage des

**Ethnocentrisme**  
*« Tendance à prendre comme modèle le groupe ethnique auquel on appartient et à ne valoriser que la culture de celui-ci, à en faire le seul modèle de référence. » (Phaneuf, 2009).*

**Ethnocentrisme**  
*« La perspective des choses selon laquelle le groupe d'une personne est au coeur de toute chose et selon laquelle tous les autres sont gradués et cotés par rapport à elle. » (Sumner 1906, dans Neuliep et coll., 2005).*

questions de recherche, l'élaboration des hypothèses et l'interprétation des données;

3) l'ethnocentrisme camouflé en duquel les perspectives euro-américaines/euro-canadiennes sont traitées et les autres perspectives ne sont pas perçues comme importantes quant à la pratique de la science et de la recherche de la vérité et à la donnée probante à propos d'un sujet (menant à de l'exclusion, de la négligence ou de l'assimilation ou à des perspectives/compréhensions universelles de rechange);

4) l'appareil culturel qui privilégie les savoir et savoir-faire euro-centriques tels que les critères

de financement, l'infrastructure de recherche et d'échange de connaissances, les politiques d'édition, etc.) (Teo et Febraro, 2003; Thompson, 2004).

## La racialisation et la construction sociale de la « race »

Les catégories « raciales » ont été créées durant l'expansion coloniale (survenue aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles) pour rationaliser la subjugation et l'esclavage des gens, l'appropriation (le vol) des terres et des ressources, le refus de la citoyenneté et la concentration de la richesse et des privilèges (Peterborough, 2010, AAA, 1998, Commission, 1995; Initiative ARC de Ryerson, 2010). « Les croyances « raciales » sont des mythes. » ... « La reconnaissance de la notion de « race » comme d'un mythe ne cherche pas à nier le pouvoir de la racialisation. » (Commission, 1995, p. 40).

La « racialisation » au Canada a été d'abord définie comme « le processus au moyen duquel les sociétés construisent des races comme réelles, différentes et inégales d'une manière qui compte dans les sphères économique, politique et sociale » (Commission sur le racisme systémique dans le système de justice pénale en Ontario, 1995; voir aussi Galabuzi, 2001).

La Commission (p. 39) va même jusqu'à affirmer que cela comprend :

« - choisir certaines caractéristiques humaines comme des indicateurs probants d'une différence raciale;

- trier les personnes selon des races à la lumière d'un écart dans ces caractéristiques;

- attribuer des traits de personnalité, des comportements et des caractéristiques sociales aux gens classés comme des membres de races particulières;
- agir comme si la race indique des différences socialement importantes parmi les personnes. »

La Commission ontarienne des droits de la personne (2008) décrit les communautés confrontées au racisme comme « racialisées ». La société construit l'idée de « race » selon des facteurs géographiques, historiques, politiques, économiques, sociaux et culturels, ainsi que des traits physiques (CODP, 2005, 2009). Divers rapports en anglais et en français notent que, suivant le contexte social, les collectivités peuvent également être racialisées, « isolées » ou « socialement exclues » en fonction de la langue, de l'ethnicité, du pays de naissance, de la religion, etc. sans appartenir à l'une des catégories de groupes racialisés principaux définis par Statistique Canada (CODP, 2009; CRIAW, 2002; Labelle et Levy, 1995; Madibbo, 2005, 2006). Potvin (2000) décrit l'incidence de la « racialisation et ethnicisation » des jeunes de seconde génération d'origine haïtienne au Québec. Stanley (2000) précise qu'il est possible qu'il y ait racialisation ou réflexion raciale sans la présence d'une « race » comme les représentations des Français dans certains discours anglo-canadiens.

La CODP recommande le terme « personne racialisée » ou « groupe racialisé » par opposition à des termes comme « minorité raciale », « minorité visible », « personne de couleur » ou « non-Blanc » vu qu'ils expriment la « race » comme une construction sociale plutôt qu'un trait biologique. Les termes « person of colour » et « ethnoracial group » sont courants dans les écrits de langue anglaise, tandis que les expressions « minorité raciale » ou « minorité ethnoculturelle » (*minorités visibles et ethnoculturelles, communautés francophones en situation minoritaire, communautés ethniques, minorités raciales francophones*) sont courantes dans les écrits en français (Mujawamariya, 2002, ROSF-OWHN, 2010; Office des affaires francophones, 2010).

#### L'expérience de la racialisation

*« Les gens définis ou stéréotypés en fonction de leur ethnicité ou de leur race ont commencé à décrire ce phénomène comme l'« expérience de la racialisation ». Par exemple, une femme a l'air d'une Asiatique. Les gens sur la rue présumant qu'elle est une immigrante. En fait, elle est une Sino-canadienne de quatrième génération. Un jeune adulte peut être foncé, mais il n'est pas toujours un Indien de l'Ouest. Deux hommes parlent une langue inconnue. Un autre client en déduit qu'ils parlent une langue étrangère. En réalité, ils parlent l'ojibway ». « Une jeune femme parlant avec un ami se faire dire par un passant de « retourner en Afrique » - elle est née au Canada et s'exprimait en français. »*

(Nexus Santé, 2005; Madibbo, 2005)

Le terme « minorités visibles » demeure usage courant étant donné que c'est l'étiquette

**Mythes et réalités à propos de la « race »**

*« Bien que l'application du terme « race » soit inquiétante et trompeuse vu que ce terme a été et continue d'être utilisé pour justifier la subordination de certaines populations, l'importance du recours à la terminologie de la racialisation et des personnes racialisées relève de notre compréhension que la « race » s'est vue assigner un sens au fil de processus et de pratiques particulières sur le plan historique (Fernando, 1991; Henry, Tator, Mattis et Rees, 2000). La « race » se réalise par le truchement de pratiques matérielles et de discours préjudiciables qui permettent de souscrire à l'idéologie de la « race ». Nous utilisons souvent des guillemets autour du mot « race » pour indiquer que nous ne tenons pas comme acquis l'application de ce terme et l'histoire du racisme, et nous insistons pour dire que « le fondement biologique de la race est un mythe tenace » (Cauce et coll., 2002, p. 45). Du même souffle, nous affirmons que la notion de « race » conserve son importance dans le contexte sociopolitique actuel alors qu'elle continue d'être une conséquence sociale, politique et économique chez les personnes racialisées au quotidien. Appartenir à une « race » ou à un groupe racial en particulier est, par conséquent, essentiellement une déclaration de nature politique (Fernando, 1991). » (Lovell et Shabsia, 2006)*

pour les données recueillies dans le Recensement pour les catégories définies en vertu de la Loi sur l'équité en matière d'emploi comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Statistique Canada, 2007). La Commission canadienne des droits de la personne (2010, p 20) souligne que le terme « minorités visibles » est mal accepté par les groupes racialisés au Canada et a été critiqué par l'Expert indépendant sur les questions relatives aux minorités (CDP, 2009 dans Nations Unies, 2010 p. 20). Lorsque les catégories « raciales » servent à recueillir ou à signaler des données telles que le revenu,

l'emploi ou la santé, il s'agit habituellement d'un amalgame de ces catégories (c.-à-d. Noirs, Sud-Asiatiques, Chinois, autres Asiatiques de l'Est/du Sud-Est, Asiatiques occidentaux, Arabes, Latino-américains, autres, groupes raciaux mixtes/multiraciaux). En juin 2009, Statistique Canada a mis fin à l'utilisation de l'étiquette « minorités visibles » en la remplaçant par « groupes de population » ... « ou groupes auxquels la personne appartient ». Désormais, les données affichées sur le site Web ou achetées utilisent la nouvelle étiquette mais incluent les mêmes catégories.

La Commission ontarienne des droits de la personne souligne que les termes « Noir » et « Blanc » sont largement utilisés pour décrire les personnes, qu'ils sont perçus par la plupart comme des vocables inappropriés et qu'ils pourraient même être les termes que les gens préfèrent utiliser pour se décrire eux-mêmes. Cependant, il est important de se rappeler qu'ils renvoient à des caractéristiques racialisées.

À ce moment-ci, il est utile de préciser les importantes limites aux façons dont les communautés racialisées sont nommées et catégorisées. La catégorie « Noirs » comprend de nombreuses collectivités variées de personnes qui vivent au Canada depuis bien des générations, les personnes issues de communautés ayant des racines dans les Caraïbes, en

Afrique et dans d'autres régions du globe, et les personnes qui ne se désignent pas comme « noires » (ONU, 2010; Benjamin, 2003, dans Warner, 2006; Benjamin et coll., 2010). Également par exemple, les Sud-Asiatiques sont une catégorie « régionale universelle » unique (l'une des 15 catégories de minorités visibles en vertu de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*) malgré une langue, une ethnie, une confession et une diversité nationale très distinctes. À l'opposé, plusieurs autres catégories sont plus spécifiques : les Chinois, les Philippins, les Coréens, les Japonais et les Asiatiques du Sud-est, qui sont tous énumérés et signalés comme des catégories à part. Agréger diverses collectivités peut être avantageux aux fins de la production de rapports et de la démonstration des iniquités en santé et sociales. Cependant, il est primordial de s'assurer également que la diversité parmi ces catégories construites soit reconnue, et que de grandes disparités existent au sein de ces catégories si nous jetons un regard plus approfondi sur les sexospécificités, l'âge, la confession, la géographie et les autres différences identitaires qui sont mises à l'écart au moment d'utiliser des constructions de catégories uniques.

Il est important que bon nombre de ces décisions en matière de catégorisation à des fins de recherche et de production de rapports – parfois qualifiées de regroupement ou de fractionnement (Karter, 2003, p. 26) qu'on effectue pour honorer l'objet (taille de l'échantillonnage, etc.) – soient perçues à cette fin et non en vue de racialisier davantage les groupes visés. D'un côté, il est recommandé que les personnes s'auto-identifient plutôt que de se voir attribuer une catégorie par d'autres (Ong et coll., 1996), mais lorsque les données sont regroupées en catégories pour faciliter les comparaisons, ces réalités fondamentales s'estompent.

L'expression « membres d'un groupe racialisé » est également inquiétante – puisque les catégories sont astreintes de manière externe et non pas choisies et bien que l'auto-identification puisse être un geste politique. Dans la plupart des cas, le terme « membres des groupes racialisés » est utilisé par les auteurs pour décrire « les autres », pas par les personnes d'un groupe qui y proclament leur adhésion.

### Gènes, biologie, « race » et ethnicité

L'usage du mot « race » comme catégorie d'évolution ou de grande division de l'espèce humaine est non appuyé par la science. L'idée d'une sous-espèce génétiquement distincte a été rejetée. (Ellison et coll., 2006). Les êtres humains n'héritent pas d'une « race » mais bien de gènes. Ces êtres humains sont 99,9 p. 100 identiques sur le plan génotypique. Là où il y a des différences de gènes, il y a plus de variation au sein des groupes de population qu'entre eux. Les gènes liés à la couleur de la peau, à la texture des cheveux, etc. (habituellement utilisés pour créer des groupes raciaux) sont rares, variés et non associés aux gènes en lien avec la maladie (Bophal, 1994; Pearce et coll., 2007). Les maladies fondées sur des troubles récessifs autosomiques tels que l'anémie drépanocytaire et la maladie de Tay-Sachs qui sont habituellement rattachées à des groupes particuliers (qui surviennent si les deux parents contribuent à la variante génétique) ont été reconnues comme le produit d'une combinaison de population fermée, de migration ancestrale et d'emplacement géographique (Brookes et King, 2008). La plupart des différences dans les

maladies observées parmi différents groupes « raciaux » sont le fruit d'une combinaison d'interactions gène-environnement, d'expositions ambiantes, de facteurs et conditions individuels plutôt que des gènes en eux-mêmes. Dans la plupart des cas, les expositions ambiantes et les facteurs et conditions individuels (interactions gène-environnement, etc.) influent sur l'expression génétique (Levin, 1997, Corcos, 1997, dans Teo et Febraro, 2003; Ellison et coll., 2006).

La cartographie génique et la recherche sur les gènes suggèrent des susceptibilités génétiques à des aspects tels que le gain pondéral, la toxicomanie, la dépression, certaines maladies, etc. et différentes façons dont les molécules (composantes des médicaments) influent sur ces susceptibilités ou sur la manière dont les effets secondaires varient quelque peu de façon qu'on puisse dire en lien avec l'ascendance continentale (Kennedy, 2011; Caspi, 2003, Ellison et coll., 2008). Ce nouveau biologisme et les bases de données sur l'ADN contribuent à une nouvelle forme de profilage racial de la maladie (Reardon, 2008). Les maladies « génétisantes » qui sont grandement déterminées par les conditions sociales et environnementales sont un danger de l'accent qui est de plus en plus mis sur la recherche génétique/génomique (Brooks et King, 2008; Cooper, 2003; Kartner, 2003).

L'ethnicité est souvent définie selon la culture, l'origine ou l'ascendance et pas nécessairement la biologie, mais elle varie suivant le moment, le lieu et le contexte. Afshari et Bhopal (2010) concluent que l'« ethnicité » a surpassé la « race » comme catégorie de la recherche scientifique médicale. C'est nettement le cas en Europe, avec l'usage du terme composé « race/ethnicité » qui gagne du terrain en Amérique du Nord.

### Racisme

Il existe de nombreuses définitions et trois grandes catégories de racisme : 1) racisme

#### Discrimination raciale

*« Dans la présente Convention, l'expression «discrimination raciale» vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie publique. » (Nations Unies, Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1965, Art. 1)*

2) racisme systémique/structurel/institutionnel/organisationnel; 3) racisme individuel; et 3) oppression internalisée. Le point focal du présent mémoire se trouve sur le racisme systémique et structurel, étant donné la forme prépondérante de racisme dans laquelle le racisme institutionnel et le racisme organisationnel peuvent être perçus comme des sous-ensembles du racisme structurel. Des exemples choisis de racisme (en général) et ses sous-types se trouvent ci-après.

Le racisme est un ensemble de croyances et de pratiques sociétales, culturelles et institutionnelles qui, peu importe l'intention visée, subordonnent et oppriment un groupe au profit d'un autre. Le racisme renvoie à l'application des pouvoirs individuels et institutionnels pour nier ou accorder à des personnes et à des groupes de personnes des droits, du respect, des représentations et des ressources en fonction de la couleur de leur peau (Table ronde sur la diversité régionale, 2008). « Le racisme est un système de privilèges et d'oppression, un réseau de traditions, qui légitiment des normes, de la

#### Racisme systémique

Commission sur le racisme systémique (1995, p. 39)

*« La production sociale d'une inégalité raciale dans la décision à propos des personnes et dans le traitement qu'ils reçoivent... Elle est le fruit d'une combinaison de ce qui suit :*

- les constructions sociales des races comme étant réelles, différentes et inégales (racialisation);
- les normes, les processus et les prestations de services d'un système (ou d'une structure) social;
- les gestes et les décisions des gens qui travaillent pour les systèmes sociaux (c.-à-d. le personnel). »

Conseil canadien pour les réfugiés (2000, p. 21)

*« Les processus sociaux qui donnent lieu aux inégalités raciales dans les décisions à propos des personnes et dans le traitement qu'elles reçoivent. C'est la distribution inégale des pouvoirs, jumelée aux pratiques, aux politiques et aux procédures institutionnelles, qui appuie des attitudes, pratiques et systèmes de discrimination et d'inégalité. »*

Henry (2004) dans CODP - Bulletin électronique

*« les lois, les règles et les normes composant la fibre même du système social qui aboutissent à une répartition inégale des ressources et des récompenses économiques, politiques et sociales parmi divers groupes raciaux. C'est la négation de l'accès, de la participation et de l'équité aux minorités raciales dans l'obtention des services tels que l'éducation, l'emploi et le logement. Le racisme systémique s'exprime dans les médias, par exemple, dans la représentation négative des personnes de couleur, l'effacement de leurs voix et de leurs expériences, et la répétition des images et des discours racistes. »*

documentation et des ententes institutionnelles, et des appareils idéologiques qui, ensemble, contribuent à perpétuer des relations sociales hiérarchiques fondées sur la race... » (Thompson, 2002).

De nouvelles formes de racisme voient le jour, notamment l'islamophobie. Cela comprend les stéréotypes, les gestes partisans d'hostilité contre les Musulmans individuels ou les adeptes de l'Islam, le profilage racial ou le traitement collectif des Musulmans comme d'une menace pour la sécurité (CODP, 2005).

Le racisme structurel renvoie à « un système dans lequel les politiques publiques, les pratiques institutionnelles, les représentations culturelles et les autres normes fonctionnent de manière à perpétuer une iniquité à l'égard de groupes raciaux. Il détermine les dimensions de notre histoire et de notre culture qui ont permis à des privilèges liés à la « blancheur » et à des désavantages associés à la « couleur » de perdurer et de s'adapter au fil du temps (Institut Aspen, 2004). L'initiative ARC de Ryerson (2010)

souligne que les formes institutionnelles ou structurelles de racisme sont sournoises et répandues, ont tendance à demeurer obscures et sont légitimées par les normes dominantes. Le racisme structurel renvoie au fonctionnement des institutions économiques et



sociales par le truchement desquelles les groupes racialisés deviennent systématiquement marginalisés, victimes de discrimination et défavorisés tandis que ceux qui forment la communauté dominante affirment leur autorité et leur pouvoir. Le racisme structurel survient sans égard aux préjugés, aux croyances ou aux intentions individuels et englobe à la fois les formes individuelles et institutionnelles de racisme. Les termes « racisme systémique », « discrimination systémique », « racisme institutionnel », « racisme culturel » et « racisme démocratique » sont également utilisés pour décrire les opérations pansystémiques d'une société qui excluent des groupes particuliers en grand nombre. Le racisme institutionnel et le racisme organisationnel sont souvent liés à l'emplacement (p. ex., les établissements et organismes publics tels que les milieux de travail) ou les institutions sociales d'une société (éducation, soins de santé, médias, application de la loi, affaire, habitation). Par exemple, Mckenzie et Bhui (2007, p. 397) écrivent que « la fonction publique, les solutions ou les configurations de services qui mènent par mégarde à des disparités à l'endroit des groupes minoritaires noirs ou ethniques sont qualifiées de racisme institutionnel ou structurel ». Ces aspects comprennent le sous-financement des services de traduction et le non-recrutement des travailleurs en développement communautaire, ce qui perturbe l'accès et les résultats. D'autres exemples incluent les écoles résidentielles pour enfants autochtones, les politiques sur l'immigration, le profilage racial par les policiers, l'emploi, l'habitation, les services bancaires, les politiques et les pratiques en matière de médias, etc. Parmi des exemples liés aux groupes racialisés qui sont des immigrants, on trouve l'emplacement des bureaux d'Immigration Canada à l'échelle de la planète qui restreignent systématiquement l'accès aux personnes provenant de l'Afrique, les politiques d'immigration sélective (exigeant que certains visiteurs demandent un visa avant d'entrer au Canada) et de détention sélective des réfugiés de certains pays/modes de déplacement. Ces aspects s'ajoutent aux pratiques d'emploi (qui nécessitent une expérience canadienne et la maîtrise de l'anglais), et aux autres formes de discrimination dans l'emploi (Oreopolous, 2009), dans le logement (Teixeria et Truelove 2007; CERA, 2009) et dans l'aide sociale (Mirchandani et Chan, 2005) auxquelles les nouveaux arrivants et les groupes racialisés sont disproportionnellement confrontés.

Toutes ces formes de racialisation se démarquent des formes déclarées ou ponctuelles de racisme et de discrimination qui découlent de préjugés/attitudes racistes et de gestes discriminatoires individuels (Henry et Tator, 2005; Tehara, 2010; Delgado, 2001; Barnes-Josiah, 2004). Ces formes patentes et visibles de racisme ne sont que la pointe de l'iceberg (Gee et coll., 2009). La plupart des attitudes racistes sont camouflées - imbriquées dans la fibre même des lois, des idéologies et des institutions.

L'internalisation (autocritique) d'une discrimination récurrente et systématique et les réponses individuelles et collectives (adaptation, colère/externalisation, mobilisation communautaire, etc.) face à l'expérience de discrimination sont également importantes (Noh et Kaspar, 2003; Williams et coll., 2003). Cela peut signifier se trouver émotionnellement, physiquement et spirituellement vidé au point de croire que l'oppression est méritée, constitue sa destinée, est naturelle et juste ou encore qu'elle n'existe tout simplement pas. Nous renvoyons à ces mécanismes au moment de la discussion des parcours menant aux

préjudices en matière de santé engendrés par le racisme. Bien que notre point focal se trouve sur la discrimination systémique et sur le racisme et la discrimination structurels, ce sont souvent les « tracasseries journalières » et les gestes quotidiens des personnes qui produisent et perpétuent le racisme systémique. Il existe des minorités au sein des minorités qui subissent de la discrimination de la part de membres de leur « groupe ». Les personnes comprises dans les groupes racialisés peuvent agir de manière raciste. Avec moins de pouvoirs, ces agissements demeurent des gestes individuels et ne deviennent pas systématiquement imbriqués dans les structures et les établissements.

Une section portant sur les disparités racialisées en matière de santé (plus tard dans le présent rapport) décrit les mécanismes et les parcours propres à la manière dont le racisme structurel/systémique produit des iniquités en matière de santé.

Notre accent mis sur le racisme structurel et systémique est une question d'impact – l'intention n'est pas nécessaire. Il y a deux grandes stratégies visant à reconnaître le racisme par son impact. L'une insiste sur les expériences des personnes racialisées. L'autre compare les résultats des décisions touchant les populations racialisées et non racialisées (Commission, 1995).

Pour conclure, disons que la racialisation est active dans tout système social où les gens agissent et où les institutions opèrent comme si la « race » représentait des différences réelles et significatives parmi êtres humains. Cela comprend comment nous élaborons une théorie sur les iniquités en matière de santé et comment nous documentons, analysons et décrivons ces iniquités. La « conscience raciale » est une étape menant à l'anti-racisme. Elle ne devrait pas être interprétée comme équivalant au racisme. En fait, se montrer non discriminatoire face au racisme est raciste. Certains exemples de ce phénomène comprennent ce qui suit : 1) la tolérance passive (omettre de voir la donnée probante du racisme, ne pas y être à l'affût, ne pas la surveiller; 2) le mépris (ne pas faire de la justice raciale une priorité, ne rien faire à propos des problèmes parce qu'ils sont perçus comme des incidents mineurs/isolés, ne pas acquérir le savoir-faire nécessaire pour enrayer le racisme systémique); et 3) la tolérance collusive (adopter des normes d'exploitation qui encouragent les pratiques fondées sur des normes racialisées) (Commission, 1995, p. 54-55). « Les pratiques particulières sont, par définition, racistes « seulement lorsqu'elles enclenchent les inégalités raciales structurelles en vigueur dans le système »... ou qu'elles « reproduisent des structures de domination fondées sur des catégories de races essentialistes » (Omni et Winant, 2002/1986, p. 135, dans Warner, 2006).

## Dénoncer le racisme

Le fait de ne pas parler du racisme conserve-t-il le statu quo? La plupart des écrits mentionnés dans le rapport affirment que la prise de conscience des privilèges des Blancs, des processus de racialisation et de la portée mondiale et historique du racisme structurel et de l'anti-racisme est essentiel à l'équité en santé. Toutefois, il y a quelques exemples qui soulèvent la question de savoir s'il est possible d'éviter le débat portant sur le racisme

et la racialisation structurels et systémiques, mais tout en demeurant efficace quant à la réduction des disparités en matière de santé. La recherche menée par la fondation Robert Woods Johnson (2010) s'est penchée sur quels mots ont l'effet le plus positif ou le plus négatif chez les personnes ayant une idéologie conservatrice et chez celles qui entretiennent des perspectives plus libérales, afin d'être stratégique dans l'instauration de formules de soutien permettant de passer à l'action quant aux déterminants sociaux de la santé. Fong (2008) a analysé cet aspect contradictoire des démarches du TRIEC (Conseil sur l'emploi des immigrants de la région de Toronto) entre éluder explicitement le débat à propos du racisme dans le marché du travail (afin de ne pas aliéner les employeurs) et tenter de lutter contre ce phénomène en influant sur les pratiques d'embauche individuelles. Il est intéressant de noter, d'une part, les nombreux rapports gouvernementaux qui reconnaissent le racisme structurel au Canada et, d'autre part, le déni, l'inconfort et l'évitement de tout débat sur le sujet. Comment parler de manière stratégique de la racialisation dans différents contextes est un sujet qui mérite une discussion plus approfondie.

### Intersectionnalité et oppressions imbriquées

Le terme « intersectionnalité » nous vient d'une théoricienne juridique critique (Kimberlé Williams Crenshaw) qui expliquait en 1989 comment le fait de tenter de comprendre les causes de l'oppression fondée sur la « race » et les sexospécificités des Noires s'apparente à tenter de recoller les fragments associés aux causes d'une blessure qui survient à une intersection où le trafic circule dans plusieurs directions (Carastathis, 2008). L'intersectionnalité signifie tenir compte de tous les facteurs qui structurent les identités et les expériences de l'oppression (sexospécificités, race et ethnicité, rang et statut social, sexualité, capacités physiques, âge, statut lié à la résidence, au pays ou à l'immigration, etc.). L'intersectionnalité montre également comment les systèmes de pouvoirs s'imbriquent les uns dans les autres. Par exemple, le colonialisme et l'impérialisme dans d'autres régions du globe façonnent les motifs, les relations et l'oppression des aides familiales, des travailleurs migrants, des politiques sur les réfugiés, etc. au Canada en ce moment et tout au long de l'histoire (Carastathis, 2008; Walia, 2006).

Plusieurs auteurs mettent en garde contre les « Olympiques de l'oppression », une hiérarchie ou un concours parmi les catégories de personnes opprimées afin de déterminer laquelle est la pire ou a le plus d'impacts (Martinez, 1993; Fellows et Razack, 1998, dans Carastathis, 2008). Une personne « ne possède pas une identité unidimensionnelle » mais est plutôt « socialisée selon les catégories de la race, du genre et de la classe » (Dei, 2000, p. 31).

L'un des éléments de la théorie critique de la race au Canada est le lien entre le racisme et les autres formes d'oppression qui dicte une approche intersectionnelle élargie face au racisme. Les théoriciens sur le racisme anti-Noirs appuient une approche stratégique qui accorde la priorité au racisme par rapport aux autres formes d'oppression et aux incidences accrues que ce phénomène a eues sur la communauté noire à comparer aux autres groupes

racialisés (Lewis, 1992, Commission, 1995, Lawson et coll., 2002 dans Warner, 2006). Un

#### **Anti-oppression**

*Les stratégies, théories et interventions qui contestent les inégalités et les injustices historiquement érigées que l'on trouve enracinées dans nos systèmes et nos établissements par des politiques et des pratiques permettant à certains groupes d'exercer une domination sur d'autres groupes. (Fondation canadienne des relations raciales, Glossaire)*

#### **Anti-racisme**

*Un processus actif et uniforme de transformation visant à enrayer le racisme individuel, institutionnel et systémique, de même que les causes du racisme donnant lieu à l'oppression et à l'injustice. (FCRR, Glossaire)*

*La pratique de détermination, de contestation, de prévention, d'élimination et de modification des valeurs, des structures, des politiques, des programmes, des pratiques et des comportements qui perpétuent le racisme. (George, 1999, dans Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of BC. ou AMSSA, 2001)*

#### **Un parcours sans relâche**

*« Démanteler le racisme, le sexisme, l'homophobie et désapprendre les attitudes opprimantes que nous avons apprises est un parcours sans relâche, sans limite. Le meilleur engagement que nous pouvons prendre est de toujours prêter attention à la manière dont ces questions nous touchent, nous et ceux qui nous entourent... »*

*Les personnes blanches et les personnes de couleur ont différentes tâches à accomplir. Les personnes blanches doivent comprendre comment leurs privilèges fonctionnent, comment elles perpétuent le racisme et comment elles peuvent devenir des alliées des personnes de couleur. Chez les personnes de couleur, le processus d'habilitation comprend la lutte pour mater les effets d'une oppression raciste internalisée. (Projet de démantèlement du racisme)*

autre aspect consiste à reconnaître les liens entre la libération et l'oppression dans la société canadienne et les autres régions du globe (p. ex., les politiques économiques et commerciales qui se terrent sous les politiques sur les travailleurs migrants, etc.).

