



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



IRSC CIHR
Instituts de recherche
en santé du Canada Canadian Institutes of
Health Research



FUTURE SEARCH :

Agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique



Atelier organisé par :

Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Les 25, 26, 27, 30 et 31 mai 2022



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



IRSC CIHR

Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons d'abord à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac. Ce territoire est visé par les « traités de paix et d'amitié » que les Micmacs et les Wolastoqiyik/Wəlastəkwiyyik (Malécites) ont d'abord conclus avec la Couronne britannique en 1725. Les traités en question ne comportaient pas de clause relative à la cession des terres et des ressources, mais reconnaissaient de fait le titre des Micmacs et des Wolastoqiyik/Wəlastəkwiyyik (Malécites) et définissaient les règles quant à ce qui devait être des relations durables entre les nations. Ils ont été signés à une époque où des personnes noires, traînées de force à l'île à la Tortue durant la traite transatlantique des esclaves, étaient réduites à l'esclavage ou fuyaient l'esclavage sur le territoire connu sous le nom de la Nouvelle-Écosse.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Institut de la santé publique et des

populations des Instituts de recherche en santé du Canada. (2023). *Future Search : Agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique. Rapport de l'atelier*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN: 978-1-998022-15-1

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Future Search: Action for Disrupting White Supremacy and Racism in Public Health Systems Workshop Report*.

TABLE DES MATIÈRES

2	Remerciements
3	Message de l'ISPP des IRSC et du CCNDS
4	Réflexions des animatrices
8	Résumé
11	Introduction
12	Qu'est-ce que Future Search?
14	L'atelier
15	REGARD SUR LE PASSÉ
23	REGARD SUR LE PRÉSENT
24	Tendances influençant les systèmes de santé publique
28	Influence des tendances sur les actions
34	Fiertés et regrets
37	REGARD SUR L'AVENIR
41	POSITION COMMUNE ET PLAN D'ACTION
49	Clôture
50	Poème du groupe 4
52	Références

Remerciements

L'atelier **Future Search : agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique** a été organisé par l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Cet atelier virtuel a réuni des chercheurs en santé publique, des responsables des politiques et des praticiens dont le travail concerne les déterminants sociaux et structureaux de la santé et de l'équité en santé dans le but de concevoir des mesures pour faire obstacle à la suprématie blanche et au racisme dans les systèmes de santé publique de ce territoire que l'on a nommé le Canada.

Nous remercions les participants et participantes de leur précieuse contribution et sommes reconnaissants envers le comité directeur et l'équipe de planification de l'atelier, qui ont su créer un programme axé sur le dialogue, l'action et la responsabilisation. Nous adressons un remerciement spécial à Sume Ndumbe-Eyoh et à Nancy Laliberté, animatrices de l'atelier, de même qu'aux Drs Claire Betker et Steven J. Hoffman, commanditaires de ce travail inestimable.

COMITÉ DIRECTEUR

- » Rhonda Atwell, consultante, Office des affaires afro néo écossaises, Santé Nouvelle Écosse
- » Ananya Banerjee, professeure adjointe, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill
- » Corey Bernard, directeur, Antiracisme, équité, diversité et inclusion, Santé Ontario
- » Claire Betker, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- » Shana Calixte, gestionnaire, Santé mentale et dépendances, Santé publique Sudbury et districts
- » Ariane Klassen, gestionnaire des communications, Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada
- » Rod Knight, professeur adjoint, École de santé publique, Université de Montréal
- » Nancy Laliberté, consultante en santé autochtone (consultante de projet)
- » Morgan Lay, conseillère principale en matière de politiques, Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada
- » Sume Ndumbe-Eyoh, directrice, Another World Lab, et professeure adjointe, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto (consultante de projet)

- » Stephanie Nixon, vice-doyenne (sciences de la santé) et directrice, École de réadaptation, Université Queen's
- » Harlan Pruden, responsable de l'application des connaissances, programme Chee Mamuk, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
- » Sana Shahram, professeure adjointe, Faculté de la santé et du développement social, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique

SOUTIEN TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF

- » Ngum Ananga, consultante, rédactrice du rapport
- » Candy Castellanos, Radiant Consulting
- » Shim Pang, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- » Myrienne Richard, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- » Nandini Saxena, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- » Stephanie Simpson, Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada

ILLUSTRATIONS

Les figures illustrant les activités de l'atelier ont été créées et reproduites dans ce rapport avec l'autorisation de Bluescape (en anglais seulement).

Message de l'ISPP des IRSC et du CCNDS

En mai 2022, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) ont tenu l'atelier virtuel Future Search : agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique. Cet atelier a été l'aboutissement de plus d'un an de collaboration entre nos deux organismes et d'un désir commun de faciliter le passage à l'action.