Une ramification de ce phénomène pour la compréhension des iniquités en matière de santé subies par les groupes racialisés est les iniquités en santé devraient être analysés sous l'angle du rang social (statut socioéconomique et revenu) et des sexospécificités en plus de l'âge (Dahlgren et Whitehead, 2007).

#### Anti-racisme, anti-oppression et justice raciale

S'attaquer à un phénomène aussi gigantesque que le racisme structurel peut être une épreuve écrasante et qui déborde largement des mandats énoncés des organismes ou des partenariats ou encore d'un projet particulier de promotion de la santé. Il y a un inconfort à parler du racisme et des enjeux qui sont « de nature politique ». La présente section précise certaines stratégies de transformation organisationnelle et les mesures que les particuliers peuvent adopter.

À l'échelle de l'Ontario, les collectivités soulignent le 21 mars à titre de Journée internationale pour l'élimination de la discrimination raciale, avec la tenue d'évènements et la publication de rapports. En outre, on recense de nombreux projets et partenariats continus. Certains exemples de ce que font les collectivités sont compris dans la liste de références (p. ex., la trousse de ressources pédagogiques «

**Building Social Inclusion and Combatting Racism » du Conseil de planification sociale de Lakehead; le plan d'action du comité contre le racisme de Thunder Bay; le comité des relations raciales communautaires de Peterborough; le plan d'action pour un changement organisationnel anti-oppression du Réseau environnemental des jeunes; et la série d'ateliers « portes ouvertes » pour consolider l'alphabétisation en santé mentale, en anti-racisme et en anti-discrimination chez les collectivités de l'Ontario, en particulier chez les nouveaux arrivants.**

**Chaque personne peut être à la fois l'opprimé et l'opresseur. Madibbo (2005) écrit que certains groupes, bien qu'ils luttent contre leur propre oppression, reproduisent des injustices en subjuguant les autres sous-groupes. La plupart des oppresseurs ne sont pas conscients des impacts de leur statut privilégié/dominance « non mérité » (Bishop, 2002). Des études menées auprès des « minorités au sein des minorités » aux États-Unis (Eisenberg et Spinner-Halev, 2005; Rowntree, 2006) et une analyse des sexospécificités au Canada (Conseil canadien pour les réfugiés, 2004, 2006; Jiwani, 2001) mettent en évidence les dangers d'une représentation identitaire et les limites aux attentes selon lesquelles un particulier ou un organisme doit représenter les divers points de vue de la collectivité élargie.**

**La formation portant sur la diversité peut inviter les Blancs à modifier leur conscience tout en laissant leur dominance entière. Une approche fondée sur la justice raciale exige une transformation organisationnelle des relations de puissance.**

**Les approches systémiques complexes qui ont émergé soulignent des façons de comprendre et de traiter ces types de questions et les questions qui ont été qualifiées de « sujets épineux » vu qu'elles sont complexes, difficiles à définir, symptomatiques de problèmes plus vastes et des aspects de causes et de symptômes qui sont interreliés et multisectoriels (Petticrew et coll., 2009; Rittel et Webber, 1973, dans Petticrew). Le bon côté de cette interconnectivité est que l'adoption de mesures concrètes peut avoir un effet d'entraînement positif.**

**Le démantèlement du racisme est une approche qui a émergé d'une compréhension selon laquelle les disparités en matière de santé sont le produit du recoupement entre un système complexe (la santé/les soins de santé) et un problème complexe (le racisme) qui exige qu'on traite à la fois les facteurs proximaux (pointus) et distaux (généraux) (Griffith et coll., 2007).**

**L'expérience découlant des initiatives de « démantèlement du racisme » et de « justice raciale » aux États-Unis et d'« équité raciale » au Royaume-Uni offrent également des approches pratiques et de vastes stratégies de transformation organisationnelle anti-racisme. Les premières étapes, adaptées des projets sur le démantèlement du racisme dans**

huit États occidentaux américains (Rogers et Bowman, 2005), comprennent ce qui suit :

- concevoir un langage et une analyse communs du racisme institutionnel (structurel), des pouvoirs, des privilèges et des connexions avec les autres formes d'oppression;
- concevoir une évaluation commune des façons dont le racisme perturbe les organismes, la pratique de promotion de la santé et le financement;
- concevoir les priorités et les défis collectifs à traiter;
- rehausser la conscience populaire des injustices raciales;
- appuyer la création d'alliés blancs anti-racistes et habiliter les personnes de couleur et augmenter les pouvoirs des organismes qui cherchent à enrayer le racisme institutionnel.

Des exemples comprennent le projet Cherishing our Hearts and Souls (COHS) qui repose sur la compréhension selon laquelle « traiter le racisme est une stratégie qui s'impose afin de réduire les disparités en matière de santé ». Cette initiative s'attaque aux différences dans les résultats de cancer et de santé cardiovasculaire en lien avec le racisme institutionnel, interpersonnel et internalisé. D'autres outils et exemples incluent l'approche de la théorie du changement fondée sur l'équité raciale (Institut Aspen) et les scénarios de

*« Afin d'effectuer un changement réel, les activités anti-racisme doivent commencer par un partenariat entre les opprimés et les oppresseurs. Les personnes de la culture dominante doivent trouver des façons d'être anti-racistes. Les sentiments d'habilitation ne doivent pas être sacrifiés par qui que ce soit. »*  
(Martha O'Campo, dans Edmonds, 2001)

Réticence à procéder à une analyse anti-racisme et anti-oppression

*Dans le secteur à but non lucratif, les discussions sur l'anti-racisme et l'anti-oppression des années 1980 et 1990 semblent avoir fait place à une insistance sur la « diversité » - un virage qui affaiblit l'élan vers un changement systémique.*  
(Across Boundaries, 2009, p. 27)

politiques de Kaiser Permanente (Meyers, 2007) pour réduire les disparités en matière de santé chez les groupes raciaux et ethniques. Il existe des trousseaux d'outils anti-racisme et anti-oppression utiles pour effectuer une transformation organisationnelle, ébranler les privilèges des Blancs, devenir un allié anti-raciste (Across Boundaries, 2009; Réseau environnemental des jeunes; Estable et coll., 1997; Curry-Stevens, 2005; Projet de démantèlement du racisme, 2005; Bishop, 2002, voir également le Guide de ressources préparé dans le cadre de ce projet).

D'un intérêt particulier, on trouve les suggestions avancées par le Réseau environnemental des jeunes (<http://www.youthactioncentre.ca/docs/Green%20Justice%20Guide%20Part%201.pdf>); et les « caractéristiques des alliés blancs anti-racistes » (p. 54) et « passer de la préoccupation à l'action » (p. 55) dans le cahier de ressources du projet de démantèlement du racisme (<http://www.westernstatescenter.org/tools-and-resources/Tools/Dismantling%20Racism>).

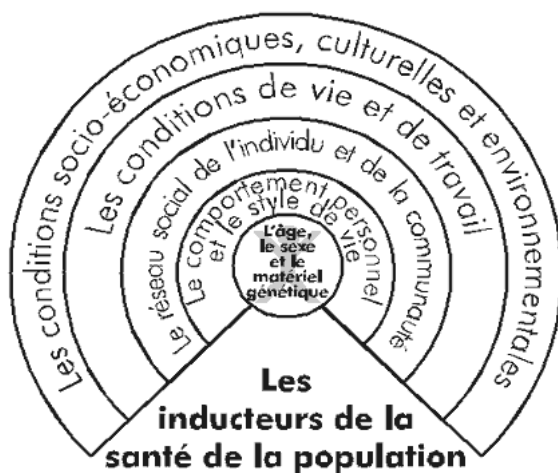
En outre, des conversations ont lieu à propos du dévoilement de la discrimination des minorités au sein des minorités, notamment celle à laquelle sont confrontés les francophones noirs en Ontario (Forum de London, AFO ou Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2008).

## 2.4 Les déterminants sociaux de la santé

On recense deux types principaux de cadres d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Un type (Figure 1) prend la forme d'un modèle circulaire/arc-en-ciel (Service de santé publique de Sudbury et du District, Dahlgren et Whitehead, 1991, Fondation Robert Woods Johnson, 2008; Hertzman, 1999). Ce modèle montre moins de causalité et plus d'interactions entre les niveaux qu'un second type.

Ce second type (Figure 2) est celui du modèle d'acheminement ou de volet en amont/en aval (Comté de King, 2008; BARHII, 2009; OMS, 2008). Ces modèles promeuvent une démarche visant à s'attaquer aux causes premières et aux moteurs structurels des inégalités sociales qui produisent les disparités en matière de santé. Par exemple, à l'extrémité en amont du volet du comté de King, les mesures consistent à « modifier les structures, les politiques et les pratiques institutionnelles qui alimentent les iniquités ». Le rapport de la Commission sur les déterminants de la santé de l'OMS (2008) décrit deux types de déterminants sociaux : les déterminants structurels (causes premières) et les déterminants intermédiaires. Les déterminants structurels sont les moteurs des inégalités sociales (racisme, sexisme et classisme) qui opèrent au niveau macro ou systémique et qui sont imbriqués dans l'idéologie, la gouvernance, les politiques et les établissements. La discrimination fondée sur la classe, le racisme et les sexospécificités ont, tout au long de l'histoire, déterminé le rang social, l'accès aux ressources et l'exposition différentielle aux menaces et aux possibilités des divers groupes de la société. Les déterminants intermédiaires de la santé comprennent les conditions et de vie et de travail telles que la pauvreté, les logements inadéquats, le chômage, etc. Ces déterminants et leur répartition découlent des déterminants macros/structurels.

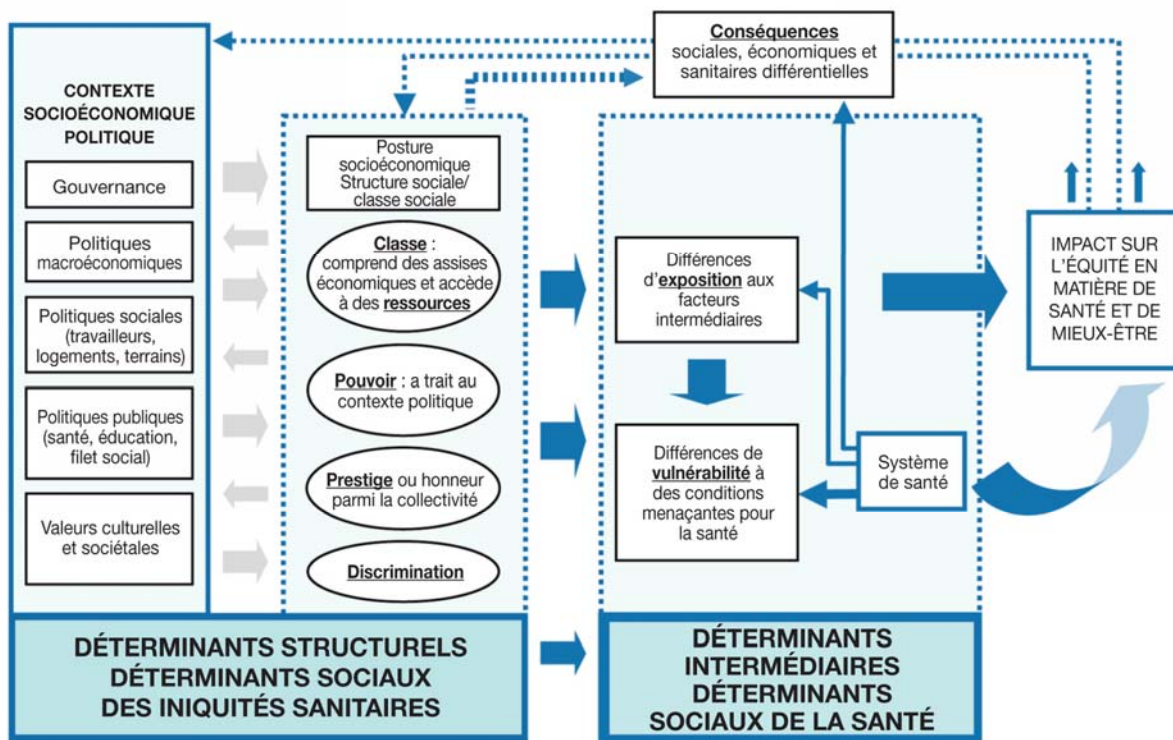
Figure 1. Exemple d'un cadre circulaire ou arc-en-ciel



Adapté de l'oeuvre de Hertzman (1999) et G Dahlgren et m. Whitehead (1991)

Adapté de Hertzman (1999), et de Dahlgren et Whitehead (1991)

Figure 2. Exemple d'un cadre d'acheminement/en amont et en aval



OMS, 2006, 2010, A conceptual framework for action on the social determinants of health

Le cadre de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS est conforme à l'appel à une approche anti-oppression/anti-racisme en planification des mesures de promotion de la santé. L'effort de conversion des recommandations de la Commission en stratégies de santé nationales (et provinciales) a fluctué. Au Canada, un exemple de ce phénomène est celui du Rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (juin 2009), mais le rapport ne traite pas des déterminants structurels. Un autre exemple est celui d'un rapport de la Colombie-Britannique sur les inégalités en matière de santé (2009) qui comprend la version simplifiée du cadre de l'OMS mais qui ne suggère pas de stratégies pour s'attaquer aux déterminants structurels. Le premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (2008) soulevait la question des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en matière de santé. Une évaluation environnementale récente menée par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2010) définit les iniquités en matière de santé comme celles qui sont « injustes ou découlant d'une forme quelconque d'injustice » mais ne mentionne pas le « racisme » et n'inclut le terme « discrimination » que dans une citation extraite des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO, 2008).

On trouve un engagement explicite face à l'équité en matière de santé dans le mandat de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; dans le travail des divers services de santé publique (p. ex., le projet de cartographie de l'équité en matière de santé du Service de santé publique de Sudbury et du District, les rapports sur les déterminants sociaux de la santé et le projet de recherches sur les bourses de Formation



en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) axée sur l'équité en matière de santé; dans les cadres et rapports d'équité en matière de santé de plusieurs services de santé publique (p. ex., le Service de santé publique de Waterloo-Wellington, le Service de santé publique de Toronto), etc.; et dans plusieurs initiatives des centres de santé communautaire telles que le groupe de travail sur la santé du noyau central de la ville de la grande ville de Hamilton, les cadres sur les déterminants sociaux de la racialisation de la santé et le rapport sur les iniquités en matière de santé (2010). Ce ne sont pas toutes ces initiatives qui mentionnent expressément les déterminants structurels des iniquités en matière de santé, y compris le racisme et la discrimination systémiques.

Les cadres tels que ceux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS peuvent servir à appuyer une planification des mesures de promotion de la santé axée sur l'équité qui intègre l'approche anti-racisme/anti-oppression.

## 2.5 Le racisme et la racialisation de la pauvreté

La preuve documentée montre que les inégalités structurelles en matière d'accès aux programmes de sécurité du revenu, aux logements, aux emplois, à l'éducation et à la justice produisent des inégalités de revenus, engendrent la racialisation de la pauvreté et reproduisent de multiples formes de racisme et de discrimination. La pauvreté et

*... les niveaux de pauvreté de plus en plus marqués au Canada se répercutent sur les peuples racialisés et indigènes dans chaque aspect de leurs vies, notamment l'emploi, l'éducation, la salubrité des logements et les systèmes de gouvernance, y compris l'exécution de la loi et la justice.  
(Henry et Tator, 2009)*

l'insécurité quant aux revenus sont devenues plus concentrées parmi les groupes racialisés et le fossé des inégalités sociales s'élargit (Ornstein, 2006, Centre canadien de politiques alternatives ou CCPA, 2010). Dans la province de l'Ontario, tandis que les groupes racialisés composent 26 p. 100 de la population totale, ils n'équivalent qu'à 41 p. 100 de la population des ménages à faible revenu. Plus de la moitié (56 p. 100) des enfants qui vivent dans la pauvreté en Ontario appartiennent aux groupes racialisés (Recensement de 2006). Dans bien des

centres urbains, les collectivités racialisées présentent des taux supérieurs à la moyenne en termes de faible revenu, de chômage ou de sous-emploi ou de travail précaire (travail contractuel ou temporaire dépourvu de régimes de santé, d'admissibilité aux congés, de sécurité d'emploi ou de bons salaires) (Galabuzzi, 2006; Ornstein 2001, 2006; Picot, 2003, 2008). Le chômage et le sous-emploi plus marqués chez les collectivités racialisées malgré des niveaux de scolarité équivalents ou supérieurs laissent entrevoir une discrimination sur le marché du travail. À quelques exceptions près, dans la plupart des centres urbains les groupes racialisés affichent un taux de pauvreté deux fois plus élevé que celui des groupes de Blancs/Européens (voir la catégorie « autre » dans les graphiques ci-après).

Outre les études qui signalent une inégalité des revenus et des emplois et la racialisation de la pauvreté (Galabuzzi, 2001; Ornstein, 2006; Colour of Poverty, 2009; CCPA, 2010) se trouve la recherche moins bien connue portant sur le racisme et la discrimination dans

l'accès aux logements (Centre for Equality Rights in Accommodation ou CERA, 2009; Quann, 1979; Hulchanski, 1994), sur les emplois (Oreopolus, 2009), sur les entreprises (Teixeira, C et coll., 2007) et sur la sécurité du revenu (Mirchandi et Chan, 2005). Une étude des postulants dans la Région du Grand Toronto (Oreopolus, 2009) a révélé que ceux qui portent des noms de consonance anglophone sont 40 p. 100 plus enclins à obtenir une entrevue d'embauche que ceux ayant une formation et une expérience identiques mais avec des noms chinois, indiens ou pakistanais. Une étude sur les entraves à l'accès aux logements dans la Ville de Toronto (CERA, 2009) estimait qu'environ 1 ménage sur 4 bénéficiant de l'aide sociale, les ménages sud-asiatiques et les parents célibataires noirs éprouvent une discrimination moyenne ou grave lorsqu'ils font une demande pour l'obtention d'un appartement disponible. Mirchandi et Chan (2005) montrent comment les personnes de couleur, plus particulièrement les femmes, subissent le plus gros du choc des initiatives stratégiques conçues pour réduire l'admissibilité aux prestations d'aide sociale (outils de

test, délais de carence, mesures d'exécution de la loi).

*% subissant de la discrimination, Enquête sociale générale, Canada, 2004*

- *Peuples autochtones* 31 %
- *Nouveaux immigrants* 26 %
- *Immigrants établis* 18 %
- *Groupes racialisés (tous)* 28 %
  - *Noirs* 36 %
  - *Latino-américains* 36 %
- *Non compris dans les groupes racialisés* 13 %
- *Nés au Canada* 10 %
- *Gays, lesbiennes, bisexuels* 41 %
- *(Hétérosexuels* 14 %)
- *Jeunes (taux supérieurs chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada)* 34 %

*% subissant de la discrimination, Enquête sur la diversité ethnique, Canada, 2002*

- *Antillais* 41 %
  - *Jamaïcains* 51 %
- *Sud-Asiatiques* 40 %
- *Latino-américains* 40 %
- *Asiatiques occidentaux* 28 %
- *Non compris dans les groupes racialisés* 5 %

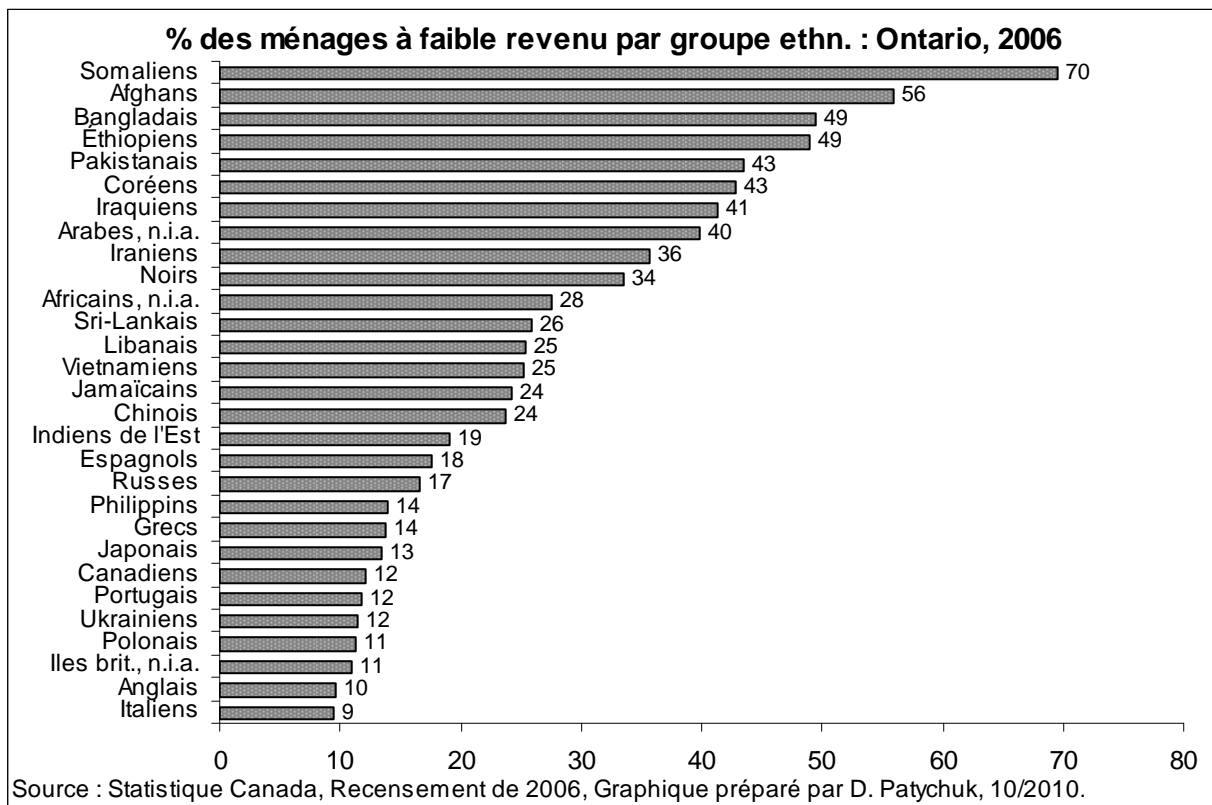
La discrimination systémique dans le système de justice (profilage racial, prononcé de sentences différentielles et incarcération, etc.) a suscité un certain intérêt, mais les coûts réels de cette pratique sont énormes, directs et mortels. Par exemple, Desilva (2005) qui renvoyait à Kwasi Kafele mentionne que le niveau de violence communautaire, de criminalité et de décès parmi les Afro-canadiens à Toronto ont atteint des proportions épidémiques avec environ 200 jeunes afro-canadiens qui ont été tués par d'autres jeunes afro-canadiens entre 1995 et 2005, avec des meurtres hebdomadaires qui deviennent presque anodins et avec près de 40 p. 100 de tous les homicides à Toronto qui sont perpétrés par des Afro-canadiens. Kafele (2005) mentionne également que les Afro-canadiens sont 27 fois plus portés à être emprisonnés avant leurs procès pour des accusations de trafic et d'importation de drogues et, bien qu'équivalant à 3 p. 100 de la population provinciale de l'Ontario, les Afro-canadiens composaient 15 p. 100 des admissions en milieu carcéral. Les crimes haineux sont

également essentiellement attribuables à de la discrimination fondée sur la race.

Les expériences de racisme et de discrimination signalées dans les questionnaires d'enquête ne relatent qu'un pan de l'histoire. D'autres études ont également montré des taux élevés. P. ex., un cinquième des jeunes femmes noires font face à de la discrimination dans les

soins de santé (WHIWH,2003); trente pour cent des jeunes hommes et vingt pour cent des jeunes femmes subissent des agressions physiques en raison de leur race (Lovell et Shahsia, 2006). Dans le cadre d'un projet de recherches torontois sur la fréquence à laquelle les adolescents subissent les huit types de discrimination, Kaspar et Noh (2000) ont constaté qu'environ 77 p. 100 des jeunes subissaient au moins un incident de discrimination : 88 p. 100 et 44 p. 100 parmi les jeunes des minorités racialisées et parmi les jeunes des minorités non visibles, respectivement.

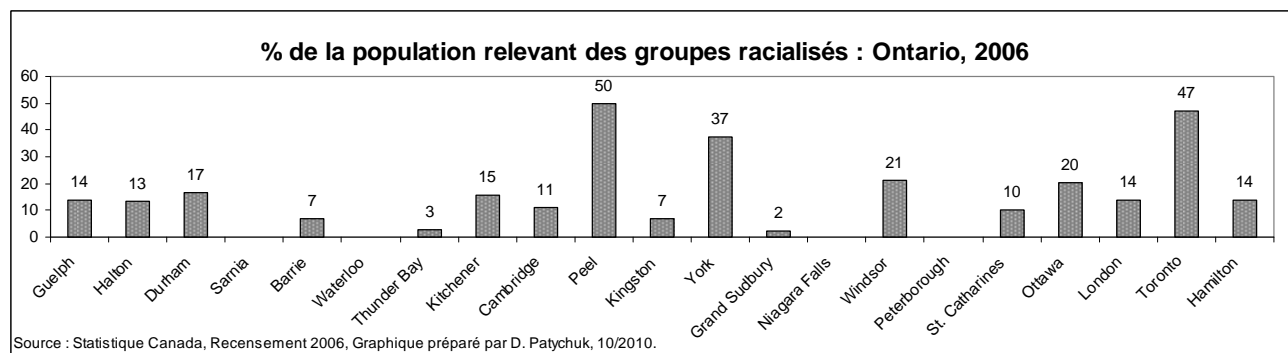
On constate une hiérarchie verticale ethnique/raciale au Canada dans les attitudes et le confort collectif, qui s'aligne plutôt étroitement sur une hiérarchie verticale du rang professionnel, du revenu et de la discrimination subie par les groupes ethniques et racialisés. Voir des exemples dans des recherches comme des sondages d'opinion et des questionnaires d'enquête (Kalin et Berry, 1996; Berry et coll., 1977) qui montrent un consensus général parmi les groupes à propos de la hiérarchie sociale au Canada et que même les groupes qui sont victimes de préjugés et de discrimination ont en commun bon nombre des mêmes attitudes hiérarchiques à l'égard des autres hiérarchies en fonction des groupes), des professions, des classes et des revenus (Porter, 1965; Pineo, 1977; Ornstein, 2006). Li (2003) a laissé entendre que les sondages d'opinions au Canada à propos de l'immigration mesurent en fait les attitudes racistes camouflées derrière des concepts tels que les valeurs, l'identité et le mode de vie canadiens où le terme « immigrants » est un « code » pour désigner les groupes racialisés. Le graphique hiérarchique ci-dessous montre le taux de pauvreté des grands « groupes ethniques » en Ontario, selon Statistique Canada et selon un seuil de faible revenu avant impôts (SFR-AVI).



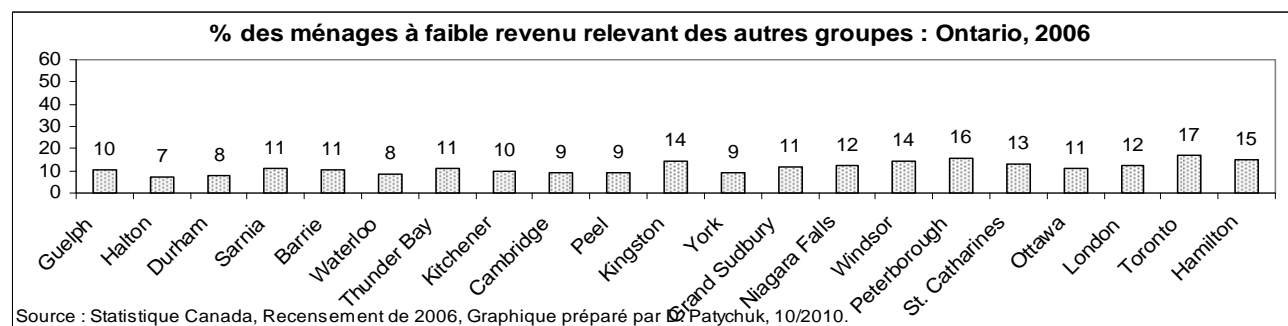
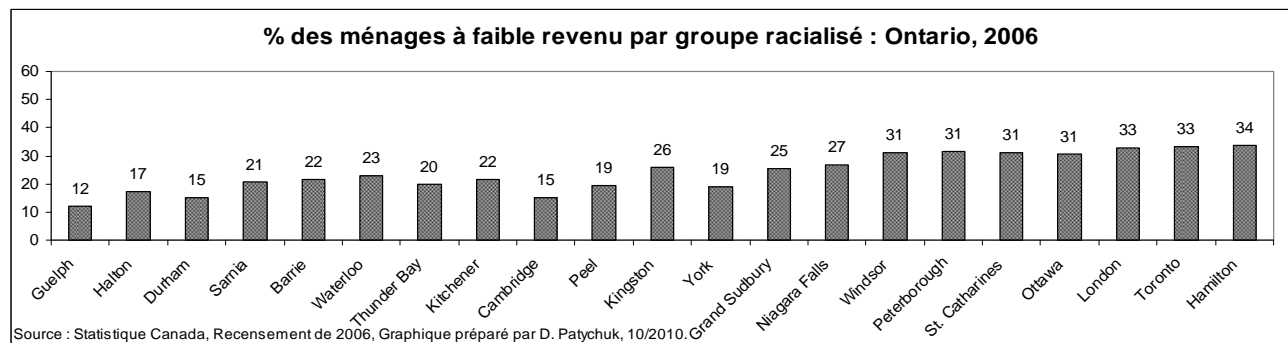
## 2.6 À l'échelle de l'Ontario

En 2006, 23 p. 100 des résidents de l'Ontario étaient constitués de groupes racialisés. Équivalant à 38 p. 100 de la population du Canada, l'Ontario comptait au-delà de 54 p. 100 de toutes les personnes au pays comprises dans des groupes racialisés, notamment plus de 60 p. 100 des gens du Canada qui étaient des Sud-Asiatiques, des Afro-antillais ou des Asiatiques occidentaux. Ces groupes sont appelés à tripler d'ici 2031 (Caron, 2010). Les prévisions démographiques indiquent que la lutte au racisme structurel continuera d'être une importante stratégie d'équité en matière de santé.

La diversité de la population varie à l'échelle de l'Ontario. Le premier graphique ci-dessous montre le pourcentage de la population qui relève des groupes racialisés dans les grandes villes de la province.

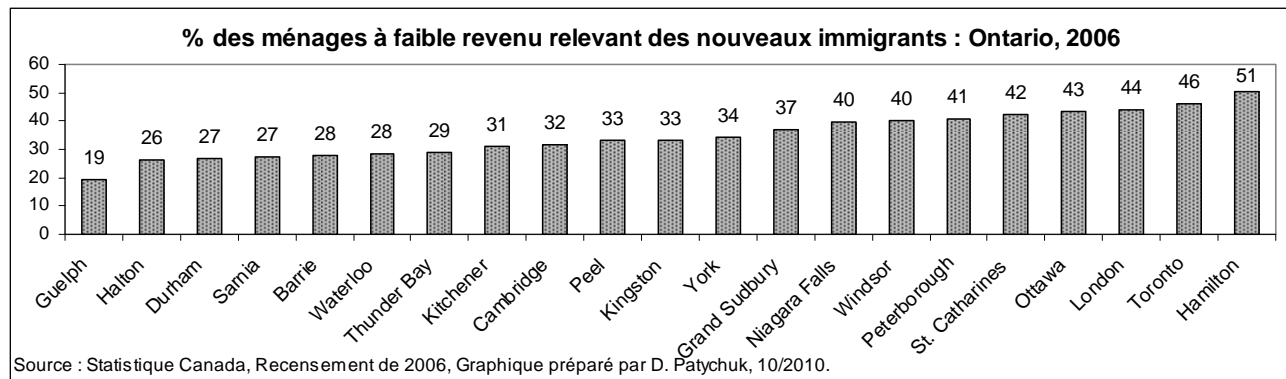


Les graphiques suivants présentent le pourcentage des ménages à faible revenu (selon le seuil de faible revenu avant impôts ou SFR-AVI) parmi l'ensemble des groupes racialisés, les autres (Blancs), les nouveaux immigrants et les populations autochtones.



Au-delà de 78 p. 100 des nouveaux immigrants sont compris parmi les groupes racialisés. Bien que les nouveaux immigrants (de 2001 à 2006) composent moins de 5 p. 100 de la population de l'Ontario, ils constituent 13 p. 100 de la population chez les ménages à faible revenu. Le fossé de gains qui sépare les nouveaux immigrants des personnes nées au Canada s'élargit, malgré des niveaux de scolarité supérieurs chez les nouveaux immigrants. En 2006, les nouveaux immigrants étaient deux fois plus portés à posséder un diplôme universitaire que les personnes d'origine canadienne. Après 15 ans, les immigrants avec des grades universitaires sont toujours plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'occuper des emplois peu spécialisés (Galarneau et Morissette, 2008; Picot, 2008).

Après les défis initiaux liés à l'installation, les déterminants sous-jacents tels que le racisme, l'exclusion sociale, la discrimination au moment d'obtenir un logement ou un emploi et le manque d'aide sociale continuent de peser lourd dans les chances d'épanouissement et la santé des nouveaux arrivants (Khanlou, 2009; Smich et coll., 2005, Wayland, 2010). DeMaio (2009) montre par une analyse longitudinale que le statut des groupes racialisés et l'expérience de la discrimination et des traitements injustes jouent un rôle important dans le déclin de la santé des immigrants au fil du temps. Les demandeurs d'asile, les travailleurs migrants et les personnes sans statut ou sans papiers sont confrontés à des obstacles et des menaces supplémentaires en santé.



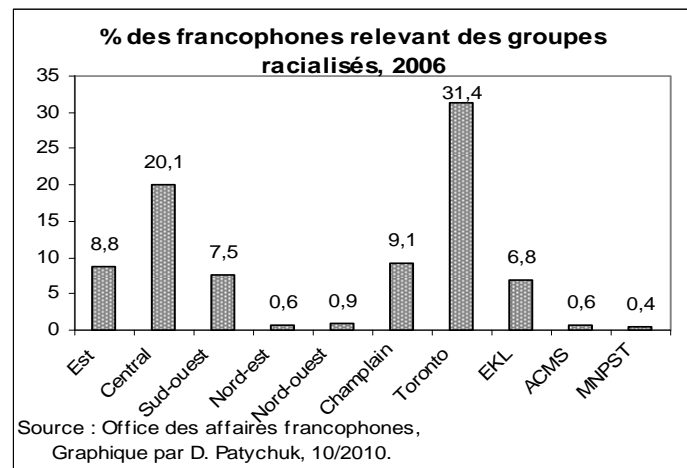
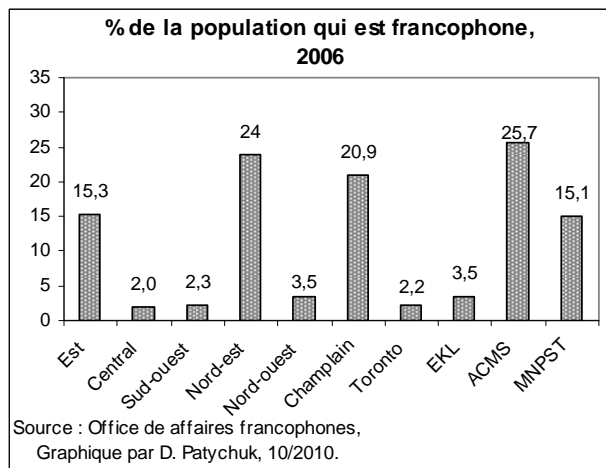
Il est important de scinder le lien entre la racialisation et l'immigration. Une proportion de plus en plus forte de groupes racialisés est née au Canada. L'historique canadien du racisme à l'égard de la population autochtone, des Noirs canadiens et des autres groupes racialisés multigénérationnels peut tomber dans l'oubli lorsqu'on concentre la lentille sur les nouveaux immigrants. Par exemple, malgré une histoire au Canada qui remonte à plus de 400 ans, bon nombre de collectivités afro-antillaises affichent des taux élevés de pauvreté, de discrimination, d'emprisonnement, d'institutionnalisation et de profilage racial (Milan et Tran, 2004; Galabuzi, 2001).

Comme le signale la Commission ontarienne des droits de la personne (2005), « ce n'est pas par hasard que les communautés qui ont été victimes de discrimination raciale par le passé continuent à occuper les plus bas niveaux de l'échelle sociale, économique, politique et

culturelle. L'héritage du racisme a profondément et durablement imprégné nos systèmes et nos structures. »

Par suite d'une nouvelle définition inclusive qui tient davantage compte des nouveaux arrivants et des collectivités francophones racialisées, la population francophone de l'Ontario a augmenté de près de 10 p. 100, passant de 532 855 — le nombre déterminé exclusivement par la langue maternelle — à 582 690 (selon la définition inclusive de francophone ou DIF). En vertu de la nouvelle définition, 58 390 francophones relèvent des groupes racialisés, soit une hausse de 52 590 parmi les personnes qui utilisent la première langue officielle parlée (Bastien 2009). En fait, 5 p. 100 des Ontariens sont francophones et 10 p. 100 des francophones sont compris dans les groupes racialisés. Le pourcentage des francophones qui sont recensés parmi les groupes racialisés se présente comme suit :

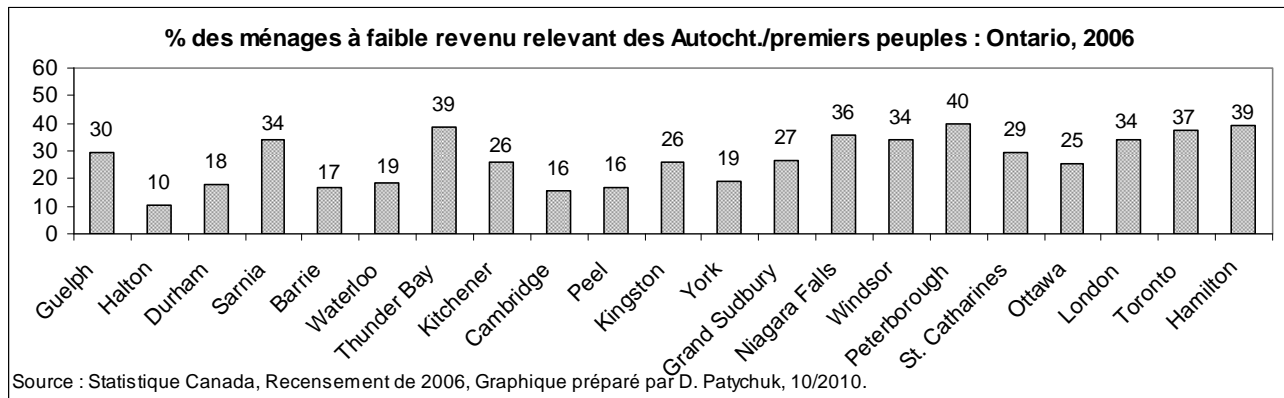
- 8 p. 100 des francophones dans le sud-ouest de l'Ontario;
- un francophone sur trois à Toronto;
- 9 p. 100 des francophones à Ottawa et dans l'est de l'Ontario (un tiers de tous les francophones relevant des groupes racialisés en Ontario vivent à Ottawa, soit 20 000 au total);
- moins de 1 p. 100 des francophones dans le nord-est et le nord-ouest de l'Ontario.



EKL (Essex, Kent, Lambton); ACMS (Algoma, Cochrane, Manitoulin, Sudbury); MNPST (Muskoka, Nipissing, Parry Sound, Témiscamingue). Source : Office des affaires francophones, *Profils statistiques*

Les francophones ont des revenus inférieurs à la moyenne de la population dans le sud-ouest de l'Ontario, des revenus supérieurs à la moyenne de la population dans le nord de l'Ontario et des niveaux de revenus similaires à la moyenne ontarienne ailleurs dans la province. Les Noirs francophones sont parmi les groupes les moins rémunérés au Canada (Galabuzi 2001; Madibbo, 2005). À Toronto, les francophones des minorités visibles gagnent à peu près 33,3 p. 100 moins que les francophones dans leur ensemble (revenu médian). Dans Ottawa et ses environs, les francophones des minorités visibles gagnent approximativement 40 p. 100 moins que les francophones dans leur ensemble (revenu médian). En Ontario, les femmes francophones des minorités visibles affichent un taux de chômage deux fois plus élevé que celui des francophones dans leur ensemble.

Le génocide survenu dans plusieurs régions du globe a eu lieu à propos de catégories comme la religion, la tribu, l'ascendance, l'« épuration ethnique », etc. L'exploitation fondée sur la race est un pan intrinsèque de notre histoire coloniale et de notre développement économique occidentaux. Par conséquent, il est utile de visualiser les autres formes d'« images de l'autre » à partir de la lentille élargie de l'anti-racisme. Chez certaines collectivités de l'Ontario, les grands groupes qui subissent la racialisation peuvent la subir pour des motifs autres que la simple appartenance à l'une des catégories définies comme « minorités visibles » au Canada (Européens de l'Est, réfugiés kosovars, populations de Roms, communautés religieuses, etc.).



Les peuples autochtones sont considérés isolément des autres collectivités racialisées en reconnaissance de leur statut de premiers peuples et des types d'exploitation et de discrimination auxquels ils sont confrontés, y compris les préjudices « étatiques / légiférés » pour lesquels on a utilisé les termes les plus rigoureux (génocide, apartheid) pour les décrire. Les saines politiques officielles (Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Lignes directrices en matière de recherche des trois conseils, etc.) reconnaissent l'auto-détermination des peuples autochtones dans la conception, le contrôle et l'exécution des stratégies à leur intention et la diversité parmi les peuples et « nations » autochtones (p. ex., de nombreux groupes des Premières nations, les Inuits et les Métis). Le nombre de nations autochtones est grand, mais Statistique Canada signale seulement trois grappes (Premières nations, Métis et Inuits). Lors du dernier recensement, 10 réserves indiennes ont refusé de participer à l'exercice ou n'ont pas achevé de remplir le questionnaire. Il n'y a pas de données signalées pour de nombreux établissements et réserves indiens. Par conséquent, ces chiffres et les taux de pauvreté sont vraisemblablement sous-dénombrés.

La théorie, les concepts, les cadres et les portraits démographiques qu'on a brossés fournissent la toile de fond d'une étude plus approfondie de trois thèmes d'interventions en matière de santé.

### 3 Les approches pour obtenir l'équité

#### 3.1 À première vue

À première vue, les moyens servant à réaliser l'équité pour les groupes racialisés en promotion de la santé peuvent sembler simples :

- offrir des programmes de loisirs culturellement adaptés tels que des cours de natation, des heures de baignade et des classes de gymnastique pour femmes seulement; dispenser diverses classes sur les sports organisés, y compris des danses et jeux ethniques; et faire tomber les obstacles culturels et linguistiques en matière d'accès à l'information et de participation;
- déterminer les groupes ethniques avec les taux de plus en plus marqués d'obésité, de maladies chroniques et d'insécurité alimentaire et investir dans des stratégies permettant de faire en sorte que ces communautés aient accès à des aliments abordables, nutritifs, adaptés à la culture et acceptables sur le plan individuel;
- intégrer les formes indigènes et alternatives de stratégies de réduction du stress et de promotion de la santé mentale autres que la médecine allopathique occidentale (médicaments, thérapie verbale, modification des comportements) et des séances de sensibilisation culturellement diversifiées et des campagnes anti-stigmate qui répondent le mieux aux besoins des différentes collectivités.

Ces efforts et interventions ne sont pas suffisants pour obtenir l'équité pour plusieurs motifs.

Bon nombre des stratégies, politiques, programmes et services susmentionnés ont été établis il y a plus de vingt ans de cela (Sabloff et coll., 1991; Ontario Multicultural Health Coalition et coll., 1992). Et bien que certaines de ces mesures soient en place, p. ex., les heures de baignade pour les femmes musulmanes à London, à Peel, à Ottawa, etc. (Fédération canadienne des municipalités ou FCM, 2010), nous n'en parlons toujours seulement comme de choses que nous pourrions faire. Même si ces types de stratégies étaient monnaie courante parmi les pratiques de promotion de la santé, ils ne s'attaqueraient toujours pas aux causes premières et aux déterminants qui donnent lieu aux disparités raciales en santé (Link et Phelan, 2005). La documentation comprend de nombreuses listes de mesures recommandées, mais réaliser l'équité ne peut se résumer à des listes de « choses à faire », à des aide-mémoires et à des approches à l'emporte-pièce (Rogers et Bowman, 2005).

Les stratégies peuvent être considérées selon l'ampleur suivant laquelle on y a intégré une analyse des pouvoirs ou une analyse anti-oppression/anti-racisme et les déterminants structurels de la santé. Certaines études délaissent les caractéristiques uniques des groupes particuliers au profit des pratiques, des politiques et des conditions sociales qui déterminent l'accès des groupes aux ressources propices à la santé ou l'exposition aux menaces et aux conditions qui nuisent à la santé.



Les stratégies énumérées précédemment ne s'attaquent pas au racisme, à la discrimination, à l'exclusion sociale et aux moteurs socioéconomiques des inégalités sociales ni ne les contestent. Elles ne traitent pas des politiques et des influences en amont qui créent, modifient ou réduisent l'exposition aux menaces, aux risques et aux conditions qui peuvent augmenter le risque de problèmes de santé. Le racisme, la discrimination systémique et les autres déterminants structurels de la santé ne sont habituellement pas abordés par les stratégies de promotion de la santé, malgré l'inclusion de mesures de défense des politiques de santé publique dans la définition du vocable « promotion de la santé ». Voyons-y de plus près.

### 3.2 À deuxième vue

Un second regard à la promotion de la santé afin de réaliser l'équité en matière de santé pour les groupes racialisés en amont comprend des stratégies visant à atteindre les objectifs suivants :

- s'attaquer aux politiques et aux pratiques qui engendrent de la discrimination chez les groupes racialisés en matière d'accès aux emplois, de sécurité du revenu, d'habitation, de liberté contre les formes de violence et de victimisation et d'exclusion sociale (défense des politiques en amont);
- s'assurer que les groupes racialisés et les collectivités aient des rôles et des pouvoirs décisionnels et des ressources leur permettant de participer à la conception et à l'exécution des stratégies de promotion de la santé (structures de gouvernance réactives et inclusives) (Association des centres de santé de l'Ontario ou ACSO, 2006, Ontario Council of Agencies Serving Immigrants ou OCASI, 2005b);
- exposer les iniquités en matière de santé et s'engager à les réduire grâce à de vastes stratégies appuyées, inclusives et multi-échelons, élargir la base de preuves, la collecte de données, l'évaluation et l'établissement des programmes et priorités de recherche;
- instaurer un changement organisationnel anti-racisme/anti-oppression, y compris : un engagement des cadres supérieurs et des conseils d'administration qui entre en jeu dans les politiques, les pratiques et les processus organisationnels, dans la formation du personnel, dans la conception des outils et des ressources pratiques de promotion de la santé et dans la mobilisation, l'extension, la gouvernance et les communications;
- promouvoir la sensibilisation et la détermination du racisme/discrimination systémique, des privilèges des Blancs et de l'eurocentrisme, de sorte que ces notions puissent être contestées (promouvoir la sensibilisation aux droits humains et adopter des mesures structurées portant sur la discrimination);
- assurer la mise en place de stratégies qui garantissent la participation efficace des minorités au sein des minorités et qui tiennent compte de la diversité des points de vue parmi chaque collectivité.

Le recensement des écrits montre ce qui suit :

- que les stratégies de promotion de la santé qui sont axées sur les personnes et qui traitent également des environnements et des conditions sont souvent inefficaces et que les vastes approches multisectorielles qui fonctionnent à plusieurs niveaux sont plus efficaces que les stratégies orientées vers les personnes uniquement (OMS, 1990, ASPC, 2007, Université d'Ottawa, 2010, NSPO, 2008), y compris l'approche de « santé dans toutes les politiques » (OMS, 1988, MOSSLD, 2010);
- que les stratégies qui ne tiennent pas compte des disparités existantes puissent élargir davantage le fossé des iniquités en matière de santé (Frohlich et Potvin, 2008; Macintyre, 2007; Culyer et Bombard, 2011);
- qu'exposer et comprendre les moteurs structurels et systémiques sous-jacents des inégalités quant au statut social qui reproduisent des comportements racistes et discriminatoires dans les échanges au quotidien puissent mener à des stratégies de modification des systèmes, d'établissement des organisations et de planification de la santé qui s'attaquent aux causes premières des disparités racialisées en matière de santé.

#### Ce qui fonctionne : Caractéristiques de politiques plus susceptibles d'être efficaces dans la réduction des inégalités de santé

- Changements structurels dans l'environnement (p. ex., des systèmes de modération de la circulation dans toute une zone, une séparation des piétons et des véhicules, des récipients à l'épreuve des enfants, l'installation d'avertisseurs de fumée, l'installation de chauffage à prix abordable dans des maisons froides et humides)
- Soutien du revenu (p. ex., systèmes fiscaux et d'avantages sociaux, conseils professionnels sur le droit à l'aide sociale dans les établissements de soins de santé)
- Réduction des barrières de prix (p. ex., prescriptions gratuites, repas scolaires, fruits et lait, traitements du sevrage tabagique, examens de la vue)
- Amélioration de l'accessibilité aux services (p. ex., emplacement des services de soins de santé primaires et d'autres services essentiels et accès à ces services, amélioration des liaisons de transport, aliments sains à prix abordable)
- Donner la priorité aux groupes défavorisés (p. ex., cibler les familles et les collectivités démunies, les chômeurs, les fuel poor, les sans-abri et ceux qui ont du mal à dormir)
- Offrir un soutien massif (p. ex., approches systématiques, adaptées et intensives impliquant des rencontres personnelles ou un travail de groupe, visites à domicile, garderies préscolaires de bonne qualité)
- Commencer dès le jeune âge (p. ex., soutien et interventions prénatales et postnatales, visites à domicile en bas âge, garderies préscolaires)

#### Caractéristiques d'interventions moins efficaces pour réduire les inégalités de santé

- Campagnes axées sur l'information (campagnes médiatiques d'information)
- Matériels écrits (brochures, étiquetage des aliments)
- Campagnes dépendant de personnes qui prennent l'initiative de participer
- Campagnes/messages conçus pour toute la population
- Approches éducationnelles axées sur la santé dans l'ensemble de l'école (p. ex., programmes de lutte contre le tabac et l'alcool à l'échelle de l'école)
- Approches qui nécessitent des coûts importants ou d'autres obstacles
- Programmes de logement ou de régénération qui font augmenter le coût de logement

(Source : Macintyre, S., *Inequalities in health in Scotland*. MRC Social & Public Health Sciences Unit : Glasgow, 2007, dans Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé ou CCNDS 2010)

La liste de Macintyre comprend également des contrôles législatifs et réglementaires (notamment la tarification et les taxes, etc.), ce qui réduit l'assujettissement de quiconque aux substances nocives et aux menaces. Cependant, les chercheurs canadiens reconnaissent que les groupes marginalisés sont plus négativement touchés par pareilles mesures, surtout lorsqu'une dépendance accrue et un fardeau financier sont plus éprouvants. Lorsque la stratégie liée aux politiques augmente les taxes (p. ex., les produits du tabac) pour en compliquer l'accès, les chercheurs suggèrent de réinvestir une partie des recettes fiscales du gouvernement tirées de ces produits et versées par les collectivités marginalisées les plus négativement touchées par ces taxes (Ontario sans fumée - Comité consultatif scientifique (SFO-SCA) 2010, p. 149).

Certains exemples de chacun des trois secteurs de promotion de la santé ont servi de points de référence concrets pour l'étude contenue dans ce recensement des écrits. Cela comprend des exemples concrets de mesures de sensibilisation de la domination des Blancs dans le système des stratégies alimentaires communautaires (p. ex., Tehera, 2010); les types de stratégies de loisirs accessibles et les priorités de transformation des systèmes les plus souhaitables, et les mythes contestés lorsque les collectivités racialisées participent aux décisions à leur sujet (p. ex., Vengris, 2006); et les nouvelles orientations financières pour la recherche sur la santé des populations qui comprennent s'attaquer aux déterminants structurels qui influent sur la santé mentale collective - une recherche qui « aider à mieux comprendre comment les facteurs contextuels peuvent combiner leurs effets aux interventions en santé des populations pour promouvoir la santé et l'équité en santé » (IRSC, 2010).

On trouve des exemples qui montrent qu'il est possible et pratique d'appliquer une approche anti-racisme/anti-oppression à l'équité en matière de santé dans le cadre des démarches en promotion de la santé.

### 3.3 Qu'entend-on par « disparités racialisées en matière de santé »?

Plusieurs rapports publiés dernièrement montrent que les populations sud-asiatiques et noires/afro-antillaises en Ontario ont un risque deux fois plus élevé de contracter le diabète, l'hypertension et les maladies du cœur à comparer aux autres groupes de population (Chui et coll., 2010; Creatore et coll., 2010, CASSA, 2010). Si l'on constate des taux plus élevés d'inactivité physique chez les groupes à faible revenu et les groupes racialisés (Bierman et coll., 2009), ce sont les facteurs structurels plus que ceux sur le plan du mode de vie qui expliquent les différences en matière de santé parmi les groupes racialisés et les immigrants récents (Newbold, 2009). Par exemple, chez les nouveaux arrivants, la dégradation de la santé au fil du temps est plus importante parmi les groupes qui se perçoivent comme faisant l'objet d'une plus grande discrimination (De Maio et Kemp, 2009). On recense beaucoup d'autres exemples de recherches, de recensements des écrits et d'examen systématiques qui montrent que le racisme et la discrimination sont liés aux effets de santé différentiels au-delà des différences de revenu, des facteurs de risques

comportementaux et de la prédisposition génétique (Khanlou, 2009, *Women's Health in Women's Hands*, 2003; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009; Lovell et Shahsia, 2006; Khanlou et Crawford, 2006; Hyman, 2009).

La plupart des rapports portant sur l'état de santé des groupes ethniques ou raciaux sont fondés sur des données administratives ou d'enquête. Bon nombre des études communautaires ayant trait à la santé mentale décrivent la discrimination, les entraves à l'accès et les expériences de santé négatives (Beiser et coll., 2006; Elmi, 1999; Coalition ethnoraciale, 2003; Fenta et coll., 2006, 2004; Noh et coll., 2001; Sabawoon Afghan Family Education ou SAFE, 2003; Simich et coll., 2006; Soroor, 2005). Cette expérience est invisible parmi les systèmes de santé dominants selon les jeux de données administratives. De puissantes perspectives découlent également des recherches qualitatives ayant pour titre, notamment, ce qui suit : *Racism makes you sick - It's a deadly disease'* (Lloyd et coll., 2002); *Institutional racism affects our well-being - We are dying from the*

#### Iniquités de santé

*« Compte tenu de l'évolution de plus en plus empirique et théorique des travaux sur les inégalités ethniques en santé, il est inquiétant de constater que les explications brutes fondées sur les stéréotypes culturels et les affirmations sur la différence génétique perdurent... malgré un manque de preuves concrètes, plus de 100 ans de recherches exposant les limites des hypothèses qui sous-tendent ces explications et une preuve de plus en plus marquée selon laquelle les inégalités sociales et économiques évidentes auxquelles sont confrontés les groupes relevant des minorités ethniques sont moins portées à constituer une explication fondamentale. » (Nazroo, 2003, p. 277)*

*inside* (Este et coll., 2003); *Racism is violence* (Ethno-Racial Peoples with Disabilities Coalition of Ontario, 1996) et *Racism really hurts* (Conseil sur l'équité en matière de santé, 2007). Le rapport d'enquête sur le *coût humain du profilage racial* (Commission ontarienne des droits de la personne, 2003) compte plus de 60 pages d'exemples et de citations plus percutants que les statistiques issues des études susmentionnées.

L'objet du présent rapport n'est pas de résumer toutes les recherches

existantes, mais de fournir un mode de réflexion à propos des types de différences qu'on étudie et qu'on signale pour éviter des explications erronées et simplistes. Par exemple, lorsqu'on voit des jeunes noirs se faire arrêter par la police, on ne se demanderait pas ce que les jeunes font de douteux, mais pourquoi sont-ils pris à partie sans motif apparent alors que cela ne se produirait nullement chez d'autres groupes? On est en droit de se poser la même question dans le cas des faibles taux d'activité physique, des taux élevés de diabète, d'hypertension, de maladies du cœur, etc. Compte tenu du mandat en promotion de la santé, la question n'est pas de savoir ce qu'il y a de distinctif à propos du groupe ethnoracial particulier, mais plutôt ce qu'il y a de distinctif à propos des environnements et des conditions (et leurs déterminants structurels sous-jacents) qui vient augmenter l'exposition et la vulnérabilité aux menaces pour la santé?