Le présent rapport documente les activités et les discussions qui ont eu lieu durant les cinq jours de l'atelier. Nous espérons que ce rapport, et notamment les engagements pris dans les énoncés de position commune, servira d'inspiration et de point de départ aux participants à l'atelier – ainsi qu'à ceux qui envisagent d'agir par eux-mêmes – pour

contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique de ce territoire que l'on a nommé le Canada.

Nous sommes grandement redevables aux membres du comité directeur qui ont mis leur temps, leurs ressources, leurs compétences et leurs réflexions à contribution dans la conception et la présentation de cet atelier innovateur. Chaque décision a été prise en collaboration, et nous avons grandement appris de votre sagesse et de votre expertise collectives. Évidemment, rien de tout cela n'aurait été possible sans la vision, le dévouement, la passion et la persévérance de nos deux animatrices incroyables. À titre de conceptrices de cette rencontre, elles nous ont appris l'importance de prendre le temps, d'écouter attentivement, de travailler différemment et d'établir des positions communes. Merci à Sume et à Nancy!

Un des sous-groupes de participants a formulé et présenté sa vision d'un avenir idéal, exempt de racisme et de suprématie blanche, sous la forme d'un poème intitulé « What a wonderful day to breathe, a day where humanity precedes white supremacy » [Quelle merveilleuse journée pour respirer, une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche]. Le dernier strophe est traduit ici :



Aujourd'hui je respire avec soulagement
La suprématie blanche est descendue de son piédestal
L'oppression intériorisée n'existe pas
Les fragilités blanches sont confrontées, non ménagées
Les « larmes des femmes blanches » ne servent plus d'armes
Les femmes et les hommes noirs ne meurent plus de brutalité policière

Le ton que j'utilise n'est plus réprimé pour les oreilles blanches fragiles
Les alliés de façade sont pointés du doigt
Le complexe du sauveur blanc disparaît sous la critique
Une journée où nous pouvons oublier la signification même de la suprématie blanche
Une journée où le privilège blanc cesse d'opprimer
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Ces mots riches de sens nous rappellent que notre travail est loin d'être terminé. L'atelier Future Search et le présent rapport marquent le début du travail à faire pour rendre nos systèmes et notre pays plus solidaires.

Réflexions des animatrices

Tout a commencé au début de 2021, lorsque l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) a entrepris une série de discussions publiques dans le cadre de son processus de planification stratégique et a invité le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) à participer à une séance de discussion portant sur la construction de systèmes de santé publique antiracistes. On a confié l'animation de cette séance de deux heures à Sume Ndumbe-Eyoh, qui a fait appel à Nancy Laliberté comme coanimatrice.

Dès le départ, Sume a craint qu'une discussion de deux heures ne soit pas suffisante pour décrypter l'enjeu colossal que constitue le racisme dans la santé publique. C'est que les responsables des systèmes de santé publique ne se sont pas encore penchés sur le racisme pour en évaluer l'influence sur les structures des systèmes, et encore moins déterminer comment combattre ce phénomène. Avec l'aval de l'ISPP des IRSC et du CCNDS, Sume a désigné la méthode Future Search comme point de départ pour réunir des acteurs de l'ensemble du milieu possédant différentes formes de connaissances et d'expertises afin de collaborer sérieusement à l'établissement d'une position commune et à la détermination du travail collectif à accomplir.

Assurée par un comité directeur, la planification de l'atelier « Future Search : agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique » a débuté environ un an avant sa tenue en mai 2022. Durant cette période, nous avons tous traversé des crises de santé publique à répétition avec l'émergence du variant Omicron de la COVID 19, la multiplication des incidents de violence raciste dans les systèmes de santé et les corps policiers, et la pression sans cesse exercée sur les systèmes de soins de santé et de santé publique et sur les services communautaires d'où nous espérons recruter nos participants. Les réunions du comité directeur sont ainsi devenues une source d'entraide et de solidarité.

L'impact disproportionné de la pandémie sur les personnes racisées est devenu pour nous une réalité concrète puisqu'à un certain moment, trois membres de notre groupe – tous noirs – ont dû temporairement quitter leurs fonctions au sein du comité en raison des nombreuses pressions engendrées par le variant Omicron dans leur milieu de travail. L'importance de l'identité des décideurs dans la lutte au racisme ne faisait plus aucun doute, raison pour laquelle nous avons décidé de reporter notre réunion une seconde fois en raison de la représentation insuffisante de nos collègues noirs. Les défis survenus tout au long du processus de planification ont illustré comment

les efforts pour contrer la suprématie blanche et le racisme trouvent – ou ne trouvent pas – leur écho dans les systèmes de santé publique, car nous avons parfois de la difficulté à trouver du temps pour nous réunir. Nous avons réalisé que cette lutte n'est pas toujours considérée comme une priorité par tous les acteurs des systèmes de santé publique.