Dans le rapport, nous définissons les « disparités racialisées en matière de santé » comme des différences de santé entre les collectivités racialisées et les autres groupes qui découlent d'injustices sociales, c.-à-d. qu'elles sont injustes et évitables vu qu'elles ont

trait aux politiques, aux pratiques et aux conditions qui privilégient systématiquement les groupes blancs ou dominants européens et défavorisent systématiquement les groupes racialisés non dominants. Cela comprend les impacts qui dévalorisent les forces, les actifs et les capacités des collectivités racialisées.

L'intention revêt une importance moindre que l'impact (Lopes et Thomas, 2006). La loi sur les droits de la personne est sans ambiguïté à ce sujet avec l'accent qu'elle met sur l'« impact » (l'intention n'est pas nécessaire à la « constatation de discrimination » selon les facteurs enchâssés dans le Code des droits de la personne) tandis que, dans le cadre du droit pénal, l'« intention » compte (c.-à-d. la question de savoir si un geste a été prémédité).

La lentille de l'équité s'interroge sur les preuves des parcours qui expliquent les iniquités de sorte qu'on puisse élaborer les stratégies pour les résoudre (AOPPS, 2011). Le danger consiste à ne pas faire remonter les sentiers suffisamment en amont. Puisque les déterminants structurels sont toujours actifs, les inégalités perdureront même si les stratégies viennent modifier les déterminants intermédiaires (Williams et coll., 1994, dans Narzoo, 2003; Link et Phelan, 2005).

La section ci-après décrit en quoi le racisme mine la santé par des parcours directs et indirects complexes (selon un paradigme biomédical occidental). Les effets physiologiques directs surviennent principalement en présence d'un stress physiologique. Les effets indirects se produisent surtout en présence d'un accès aux marchandises, aux services et aux possibilités. Les effets sont interreliés, enchevêtrés, imbriqués de façon complexe et non mutuellement exclusifs, et ils se superposent au fil du temps.

La discrimination perçue est étroitement liée aux problèmes de santé physique et mentale (Williams et coll., 2003). Parmi les autres facteurs systémiques, mentionnons l'inaction devant un besoin manifeste, l'intervention sélective (ne pas considérer la violence à l'endroit des femmes ou la discrimination comme un problème de santé), le fait d'ignorer les enjeux de santé des minorités (manque de recherche, de données, de mesures ethnospécifiques, échantillon insuffisant) et l'évitement des aspects de la justice sociale qui engendrent les disparités sociales (discrimination sur le plan de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la prise de décisions, des services, etc.).

Williams et coll. (2003) ont analysé 53 études qui passaient en revue 86 associations entre la discrimination perçue et la santé mentale (47 études), la santé physique (34 études) et les comportements en matière d'hygiène (5 études). La majorité (86 p. 100) ont fait ressortir un lien entre un ou plusieurs de ces résultats de santé et la discrimination perçue. Des descriptions détaillées de ces mécanismes et de ces parcours dans le cas des effets directs comprennent ce qui suit :

- comment l'usure active les médiateurs hormonaux du stress qui protègent le corps en lui procurant des réactions d'adaptation à court terme mais qui mènent à des problèmes de santé chroniques à long terme (McEwen et Seeman, 1999);

- l'« hypothèse de résistance aux intempéries » des effets cumulatifs des expériences de vie (Geronimus, 2000), qui explique également le vieillissement précoce des itinérants (McDonald et coll., 2006);
- l'incarnation - l'expression biologique des relations raciales (Krieger, 1999, 2007);
- la mise à niveau - comment ces effets produisent des disparités raciales/ethniques persistantes dans les multiples résultats de santé au sein et à l'échelle des niveaux de statut socioéconomique (Lillie-Blanton et LeVeist, 1996);
- les autres processus dynamiques, latents et cumulatifs, les effets dose-réaction et les facteurs médiateurs (Barnes-Josiah, 2004; Williams et coll., 2003; James et coll., 1983, etc.).

Certaines descriptions des effets indirects (Kawachi et coll., 2001; Kreiger, 2009; Jones, 2000; Wilkinson et Pickett, 2010; Winkleby, et coll., 1999; Williams et coll., 2003) comprennent :

- les effets matériels - le gradient du rang socioéconomique quant à l'accès aux conditions tangibles, aux marchandises, aux ressources et aux services (p. ex., nourriture, refuge, logement, commodités, accès aux téléphones, Internet, transport, installations, etc.);
- les effets psychosociaux - les effets directs ou indirects du stress découlant d'une situation inférieure sur l'échelle socioéconomique, de l'appartenance à un groupe social sous-évalué, du fait de vivre dans des conditions relativement défavorisées sur le plan socioéconomique (Shields, 2008; Nazroo, 2003).
- le pouvoir et la capacité de tirer profit des ressources et des effets protecteurs d'une vie privilégiée (Frohlich et Potvin, 2007; Macintyre, 2007; Culyer et Bombard, 2011).

Les explications ci-dessus découlent d'un paradigme occidental et seraient différentes selon des perspectives spirituelles autochtones, selon le taoïsme, selon la philosophie orientale.

### 3.4 Le continuum universalité, compétence culturelle et anti-racisme/anti-oppression

L'éblouissement et les effets du racisme  
*« La conscience raciale est un antidote incontournable permettant de bien s'opposer au caractère institutionnalisé, systémique et normatif du racisme au Canada, de bien y résister et de bien le révéler... ce qui dépasse le simple cadre individualiste libéral avec son insistance sur la « neutralité », la « non-discrimination » et l'« intégration » à ... la société dominante ... qui continue de ne pas voir que la « réalité de la race » ... équivaut à ... la tolérance du « racisme ». »*  
 (Essed, dans Warner, 2006)

Deux stratégies se dégagent de la documentation étudiée. La première est une façon d'envisager les disparités racialisées le long d'un continuum allant des interventions universelles/sans discrimination à l'anti-racisme/anti-oppression. La deuxième est l'identification des interventions s'inscrivant dans une approche anti-racisme/anti-oppression. Le continuum utilisé ici s'inspire de plusieurs modèles canadiens, y compris le groupe sur les logements supervisés et la diversité (SHAD, 2008a; 2008b) et d'autres

(Janzen et Ochocka, 2006; James, 1996; Tehera, 2010). Ce continuum est semblable aux autres stratégies de changement organisationnel fondées sur l'anti-racisme/anti-oppression (Rogers et Bowman). Nous avons condensé les catégories pour les limiter à trois. Des renvois spécifiques sont indiqués entre parenthèses et énumérés à la fin.

**À propos du multiculturalisme**

« La promotion multiculturelle d'une politique de la différence ethnique non seulement efface davantage de la perspective les diversités intragroupes que sont la classe, les sexospécificités et la sexualité, et donc la nécessité des projets politiques connexes, mais également nuit à la détermination d'un ennemi systémique commun, soit l'état racial canadien et l'ordre politico-économique mondial fondamentalement injuste dont il fait partie. » (Warner, 2006)

L'application d'un continuum laisse entendre qu'il faut se déplacer depuis « moins » à une extrémité jusqu'à « plus » à l'autre extrémité. Dans ce continuum, « plus » signifie une utilisation plus explicite d'une approche structurelle/anti-oppression dans l'analyse et la prise de décisions. Le but recherché par ce continuum est de situer la théorie, la preuve et l'évaluation des scénarios stratégiques selon ces catégories.

Bien que la documentation analysée dans le cadre du présent mémoire critique la non-discrimination comme un facteur contribuant à l'iniquité (en omettant de voir la réalité du racisme), il existe des stratégies de promotion de la santé visant à offrir un accès universel aux préalables fondamentaux de la santé qui peuvent rapprocher de l'équité pour autant qu'ils suppriment de manière explicite les entraves à l'accès. La « conscience raciale » est un antidote à la non-discrimination. La compétence culturelle est nécessaire mais insuffisante. Les injustices structurelles historiques et actuelles au Canada entrent en jeu au moment d'utiliser une lentille de justice raciale.



	Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
Description	<p>Offrir à tous le même traitement.</p> <p>Les comportements et les valeurs du groupe majoritaire sont la norme ou « neutres ».</p> <p>L'accent est mis sur la tolérance plutôt que sur l'acceptation et la valorisation de la diversité.</p>	<p>La notion de compétence culturelle, qui a vu le jour dans les années 1990, est définie comme « la compréhension des expériences uniques des membres d'une culture différente grâce à la sensibilisation à sa propre culture, la compréhension empathique de l'oppression et l'évaluation critique de ses propres privilèges, ce qui engendre une capacité de bien fonctionner dans des contextes culturels différents ». (B)</p>	<p>L'anti-racisme fait appel à un examen critique de la façon dont les dynamiques des différences sociales (race, classe, sexospécificités, orientation sexuelle, habileté physique, langue, religion et pays d'origine) influent sur les expériences journalières, par le truchement d'un accès inéquitable aux ressources et aux pouvoirs, et sur les processus historiques, sociaux, et politiques qui ont institutionnalisé et continuent de favoriser pareils pouvoirs inégaux. (Dei, 1996; SHAD, 2008)</p>

<b>Une description du continuum (suite)</b>			
	<b>Universalité/non-discrimination</b>	<b>Diversité/compétence culturelle</b>	<b>Anti-racisme/anti-oppression</b>
<b>Niveau d'analyse</b>	L'éblouissement et les effets du racisme.  Niveau d'analyse individuel.	La compétence en diversité comprend la valorisation de la diversité qui dépasse le simple fait d'en tenir compte. (J)  Niveau individuel et collectif d'analyse. (S)	Les perspectives anti-oppression situent les structures opprimantes et discriminatoires au cœur même des analyses, en se souciant de la diversité des oppressions imbriquées. (SH)  La transformation sociale.
<b>Perspective mondiale</b>	La société est démocratique et égalitaire; ainsi, tout le monde a la liberté de choix, la liberté d'accès et la liberté de participer à quelque service/établissement qui les intéresse. (J)  Les préjugés, le racisme, l'ethnocentrisme, l'anti-sémitisme, etc. sont le produit de l'ignorance. (J)  Les services sont fournis à partir de la croyance selon laquelle toutes les personnes sont identiques et que l'ethnicité, la race et la culture ne font aucune différence. (S)	A. Diversité et multiculturalisme « L'univers est rempli d'une multitude de cultures complexes, qui se recoupent constamment et qui se façonnent les unes les autres. À mesure que les gens en viennent à comprendre et à apprécier leur propre culture et celles qui les entourent, ils pourront mieux collaborer et surmonter les écueils mutuels. » (S)  B. Compétence culturelle/habilitation culturelle « L'univers est rempli de groupes qui ont été traumatisés et victimisés par les événements historiques. Lorsque le groupe opprimé reconnaît ces injustices et qu'il s'en excuse, la guérison, la réconciliation et la transformation individuelles et sociales peuvent avoir lieu. » (S)	Le monde est régi par des systèmes puissants ayant des racines qui remontent dans le temps. Une fois que les gens constatent que ces systèmes les avantagent ou leur nuisent, ils peuvent travailler ensemble à les modifier. (S)  Afin que les populations culturellement diversifiées puissent être servies de manière tout aussi efficace que dans le cas des groupes dominants, leurs différences/expériences sociales, culturelles et historiques doivent être prises en considération. (Toronto, 1998, dans SHAD, 2008)
<b>Rapports</b>	Les différences ne sont pas signalées selon les groupes ethnoraciaux.	Les différences sont signalées selon les groupes ethnoraciaux là où les données le permettent. Il y a un danger de s'adonner à l'essentialisme lorsque la différence est attribuée aux facteurs génétiques, héréditaires ou culturels sans aucune analyse intersectionnelle ou analyse des pouvoirs.	Favorise la collecte de données pour permettre une analyse intersectionnelle et des rapports permettant de promouvoir et de mesurer les impacts et les interventions.



Une description du continuum (suite)			
	Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
Résultats	<p>Les communications avec des groupes diversifiés accentueront la conscience et élimineront les préjugés. L'éducation peut promouvoir une compréhension des différences. (J)</p>	<p>Conscience des différences culturelles et tolérance. (S)</p> <p>Si la transformation individuelle est réalisée, les personnes transformées peuvent mener à un changement structurel et bâtir des organismes plus équitables et plus inclusifs. (B)</p>	<p>Transformation sociale. (S)</p> <p>Transformation des organisations, des systèmes et des politiques.</p> <p>Les structures inclusives et équitables mèneront à la transformation des personnes qui y travaillent. (B)</p>
Enjeux dans la pratique	<p>Refuser de reconnaître la couleur est une façon de passer outre au racisme et de conserver les privilèges des Blancs, en affirmant que « l'absence de races » est en soi un geste raciste (Morrison, 1992, dans Tehara, 2010), Macintosh 1988 (au sujet du sac à dos invisible des privilèges des Blancs).</p> <p>Le racisme au quotidien passe inaperçu et demeure incontesté. Un manque de formation sur l'anti-racisme à l'intention du personnel. Un manque de diversité dans l'embauche.</p> <p>Une sensibilité et une tolérance aux autres cultures qui ne posent aucun défi au statu quo.</p> <p>« Nous ne le mesurons pas, nous ne l'analysons pas, nous n'établissons aucune stratégie liée au concept, nous n'en parlons pas ». (T)</p> <p>L'amalgame de la race et de l'immigration produisant l'altérité, l'exclusion sociale et un phénomène selon lequel les gens de couleur sont automatiquement perçus comme des immigrants et les immigrants non vus comme des « Canadiens ».</p>	<p>Dans la pratique, la compétence culturelle dote les employés d'outils leur permettant d'offrir des services appropriés aux divers clients, mais peut ne pas résoudre les questions de portée et de qualité des programmes disponibles à l'intention des groupes racialisés ni les enjeux structurels qui se répercutent sur leur santé.</p> <p>Le racisme au quotidien peut passer inaperçu et demeurer incontesté.</p> <p>L'essentialisme peut survenir (c.-à-d. qu'il y a une « essence » associée à une ethnicité particulière)/les stéréotypes peuvent survenir (présumer que toutes les personnes d'un groupe catégorisé partagent les mêmes traits, caractéristiques, facteurs de risques, préférences, etc.) et empêcher les personnes de constater les distinctions parmi les collectivités (politiques, historiques, ethniques, sociales et de statut socioéconomique). Le but n'est pas d'adopter une approche à l'emporte-pièce (MSNÉ).</p> <p>« Les activités comme la formation en compétence culturelle qui améliorent l'accès linguistique et culturel aux soins de santé peuvent améliorer les services destinés aux personnes, mais ne créeront vraisemblablement pas les transformations fondamentales à long terme dans l'état de santé de la population. » (B)</p> <p>L'accent mis exclusivement sur la culture peut miner les démarches visant à traiter les autres formes d'oppression.</p>	<p>L'approche proactive face à l'intersection des formes de pouvoirs et de privilèges reconnaît en quoi les interactions journalières perpétuent la discrimination et l'exclusion sociale et contribuent à démanteler le racisme individuel, organisationnel et structurel.</p> <p>Elle fait en sorte que les organisations reflètent les collectivités diversifiées dans les stratégies décisionnelles et redditionnelles, s'assure que la représentation n'est pas symbolique mais qu'elle apporte une approche de justice sociale à un engagement explicite en matière de justice sociale organisationnelle.</p> <p>Les organisations anti-racistes des Blancs créent des processus décisionnels qui doivent rendre des comptes aux collectivités de couleur (T).</p> <p>Difficulté continue à voir, à exposer et à traiter la discrimination systémique et les privilèges des Blancs.</p>

**Saine alimentation/sécurité alimentaire : Le long du continuum (exemples)**

Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
<p>Les aliments culturellement appropriés sont perçus comme un luxe plutôt qu'une nécessité. On s'attend que les utilisateurs des services alimentaires s'adaptent aux aliments disponibles, s'y ajustent et « s'en accommodent », peu importe leur confession, leur état de santé ou leurs restrictions diététiques (c.-à-d. accepter les dons tels quels). (T)</p> <p>On utilise les aliments comme une forme d'assimilation, en encourageant ou incitant les immigrants à manger/cuisiner les aliments « canadiens » et à s'intégrer/s'habituer à la nourriture disponible dans les programmes alimentaires (défis des enfants gênés de transporter des aliments ethniques dans leurs boîtes à goûter en milieu scolaire, ce qui augmente l'« altérité », le risque d'intimidation, etc. (Koc)</p> <p>Le racisme au quotidien passe inaperçu et demeure incontesté.</p> <p>« Les politiques et les attitudes organisationnelles qui aboutissent à différents niveaux d'accès et de qualité des services chez les différentes populations ou qui présument que tous les clients ont la même portée de besoins sont d'importants éléments contributifs des disparités en matière de santé. » (Barnes-Josiah, 2004)</p> <p>Les programmes universels de nutrition en milieu scolaire (APMCO, FCH, PBNEO, etc.) (exempts de stigmatisation – chacun obtient un goûter santé – les goûters peuvent ne pas être culturellement acceptables pour tous).</p> <p>Les politiques d'alimentation santé dans les écoles et les installations publiques (C.-B., Ont. en partie). (FMC, APMCO, C)</p>	<p>Diversité de choix alimentaires dans les distributrices, les épicerias, les cafétérias scolaires, les banques d'alimentation.</p> <p>Offrir des solutions alimentaires culturellement diversifiées, des services de traduction, du personnel polyglotte là où les ressources sont disponibles.</p> <p>Comblent les différents besoins lorsqu'ils sont connus et là où les ressources sont réparties.</p> <p>S'assurer de mesures de prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance et d'allaitement des bébés qui en sont affligés chez les groupes à faible revenu. (C)</p> <p>Ces mesures peuvent ne pas inclure de formation anti-racisme et peuvent omettre de présenter des connaissances et des capacités en initiatives anti-racisme et une compréhension du racisme systémique.</p> <p>Le racisme au quotidien peut passer inaperçu et demeurer incontesté.</p> <p>Les politiques en matière d'emploi et de sécurité du revenu peuvent continuer d'engendrer une insécurité alimentaire chez les groupes racialisés.</p>	<p>Reconnaître les aspects du système alimentaire qui sont fondés sur le racisme historique (travailleurs migrants peu rémunérés et sans sécurité d'emploi/protection; travailleurs de la transformation des aliments qui sont disproportionnellement représentés parmi les groupes racialisés à faible revenu); la variété des aliments nutritifs et les différences de coûts défavorisent les quartiers racialisés à faible revenu.</p> <p>Reconnaître que le racisme fonctionne comme une entrave à l'auto-détermination et à l'auto-suffisance des collectivités et met en doute les initiatives alimentaires dominées par les Blancs (marchés frais, coopératives d'alimentation). (Slocum, 2006, dans Tehera, 2010)</p> <p>S'attaquer aux politiques en matière d'emploi et de sécurité du revenu créant une insécurité alimentaire parmi les groupes racialisés. (FMC)</p> <p>Réduire la dépendance des stratégies alimentaires face aux dons des dirigeants de l'industrie alimentaire qui ne comblent pas les besoins en aliments nutritifs et culturellement adaptés.</p> <p>Reconnaître que les organisations de services d'alimentation ne reflètent pas la diversité de la population si seulement les Blancs occupent les postes rattachés au pouvoir. (S)</p> <p>S'assurer que les programmes alimentaires disposent des ressources leur permettant d'offrir des aliments culturellement adaptés chez les collectivités racialisées à faible revenu. (C)</p> <p>Les systèmes alimentaires, les réseaux de production et de distribution de nourriture et les organisations alimentaires communautaires s'emploient à offrir des aliments à prix équitable, accessibles, abordables et culturellement adaptés pour tous. (Slocum 2006, dans Tehera)</p> <p>Les systèmes alimentaires et les réseaux de production et de distribution de nourriture assurent la disponibilité et l'accessibilité d'aliments santé culturellement adaptés.</p> <p>Mesurer l'inclusion et la discrimination dans le système alimentaire et s'assurer que le financement dépende de l'adoption de politiques et de pratiques organisationnelles anti-racistes.</p>

### Saine alimentation/sécurité alimentaire : Le long du continuum (exemples), (suite)

Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
Augmenter la familiarisation aux aliments en rétablissant les cours de préparation des aliments dans le curriculum des écoles secondaires. (FMC) Restreindre la publicité sur la malbouffe (CESP).	Les décisions de recourir aux médicaments favorisant la perte de poids et la chirurgie bariatrique ne devraient pas reposer sur des preuves limitées à propos des différents effets de ces décisions sur les groupes raciaux/ ethniques. (C)	Recourir à la Charte canadienne des droits et libertés pour protéger les travailleurs agricoles migrants.  La sécurité alimentaire influe sur l'évaluation des politiques gouvernementales. Le public influe sur l'industrie de l'alimentation. (FMC)  Restreindre la publicité ciblée portant sur la malbouffe. (C)

Inspiré de : Tehera (T), Barnes et Josiah (B-J), Shapiro (S), Fondation des maladies du cœur (FMC), Fondation communautaire de Hamilton (FCH), Programme de bonne nutrition des élèves de l'Ontario (PBNEO), Campagne pour une enfance sans publicité (CESP), Caprio et coll., Déclaration sur un consensus (C), ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse (MSNE), Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario (APMCO), et Koc, & Welsh, 2001 (Koc)

### Accès à l'activité physique/loisirs et sports : Le long du continuum (exemples)

Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
Accès universel pour tous les enfants et les adolescents à des programmes de loisirs subventionnés par le secteur public (FMC, OCASI, Vengris) afin de réduire le stigmate, la honte, la bureaucratie et les autres entraves aux demandes de subventions.  Comblent le manque de conscience de l'existence des programmes gratuits.  Introduire un second crédit pour l'éducation physique dans les écoles. (FMC)	Tenir compte de la culture, des sexospécificités et des préférences familiales au moment de planifier les activités physiques, ainsi que des spécificités en matière d'entraves, d'influences/normes sociétales, de médias, de travail, de revenu, de quartiers, d'environnement, etc. (C)  Traiter les obstacles que doivent surmonter les femmes en particulier (responsabilités multiples, nombre accru d'entraves apparentes). (Pan et coll.)  Établir des comités de pairs, des postes de travailleurs communautaires et des partenariats : femmes et multiculturalisme, immigration, faible statut socioéconomique. (Women Alive, et Fondation Filles d'Action)  Les modèles existants de mise en forme et de transformation des modes de vie élaborés et évalués à l'intention des adultes et des enfants blancs de classe moyenne ne sont peut-être pas efficaces chez tous les groupes de population. (C, WG)	Contester l'« exceptionnalisme », c.-à-d. (Jiwani) le profilage des réalisations de quelques personnes des groupes racialisés dans les sports compétitifs (p. ex., basket-ball, course, etc.) tandis qu'on constate dans l'ensemble une sous-représentation marquée de la plupart des groupes racialisés lors des Jeux olympiques « canadiens » de compétition et parmi les équipes de la Coupe du Monde, etc.  Les stéréotypes raciaux dans les médias et dans le discours sont surveillés, évalués et rectifiés.  Faire de l'accès à des quartiers sûrs une priorité : la peur et la vie dans des quartiers inquiétants sont disproportionnellement vécues par les collectivités racialisées dans les zones à faible revenu victimisées par la criminalité. (C, BARHII)  L'accès équitable à des environnements bâtis qui appuient l'activité physique comprend des trottoirs, des circuits pour vélos, des sentiers pédestres, des installations, un accès public aux espaces « après les heures de bureau », un amoindrissement des bouchons de circulation, un meilleur éclairage des rues, moins de chiens sans surveillance, la protection contre la criminalité, des formules d'aide sociale abordables, etc. (Pan et coll., Casagrande)  Évaluer la distribution des espaces intérieurs et extérieurs, l'attribution des ressources et des programmes de mise en forme, de loisirs et de sports d'équipe, le transport, les entraves en matière de coûts, etc., selon la ventilation des groupes de population afin de déterminer les iniquités pour qu'on puisse s'y attaquer expressément et ainsi planifier un accès équitable aux loisirs. (BARHII)

## Accès à l'activité physique/loisirs et sports : Le long du continuum (exemples)

Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
<p>Surveiller et appuyer la mise en œuvre des critères d'éducation physique dans les écoles. (FMC, APMCO)</p> <p>Promouvoir les sports structurés se veut une démarche d'« intégration » et non de perception du sport, des loisirs et des jeux comme des façons dont les organismes culturels excluent et marginalisent ceux qui sont dépourvus du pouvoir de les façonner et perpétue les notions eurocentriques du « corps » physique. (AK)</p> <p>Ignorer les critiques de l'exclusivité et de l'eurocentrisme dans les sports structurés. (Dyck)</p>	<p>L'adaptation culturelle n'est peut-être pas un obstacle/facteur contributif aussi important que les autres facettes de l'accès. (WG)</p> <p>Les programmes de loisirs pour femmes seulement, les heures de baignade, les heures de gymnase, etc. ont été instaurés dans certains lieux, p. ex., Ottawa (Fédération canadienne des municipalités). Les stratégies subventionnées par la Fondation des maladies du cœur pour permettre aux Africains, orientaux, aux Bangladais, aux nouveaux arrivants, aux collectivités musulmanes, etc. de documenter les obstacles et de planifier des stratégies acceptables (FMC).</p> <p>Offrir des solutions en matière de programmes de sports/loisirs conséquents avec les modèles occidentaux « collectivistes » plutôt que « compétitifs » (OCASI)</p>	<p>Offrir des subventions et des pouvoirs décisionnels pour l'accès à l'activité physique, aux loisirs et aux sports chez les collectivités racialisées que dirigeraient ces collectivités et qui comprendraient une pluralité de voix des communautés minoritaires sous-représentées et souvent marginalisées (sexospécificités, adolescents, personnes à faible revenu, nouveaux arrivants, LGBT, personnes handicapées, etc.) notamment grâce à un financement soutenu, des infrastructures, des formules d'aide à l'évaluation. (Teufel-Shone, 2009) Ne pas présumer le type de sports privilégié par la collectivité – questionner et appuyer la collectivité afin qu'elle puisse élaborer et diriger ses propres initiatives (WG, OCASI, Vengris)</p> <p>Faire tomber les obstacles en matière de coûts qui bloquent l'accès équitable aux loisirs et aux sports, grâce à des politiques publiques (distribution des fonds, subventions, sécurité du revenu, salaire vital, emploi, logement, équité en matière de transport, etc.). (FMC) (APMCO)</p> <p>S'attaquer aux entraves « temporelles » - un enjeu de taille chez les personnes à faible revenu, longues heures de travail, travail exténuant, désir de « se reposer » et non de faire de l'exercice après le travail. (C)</p> <p>Les stratégies multi-niveaux sont plus efficaces que les stratégies individuelles. Concentrer en amont sur les changements de politiques. (Casagrande, BARHII)</p> <p>Appliquer la lentille de l'équité à la planification, ce qui comprend jeter un regard sur les injustices historiques et les déterminants structurels.</p> <p>Offrir une formation anti-raciste au personnel; élaborer des protocoles explicites pour intervenir auprès des collectivités racialisées et pour les inclure dans le processus. (Vengris)</p>

Caprio et coll., Déclarations de consensus, 2008 (C), Teufel-Shone et coll., 2009 (Teufel-Shone), Whitt-Glover, M.C. et Kumanyika, S.K., 2009a, 2009b (WG), Bay Area Reducing Health Inequities Initiative, plan stratégique, 2009 (BARHII), Casagrande et coll., 2009 (Casagrande), Ontario Council of Agencies Serving Immigrants (OCASI), Vengris/Sport Hamilton, Conseil de planification sociale et de recherche d'Hamilton (Vengris), AK (Alkemeyer et Broskamp B. 1996 (AK); Dyck, 2001 (Dyck), et Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario (APMCO), Fondation des maladies du cœur (FMC). Fondation Filles d'Action)

La promotion de la santé mentale est le processus par lequel on cherche à améliorer la capacité des personnes et des collectivités à prendre en mains les guides de leurs vies et à rehausser leur santé mentale. La promotion de la santé mentale exige un accès aux ressources économiques, une liberté contre toute forme de violence et de discrimination, une inclusion sociale et un accès à des mesures de prévention/intervention précoce afin de favoriser des environnements qui appuient la résilience. (Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario). Les structures et les politiques qui privilégient les messages de blancheur et de culture des Blancs à propos des normes, des aliments, des loisirs et des corps canadiens contribuent particulièrement à marginaliser, à aliéner et à contester la santé mentale, l'appartenance et l'identité des jeunes personnes racialisées qui tentent d'être logiques à propos de qui ils sont parmi le monde (Fondation Filles d'Action/Girls Action Foundation, 2008).

Promotion de la santé mentale : Le long du continuum (exemples de Kwasi Kafele, 2006)		
Universalité/non-discrimination	Diversité/compétence culturelle	Anti-racisme/anti-oppression
<p>Racisme non reconnu/validé comme déterminant crucial de la santé mentale</p> <p>Pièrre connaissance des problèmes de santé mentale et des besoins collectifs particuliers.</p> <p>Partenariats faibles/punctuels avec les groupes et organismes communautaires clés.</p> <p>Stratégies de prévention, d'éducation populaire, de défense des droits et d'extension qui ne traitent pas expressément du racisme.</p> <p>Aucun accent mis sur la planification des ressources en fonction de la lutte au racisme systémique, de l'impact sur les collectivités cibles et de l'impact sur la stratégie de promotion de la santé.</p> <p>Peu de recherches axées sur le volet « promotion de la santé » des programmes de lutte contre le racisme.</p> <p>Membres des collectivités racialisées non au cœur de l'établissement des stratégies, de l'élaboration des plans et de l'exécution des initiatives.</p> <p>Orientations eurocentriques.</p> <p>Méthodologies souvent éblouies par la culture et les effets du racisme.</p>	<p>Mettre en place des normes de compétences culturelles cliniques.</p> <p>Élaborer des stratégies de promotion de la santé qui déterminent nettement comment les connaissances recourent les facteurs de risque tels que le racisme, la pauvreté, le sexisme, l'orientation sexuelle, etc. pour perturber la santé mentale des membres les plus vulnérables des deux collectivités (p. ex., les jeunes, les femmes, les aînés, les moins nantis) et leurs familles.</p> <p>Fournir aux collectivités des renseignements sur les services selon des langues et des formules qui sont culturellement adaptées et déterminer nettement les programmes qui traitent du racisme comme d'un problème clinique.</p> <p>Intégrer entièrement les principes et les approches anti-racisme dans toute la planification en promotion de la santé.</p>	<p>Adopter une enveloppe pour l'appui et le ressourcement du leadership anti-racisme.</p> <p>Offrir une formation anti-racisme.</p> <p>Déployer une vaste communication qui promeut l'anti-racisme et l'équité.</p> <p>Dispenser des soins cliniques culturellement compétents.</p> <p>Rendre compte des comportements racistes à tous les niveaux.</p> <p>Assurer une participation collective équitable.</p> <p>Placer du personnel aux antécédents multi-raciaux et autochtones dans des postes décisionnels permettant d'influer sur les décisions.</p> <p>Bien traiter des problèmes d'accès et de pouvoir dans tous les aspects de la planification.</p> <p>Amener la planification des systèmes à intégrer pleinement et délibérément les principes, mesures et responsabilités en matière d'anti-racisme et d'équité dans tous les aspects des programmes.</p> <p>S'assurer que les travaux en politiques publiques précisent le racisme comme un problème de santé et de santé mentale grave et prioriser les travaux.</p> <p>Grâce à des politiques publiques (distribution des fonds, subventions, sécurité du revenu, salaire vital, emploi, logement, équité en matière de transport, etc.). (FMC) (APMCO)</p>

Les exemples susmentionnés sont extraits de : Kafele, K., 2006, *Racisme et santé mentale : condensé des problèmes, impacts et possibilités*, [http://www.healthequitycouncil.ca/dev/media/Racism\\_and\\_Mental\\_Health\\_chart\\_final\\_fr.pdf](http://www.healthequitycouncil.ca/dev/media/Racism_and_Mental_Health_chart_final_fr.pdf).

La grille a été élaborée à l'origine à titre d'annexe à : Kafele, K., *La discrimination raciale et la santé mentale: les communautés racialisées et autochtones*, mémoire présenté lors de la Race Policy Dialogue Conference de la Commission ontarienne des droits de la personne, <http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/racisme/racepolicydialogue/kk/view>.

### 3.5 Exemples d'iniquités de santé pouvant être perçues comme des disparités racialisées en matière de santé

On constate un « *manque de recherches* » sur les iniquités de santé liées au racisme systémique ainsi qu'un manque d'études d'évaluation de ce qui fonctionne selon le point de vue des collectivités racialisées (Kumanyika et Yancey, 2009; Casagrande et coll., 2009; OCASI, 2005). Les iniquités de santé peuvent être décrites selon les catégories suivantes :

- les déterminants (exposition accrue aux menaces, accès moindre aux formules de soutien/possibilités formelles en matière de santé et de bien-être, privilèges et statut social inférieurs);
- l'accès aux services (moins d'accès aux services ou au bon type de services au bon moment et de manière acceptable et respectueuse, qualité différente ou moindre des traitements ou des soins);
- l'état de santé (moins bons résultats de santé).

Les déterminants sociaux : Manque d'accès aux déterminants de la santé où le racisme est vraisemblablement un facteur contributif ou par l'intermédiaire du racisme structurel imbriqué dans les politiques, les idéologies, les pratiques et les interactions des institutions :

- les stratégies de marketing ciblent des groupes ethniques particuliers et influent sur les croyances et les pratiques à propos des aliments (Caprio et coll., 2008, Kumanyika et Grier, 2006). La publicité ciblée est un problème aux États-Unis. Les émissions de télé afro-américaines aux heures de grande écoute contiennent 60 p. 100 plus de messages publicitaires portant sur les aliments peu sains (malbouffe, bonbons, desserts, céréales hypercaloriques) que les émissions générales aux heures de grande écoute (Outley et Taddese, 2006); une préoccupation particulière est le fait que les enfants peuvent ne pas pouvoir faire la distinction entre un message « santé » et des « campagnes publicitaires ». Le Canada ne procède à aucune analyse du contenu de la publicité;
- les lectrices de magazines orientés vers les femmes afro-américaines et hispaniques ont été exposées à une quantité proportionnellement moindre de publicités en promotion de la santé et plus d'annonces diminuant l'importance de la santé que les lectrices de magazines axés vers les femmes blanches, et plus de femmes afro-américaines étaient mises à profit pour publiciser des produits négatifs comparativement à des produits positifs, tandis que l'inverse était vrai des modèles à la peau blanche dans les revues grand public (Dureksen et coll., 2005). On n'a trouvé aucune recherche contestant l'analyse des contenus de pareils médias au Canada;
- les recherches canadiennes montrent que les « obstacles apparents » à l'activité physique sont un facteur de taille pour expliquer les taux parmi les jeunes et les femmes. La disponibilité des installations était plus importante aux yeux des gens ayant un diplôme universitaire et un revenu supérieur qu'à ceux des gens au revenu inférieur (Pan et coll., 2009). Comme on le montre ici et ailleurs (McNeil et coll., BARHII, Caprio et coll., 2008; WG), un revenu supérieur et une meilleure santé sont associés à

des taux plus élevés d'activité physique en raison d'un accès amélioré aux ressources, aux installations et aux possibilités de santé, du fait de vivre dans des environnements plus plaisants et propices à l'activité, et des obstacles moindres à l'activité physique. D'autres études montrent que ces obstacles et iniquités sont exacerbés chez les immigrants et les collectivités racialisées (OCASI, 2005; Vengris/Sport Hamilton, 2006; Kumanyika et Grier, 2006; Caprio et coll., 2008):

- les différences de prix de plus en plus marquées entre les aliments sains et les aliments peu sains au fil du temps défavorisent systématiquement les communautés au revenu moindre qui sont plus portées à être des groupes racialisés et des nouveaux arrivants (Caprio et coll., 2008);
- les suspensions au sein des établissements scolaires, la répartition en classes homogènes, la qualité d'enseignement différentielle, l'accès inéquitable aux ressources destinées aux programmes scolaires et les résultats pédagogiques influent sur l'emploi et le revenu (Jackson, 2005; Lovell et Shahsia, 2006; People for Education, 2008);
- les stéréotypes véhiculés dans les médias, les rares représentations positives et la discrimination sont des facteurs de risque menant à des aspirations inférieures chez les jeunes, à des réalisations scolaires bâclées, à une estime de soi moindre, à des dépressions parmi les jeunes, à des troubles de conduite, à des sentiments d'exclusion sociale, à un manque d'appartenance, à de la colère et à la consommation de drogues comme mécanisme d'adaptation (Cooper et coll., 2008; Brody et coll., 2006; Sellers et coll., 2003, dans Hardaway et McLoyd, 2009; Anisef et Kilbride, 2000; Khanlou et Crawford; WHIWH, 2003; CTSM, 2006);
- le fait de vivre dans des quartiers mal servis avec un accès moindre aux services, aux loisirs, aux transports en commun, aux banques, aux terrains de jeux et aires de jeux sécuritaires dans les collectivités à faible revenu (Glazier et coll., 2005; ISPC, 2011);
- le sarcasme, l'isolement, le stigmate, le rejet pour le port de vêtements démodés, la pauvreté, les réactions passives/non violentes (Lovell et Shahsia, 2006);
- les exigences générales d'une expérience canadienne et d'une « excellente » communication en anglais dans les avis de postes à pourvoir;
- la discrimination dans l'emploi et dans le logement qui mène à une insuffisance d'argent, à des menaces d'expulsion, à une habitation de piètre qualité et peu convenable, à des quartiers et des conditions de travail peu sûrs;
- la peur pour sa sécurité, les propos racistes, les agressions pour motifs raciaux, le harcèlement policier, la brutalité policière;
- le fait de posséder un casier judiciaire par suite d'un profilage racial dans le système policier et judiciaire, un accès différentiel aux prononcés de sentences et un traitement différentiel (Commission, 1995; Lewis, 1992; Kafele, 2006; deSilva, 2006);
- des quartiers et des conditions de travail peu sûrs;
- un accès réduit à la protection du régime de santé (programme dentaire, médicaments sur ordonnances, lunettes) en raison de situations de chômage ou de travail précaire avec un manque de protection sous un régime de prestations de santé;
- un manque d'accès privilégié aux renseignements et aux ressources vu que cet accès est déterminé par les groupes sociaux anglo-eurocentriques dominants;

- une sous-représentation et une exclusion sociale des processus décisionnels dans les médias, les milieux d'affaire, le monde de l'enseignement, le gouvernement, les conseils d'administration, etc.(Maytree, 2011);
- un manque de droit à se syndiquer (p. ex., dans le cas des aides familiales); l'incapacité des travailleurs migrants et des personnes sans papiers d'accéder aux soins de santé ou l'absence de protection selon les normes en matière d'emploi ou la Charte canadienne des droits et libertés (Walia, 2006);
- un risque accru d'expulsion, d'arrestations policières, de maintien en incarcération, de casier judiciaire, d'institutionnalisation des groupes racialisés (surtout en présence d'un stigmatisme lié à la maladie mentale), de victimisation ou de consommation de drogues (Jarvis, 2006, Soc. de schizophrénie de l'Ont., 2010);
- un manque d'aliments nutritifs dans les programmes communautaires destinés aux quartiers racialisés à faible revenu (p. ex., programmes d'aide aux devoirs après l'école) (Lovell, 2010);
- les groupes racialisés qui éprouvent de manière disproportionnée une insécurité alimentaire, qui perdent leurs fermes ou ont moins accès aux terres agricoles (qui n'ont pas bénéficié de terres gratuites accordées aux immigrants blancs), qui font face à un travail dangereux dans le secteur de la transformation des aliments et parmi la main-d'œuvre agricole, qui sont des travailleurs migrants sans droit de se syndiquer (ils doivent être reconnus par le mouvement alimentaire communautaire).

#### Accès aux programmes, aux services et aux subventions

- L'invisibilité des groupes racialisés dans les campagnes de promotion de la santé (p. ex., campagnes de santé mentale anti-stigmatisme qui ne traitent pas du racisme);
- le sous-financement des organismes et des services visant des groupes spécifiques, qui mène à des entraves inévitables en matière d'accès, à une concurrence injuste/inéquitable pour l'obtention des ressources et des subventions, à une capacité réduite d'influer sur les modifications apportées aux politiques et aux programmes, et à l'auto-détermination dans le développement communautaire, la mobilisation des collectivités, etc.;
- un traitement différentiel (communications insensibles, erreurs de diagnostic, manque d'aiguillages vers les spécialistes);
- un manque d'accès à des renseignements culturellement appropriés portant sur la promotion de la santé et l'alphabétisation en santé;
- une surreprésentation des jeunes afro-antillais et autochtones dans les institutions (prisons, unités psychiatriques pour malades hospitalisés) et une sous-représentation parmi les services communautaires à Montréal et à Toronto (CTSM, Rapport des diasporas africaines, Phase I, 2007; Durbin, 2002);
- un parti pris dans les diagnostics, l'interprétation eurocentrique des symptômes et les erreurs d'interprétation des symptômes physiques) (CTSM, Rapport des diasporas africaines, Phase I, 2007; WHIWH, 2003; Choi, 2003, dans Lovell et Shahsia, 2006);
- le signalement d'une expérience accrue de discrimination en soins de santé (Femmes noires à Toronto, WHIWH, 2003).



### État de santé - mesures et rapports

- L'invisibilité des groupes racialisés dans les recherches et les évaluations (jeux de normes fondés sur les populations européennes qu'on applique sans les retoucher à tous les groupes racialisés);
- l'invisibilité du racisme comme déterminant de la santé dans les rapports sur les inégalités de santé;
- des taux supérieurs de conditions (p. ex., maladie mentale et consommation de drogues) dans les recherches communautaires (enquête du Centre de santé mentale ethnoracial Across Boundaries) par rapport aux enquêtes populationnelles (enquête de la CTSM, rapports sommaires en fonction des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) suggèrent des problèmes d'utilisation des enquêtes populationnelles non subdivisées comme taux de prévalence pour la planification des populations diversifiées;
- une absence de sur-échantillonnage dans les enquêtes populationnelles, un manque d'analyse des disparités en matière de santé, le camouflage et l'« invisibilité » des iniquités chez les groupes raciaux;
- des mythes apparents à propos des causes génétiques des maladies. Par exemple, le « génotype vigoureux » est souvent avancé comme explication de l'obésité et du diabète chez certains groupes raciaux mais, malgré un élargissement des recherches en génétique, aucun gène ni variante génétique n'a été constaté pour appuyer cette assertion (Caprio et coll., 2008). Une conférence sur les consensus concluait qu'il y a une preuve circonstancielle de certaines différences biologiques sur le plan métabolique (sensibilité insulinaire, adipolyse basale, répartition de l'adiposité) selon les groupes raciaux/ethniques mais que le lien est « loin d'être définitif » (Caprio et coll., 2008);
- un manque de mesures ethnospécifiques lorsque c'est justifié et un manque d'utilisation de mesures ethnospécifiques validées et internationalement recommandées (p. ex., IMC ethnospécifiques, mesures alternatives de l'obésité), un manque d'utilisation de mesures culturellement validées des cas de dépression/stress.

### État de santé - manque de réactions appropriées aux disparités en matière de santé

- Un manque d'accès aux services chez certains groupes ayant des degrés plus élevés de détresse (p. ex., les réfugiés torontois) (Soroor et Popal, 2005); seulement 1 Sri-lankais tamoul sur 10 montrant des signes de trouble de stress post-traumatique qui était admissible à un diagnostic de TSPT a reçu un traitement (Beiser et coll., 2003);
- des traitements qui mettent l'accent sur la prise de médicaments (que les gens peuvent ne pas pouvoir se permettre ou qu'ils perçoivent comme dangereux) accompagnés d'un manque d'information, d'un manque d'écoute des symptômes et des questions (Whitely et coll., 2006);
- l'attribution continue de taux supérieurs de maladies chroniques (diabète, maladie du cœur) chez certains groupes aux caractéristiques et aux comportements de ces groupes (groupes « à risque » ou « à risque élevé ») plutôt que de s'attaquer aux conditions, aux environnements et aux déterminants (« conditions de risque ») qu'on peut modifier par une défense stratégique.

## 4. Conclusion

Comme le soulignent les Instituts de recherche en santé du Canada (2009), « Les gens du Canada ne devraient pas être dissuadés d'atteindre leur plein potentiel de santé en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur revenu ou de toute autre circonstance socialement déterminée. » Malgré la racialisation de plus en plus marquée de la pauvreté et la conscience croissante des inégalités sociales racialisées, on constate une absence notable d'attention portée à l'exclusion sociale racialisée en santé des populations et en promotion de la santé. La prévention des maladies chroniques en particulier est un aspect important où insuffler une conscience du racisme structurel et de la discrimination afin de bâtir une stratégie plus équitable, inclusive et efficace. Cela comprend dépasser le simple cadre des programmes de diversité et des mesures de compétence culturelle pour se tourner vers un changement organisationnel et s'attaquer aux exclusions sociales racialisées fondées sur une reconnaissance des inégalités raciales et des injustices historiques (HEC, 2007).

Le recensement des écrits a fait ressortir la nécessité d'appuyer le changement organisationnel et les pratiques de promotion de la santé axés sur l'équité en santé sur une analyse du racisme structurel et de la dynamique historique et actuelle du pouvoir et des privilèges dans la société canadienne. Cette approche nécessite que l'on change notre optique, pour non plus mettre l'accent sur les groupes/populations « à risque » ou « à risque élevé », les facteurs génétiques et la culture, mais plutôt sur les « causes profondes » et les déterminants structurels de la santé et des iniquités qui sont largement en dehors du contrôle des particuliers ou de la communauté. Pour parvenir à l'équité en promotion de la santé pour les groupes racialisés, il faut plus que des stratégies visant à accroître l'accès à des aliments et à des programmes de loisir adaptés à leur culture ou à intégrer divers types d'approches de réduction du stress dans les programmes de santé mentale. Bien qu'utiles, ces stratégies ne s'attaquent pas aux problèmes du racisme, de la discrimination, de l'exclusion sociale et des facteurs socioéconomiques de l'inégalité sociale.

Les collectivités racialisées doivent se situer au cœur de la prise de décisions en matière de promotion de la santé, afin de faire en sorte que des stratégies pertinentes, crédibles et efficaces s'attaquent aux causes premières, s'inspirent des influences communautaires, réagissent aux iniquités de santé dans le but de les réduire et de prévenir la perpétuation de l'exclusion sociale. Cela comprend une prise de décisions mettant à profit une approche anti-oppression/anti-racisme, une représentation équitable des groupes racialisés dans les postes décisionnels, et des processus qui font participer directement les collectivités racialisées à la planification et à l'évaluation.

## Stratégies dans la sphère d'action anti-racisme/anti-oppression

Voici des exemples d'approches de promotion de la santé axées sur l'équité qui s'attaquent aux iniquités racialisées en matière de santé :

- exposer et mesurer les disparités racialisées en santé et s'engager à les réduire en mettant en œuvre des stratégies globales et soutenues à niveaux multiples, en étoffant les sources et la collecte de données ainsi que l'évaluation, et en établissant des priorités et des programmes de recherche;
- faire de l'examen de l'oppression systémique/structurelle une caractéristique centrale de la planification de la promotion de la santé; reconnaître l'eurocentrisme, les privilèges des Blancs et le respect des droits humains;
- faire en sorte que les groupes et communautés racialisés jouent un rôle dans la prise de décisions et aient les pouvoirs et les ressources pour participer à la conception et à la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé; faire en sorte que les perspectives des minorités dans les diverses communautés soient entendues; soutenir les communautés afin que cela se produise de façon constructive et selon différents formats;
- revendiquer des modifications aux politiques et aux pratiques qui discriminent les groupes racialisés en ce qui a trait à l'accès à l'emploi, à la sécurité du revenu, au logement et à l'affranchissement de la violence;
- instaurer des changements organisationnels anti-racisme/anti-oppression qui se reflèteront dans les politiques, les pratiques, la formation du personnel, les outils de travail, l'engagement communautaire, la gouvernance et les communications.
- Bien que la collecte de données et la désagrégation des données soient importantes en matière de surveillance de l'équité, le parti pris eurocentrique intrinsèquement présent dans la recherche doit être résolu, de préférence au moyen d'un élargissement d'une production de savoirs qui cible les voix jamais écoutées, les connaissances supprimées et les idées négligées des collectivités racialisées et des minorités qui les composent.

Les questions abordées dans le recensement des écrits ont été inspirées de conversations animées survenues à l'échelle de la province dans le cadre du projet de Nexus Santé et du Conseil sur l'équité en matière de santé visant à « Renforcer la capacité pour l'équité en promotion de la santé parmi les groupes racialisés » réalisé en 2010-2011. Ces conversations se poursuivront alors que les organismes et les collectivités travailleront ensemble et continueront de partager idées et stratégies pour une justice sociale et une équité en matière de santé pour tous.

## Appendice A. Chronologie/Histoire du racisme au Canada

Pour des exemples, consulter:

Curry-Stevens, A., *Élargir le cercle : ceux qui veulent mettre fin au racisme*, Le Centre pour la justice sociale, p. 5, <http://www.socialjustice.org/uploads/pubs/ExpandingtheCircleENG.pdf>.

Gushulak, B. (2010), *Santé migratoire au Canada : Lois et politiques canadiennes au fil des siècles*, p. 12-16, *Bulletin de recherche sur les politiques de santé : La santé des migrants*, numéro 17, <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php>.

Histoire des noirs au Canada, <http://www.histoiredesnoirsauCanada.com/>.

Politique et directives sur le racisme et la discrimination raciale. 1.4. Contexte historique : L'héritage du racisme au Canada, <http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policies/RacismPolicyFRENCH>.

L'histoire : Le racisme dans la loi et la société, Bibliothèque et Archives Canada, <http://www.collectionscanada.gc.ca/chinese-canadians/021022-1400-f.html>.

Blackhouse, C. (2010), *De la couleur des lois: une histoire juridique du racisme au Canada entre 1900 et 1950*, Presses de l'Université d'Ottawa, [http://www.ruor.uottawa.ca/en/bitstream/handle/10393/12996/De\\_la\\_couleur\\_des\\_lois.pdf?sequence=1](http://www.ruor.uottawa.ca/en/bitstream/handle/10393/12996/De_la_couleur_des_lois.pdf?sequence=1).

Rapport sur le racisme systémique et la discrimination dans les politiques canadiennes sur l'immigration et les réfugiés, Conseil canadien pour les réfugiés, <http://ccrweb.ca/fr/rapport-sur-le-racisme-systemique-et-la-discrimination-dans-les-politiques-canadiennes-sur>.

Promouvoir la diversité (2006), *Une trousse de ressources sur l'anti-racisme pour les personnes âgées et les organisations qui les servent* (anglais seulement), <http://www.411seniors.bc.ca/PDF%20Files/AntiRacismToolkit.pdf>.

Statut des femmes de Vancouver, Groupe de travail féministe (2008), *L'Histoire en plein visage sur territoire occupé: une chronologie des relations entre les races* (anglais seulement), <http://www.vsw.ca/Documents/RRTimelineJune10thFINAL.pdf>.

Une Webographie : L'histoire du racisme au Canada (anglais seulement), [http://www.hopesite.ca/remember/history/racism\\_canada\\_1.html](http://www.hopesite.ca/remember/history/racism_canada_1.html).

## **Appendice B.**

### **Anti-racisme et accès équitable à la santé en Ontario dans les années 1990**

La Stratégie pour l'anti-racisme du service public de l'Ontario, amorcée en 1991, est fondée sur la politique de multiculturalisme adoptée en 1987 et sur les consultations poussées qui eurent pour résultats la création de directives sur la santé dans un milieu multiculturel (1988). Les directives multiculturelles sur la santé furent adoptées officiellement comme politique ministérielle en 1991. En 1992, le Cabinet approuva les recommandations du Rapport de Stephen Lewis sur les relations entre les races et adopta officiellement la législation sur l'équité en matière d'emploi, jetant ainsi les bases de la Stratégie de l'anti-racisme du Ministère ou SARM (1993) et du Protocole anti-racisme (1994). La Commission sur le racisme systémique dans le système de justice criminelle de l'Ontario est un exemple d'analyse détaillée des causes, expériences et résultats du racisme systémique.

Le racisme fut reconnu en tant que déterminant de la santé dans la SARM. SARM commença par une vision anti-raciste de la santé et présenta un ensemble complet de stratégies pour changer les attitudes, les processus, les pratiques et les politiques qui produisent et reproduisent de manière systématique les inégalités raciales en Ontario. Cette stratégie ne se limita pas au domaine de l'accès équitable aux services mais elle inclut même les problèmes systémiques, y compris les changements organisationnels nécessaires pour éliminer le racisme. Cela signifiait des changements dans le leadership, la gouvernance, l'emploi, les partenaires dans la communauté et la communication.

L'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) adopta des résolutions sur l'anti-racisme en 1992 et, en 1994, prit l'engagement de recommander des directives pour la collecte de données ethnoraciales. ASPO affirma que le manque de données contribuait au racisme systémique qui existait dans le système de santé parce qu'il devenait une justification pour limiter les ressources et maintenir le statu quo dans les services qui étaient inaccessibles ou inadaptés aux communautés ethnoraciales.

Henry et Taylor (2009) notent que de la fin des années 1980 au milieu des années 1990, on a accordé plus d'attention au racisme dans tout le Canada en réponse aux demandes pour un traitement équitable. Le gouvernement et les organisations du secteur public ont alors élaboré des politiques et des programmes, modifié leurs pratiques courantes, et leurs embauches et nominations inclurent un nombre limité de personnel racialisé. La situation évolua après 1995, avec une fin abrupte des initiatives anti-racistes en Ontario quand le gouvernement fut renversé en 1995. Les autres changements inclurent l'élimination des programmes d'équité en matière d'emploi et de logements sociaux, les compressions budgétaires pour de nombreux programmes pour groupes marginalisés et une réduction de 22,6 p. 100 des prestations d'aide sociale.

## **Appendice C. Méthodologie du recensement des écrits**

L'étendue géographique couverte inclut les provinces canadiennes (y compris le domaine local et régional), certains pays de l'OCDE (R.-U., Australie, Nouvelle-Zélande, États-Unis) et des ressources globales/internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé.

Des ressources en anglais et en français ont été consultées. À part un bref survol historique, les ressources ciblées sont celles produites dans la dernière décennie, soit de 2001 à 2010.

Les bases de données consultées incluent : les recherches d'articles de journaux Medline utilisant OVID menées par les bibliothécaires du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), les références réunies pour l'article du CTSM pour la Commission de la santé mentale, la littérature récente sur la santé mentale (2009-2010) basée sur la recherche effectuée pour les documents de consultation et les rapports écrits pour la Commission de la santé mentale et pour deux projets de recherche sur la santé mentale des groupes racialisés préparés pour le Centre de santé mentale ethnoracial Across Boundaries (troubles concomitants et santé mentale des personnes âgées).

Une recherche additionnelle a été faite sur le Portail des chercheurs (sciences sociales par sujet, multiples bases de données) à l'Université de Toronto. Les mots choisis pour la recherche incluaient : Canada, French, racism ou equity ou discrimination, mental disorder, mental illness, diet ou nutrition ou food intake, physical activity, immigrants ou ethnicity ou race. Une recherche fut aussi faite sur Google et Google Scholar avec les termes suivants : health-santé, mental health - santé mentale, physical activity - activité physique, equity- équité, racism - racisme, racialized - racisé(s) = masculin/groupe, racisée(s) = féminin, santé, santé mentale, activité physique.

Les ressources revues incluent des études publiées dans des journaux, des rapports produits/publiés sur des sites web d'organisations et des rapports et documents non-publiés.

Des recherches furent effectuées pour trouver les ressources produites par les organisations dans les endroits où les conférences de communauté ont eu lieu.

Des recensements des écrits portant sur ce sujet furent aussi compilés : Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), Centres de collaboration OMS, OMS, Pays de l'OCDE, agences internationales, Nexus Santé et membres du HEC (Conseil sur l'équité en matière de santé) - Services de santé publique de Toronto, CTSM, services communautaires et de santé multiculturels Access Alliance; d'autres organisations, y compris le Centre de santé mentale ethnoracial Across Boundaries, le Conseil des organismes de service des Sud-Asiatiques (CASSA), la Black

Health Alliance, le Racism Violence and Health Project, la Fondation canadienne des relations raciales, la Commission pour la santé mentale du Canada; et d'autres rapports de comités du gouvernement et du Sénat) et les documents requis des participants au projet « Renforcer la capacité pour l'équité en promotion de la santé ».

Recherche additionnelle sur Google utilisant les termes : intersectionnalité, anti-racisme/anti-oppression etc..., en anglais et en français.

Pour la revue de la littérature, on a consulté le Planning Group, le comité de recherche HEC et le Comité consultatif du projet pour s'assurer que les objectifs du projet étaient utiles.

Bien que le recensement des écrits ait été réalisé en anglais, une liste de références en français a aussi été compilée. Certaines ressources en français qui n'avaient pas de traduction anglaise ont été aussi lues et incluses dans ce recensement. Ont aussi contribué à cette revue certains membres francophones du Comité consultatif du projet, des membres du personnel de Nexus Santé et des chercheurs en milieu communautaires pour Steps to Equity qui ont pu offrir des perspectives et des ressources francophones.

Pour des exemples de méthodologie du recensement des écrits, consulter :

<http://www.crr.ca/content/view/249/538/lang.english/> (anglais seulement).

## **Appendice D.**

### **Les membres du comité consultatif du projet**

**Uppala Chandrasekara**, Association canadienne pour la santé mentale (Ontario)

**St. Phard Désir**, Conseil économique et social d'Ottawa Carleton

**Alain Dobi**, Réseau de soutien à l'immigration francophone (Centre-Sud-Ouest)

**Ann Doumkou**, London InterCommunity Health Centre

**Peter Dorfman**, Toronto Public Health

**Elsa Galan**, Multicultural Interagency Group of Peel

**michael kerr**, Colour of Poverty

**Stephanie Lefebvre**, Service de santé publique de Sudbury et du district

**Sume Ndumbe-Eyoh**, Regional Diversity Roundtable of Peel

**Cheryl Prescod**, Black Creek Community Health Centre

**Kelli Tonner**, Centre de Santé Communautaire du Sud-est d'Ottawa

**Eta Woldeab**, Ontario Council of Agencies Serving Immigrants



## Références

- Access Alliance Multicultural Health and Community Services. (2005). *Racialised Groups and Health Status: A literature review exploring poverty, housing, race-based discrimination and access to health care as determinants of health for racialised groups*. Toronto: Author.
- Across Boundaries. (2009). *How we do it: Across Boundaries' anti-racist, holistic service delivery model*
- Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of BC. (AMSSA) 2001. *Long-term Anti-racism Strategies: A Guide to Developing Effective Community Projects*  
<http://www.evaluationtoolsforracialequity.org/evaluation/tool/doc/ltars.pdf>
- Afshari R & Bhopal R. (2010). Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005 *Int. J. Epidemiol.* 39(6): 1682-1683.
- Agic, B. (2004). *Health Promotion programs on mental health/illness and addiction issues in Ethno-racial/cultural communities*. CAMH. [http://www.camh.net/education/ethnocult\\_healthpromores02.pdf](http://www.camh.net/education/ethnocult_healthpromores02.pdf)
- Agic, B. (2004). *Culture Counts: Best Practices in Community Education in Mental Health and Addiction with Ethnoracial/Ethnocultural Communities; Phase One Report.* Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health, [http://www.camh.net/education/Resources\\_communities\\_organizations/culture\\_counts\\_jan05.pdf](http://www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/culture_counts_jan05.pdf)
- Agnew, V. *Gender, Migration, and Citizenship. Resources Project. Part I: A Literature Review on Race, Gender, and Class.* [http://www.yorku.ca/gmcr/full\\_text\\_bibs/Final%20Bibliography%20I.pdf](http://www.yorku.ca/gmcr/full_text_bibs/Final%20Bibliography%20I.pdf) Part II: *A Literature Review and Bibliography on Health.* [http://www.yorku.ca/gmcr/full\\_text\\_bibs/Final%20bibliography%20II.pdf](http://www.yorku.ca/gmcr/full_text_bibs/Final%20bibliography%20II.pdf)
- Agos C., & Hain H. (2001) *Systemic Racism in Employment in Canada. Diagnosing systemic racism in organizational culture*. Canadian Race Relation Foundation. <http://www.crr.ca/divers-files/en/pub/rep/ePubRepSysRacEmpl.pdf>
- Alberta Health Services. (2009). *Health promotion in immigrant and refugee populations: culturally appropriate strategies for health promotion. Literature Review.* Author.
- Alberta Health Services. *Diversity Resources. Health and Diverse Populations Series on Health and Ethnicity*  
[http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/diversity/diversity\\_resources/health\\_div\\_pops/black.htm](http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/diversity/diversity_resources/health_div_pops/black.htm)
- Alkemeyer T., & Broskamp B. (1996). *Strangerhood and Racism in Sports. Sport Science Review*, 5(2), 30-52. [http://www.ssoar.info/ssoar/files/2010/1516/strangerhood\\_racism\\_in\\_sports.pdf](http://www.ssoar.info/ssoar/files/2010/1516/strangerhood_racism_in_sports.pdf)
- American Anthropological Association (1998). *Statement on "Race"* <http://www.aaanet.org/stmts/racepp.htm>
- Anand, S. Et al. (2004). *Public Health, Ethics, and Equity* (Oxford University Press, 2004):94-95. in *Health Equity and Social Justice: Definitions* <http://doclibrary.com/MS149/DOC/DefinitionsHealthInequity20615070110.doc>
- Annie E Casey Foundation. (2006). *Racial Equity Impact Analysis: Assessing policies and programs and practices.*  
[http://www.aecf.org/upload/publicationfiles/racial\\_equity\\_analysis.pdf](http://www.aecf.org/upload/publicationfiles/racial_equity_analysis.pdf)  
Race Matters <http://www.aecf.org/knowledgecenter/publicationsseries/racematters.aspx>
- Andrew C, Cardinal L, Kerisit M, Dallaire H, Boudreau F, Farmer D, Bouchard L, Lemiere D, Adam D, Culligan D, Rochon-Ford A. (2000). *Les Conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes*, Ottawa.  
[http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final\\_French-3.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final_French-3.pdf)
- Alvara,C, Jackson LA, Kirk, T, .McHugh L, Hughes, J, Chircop A & Lyons RF. (2011). *Moving Canadian governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: some insights from complexity and critical theories*  
*Health Promotion International*, (26)1: p 1-9
- Aspen Institute. *Roundtable on Community Change. 2009. Dismantling Structural Racism. Constructing a Racial Equity Theory of Change.*

[http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/roundtable%20on%20community%20change/RACIAL\\_EQUI TY\\_THEORY\\_OF\\_CHANGE\\_08.PDF](http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/roundtable%20on%20community%20change/RACIAL_EQUI TY_THEORY_OF_CHANGE_08.PDF)

Aspen Institute. Racial Equity Theory of Change Worksheets. [http://www.gcyf.org/usr\\_doc/RETOC\\_Worksheets.pdf](http://www.gcyf.org/usr_doc/RETOC_Worksheets.pdf)

Association of Ontario Health Centres (AOHC). 2006. A Review of the Trends and Benefits of Community Engagement and Local Community Governance in Health Care

Aucoin L. (2008). Compétences Linguistiques et culturelles des organisations de santé. Analyse critique de la littérature. Rapport Présenté a la Societé Santé Français Rapport final.

Australian Better Health Initiative. Equity focused health impact assessment  
[http://www.hiacconnect.edu.au/files/Rapid\\_EFHIA\\_of\\_ABHI.pdf](http://www.hiacconnect.edu.au/files/Rapid_EFHIA_of_ABHI.pdf)

Banks-Wallace, J. (2000). Staggering under the weight of responsibility: The impact of culture on physical activity among African American women. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, 6(3), 24-30.

Barnes-Josiah DL (2004). Undoing Racism in Public Health: A Blueprint for Action in Urban MCH. NE: CityMatCH at the University of Nebraska Medical Centre.

Bastien S. (2009). Ontario's Inclusive Definition of "Francophone" Best Practices Manual on Francophone Immigration in Canada. P 39-40. Citizenship and Immigration Canada

Bay Area Health Inequities Initiative. ("BARHII"). (2009) A Public Health Approach to Social Determinants of Health.  
[http://www.barhii.org/programs/download/ucb\\_strategic\\_plan.pdf](http://www.barhii.org/programs/download/ucb_strategic_plan.pdf)

BC Multicultural Advisory Council. (2004). Strategic framework for action: a strategy to stimulate joint action on multiculturalism and the elimination of racism in British Columbia

Beiser M., et al. (2006). A Community in Distress. Report to the Community on Results of the Tamil Mental Health Community Survey. University of Toronto, Dept. of Psychiatry

Benjamin A, Este D, James C, Lloyd B, Bernard WT, Turner T. (2010). Race and Well-Being. The lives, hopes and Activism of African Canadians. Toronto. Fernwood Publishing.

Benjamin, Akua. (2003). *The Black/Jamaican criminal: The making of ideology*. Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto, Toronto. In Warner R. 2006. Theoretical Framework for the Racism, Violence and Health Project. A Working Paper. <http://rvh.socialwork.dal.ca/resources.html>

Benjamin, Akua & Este, David. (2003). Making the connections conference (June 6-7, 2003). Retrieved April 4, 2006, <http://rvh.socialwork.dal.ca/06%20Making%20the%20Connections/makingconnections.html>

Bennett M. and the Aboriginal Women's Health and Healing Research Groups. (2005). A bibliography of Research on Aboriginal Women, Health, and Healing. Vancouver. (R/T) Aboriginal Women's Health and Healing Work Group. . [http://www.cewh-cesf.ca/PDF/awhhr/annotated\\_bib\\_AWHHRG.pdf](http://www.cewh-cesf.ca/PDF/awhhr/annotated_bib_AWHHRG.pdf)

Bergeron P., Auger N., & Hamel D. (2009). Weight, general health and mental health: status of diverse subgroups of immigrants in Canada. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*.100(3):215-20

Berry, J. W., Kalin, R. & Taylor, D. M. (1977). Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada. Ottawa: Ministry of Supply

Berry, J. W., Kalin, R., & Taylor, D. M. (1977). Attitudes à l'égard du multiculturalisme et des groupes ethniques au Canada. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.

Bhopal, S. (1994). Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ* (309): 327

Bibliography. References and selected readings: Commission on First Nations and Métis Peoples and Justice Reform. <http://www.justice.gov.sk.ca/justicereform/volumeone/22Bibliography.pdf>

- Bierman A. et al. 2009. POWER Study Reports. [www.powerstudy.ca](http://www.powerstudy.ca)
- Bishop, Anne. (1994). *Becoming an Ally: Breaking the Cycle of Oppression*. Halifax. Fernwood Publishing.
- Black Health Alliance. (2007). Final report on the use of community engagement funds.
- Blackhouse C. (1999). *Colour-Coded: A Legal History of Racism in Canada, 1900-1950*. Toronto: The Osgoode Society and University of Toronto Press.
- Blakey, H, Pearce J, & Chesters G. (2006). *Minorities within minorities. Beneath the surface of South Asian participation*. Joseph Rowntree Foundation
- Bosset, Pierre. (2005). Legislative measures in the battle against racial discrimination in Quebec. An institutional appraisal. *Nouvelles pratiques sociales*, (17)2: 15-30
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M-H, Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). Health in Language Minority Situation. *Healthcare Policy/Politiques de Sante*, (4) 4; pp. 36-42
- Braverman, P. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health and Population Nutrition*, (21)3: 181-192.
- Braveman P & Gruskin S. (2003). Defining equity in health *J Epidemiol Community Health*, (57):254-258
- Braverman. P. (1988). Monitoring Equity in Health Promotion: A Policy Oriented Approach. WHO [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_CHS\\_HSS\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_HSS_98.1.pdf) <http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf>
- Brooks J, & King M. (2008). Geneticizing disease. Implications for racial health disparities. Centre for American Progress.
- Brotman, S.. & Levy, J. (2008). *Intersections: cultures, sexualities and genders*. Quebec: Presses de l'Université du Québec. xvi, 474 pp.
- Buchignani, N. & Indra, D.. (1985). *Continuous Journey: A Social History of South Asians in Canada*. McClelland and Stewart Ltd., Toronto. *Facts Into Acts: Action and Research on Political Participation*. Working Groups on Racial Equity, 145.
- Buchignani, N. & Indra, D. (1981). "The political organization of South Asians in Canada, 1904-1920" in *Ethnicity, Power and Politics in Canada*, edited by Jorgen Dahlie and Tissa Fernando. Methuen, Toronto.
- BWSS. Empowering Non-Status, Refugee and Immigrant Women Who Experience Violence. British Columbia. [www.bwss.org](http://www.bwss.org), [www.theviolencestopshere.ca](http://www.theviolencestopshere.ca)
- CAMH. (2007). Culture counts. A roadmap to health promotion. Best practices for developing health promotion initiatives in mental health and substance use with ethnocultural communities. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health
- CAMH. Social Equity and Health Research Department of the Centre for Addiction and Mental Health and Mental Health Commission of Canada. (2009). *Improving Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-cultural and Racialized (IRER) Groups*. Toronto. Centre for Addiction and Mental Health.
- CAMH. (2007). Developing a service model for Canadians' of African descent. Phase 1. Report. [http://www.camh.net/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/EACRIMH/eacrimh\\_report1107.pdf](http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/EACRIMH/eacrimh_report1107.pdf)
- CAMH. (2006). Hear Me, Understand Me, Support Me: What young women want you to know about depression. Toronto. Centre for Addiction and Mental Health [http://www.camh.net/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/Validity/validity\\_eng.pdf](http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/Validity/validity_eng.pdf)
- Campbell, D and Dhaliwal, B. *Challenge the assumptions!* Toronto: The Students Commission. An anti-racist, feminist kit.. Available in French and English. [www.tgmag.ca/index\\_e.htm](http://www.tgmag.ca/index_e.htm)

Canadian Centre for Policy Alternatives. (2010). Ontario's growing gap. The role of race and gender.

Canadian Council for Refugees (2006). Gender-based analysis of settlement. <http://ccrweb.ca/GBAresearch.pdf>

CCR. Canadian Council for Refugees. (2000). Report on Systemic Racism and Discrimination In Canadian Refugee and Canadian Heritage (1996). *Racism. Stop It! Teachers' Guide for Elementary Grades and Secondary Grades* Ottawa, Immigration Policies <http://ccrweb.ca/files/arreport.pdf>

CCR. Canadian Council for Refugees. (2006b). Non citizens in Canada. Equally human, equally entitled to rights. Report to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights on Canada's compliance with the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. <http://ccrweb.ca/files/cescrsubmission.pdf>

Canadian Human Rights Commission. (2010). Framework for Documenting Equality Rights. [http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/framework\\_equality.pdf](http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/framework_equality.pdf)

Canadian Mental Health Association. (CMHA). (2002). Creating a Culturally Inclusive Organization. Cross Cultural Mental Health Project [http://www.marketingisland.com/mi/tmm/en/cataloguemanager/CMHA/CMHA\\_diversity\\_guide\\_EN.pdf](http://www.marketingisland.com/mi/tmm/en/cataloguemanager/CMHA/CMHA_diversity_guide_EN.pdf)

Canadian Mental Health Association. BC.. *Diversity Lens*. [www.cmha-bc.org/content/about/statements/diversity.pdf](http://www.cmha-bc.org/content/about/statements/diversity.pdf)

CASSW Anti-racist Training and Materials Project. Anti-Oppeion. <http://www.mun.ca/cassw-ar/themes/race/oppression/>

Centre for Assessment and Policy Development. (2009). Racial Equity Tools. <http://www.racialequitytools.org/pi-cpa-tr.htm>

CRRF Bibliographies <http://www.crr.ca/content/category/7/123/546/5/10/lang.english/>

CRRF Glossary [http://www.crr.ca/component/option.com\\_wrapper/Itemid,548/lang.english/](http://www.crr.ca/component/option.com_wrapper/Itemid,548/lang.english/)

Fondation Canadienne des relations Raciales. Bibliographies in fr <http://www.crr.ca/content/category/7/123/546/lang.french/>

Glossaire [http://www.crr.ca/component/option.com\\_wrapper/Itemid,548/lang.french/](http://www.crr.ca/component/option.com_wrapper/Itemid,548/lang.french/)

Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIAOW). (2002). Women's experience of racism: How race and gender interact <http://criaw-icref.ca/WomensexperienceofracismHowraceandgenderinteract%20> (R/T)

Canadian Federation of Student. Final Report of the ask Force on the Needs of Muslim Students <http://www.crr.ca/divers-files/en/publications/reports/diversReports/taskForceonNeedsofMuslimStudents-CanadianFederationofStudents.pdf> [www.noracism.ca](http://www.noracism.ca)

Canadian Race Relations Foundation. (2003). "Racism still exists in Canada," says UN special rapporteur: Over 200 submissions received from civil society.

[http://www.crr.ca/EN/MediaCentre/NewsReleases/eMedCen\\_NewsRel2\\_0030926b.htm](http://www.crr.ca/EN/MediaCentre/NewsReleases/eMedCen_NewsRel2_0030926b.htm)

Capell J, Dean E., & Veenstra G. (2008). The Relationship Between Cultural Competence and Ethnocentrism of Health Care Professionals. *J Transcult Nurs* 19,(2): 121-125 <http://tcn.sagepub.com/content/19/2/121.abstract>

Caprio S. et al. (2008). Influence of Race, Ethnicity, and Culture on Childhood Obesity: Implications for Prevention and Treatment. A consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. *Diabetes Care*, 31(11):2211- <http://care.diabetesjournals.org/content/31/11/2211.full.pdf+html>

Carastathis A. (2008). Interectionality & Feminism. <http://www.kickaction.ca/node/1499>

Caron E. (2010). Projections of the Diversity of the Canadian Population 2006 to 2031 Statistics Canada. Catalogue no. 91-551-X

Caspi, et al. (2003). Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* (301):386-389. [www.sciencemag.org](http://www.sciencemag.org).

Cassin, AM, Krawchenko, T. VanderPlaat, M. (2007). Racism and discrimination in Canada. Laws, policies and practices. Multiculturalism and Human Rights Research Reports #3.

<http://www.atlantic.metropolis.net/ResearchPolicy/Racism%20and%20Discrimination%20in%20Canada%20-%20Report%20May%202007.pdf>

Centre for Equality Rights in Accommodation. (CERA). (2009). Measuring Discrimination in Toronto's Rental Housing Market. Retrieved July 2009 from: [www.equalityrights.org/cera](http://www.equalityrights.org/cera)

Central East LHIN. (2010). Appendix 1: Health Equity Literature Review: Frameworks, Policies, Standards, Accountability & Quality Assurance Mechanisms, Training & Education.

[http://www.centraleasthlin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Board\\_of\\_Directors/Board\\_Meeting\\_Submenu/CDE\\_Appendix\\_1\\_Literature\\_Review.pdf](http://www.centraleasthlin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Board_of_Directors/Board_Meeting_Submenu/CDE_Appendix_1_Literature_Review.pdf)

Chiu M, Austin PC, Manuel D & Tu JV. (2010). Comparison of cardiovascular risk profiles among ethnic groups using population health surveys between 1996 and 2007. *CMAJ* early release, [www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca) on April 19, 2010

Choi, H. (2002). Understanding adolescent depression in ethnocultural context. *Advances in Nursing Science*, 25(2), 71-85. in Lovell and Shahsia, 2006.

CIHR-Canadian Institute for Health Research. (2010). Population Health Intervention Research to Promote Health and Health Equity, Launched 05/2010. <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/vwOpprntyDtls.do?prog=923&view=browseActive&audience=11&type=AND&resultCount=25&ort=deadline&next=1>

City for All Women Initiative .(2008). Gender Equality Lens. *Promoting Equality & Inclusion for the Full Diversity of Women in the City of Ottawa* <http://www.cawi-ivtf.org/EN/GenderCity/GoodPractises.html>

City of Toronto. Plan of action for the elimination of racism and discrimination. [www.toronto.ca/diversity/plan.htm](http://www.toronto.ca/diversity/plan.htm)

Clarke, D. E., Colantonio, A., Rhodes, A. E., & Escobar, M. (2008). Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults: the possible role of social stress. *Psychol.Med.*, 38, 419-431.

Clarke DE., Colantonio A., Rhodes AE. & Escobar M. (2008). Ethnicity and mental health: Conceptualization, definition and operationalization of ethnicity from a Canadian context. *Chronic Dis Can.* (4):128-47.

Clarke J., & Acton J. (2004). Racism is a layers and layers of things that break your spirit and damage your community. <http://www.dal.ca/~rvh/forums.html>

CCFSMC. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*. Santé Canada, Ottawa, 2007. (Report to the Minister of Health: A new leadership in improving health services in French. (The Advisory Committee on Francophone Minority Communities). <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection/BT31-4-42-2006F.pdf>

Colour of Poverty/Colour of Change. (2009). *Understanding the Racialization of Poverty in Ontario* <http://cop.openconcept.ca/sites/colourofpoverty.ca/files/FactSheet>

Colour of Poverty/ Colour of Change. (2010). Municipal Racial Equity, Human Dignity and Social Justice report Card Framework 2010: A civic participation tool for city elections in Ontario. - [www.colourofpoverty.ca](http://www.colourofpoverty.ca)

Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System. (1995) Final Report. Queen's Printer for Ontario, 1995. Digitized by the Internet Archive in 2010 with funding from the Law Foundation of Ontario & the Ontario Council of University Libraries <http://www.archive.org/details/reportracismontOComm>

Community Action Partnership Racial Equity and Economic Security. (2011). Resource and Tool Website. (U.S). <http://sites.google.com/site/racialequitycommunityaction/> downloaded May 4, 2011

Cooper R. (2003). Race, genes, and health – new wine in old bottles?

[http://www.stritch.luc.edu/depts/prevmed/main/Publications/RC\\_Race\\_Papers/IJE%20Race%20Commentary.pdf](http://www.stritch.luc.edu/depts/prevmed/main/Publications/RC_Race_Papers/IJE%20Race%20Commentary.pdf)

Équité en matière de santé et groupes racialisés - Recensement des écrits, le 10 juin 2011 Page 69 sur 87

Cotton, Marie-Ève. (2008). Maîtres chez nous? Racisme envers les peuples autochtones au Québec et au Canada. (Master of your own home? Racism towards aboriginal peoples in Quebec and Canada). *L'Autre*, 9(3), 361-370

Council of Agencies Serving South Asians (CASSA). (2010). A diagnosis for Equity: An initial analysis of South Asian health inequities in Ontario. [http://www.cassaonline.com/index3/downloads/Front/DiagnosisforEquity\\_May14\\_report.pdf](http://www.cassaonline.com/index3/downloads/Front/DiagnosisforEquity_May14_report.pdf)

Creatore M, Moineddin R, Booth G, Manuel D, DesMeules M., McDermott S., & Glazier R. (2010). Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ*, published online April 19 [www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)

Cross TL, Barzon BJ, Dennis KW & Isaacs MR, 1989 in Sue et al, 1998 in SHAD, (2008a). Best practices in developing anti-oppressive, culturally competent supportive housing. Literature Review. Toronto: Author

Curry-Stevens. A. (2005). Expanding the circle: people who care about ending racism. Centre for Social Justice. <http://www.socialjustice.org/uploads/pubs/ExpandingtheCircleENG.pdf>

Le Centre communautaire des femmes Sud-Asiatiques. (2010). Projet Éco-santé tous ensemble. <http://www.sawcc-ccfsa.ca/FR/wp-content/uploads/2010/06/French-Language-Mockup2.pdf> downloaded May 26, 2010.

Culyer A, & Bombard Y. (2011). An equity checklist: a framework for health technology assessments. Centre for Health Economics. University of York, UK. <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP62.pdf>

Cummins S, Findlay A, Higgins C, Petticrew M, Sparks L & Thomson H. (2008). Reducing inequalities in health and diet: findings from a study on the impact of food retail development. *Environment and Planning A* 40(2) 402 – 422

Cusimano M, Marshall S, Rinner C, Jiang D, Chipman M (2010) Patterns of Urban Violent Injury: A Spatio-Temporal Analysis. *PLoS ONE* 5(1): e8669. doi:10.1371/journal.pone.0008669

Dahlgren G & Whitehead M. (2007). European strategies for tackling social inequalities in health: Leveling up Part 2. Denmark: WHO Regional Office for Europe

Daghofer D & Edwards P. (2009). Toward Health Equity: A Comparative Analysis and Framework for Action *Working Document* Produced for the Public Health Agency of Canada, Strategic Initiatives and Innovations Directorate

Dei, G J.S. (2000). Towards an anti-racism discursive framework. In G. J. S. Dei & A. Calliste (Eds.), *Power, knowledge and anti-racism education* (pp.23-39). Halifax: Fernwood Publishing in Lovell & Shawsia, 2006.

Dei, George F. Sefa. (1996). *Antiracism education: Theory and practice*. Halifax: Fernwood.

DeMaio FG & Kemp E. (2009). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*:1-17

Delago, R. (2001). *Critical Race Theory: An Introduction*. New York: New York University Press.

De Silva, P. (2005). The Real Costs of Racism – Interim Investigative Report. NARCC. [http://action.web.ca/home/narcc/issues.shtml?x=78674&AA\\_EX\\_Session=085edcdbe8152297830a464a43bfc70c](http://action.web.ca/home/narcc/issues.shtml?x=78674&AA_EX_Session=085edcdbe8152297830a464a43bfc70c)

Duerksen S et al. (2005). Health Disparities and advertising content of women's magazines. *BMC Public Health*. 10 p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208907/pdf/1471-2458-5-85.pdf>

Driedger, L. & Clifton, R.A. (1984) Ethnic stereotypes: Images of ethnocentrism, reciprocity or dissimilarity? *Canadian Rev. of Sociology & Anthropology* 21, 287-301

Durbin, J, Baranek P, Koegl C, Macfarlane D, Aitchison-Drake C, & Goering P. (2002). Toronto-Peel Community Assessment Project. Health Systems Research and Consulting Unit. CAMH.

Dyck N. (2001), Immigration, Integration and Sport in Canada. Condensed by Joyce Yoon, Canadian Heritage <http://canada.metropolis.net/events/ethnocultural/proceedings/Identity%20Seminar%20-Evolume%201.pdf>

Edmonds, Susan. (2001). *Racism as a determinant of women's health. Workshop.*  
<http://www.yorku.ca/nnewh/english/nnewhind.html>

Edwards E. & Ruggiero E. (2011). Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scand J Public Health* 39: 43

Eisenberg A. & Spinner-Halev J. (2005). *Minorities within Minorities. Equality, Rights and Diversity.* Cambridge University Press.

Ellison H, Tutton R, Outram S, Martin P, Ashcroft R & Smart A. (2008). An interdisciplinary perspective on the impact of genomics on the meaning of 'race', and the future role of racial categories in biomedical research. P 378-386 in Muller-Wille S, and HJ Rheinberger, 2008. *Race and Geonomics. Old Wine in New Bottles*

Elmi A. (1999). *AAN IS TAAGEERNO (Lets support each other). A study of mental health needs of the Somali community in Toronto.* York Community Services and Rexdale Community Health Centre. Toronto.

Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *J Prof Nurs.* 24(3):172-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18504032>

Epp, J. (1986). *Achieving Health For All: A framework for health promotion.* Ottawa: Health and Welfare Canada.

Equinet. The network on equity in health in Southern Africa. (<http://www.equinet africa.org>).

ERASE Racism (Education, Research and Advocacy to Eliminate Racism) [www.eraseracismny.org](http://www.eraseracismny.org)

Essed, P. (1991). Introduction: A New Approach to the Study of Racism. In D.T. Goldberg and P. Essed (Eds.), *Understanding Everyday Racism: An Interdisciplinary Theory* (176-194) London: Sage Publications.

Estable, Alma; Meyer, Mechthild; Pon, Gordon. (1997). *Teach Me To Thunder: A Training Manual for Anti-racism Trainers.* Ottawa. from the margin publishing & Canadian Labour Congress

Este, D, with Bentley, L, & Kuol, W. (2003). *Institutional racism affects our well-being - We are dying from the inside.*  
<http://www.dal.ca/~rvh/forum0203cgy.html>

Ethno Racial People with Disabilities Coalition of Ontario (ERDCO). 1996. *We Are Visible*

Ethnoracial Coalition. (2003) *Addiction trends in the Afghani, Pakistani and Russian Communities*

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al, eds. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York: Oxford University Press.

Fabienne Peter, "Health Equity and Social Justice," in Sudhir Anand, et al. (2004). *Public Health, Ethics, and Equity* Oxford University Press, :94-95. in *Health Equity and Social Justice: Definitions*  
<http://doclibrary.com/MS149/DOC/DefinitionsHealthInequity20615070110.doc>

Fenta H, Hyman, I & Noh S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12): 925-934.

Fenta H, Hyman, I & Noh S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian immigrants and Refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5): 363-372.

Fernando, S. (1991). *Mental health, race and culture.* New York: St. Martin's Press. In Lovelle and Shawsia, 2006.

Flournoy R. (2010). *Healthy Food, Healthy Communities: Promising Strategies to Improve Access to Fresh, Healthy Food and Transform Communities.* Policy Link

Fondation Filles d'Action Girls Action Foundation. DePauw Lie & Glass J. (2008). The need for a gender sensitive approach to the mental health of young Canadians, [http://www.girlsactionfoundation.ca/files/Mental%20Health%20Paper%20Final\\_0.pdf](http://www.girlsactionfoundation.ca/files/Mental%20Health%20Paper%20Final_0.pdf)

Fong, K. (2008). Overcoming structural racial discrimination: An analysis of the Toronto Region Immigrant Employment Council's approach to improving skilled immigrant labour market integration. PLA 1107: Current Issues Paper Masters Program in Planning, University of Toronto. [http://www.utoronto.ca/ethnicstudies/FongK\\_2008.pdf](http://www.utoronto.ca/ethnicstudies/FongK_2008.pdf)

Ford CL and Airhihenbuwa CO. (2007). The Public Health Critical Race Methodology: Praxis for Antiracism Research. *Social Science & Medicine*. Oct.71(8):1390-8.

Forgues Eric & Landry Rodrigue. (2006). Defining Francophones in Minority Situations: an analysis of various statistical definitions and their implications. Joint Commission on Health Care Research for Francophones in Minority Situations.

Forget, Dominique. (2009). Raciste, le système de santé?. *L'Actualité*, vol.34, no.11, pp.37

Frohlich K & Potvin L. (2008). The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J of Public Health*, 98 (2).

Galabuzi GE. (2001). Canada's Creeping Economic Apartheid, The economic segregation and social marginalization of racialised groups. Toronto, ON. CSJ Foundation for Research and Education

Galarneau, D., et René Morissette. (2008). Immigrants' education and required job skills December 2008 Perspectives Statistics Canada — Catalogue no. 75-001-X <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008112/pdf/10766-eng.pdf>

Galarneau, D., et René Morissette. (2008). Scolarité des immigrants et compétences professionnelles requises Perspective 5 Statistique Canada — no 75-001-X au catalogue. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008112/pdf/10766-fra.pdf>

Gee, GC. (2002) A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. *American Journal of Public Health*. 92(4):615-623.

Gee G., Ro A, Shariff-Marco S, & Chae D. (2009). Racial discrimination and health among Asian American: Evidence, assessment, and directions for future research. *Epidemiologic Reviews*, 31:130-151

Geronimus A. (2000). To mitigate, resist, or undo: Addressing structural influences on the health of urban populations. *American Journal of Public Health*. 90(6):867-872.

Geronimus AT, Hicken M, Keene D, & Bound J. (2006). "Weathering" and Age Patterns of Allostatic Load Scores Among Blacks and Whites in the United States. *Am J Public Health*. 96(5): 826–833

Glazier R. June 12, 2008. Neighbourhood Environments and Resources for Healthy Living: A Focus on Diabetes and Cardiovascular Disease in Toronto. Summer Institute on Health Inequalities and Urban Health, Centre for Research on Inner City Health

Global Equity Gauge Alliance. Health Equity Gauge. (<http://www.hst.org.za/generic/27>)

Global Exchange. (2006). Anti-oppression Reader Compiled by the Anti-Oppression Committee (AOC). [http://www.globalexchange.org/about/AO\\_Reader\\_2007.pdf](http://www.globalexchange.org/about/AO_Reader_2007.pdf)

Griffith et al. (2007). Dismantling institutional racism: theory and action. *Am J of Community Psychol*:39:381-392.

Guthman J. (2008). "If They Only Knew": Color Blindness and Universalism in California Alternative Food Institutions. *The Professional Geographer*, 60 (3): 387-397

Guthman J. (2008). Bringing good food to others: investigating the subjects of alternative food practice. *Cultural Geographies* 2008 15: 431.-447



Groupe de travail sur les services de santé en français, (date). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation* :, p. 11.

Halton. (2004). Developing the Diversity-Competent Organization, Workshop. Manual. Developing the Diversity-Competent Organization Bibliography. <http://www.cdhalton.ca/pdf/diversity/bibliography.pdf>  
[http://www.cdhalton.ca/publications/diversity\\_competence.htm](http://www.cdhalton.ca/publications/diversity_competence.htm)

Hamilton Living Well. (2006). <http://www.doitwell.ca/downloads/Finalreportforthecommunity-December312006bm3EDITED.doc>

Hamilton Urban Core Community Health Centre. (2010). Inner City Health- Experiences of Racialization & Health Inequity.

Handy R. (2010). 3 key issues with health promotion for the francophone racial minorities. Prepared for the Health Nexus/Health Equity Council, Building Capacity for Equity in Health Promotion for Racialized Groups Project.

Dwyer, J, Hansen, B, Barrera M, Allison, K, Ceolin-Celestini, S, Koenig, D, Young, D, Good M & Rees T. (2003). Maximizing children's physical activity: an evaluability assessment to plan a community-based, multi-strategy approach in an ethno-racially and socio-economically diverse city. *Health Promot. Int.* 18 (3): 199-208

Hardaway C & McLoyd V. (2009). Escaping poverty and securing middle class status: How race and socioeconomic status shape mobility prospects for African Americans during the transition to Adulthood. *J Youth Adolescence* 38:242-256.

Health Canada (1996). Exploring the Links Between Substance Use and Mental Health. Section I. An Annotated Bibliography. Section II A Detailed Analysis.

Health and Human Services (US Public Health Service). (2001). Mental Health: Culture, Race and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General

Health & Racism Working Group. (2011). East Mississauga Community Health Centre (EMCHC)  
[twitter.com/healthandracism](https://twitter.com/healthandracism) [healthandracism.blogspot.com](http://healthandracism.blogspot.com) [healthandracism@gmail.com](mailto:healthandracism@gmail.com) or 905 602 4082 x 2

Health Care Renewal in Canada. (2005). Accelerating Change. Health Council of Canada.

Healthcare Commission. (2006). Guidance notes: How to carry out race equality impact assessments UK NHS, Department of Health. [http://www.concordat.org.uk/\\_db/\\_documents/Guidance\\_notes\\_for\\_race\\_equality\\_impact\\_assessments.pdf](http://www.concordat.org.uk/_db/_documents/Guidance_notes_for_race_equality_impact_assessments.pdf)

Health Equity Council / (formerly Diversity Practitioner's Network). (2005). Diversity Indicators  
<http://www.healthequitycouncil.ca/dev/media/attachments/resources/HEC%20-%20Diversity%20Indicators.doc>

*Health Equity Council 2007. People's Health Equity and Diversity Charter: A Framework for Action*

<http://healthequitycouncil.ca/dev/media/attachments/resources/HEC%20-%20Peoples%20Health%20Equity%20and%20Diversity%20Charter.doc>

*Charte pour l'équité et la diversité en matière de santé : un cadre d'action*

[http://healthequitycouncil.ca/dev/media/attachments/resources/Peoples\\_Charter\\_May\\_17\\_2007\\_v.2-french.doc](http://healthequitycouncil.ca/dev/media/attachments/resources/Peoples_Charter_May_17_2007_v.2-french.doc)

Health Equity Council. (2007). Racism really hurts. A critical race and social determinants approach to chronic disease prevention. Briefing note/Workshop report.

Health Equity Council. GTA Diversity and LHINs Working Group. (2005). A Diversity Self-Assessment Tool for Local Health Integration Networks  
<http://healthequitycouncil.ca/dev/media/attachments/resources/HEC%20-%20Diversity%20Self-Assessment%20Tool.doc>

Health Nexus. (2005). Count Me In. Tools for an Inclusive Ontario

Health Nexus. (2006). Inclusion: *Societies That Foster Belonging Improve Health*. Toronto: Authour.

Henry F, & Tator, C. (2006, 2009). *The colour of democracy: Racism in Canadian society*. Toronto: Nelson Thomson  
Équité en matière de santé et groupes racialisés - Recensement des écrits, le 10 juin 2011 Page 73 sur 87

- Health Nexus & Ontario Chronic Diseases Prevention Alliance. (2008). Primer to Action: Social Determinants of Health <http://www.healthnexus.ca/projects/primer.pdf>
- Heart and Stroke Foundation. (2010). Spark Advocacy Grant Projects. August 2010. [www.heartandstroke.ca/spark](http://www.heartandstroke.ca/spark)
- Heart & Stroke Foundation of Ontario. (2009). A Promise to our children. <http://www.bellevillemca.ca/SparkPolicy.pdf>
- Herberg, D. C. (1993). Frameworks for cultural and racial diversity -.Teaching and learning for practitioners. Toronto: Canadian Scholars' Press
- Heritage Canada (Department of Canadian Heritage). (2005). *A Canada for All. Canada's Action Plan Against Racism.* <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CH34-7-2005E.pdf>
- Hertzman, C. (1999). Population health and human development. In D. P. Keating, & C. Hertzman (Eds.), *Developmental health and the wealth of nations.* [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/appendix\\_a-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/appendix_a-eng.php)
- Hofrichter R. (2010) The Roots of Health Inequity .ACHEIVE Webinar. Tackling Health Inequalities. <https://cc.readytalk.com/cc/s/meetingArchive?eventId=h9lf37jheuqt>
- Hooks B. (1991). *Breaking bread: insurgent black intellectual life.* Toronto: Between the Lines Press.
- Horn of Africa Diaspora Communities in Toronto. (Date). A Preliminary review of health promotion issues.
- Hulchanski JD. March (1994) *The Role of Minimum Income Criteria.* Ontario Human Rights Commission
- Hyman I (2009). Racism as a determinant of immigrant health. Policy brief for the Public Health Agency of Canada.
- Icart JC, Labelle M, & Antonius, R. (2005). Indicateurs pour l'évaluation des politiques municipales visant à contrer le racisme et la discrimination. Document de discussion. Numéro 3. *Observatoire international sur le racisme et les discriminations.* Coalition internationale des villes contre le racisme. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001496/149624f.pdf>
- International Society for Equity in Health. (2001). [http://www.iseqh.org/workdef\\_en.htm](http://www.iseqh.org/workdef_en.htm)
- Irvine (Joyce Irvine) Consulting Services. (2010). French Language Services in Toronto Central LHIN. [http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Report\\_and\\_Publications/FLS%20env.%20scan%20-%20FINAL.pdf](http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/FLS%20env.%20scan%20-%20FINAL.pdf)
- Janzen R & Ochocka J. (2007). Taking culture seriously. CURA. Community University Research Alliance. <http://www.communitybasedresearch.ca/resources/440/07%20Ochocka%20Mental%20Health%20Workshop%20Hamilton%20.pdf>
- James CE. (1996). Perspectives on racism in the human services sector: A case for change. Toronto: University of Toronto Press.
- Jarvis E et al. (2005). The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services. *Psychiatric Services*, 56 (6):705-710.
- Jedwab, JC. (2003). Coming to our census: The need for continued inquiry into Canadians' ethnic origins. *Canadian Ethnic Studies*, 35(1), 33-.
- Jiwani. Y. The Challenge of Identity: The Experience of Mixed Race Women in Higher Education. Review of Indra Angeli Dewan's *Recasting Race. Academic Matters. OCUFA's Journal of Higher Education.* [http://www.academicmatters.ca/current\\_issue.article.gk?catalog\\_item\\_id=3341&category=featured\\_articles](http://www.academicmatters.ca/current_issue.article.gk?catalog_item_id=3341&category=featured_articles)
- Jiwani Y. 2001. Intersecting Inequalities: Immigrant Women of Colour, Violence & Health Care <http://www.vancouver.sfu.ca/freda/articles/hlth.htm> <http://www.vancouver.sfu.ca/freda/pdf/inequal.pdf>,

*Intersecting Inequalities: Immigrant Women of Colour, Violence and Health Care (concluded)*  
<http://www.vancouver.sfu.ca/freda/articles/hlth12.htm>

Jno-Baptiste. T. (2011). Comments made at Building Capacity for Equity in Health Promotion for Racialized Groups- Toronto Event Planning Group Meeting.

John-Baptiste A, Nagle GN, Tomlinson, G, Alibhai S, Etchells E, Cheung A, Kapral M, Gold W, Abrams H, Bacchus M, & Krahn M. (2004). The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General and Internal Medicine* 19:221-228.

Jones C. (2000). Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health* 90(8):1212-1215

Julian, R. (1995). *Disproportionate harm: An analysis of recent statistics*. Justice Canada: Research, Statistics and Evaluation Directorate/Policy Sector. <http://www.nizkor.org/hweb/orgs/canadian/canada/justice/disproportionate-harm/>

Just Food, (2001). About us. Ottawa. <http://www.justfood.ca/about.php>

Kafele, K. (2004). Racial discrimination and mental health. Racialised and Aboriginal communities. Paper presented at the Ontario Human Rights Commission's Race Policy Dialogue Conference.  
<http://www.ohrc.on.ca/en/issues/racism/racepolicydialogue/kk/view>

Kafele, K. (2004). La discrimination raciale et la santé mentale: les communautés racialisées et autochtones  
<http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/racisme/racepolicydialogue/kk/view>

Kafele K. (2006). Racism and Mental Health: A Compendium of Issues, Impact and Possibilities.  
[http://www.healthequitycouncil.ca/dev/media/Racism\\_and\\_Mental\\_Health\\_chart\\_final.pdf](http://www.healthequitycouncil.ca/dev/media/Racism_and_Mental_Health_chart_final.pdf)

Kafele K. (2004) Racisme et santé mentale : condensé des problèmes, impacts et possibilités

Kalin, R. & Berry, J. W. (1996). Interethnic attitudes in Canada; Ethnocentrism, consensual hierarchy and reciprocity. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 28(4), 253-261

Karlsen S & Nazroo J. (2002). Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Sociology of Health & Illness Vol. 24 No. 1 2002 ISSN 0141-9889, pp. 1-20*  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00001/pdf>

Karlson S and JY Nazroo. (2002). Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. *American Journal of Public Health*. 92(4):624-631.

Karter. A. (2003). Commentary: Race, genetics, and disease – in search of a middle ground. *Int. J. Epidemiol.* 32 (1): 26-28.

Kaspar V & Noh S. (2001). Discrimination and Identity An Overview of Theoretical and Empirical Research.  
<http://canada.metropolis.net/events/ethnocultural/publications/discrim.doc>

Kawachi I, Subramaniam SV, Almeida-Filho N. (2002). *A glossary for health inequalities*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:646-52.

Kennedy, J. Director, Neuroscience Research CAMH. (April 13, 2011). Presentation at Community Advisory Committee for Research. Toronto, Ontario. CAMH.

Khanlou, N, Beiser, M, Cole, E, Freire, M, Hyman I, & Kilbride KM. (2002). Mental Health Promotion Among Newcomer Female Youth: Post-Migration Experiences and Self-Esteem

Khanlou N. (2009). Immigrant Mental Health Policy Brief.  
[http://www.ocasi.org/downloads/Immigrant\\_Mental\\_Health\\_Policy\\_Brief\\_Final.pdf](http://www.ocasi.org/downloads/Immigrant_Mental_Health_Policy_Brief_Final.pdf) (B)

- Khanlou, N. & Crawford, C. (2006). Post-migratory experiences of newcomer female youth: Self esteem and identity development. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8(1), 45-56.
- King County. (2010). "The Stream" Graphic. King County Equity Impact Review Tool, 2010  
<http://www.kingcounty.gov/exec/equity/resources.aspx>
- Knopf K.(2005). "Oh Canada": reflections of multiculturalism in the poetry of Canadian women dub artists. Views of Canadian Cultures. *Revue LISA/LISA e-journal* [Online], Vol. III, 2. <http://lisa.revues.org/2562>
- Kobayashi. K, Prus .S, Lin Z. (2008). Ethnic Differences in Health: Does Immigration Status Matter?. SEDAP Research Paper No. 230
- Koc, M & Welsh, J. (2001). Food, Identity and the Immigrant Experience Commissioned by the Department of Canadian Heritage for the Ethnocultural, Racial, Religious, and Linguistic Diversity and Identity Seminar Halifax, Nova Scotia  
<http://canada.metropolis.net/events/ethnocultural/proceedings/Identity%20Seminar%20-Evolume%201.pdf>
- Krieger N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, Volume 29, Number 2, Pages 295–352, 1999
- Krieger N. 2007. If "race" is the answer, what is the question?—on "race," racism, and health: a social epidemiologist's perspective. Web Forum organized by the Social Science Research Council. <http://raceandgenomics.ssrsc.org/Krieger/>
- Kumanyika SK Yancey AK. (2009). Physical activity and healthy eating. *American Journal of Health Promotion (Supplement)*, 23(6):S4-S7).
- Kumanyika S & Grier S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low income populations. *The Future of Children*. 16(1):187-207.
- Kuen S, Neiderhauser R, Smith P, Morris J & Marx B. (2005). Race disparities in psychiatric rates in emergency departments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(1): 116-126.
- Lai, D. W. & Huffey, N. (2009). Experience of discrimination by visible minorities in small communities. *Our Diverse Cities*, 6, 124-129.
- Laaroussi, Michèle Vatz. (2008). From Maghreb to Quebec: accommodations and strategies. *Travail, genre et sociétés*, vol. 20, pp. 47-65
- Labelle, Micheline & Lévy, Joseph, J. (1995). Ethnicité et enjeux sociaux: Le Québec vu par les leaders de Groupes Montréal. *Éditions Liber*.2-921569-17-5
- Lacassagne A. (2010). The Challenge of Francophone Immigration to Sudbury: An Unknown National Issue. Research Capsule 6. Current Research Compendium on Francophone Immigration in Canada, Fourth National Metropolis Pre-Conference Event on Francophone Immigration in Canada, held during the *Twelfth National Metropolis Conference* in Montréal, March 18-21, 2010 in collaboration with the Quebec Metropolis Centre – Immigration et métropoles
- Labonte, R. (1988). Health promotion: From concepts to strategies. *Healthcare Management Forum*, 1(3), 24-30.
- Lakehead Social Planning Council. Building Social Inclusion by Combating Racism. Resource Bibliography.  
<http://www.lspc.ca/pdfs/SEII-ER1-Bibliography.pdf> <http://www.lspc.ca/content.asp?pg=seii-erp-main>
- Stephen Lewis Report on Racism (1992). <http://www.oocities.org/capitolhill/6174/lewis.html>  
 Downloaded March 15, 2011
- Logio, K. (2003). Gender, race, childhood abuse, and body image among adolescents. *Violence Against Women*. 9(8): 931-? ProQuest CD-ROM.
- Lopes, T. & Thomas, B. (2006). *Dancing on Live Embers*. Toronto: Between the Lines.

Pinchuk, Tony, and Clark, Richard. (1984). *Medicine for beginners*. London: Readers and Writers. Referenced in Labonte, R. (1988). *Healthcare Management Forum*, 1(3), p 24-30.

Lawson, E, Smith, C, Chen, M, Parsons, M , & Scott, S. (2002). Anti-Black racism in Canada: A report on the Canadian government's compliance with the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. African Canadian Legal Clinic. [http://www.aclc.net/antiba\\_table.html](http://www.aclc.net/antiba_table.html) in Warner 2006.

Li P. (2003). Social Inclusion of Visible Minorities and Newcomers: The Articulation of “Race” and “Racial” Difference in Canadian Society. Paper prepared for Conference on Social Inclusion, March 27-28, 2003  
[http://www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/peter\\_li.pdf](http://www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/peter_li.pdf)

Li, P. (1996). *Literature review on immigration: Sociological perspectives*, [http://pcerii.metropolis.net/frameset\\_e.html](http://pcerii.metropolis.net/frameset_e.html). Prepared for Strategic Policy, Planning and Research and Metropolis Project. Citizenship and Immigration Canada

Li. P. (2001). The racial subtext in Canada's immigration discourse. *JIMI/RIMI*, 2(1) (Winter/hiver 2001):77-97  
<http://www.sfu.ca/~wchane/sa345articles/Li.pdf>

Lillie-Blanton & LeVeist, (1996). Race/ethnicity, the social environment, and health. *Social Science and Medicine*. 43(1):83-91.

Link B & Phelan P. (2005). Fundamental sources of health inequalities. In Mechanic D, Rogut, L, Colby D . Knickman (Eds). *Policy changes in modern health care*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Lloyd, B, & Chapman-Nyaho S. (2002). “*Racism makes you sick - It's a deadly disease.*”  
<http://www.dal.ca/~rvh/forum0203hfx.html>

Lovell A. (2008). Racism, poverty and inner city health: current knowledge and practices. A research review for the inner city health strategy. Hamilton Urban Core Community Health Centre.

Lovell A, & Shahsia S, (2006). Mental well-being and substance use among youth of colour. Toronto, ON: Across Boundaries.  
<http://www.acrossboundaries.ca/resources/Mental%20Wellbeing%20and%20Substance%20Use%20Among%20Youth%20of%20Colour.pdf>

Lovell, A. (2010). Presentation to Intohealth Heathy Communities Partnership. June 22.

Luke, A, Cooper, RS., Prewitt, T, Adeyemo, E, Adebowale A., & Forrester, T. (2001). Nutritional consequences of the African diaspora. *Annual Review of Nutrition*, 21, 47-71

Lussier, D. (2007). Les compétences interculturelles : un référentiel en enseignement et en évaluation. Colloque ALTE/CIEP, Paris, 2 avril 2007

Macintyre S. Inequalities in health in Scotland: what are they and what can we do about them? MRC Social & Public Health Sciences Unit: Glasgow, 2007 Occasional Paper # 17. <http://www.sphsu.mrc.ac.uk/reports/OP017.pdf> in National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2010)

Madibbo A. (2005). Immigration, Race, and Language: Black Francophones in Ontario and the Challenges of Integration, Racism, and Language Discrimination. CERIS Metropolis Centre. Working Paper No. 38

Madibbo A. (2006). Minority within a Minority: Black Francophone Immigrants and the Dynamics of Power and Resistance. institutional racism <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t785548249>

Madibbo A. Manji R et Couture J. (2010). The Racial and Ethnic Identity of African Francophone Immigrants. Current Research Compendium on Francophone Immigration in Canada, Fourth National Metropolis Pre-Conference Event on Francophone Immigration in Canada, held during the *Twelfth National Metropolis Conference* in Montréal, March 18-21, 2010 in collaboration with the Quebec Metropolis Centre – Immigration et métropoles

Magalhaes L, Carrasco C & Gastaldo D. (2010). Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *J Immigrant Minority Health*, 12:132-151.

Makrides, Lydia & Wong, Shirley. (2001). *Identification of best practice model for diabetes prevention program for African indigenous and Black immigrant communities*. Halifax, NS: Health Canada, Digby, East Preston, MISA, Truro, Whitney Pier

Maritime Centre of Excellence for Womens' Health. (2001). Black womens' health. A synthesis of health research relevant to Black Nova Scotian [http://www.cewh-cesf.ca/PDF/acewh/fact\\_sheets/moving24.pdf](http://www.cewh-cesf.ca/PDF/acewh/fact_sheets/moving24.pdf)

J. M'Bala, J. Bouchard, L. C. Dallaire, C., Gilbert, A. (2005). *État de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire*, préparé pour le compte du Consortium national de formation en santé (CNFS), 77.

McCaskell, Tim. (1994). "A History of Race." Antiracist Multicultural Education Network of Ontario <[www.ameno.ca/docs/A%20History%20of%20Race.doc](http://www.ameno.ca/docs/A%20History%20of%20Race.doc)>.

McDonald L, Donahue P, Janes J & Cleghorn L. (2006). In from the streets: the health and well-being of formerly homeless adults. Final Report. Toronto. University of Toronto.

McEwen BS, & Seeman, T. (1999). Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Science*. 896:30-47

McIntosh P. 1988. White Privilege: Unpacking the Invisible Knapsack. *Beyond Heroes and Holidays*. p 83-86. Reprinted in Winter 1990 issue of *Independent School*. <http://www.iub.edu/~tchsotl/part2/McIntosh%20White%20Privilege.pdf>

Meyers, M.P. (2007). Racial and Ethnic Health Disparities: Influences, Actors, and Policy Opportunitie. Kaiser Permanente Institute for Health Policy [http://www.kpinstituteforhealthpolicy.org/kpihp/CMS/Files/Meyers%20IHP\\_Disparities-Influences.%20Actors%20031907.pdf](http://www.kpinstituteforhealthpolicy.org/kpihp/CMS/Files/Meyers%20IHP_Disparities-Influences.%20Actors%20031907.pdf)

Milan A & Tran K. (2004). Blacks in Canada: A long history. *Canadian Social Trends*, Statistics Canada Cat No. 11-008

Mikonen J & Raphael D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts* [HTTP://WWW.THECANADIANFACTS.ORG/THE\\_CANADIAN\\_FACTS.PDF](http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf)

Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse (2008). Mettre en pratique les compétences culturelles : trousse d'outils sur la diversité pour les services agréés en milieu résidentiels. Toronto, ON : p.6

Mirchandani, K & Chan W. (2005). Racialized impact of welfare fraud control in British Columbia and Ontario Canadian Race Relations Foundation.

Mujawamariya, (2002). Race and Genomics. Old Wine in New Bottles? Documents from a Transdisciplinary Discussion <http://www.crifpe.ca/members/view/189>

Müller-Wille Staffan and Hans-Jörg Rheinberger Hans-Jorg. (2008). Race and Genomics. Old Wine in New Bottles? Documents from a Transdisciplinary Discussion. *NTM International Journal of History & Ethics of Natural Sciences, Technology & Medicine*. 16 363–386 <http://www.springerlink.com/content/g834x3008u257118/fulltext.pdf>

Multiculturalism and Citizenship Canada, (1989). Eliminating Racial Discrimination in Canada (Ottawa: Supply and Services 1989), p. 7.

National Antiracism Council of Canada. Racial Discrimination in Canada. (2007). Submissions to the Committee on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination on the Occasion of the Review of Canada's Seventeenth and Eighteenth Reports on the United Nations under the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. <http://action.web.ca/home/narcc/attach/CERDRReport20Feb202007.pdf>

National Association of Social Worker. (2007). THE SOCIAL WORK PROFESSION: A CALL TO ACTION. <http://www.socialworkers.org/diversity/InstitutionalRacism.pdf>

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2010). Integrating Social Determinants of Health and Health Equity into Canadian Public Health Practice: Environmental Scan 2010. Antigonish, NS: National

Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.

Nazoo J. (2003). The structuring of racial inequalities in health. Economic position, racial discrimination and racism. *American Journal of Public Health*, 93(2):277-284

Neuliep, JW, Hintz, S. & McCroskey J. (2005) The Influence of Ethnocentrism in Organizational Contexts: Perceptions of Interviewee and Managerial Attractiveness, Credibility, and Effectiveness. *Communication Quarterly*, 53,(1): 41-56  
<http://www.jamesmccroskey.com/publications/210.pdf>

Neigh S. (2008). Book Review. *A Tool Against Apartheid* by Grace-Edward Galabuzi, Canadian Scholars' Press, 2006  
Upping the Anti. A journal of Theory and Action. <http://uppingtheanti.org/journal/uta/number-six>  
[http://tao.ca/~tom/journal/journal6/UTA\\_6\\_LAYOUT\\_APRIL\\_8.pdf](http://tao.ca/~tom/journal/journal6/UTA_6_LAYOUT_APRIL_8.pdf)

Newbold B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethnicity & Health*:14(3):315-336.

New South Wales. (2007) Aboriginal Health Impact Statement and Guidelines. Policy Directive.  
[http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/pdf/PD2007\\_082.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/pdf/PD2007_082.pdf)

Ng-See-Quan, K. Racialized and Immigrant Women in Cities  
<http://www.nnewh.org/images/upload/attach/7169Racialized%20Women%20EN.pdf>

Ngo, H. V. (2008). *Cultural competence: A guide for organizational change*. Calgary, AB: Citizenship and Immigration Canada. [http://culture.alberta.ca/humanrights/publications/docs/Cultural\\_Competence\\_Guide.pdf](http://culture.alberta.ca/humanrights/publications/docs/Cultural_Competence_Guide.pdf)

NHS. Health Development Agency. (2005). Clarifying approaches to: health needs assessment, health impact assessment, integrated impact assessment, health equity audit, and race equality impact assessment  
[http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/clarifying\\_approaches.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/clarifying_approaches.pdf)

Noh S, & Kaspar V. 2003. Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2):232-238.

O'Campo. M. (2001) Racism as a Determinant of Women's Health: A Workshop by Susan Edmonds  
Presented in two locations on September 17.. <http://www.cwhn.ca/resources/racism/racism.pdf>  
(York University & Women's Health in Women's Hands)

OCASI. (2005). Research on Inclusive Recreation Model for Immigrant and Refugee Youth. Provisional Model For The Ministry of Tourism and Recreation.

OCASI. (2005b). When Services Are Not Enough: The Role of Immigrant and Newcomer Service Organizations in Fostering Community Leadership Development. Toronto: Author

Office of Minority Health (U.S. Dept. of Health and Human Services). (2008). A Strategic Framework for Improving Racial/Ethnic Minority Health and Eliminating Racial/Ethnic Health Disparities.  
<http://www.archive.org/details/strategicframewo00usde>

Ong, A.Y.M., Hyndman, B., Patychuk, D., Jackson, L., Kwong, W. and Herrera, M. (1997).  
Conceptual Framework for Ethnoracial Health Research. prepared for the Toronto Department of Public Health

OAHP. A Proposed Equity Assessment Framework for Ontario's Public Health Units. Presentation by Hyndman B, Tyler I, & Seskar-Hencic D. The Ontario Public Health Convention Toronto, Ontario April 6th, 2011. Based on A Proposed Equity Assessment Framework for Ontario's Public Health Units Working Draft (Version 2) November 22, 2010 (unpublished draft).  
<http://www.oahpp.ca/about/events/tophc/presentations/I.01%20-%20Wed%20Apr%206%20300P%20-%20Regatta%20-%20Bryan%20Hyndman%20-%20Equity%20Assessment.pdf>

Ontario Chronic Diseases Prevention Alliance. (OCDPA). 2009. Common Messages

Ontario. Office of Francophone Affairs. Statistical Profiles. <http://www.ofa.gov.on.ca/en/franco-stats.html>

Ontario Ministry of Health. (1993) Ministry Antiracism Strategy

Ontario Ministry of Health. (1994). AntiRacism Protocol

Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. (2008). Ontario public health standards. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario. [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph\\_standards/ophs\\_2008.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs_2008.pdf)

Ontario Human Rights Commission.(OHRC). (2005. 2009). Policy and Guidelines on Racism and Racial Discrimination. <http://www.ohrc.on.ca/en/resources/Policies/RacismPolicy>

Commission ontarienne des droits de la personne . (2005, 2009). Politique et directives sur le racisme et la discrimination raciale <http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/policies/RacismPolicyFRENCH/view>

Ontario Human Rights Commission. (OHRC). (2008). Racism and Racial Discrimination: Your Rights and Responsibilities <http://www.ohrc.on.ca/en/issues/racism>  
Le racisme et la discrimination raciale : Vos droits et vos responsabilités <http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/racisme>

Ontario Human Rights Commission. (2003). Paying the Price. The human Costs of Racial Profiling. Inquiry Report. [http://www.ohrc.on.ca/en/resources/discussion\\_consultation/RacialProfileReportEN/pdf](http://www.ohrc.on.ca/en/resources/discussion_consultation/RacialProfileReportEN/pdf)

Ontario Multicultural Health Coalition, Centre for Health Promotion, University of Toronto & City of Toronto Department of Public Health. (1992). Report: Data collection and research on multicultural health: Ontario consultations.

Ontario Public Health Association Food Security Work Group. (1995). FOOD FOR NOW AND THE FUTURE A FOOD AND NUTRITION STRATEGY FOR ONTARIO <http://www.opha.on.ca/resources/docs/food.pdf>

OPHA. Access and Equity. Resources Indexed by Topic. <http://www.opha.on.ca/resources/topics/a.shtml>

Oreopoulos, P. (2009). Why Do Skilled Immigrants Struggle in the Labour Market? A Field Experiment with Six Thousand Résumés. Pgs. 2 and 17. downloaded March 5, 2011  
[http://homes.chass.utoronto.ca/~oreo/research/compositions/why\\_do\\_skilled\\_immigrants\\_struggle\\_in\\_the\\_labour\\_market.pdf](http://homes.chass.utoronto.ca/~oreo/research/compositions/why_do_skilled_immigrants_struggle_in_the_labour_market.pdf)

Ornstein M. (2006). Ethno-racial Groups in Toronto. 1971-2001 A demographic and socio-economic profile. Institute of Social Research, York University.

Ornstein M. (2001). Ethnoracial inequality in the city of Toronto: An analysis of the 1996 census. Toronto. City of Toronto Access and Equity Unit.

Ottawa. (2010). Equity and Inclusion Lens. A Users Guide. [http://www.cawi-ivtf.org/pdf/EI-Lens/E\\_I\\_Lens\\_User\\_Guide-E.pdf](http://www.cawi-ivtf.org/pdf/EI-Lens/E_I_Lens_User_Guide-E.pdf)

Outley CW. Taddese A. (2006). A Content Analysis of Health and Physical Activity Messages Marketed to African American Children During After-School Television Programming . *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:432-435

Pan AY, Cameron C, DesMeules M, Morrison H, Craig CL, & Jiang X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 9(21): online 12 pages.

Paradies Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*;35:888–901 <http://ije.oxfordjournals.org/content/35/4/888.full.pdf>

Paradis G. (2009). Apartheid in Canada. *Can J Public Health*;100:244.

Patsy G. (1999), *Perspectives*. 21(1) (BC Association of Social Workers), in AMSA, 2001

Patychuk D. (2010). Action for Reducing Health Inequalities, Strategies for Racialized Youth. Prepared for Across Boundaries Ethnoracial Mental Health Centre.



Patychuk D. (2009). Obesity. Scan of Monitoring Indicators for Health Disparities and Social Determinants of Health Prepared for Public Health Agency of Canada, Strategic Initiatives and Innovations Directorate

Patychuk D. & Hyman I. (2009). Income Adequacy and Processes of Marginalization and Social Exclusion. Prepared for Public Health Agency of Canada, Strategic Initiatives and Innovations Directorate

Pearce N, Foliaki, S, Andrew Sporle, A, Cunningham C. (2004) Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*(328) 1070-1072. <http://mighealth.net/eu/images/5/55/Gen.pdf>

People's Health Movement. (2000). People's Charter for Health. PHA.

<http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf>

PHM. 2005. The Cuenca Declaration. PHA2. <http://www.phmovement.org/cms/files/english%20version.pdf>

Peterborough Community Race Relations Committee. (2010). Anti-Racism Manual

<http://www.racerelationspeterborough.org/documents/Anti-RacismWorkshopManual.pdf>

Petticrew M, Tugwell P, Welch V, Ueffing E, Kristjansson K, Armstrong R, Doyle J, & Waters E. (2009). Better evidence about wicked issues in tackling health inequities. *Journal of Public Health*, 31(3):453–456.

Picot G, Hou F & Coulombe S. (2008). Poverty Dynamics among Recent Immigrants to Canada. *International Migration Review*. 42(2):393-424

Phaneuf, M. (2009). L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture (3e partie) – version électronique : [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Approche\\_interculturelle-communication\\_et\\_soins\\_dans\\_un\\_contexte\\_d\\_ouverture-3epartie.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Approche_interculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_d_ouverture-3epartie.pdf)

Pickett KE and M Pearl. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55(2):111-22.

Pineo, P. (1977). The social standings of ethnic and racial groupings. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 14(2): 147-157

Popay, J., Williams, G., Thomas, C., & Gatrell, A. (2003). Theorizing inequalities in health: The place of lay knowledge. Pp 385- 409 in Hofrichter (Ed.). *Health and social justice*. San Francisco: Jossey-Bass

Porter, John, J. (1965). *The Vertical Mosaic*. Toronto: University of Toronto Press.

Potvin, Maryse. (2008). The experience of the second generation of Haitian Origin in Quebec. *Canadian Diversité canadienne* 6(2).P 99-103. [http://canada.metropolis.net/publications/Diversity/can\\_diversity\\_vol\\_62\\_spring08\\_e.pdf](http://canada.metropolis.net/publications/Diversity/can_diversity_vol_62_spring08_e.pdf)

Potvin, M. (2008). Racisme et 'discours public commun' au Québec. In *Du tricoté serré au métissé serré? La culture publique commune au Québec en débats*. Edited by S. Gervais, D. Karmis and D. Lamoureux. Québec: Presses de l'Université Laval.

Public Health Agency of Canada. (2007). *Crossing Sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health*.

Prevention Institute. <http://www.preventioninstitute.org/tools/focus-area-tools/health-equity-toolkit.html>

Quann, D. (1979). *Racial discrimination in housing*. Ottawa: Canadian Council on Social Development

Racism Violence and Health Project, Community Forums, 2002-2005. <http://rvh.socialwork.dal.ca/>

Race for Health. (2008, 2011). National Health Service. Publications and Resources. <http://www.raceforhealth.org/>

Raphael D. (ed.) 2004. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto Ontario: Canadian Scholars Press.

RIFSSSO. 2010. *Les Compétences cultureless chez les intervenants*. Préparé par le Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario

Reardon J. (2008). Race and Biology. Beyond the perpetual return of crisis. P 373-377. In Muller-Wille S, and HJ Rheinberger, 2008. Race and Geonomics. Old Wine in New Bottles.

Regional Diversity Roundtable. Glossary. <http://www.regionaldiversityroundtable.org/?q=node/96>

Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO). (Février 2008) Besoins de information et d'information des intervenants francophones en intervention pluriethnique. Rapport Final

RFSSO Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario. 2006. Préparer le terrain, Soins de santé en français dans le Sud de l'Ontario, Rapport regional, Version intégrale.

RFSNO Réseau francophone de santé du nord de l'Ontario, RSFMNO Réseau de santé en français du moyen nord de l'Ontario, RFSSO Réseau franco-santé du sud de l'Ontario et RSSFEO Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario. 2006. *Préparer le Terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario – Rapport provincial*, 2006,

ROSF-OWHN Réseau ontarien pour la santé des femmes/Ontario Women's Health Network, Guylaine Leclerc. (2010) The Health of Franco-Ontarian Women (English)  
[http://www.nnewh.org/images/upload/attach/4191OWHN%20Fact%20Sheet%20final\\_English-2.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/4191OWHN%20Fact%20Sheet%20final_English-2.pdf)

ROSF-OWHN Réseau ontarien pour la santé des femmes/Ontario Women's Health Network. Guylaine Leclerc. (2010). *La santé des femmes francophones de l'Ontario*.  
[http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final\\_French-3.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final_French-3.pdf)

Rittel HWJ, Webber MM. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci*;4:155–69. in Petticrew, (2009).

Renaud, Jean; Piché, Victor; Godin, Jean-François. (2003). L'origine nationale et l'insertion économique des immigrants au cours de leurs dix premières années au Québec. (National origin and socioeconomic inclusion of immigrants throughout their first ten years in Quebec). *Sociologie et sociétés*, XXXV(1), 165-184

Robert Woods Johnson Foundation. (2010). A new way to talk about the social determinants of health.  
<http://www.rwjf.org/vulnerablepopulations/product.jsp?id=66428>

Rogers & Bowman. (2005) Sharing the Lessons Learned: Reflections on six years of anti-racism work. Dismantling Racism Project Western States Center <http://www.racialequitytools.org/resourcefiles/rogers.pdf>

Rose. G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford (Oxford University Press), 1992, p. 129.  
In Hofrichter R, (2010 ) The Roots of Health Inequity.

ROSF-OWHN. 2010. La santé des femmes francophones de l'Ontario. National Networks on Environments and Women's Health [http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final\\_French-3.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final_French-3.pdf)

Ross M. (2008). The notion of being colorblind to race is dangerous... [matthewross35](#)

Rush B. (2005). A French Language Health Promotion Perspective. Report on the 2004-05 Ontario Health Promotion Resource System Provincial Needs Assessment. Summary Report. With support of the OHPRS French Language Services Cmttee and the OHPRS Evaluation and Needs Assessment Cmttee. Ontario Health Promotion Resource Centre.

Ryerson University, 2010. Report of the Taskforce on Anti-Racism at Ryerson University  
[http://www.ryerson.ca/antiracismtaskforce/docs/RU\\_Taskforce\\_report.pdf](http://www.ryerson.ca/antiracismtaskforce/docs/RU_Taskforce_report.pdf)

Sablof A, Carpio B, Chiu J, & Ylanko V. (1991). Data collection for health care research, policy formulation and service delivery in a multicultural society. Report of a provincial key informant survey/ Data collection Subcommittee, Advisory Committee on Health and Culture, Ontario Ministry of Health.

Safehouse. (2005). *Building a Multi-Ethnic, Inclusive & Antiracist Organization: Tools for Liberation*

packet. (companion document for SPAN's antiracism training sessions) Safehouse progressive alliance for nonviolence (SPAN). <http://www.safehousealliance.org/index.cfm?objectid=B62DEEAF-D614-E19E-23473B22486BF288>

Saloojee Anver. (2003). Social inclusion, anti-racism and democratic citizenship. Laidlaw Foundation

Santé Canada. 2000. Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisée. Partie III Barrières reliées à des groupes particuliers de la population. Rapport sur la promotion de la santé et la diffusion d'information au sein de la communauté canadienne noire et des caribes. Résumé du document original rédigé pour: La Division des systèmes de santé Direction générale de la promotion et des programmes de la santé Santé Canada.

SFO-SCA, Smoke-Free Ontario – Scientific Advisory Committee. (2010). Evidence to guide Action: Comprehensive Tobacco Control in Ontario Toronto, ON: Ontario Agency for Health Protection and Promotion.

Schizophrenia Society of Ontario. (2010). Double jeopardy: Deportation of the criminalized mentally ill. A discussion paper.

Shapiro, I. (2002). Training for Racial Equity and Inclusion: A Guide to Selected Program," Project Change Anti-Racism Initiative and the Aspen Institute Roundtable on Comprehensive Community Initiative for Children and Families, 2002. <http://www.capd.org/pubfiles/pub-2002-00-00.pdf>

Shad, A. (2003). Historical context for the Racism, Violence, and Health Project. [http://rvh.socialwork.dal.ca/07%20Project%20Resources/Historical%20Context/historical\\_context.html](http://rvh.socialwork.dal.ca/07%20Project%20Resources/Historical%20Context/historical_context.html)

Shields M. (2008). Community belonging and self-perceived health. Health Reports, Vol. 19, No. 2, Statistics Canada. Catalogue no. 82-003-X Health Reports

Simich, L., Beiser, M., Stewart, M., & Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 259-268.

Salée, Daniel. (2005). Indigenous people, racism and state power in the Canadian and Quebecan contexts. A re-analysis of some elements. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17 no. 2, pp. 54-74

Social Planning Network of Ontario. (2010). A Recovery-Free Zone: The Unyielding Impact of the Economic Downturn on Nonprofit Community Social Services in Ontario. <http://www.spno.ca/images/stories/pdf/reports/recovery-free-zone-2010.pdf>

Soroor W & Popal Z; (2005). Bridging the Gap. Understanding the mental health needs of Afghan Youth. Sabawoon Afghan Family Education and Counseling Centre (SAFE); East Metro Youth Services; Community Resource Connections of Toronto; Community Social Planning Council of Toronto

Slocum R. (2006). Anti-racist Practice and the Work of Community Food Organizations. *Antipode*. 327-349. [http://www.rslocum.com/Slocum\\_Antipode\\_2006.pdf](http://www.rslocum.com/Slocum_Antipode_2006.pdf)

Slocum R. 2006. Whiteness, space and alternative food practice. Geoforum published on line. [http://www.rslocum.com/Slocum\\_whiteness%20space%20and%20alternative%20food%20practice.pdf](http://www.rslocum.com/Slocum_whiteness%20space%20and%20alternative%20food%20practice.pdf)  
<http://www.foodsecurity.org/race/RacismFoodSystem.pdf>

Stanley T. (2000). Why I Killed Canadian History: Towards an Anti-Racist History in Canada *Histoire sociale / Social History* 80-103. <http://pi.library.yorku.ca/ojs/index.php/hssh/article/viewFile/4598/3792>

Statistics Canada. (2007). Visible Minority Population. Part B. Detailed Definition. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/pop127-eng.cfm>

Steps to Equity. (2009). Health Equity Promising Practices Inventory. Prepared for Central LHIN. [http://www.centrollhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Integrated\\_Health\\_Service\\_Plan/HealthEquity-PromisingPracticesInventory-June25\\_CLHINDPFnl.pdf](http://www.centrollhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/HealthEquity-PromisingPracticesInventory-June25_CLHINDPFnl.pdf)

Sudbury & District Health Unit. (2007). Health Equity Checklist; Health Equity Mapping Checklist Reference Document. <http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/SDHUHealthEquityChecklist-2007.pdf>  
[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph\\_standards/ophs/progstds%5Cpdfs%5CHealth\\_equity\\_checklist\\_reference.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/progstds%5Cpdfs%5CHealth_equity_checklist_reference.pdf)  
<http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/SDHUHealthEquityChecklist-ReferenceDocument-2007.pdf>

Sudbury & District Health Unit OPHS Planning Path. (2009. 2010)  
[http://www.sdhu.com/content/healthy\\_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=0&doc=11749](http://www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=0&doc=11749)

Supportive Housing and Diversity Group (SHAD). (2008a). Best practices in developing anti-oppressive, culturally competent supportive housing. Literature Review. Toronto: SHAD  
[http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/guidelines\\_materials/Documents/bestprac\\_antiopp\\_housing\\_litrev\\_shad2010.pdf](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/guidelines_materials/Documents/bestprac_antiopp_housing_litrev_shad2010.pdf)

Supportive Housing and Diversity Group (SHAD). (2008b). Home for all: What supportive housing agencies can do to be anti-oppressive and culturally competent. A Toolkit. Toronto: Author

Sundar P & and Todd S. (2008). Opening the Space Between Innocent and Oppressive Ways of Knowing: Challenges and Opportunities in Doing Research with Diverse Communities. *Currents: New Scholarship in the Human Services*.  
<http://currents.synergiesprairies.ca/currents/index.php/currents/article/viewFile/29/25>

TFFCPO (2000) Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, 2000. *Les Conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes in*

Tehera A.K. (2010). Approaches to People of Colour and Food Bank Use in the City of Toronto, Peel Region and York Region. Masters Program in Planning, University of Toronto

Teo T & Febraro A. (2003). Ethnocentrism as a form of Intuition in Psychology. *Theory and Psychology* 13:673-694.

Teixeira, C., Lo, L. and Truelove, M. (2007). Immigrant entrepreneurship, institutional discrimination and implications for public policy: a case study in Toronto, *Environment and Planning C: Government and Policy*; 25 (2):176-193

Teufel-Shone NI, Fitzgerald C, Teufel-Shone L, & Gamber M. (2009). Systematic review of physical activity Interventions implemented with American Indian and Alaska native populations in the United State and Canada. *American Journal of Health Promotion (Supplement)* 23(6):S6-S33.

Thomas, B. (1987). *Multiculturalism At Work: A Guide to Organizational Change* YWCA of Metropolitan Toronto, Toronto, Ontario,

Thompson A. (2008) in Ross M. [http://matthewross35.wordpress.com/2008/06/17/audrey-thompson-constrasting-ethnocentrism-and-racism/ matthewross35](http://matthewross35.wordpress.com/2008/06/17/audrey-thompson-constrasting-ethnocentrism-and-racism/)

Thompson A. (2002) *Curriculum Inquiry* 27, 1, 7-44

Thunder Bay Committee Against Racism. (2009). Overcoming racism and discrimination. A Plan for Action.

Toronto Police Services (2009). Update to the 2008 Environmental Scan.  
<http://www.torontopolice.on.ca/publications/files/reports/2009envscan.pdf>

United Nations. (UN, HRC) Human Rights Council. (2010) *Report of the independent expert on minority issues*. Mission to Canada. HRC, 13th Sess. UN Doc. A/HRC/13/23/Add.2 (2010).  
[http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.23%20Add.2\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.23%20Add.2_en.pdf)

United Way of Greater Toronto. (1991). *Action. Access. Diversity! A Guide to Multicultural/Anti-Racist Change for Social Service Agencies*, Toronto, Ontario.

United Way of the Lower Mainland. (1994). *Conceptual Framework for Multicultural/Anti-racist Organizational Change* Burnaby, British Columbia.

University of Ottawa and MOHLTC. (2010). Multiple Intervention Programs (MIP) Tool Kit, FAQ.

van der Meide, Wayne. (2002). *The intersections of sexual orientation, race, religion, ethnicity & heritage languages. Multicultural Program of Canadian Heritage.*

[http://canada.metropolis.net/events/Diversity/SexualOrientation\\_meide\\_e.pdf](http://canada.metropolis.net/events/Diversity/SexualOrientation_meide_e.pdf)

Van Ryn M. & Fu S. (2003). Paved with good intentions: Do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*, 93(2):248-255.

VicHealth. Framework for Mental Health Promotion and Evidence Based Mental Health Promotion Resource

[http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mhr\\_execsummary.pdf](http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mhr_execsummary.pdf)

Vengris J. (2006). Recreation Access for Children and Youth of Hamilton's Diverse Communities: Opening Doors, Expanding Opportunities. Prepared for: Sport Hamilton. Hamilton: Social Planning and Research Council

Walcott, R. (1994). *The need for a politics of difference: Challenging monolithic notions.* Orbit [Special Issue on Anti-racist Education], 25(2), 26-29.

Rose G. (1992). *The strategy of preventive medicine.* Oxford (UK): Oxford University Press; 1992 in Warren P. (2008) Physician advocacy essential for Canada's First Nations. *CMAJ*. 23; 179(7): 728

Williams D and C Collins. (2001). Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*. 116(5):404-413.

Winkleby M, C Cubbin, D Ahn and H Kraemer. (1999). Pathways by which SES and ethnicity influence cardiovascular disease risk factors. *Annals of the New York Academy of Science*. 896:191-209.

Wu, Z., Noh, S., Kaspar, V., & Schimmele, C. (2003). Race, ethnicity, and depression in Canadian society. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 426-441.

Waldron, I. (2002). "African Canadian women storming the barricades!: challenging psychiatric imperialism through indigenous conceptualization of 'mental illness' and self-healing," Ph. D. Thesis. OISE. University of Toronto.

Walcott-McQuigg, Jacqueline A. (1995). The relationship between stress and weight-control behavior in African-American women. *Journal of the National Medical Association*, 87(6), 427-432.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607840/pdf/jnma00395-0057.pdf>

Walcott, Rinaldo. (1994). The need for a politics of difference: Challenging monolithic notions. *Orbit [Special Issue on Anti-racist Education]*, 25(2), 26-29. in Warner, R. (2006). Theoretical Framework for the Racism, Violence and Health Project. A Working Paper. <http://rvh.socialwork.dal.ca/resources.html>

Walia H (2006). Colonialism, Capitalism and the Making of the Apartheid System of Migration in Canada <http://www.zcommunications.org/colonialism-capitalism-and-the-making-of-the-apartheid-system-of-migration-in-canada-by-harsha-walia>

Walia, H. (2006). The New Fortified World: Colonialism, capitalism, and the making of the apartheid system of migration in Canada in *New Socialist* No. 56. May/June 2006. [The New Fortified World Colonialism, Capitalism and the Making of the Apartheid System of Migration in Canada | Harsha Walia](http://www.zcommunications.org/colonialism-capitalism-and-the-making-of-the-apartheid-system-of-migration-in-canada-by-harsha-walia)

Walia H. (2010). Transient servitude: migrant labour in Canada and the apartheid of citizenship. *Race Class*, 52(1) 71-84

Wallerstein N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *Am J of Health Promotion*. 6(3):197-204.

Wang AY. & Beydoun M. (2007). The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis *Epidemiologic Reviews*. p 1-23 <http://epirev.oxfordjournals.org/content/early/2007/05/17/epirev.mxm007.full.pdf+html>

Warner, Remi. (2006). Theoretical framework for the Racism, Violence and Health Project: A Working Paper. <http://rvh.socialwork.dal.ca/resources.html> <http://rvh.socialwork.dal.ca/09%20Downloads/theocon06.pdf>

Wayland SV. (2010). Region of Peel Immigration Discussion Paper

Western States Centre. (2003). Dismantling Racism: A Resource Book for Social Change Groups. <http://www.westernstatescenter.org/tools-and-resources/Tools/Dismantling%20Racism>

Whitehead, M. (1992). "The Concepts and Principles of Equity and Health," *International Journal of Health Service* : 22(3) 429-445 (1990, WHO Regional Office for Europe).

Whitley, R., Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2009). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montréal. *Can.J.Psychiatry*, 51, 205-209.

Whitt-Glover MC & Kumanyika. (2009). Systematic review of interventions to increase physical activity and physical fitness in African-American. *American Journal of Health Promotion (Supplement)* 23(6):S33-S56.

WHO. (1978) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

WHO, (1986). Health promotion in action. Practical Ideas on programme implementation. *Health Promotion*, 1(2):187.

WHO (1996). Ottawa Charter for Health Promotion

WHO, (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy

WHO/OMS. (2007, 2010). WHO Commission on the Social Determinants of Health. A Conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper 2 Prepared by Solar O, Irwin A. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)

WHO (2008). WHO Commission on the Social Determinants of Health.

Wilkins, R. (1987). Health inequalities in Canada some policy implications. Workshop report. Revised version of a paper presented to the Second Meeting of the Canadian Heart Health Network, Health Promotion Directorate, Health & Welfare Canada, Montreal, December 1-3, 1987.

Wilkins, R., Berthelot, JM, Ng, E. (2002). Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *Health Reports*, 13S: 45-71

Wilkinson, R. & Pickett K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.

Williams, C. (2002). A Rationale for an Anti-Racist Entry Point to Anti-Oppressive Social Work in Mental Health Services *Critical Social Work*, 3,(1).

Williams D, Neighbours H & Jackson J. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93(2):200-208.

Williamson M, & Harrison L. (2010). Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 47(6):761-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20138275>

Winkleby MA, Cubbin, C, Ahn DK., and H Kraemer HC. (1999). Pathways by which SES and ethnicity influence cardiovascular disease risk factors. *Annals of the New York Academy of Science*. 896:191-209.

Women's Health in Women's Hands; Community Health Centre. (2003). Racial Discrimination as a Health Risk for Female Youth: Implications for Policy and Healthcare Delivery in Canada. The Canadian Race Relations Foundation

Women's Health in Women's Hands. (2011). A Report on Accessing Primary Health Care for Black Women and Women of Colour in Ontario. [http://www.whiwh.com/backend/fck\\_upload/file/everywomanmatters\\_2011\\_small.pdf](http://www.whiwh.com/backend/fck_upload/file/everywomanmatters_2011_small.pdf)

Working Group on Racial Equity. Facts Into Acts: Action and Research on Political Participation  
[http://wgre.tripod.com/wgre\\_fia\\_final\\_7and8.pdf](http://wgre.tripod.com/wgre_fia_final_7and8.pdf)

Youth Environmental Network Anti-racism/anti-oppression. Youth Environmental Network Green Justice Resource Kit  
Youth Acton Centre/ carrefourjeunesse <http://www.carrefourjeunesse.ca/French/actionresources/guides.htm>

Zoom santé (Juin 2008). *Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance*. Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé Institut de la statistique du Québec :  
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom\\_sante\\_juin08.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_juin08.pdf)