Nous avons continuellement vérifié auprès des membres du comité directeur s'ils considéraient le processus Future Search comme étant utile et viable pour la planification stratégique du travail de lutte au racisme. Le processus comme tel nous intéressait moins que la recherche d'un moyen de mettre le travail en pratique; tous les membres savaient que le racisme est présent dans tous les systèmes coloniaux et nous n'avions pas besoin de consacrer du temps à discuter de la question ou à sensibiliser les gens à ce sujet. Un des avantages de la méthode Future Search est qu'elle permet d'aller de l'avant et d'accomplir des tâches pour produire des énoncés de position commune sur les questions faisant consensus, au lieu de s'attacher au passé ou de tenter de résoudre les conflits. Si notre groupe s'était contenté de poursuivre le travail d'éducation et de formation sur l'antiracisme, zone de confort pour bon nombre d'organismes et de praticiens, il ne serait pas passé à l'action.

Le dévouement des participants à l'atelier était incontestable. Nous avons été très heureuses d'accueillir autant d'étudiants, ces libres-penseurs à l'esprit pratique qui ont d'ailleurs amorcé un changement en cours de réunion. Maintenant, il revient aux participants de déterminer comment accomplir le travail dont ils ont reconnu l'importance. Nous espérons qu'ils sont très motivés à poursuivre le travail dans le même esprit de responsabilité qui les a animés au moment de définir les mesures à prendre.

C'est lors de la réunion de mai que nous avons commencé à discuter de la possibilité de formuler ensemble, selon une approche innovante et décolonisatrice, des énoncés de position commune. Ces énoncés ont déjà été présentés et utilisés dans des conférences, des groupes de travail et des bureaux de santé publique. Nous voyons d'un bon œil les perspectives qui se dessinent au-delà des actions établies et sommes toujours aussi résolues à lutter contre le racisme afin de réclamer justice pour nos ancêtres et d'assumer notre responsabilité envers les générations d'aujourd'hui et de demain, à savoir créer un avenir exempt de suprématie blanche et de racisme.

Sume Ndumbe-Eyoh
Nancy Laliberté

Notre parcours jusqu'à présent...

Cette infographie présente le processus qu'ont suivi l'ISPP des IRSC et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) pour déterminer la nécessité de mettre en place des systèmes de santé publique antiracistes, réunir un comité directeur, organiser l'atelier « Future Search » et explorer les prochaines étapes.

La conjoncture politique mondiale continue de mettre en exergue le besoin urgent de contrer le racisme et le suprémacisme blanc. Parmi les exemples d'évènements reflétant ce contexte politique plus large, on peut citer les suivants :



Reconnaissance du fait que la santé publique doit agir pour lutter contre le racisme

1 L'idée

L'ISPP des IRSC a demandé au CCNDS de l'aider à organiser une séance sur les systèmes de santé publique antiracistes. Le CCNDS (Sume Ndumbe-Eyoh) suggère quelque chose de plus substantiel et fondé sur l'action (avril 2021).

2 Méthode d'animation

On opte pour la méthode « Future Search ». Sume Ndumbe-Eyoh et Nancy Laliberté sont sélectionnées pour agir à titre d'animatrices et reçoivent une formation selon cette méthode (septembre 2021).

3 Gouvernance

Le CCNDS et l'ISPP des IRSC établissent un comité directeur mixte (mai 2021-mai 2022).

13 Membres du comité directeur

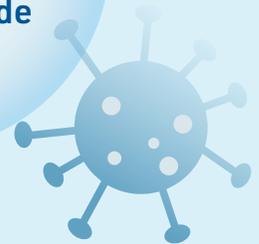
11 Réunions du comité directeur

Principes directeurs de la méthode Future Search : participation de l'ensemble du système; mise en perspective historique et mondiale de la question centrale en vue d'une action locale; regard sur l'avenir et sur les positions communes; autogestion et recours au dialogue comme outil principal.

Le décès de Joyce Echaquan à la suite d'un traitement raciste de la part de fournisseurs de soins de santé



La montée du racisme anti-asiatique dans la foulée de la pandémie de COVID-19



4 Atelier sur les mesures à prendre pour contrer le suprémacisme blanc et le racisme dans les systèmes de santé publique au Canada

5

Jours

15

Heures

50

Participants

Environ

Groupes d'affinité

1. praticiens de la santé publique
2. administrateurs des systèmes de données et des soins de santé
3. décideurs, responsables des politiques
4. chercheurs, éducateurs, bailleurs de fonds
5. stagiaires, étudiants
6. partenaires intersectoriels et communautaires

5 tâche:

- 1^{re} tâche : Regard sur le passé – Chronologies
- 2^e tâche : Regard sur le présent – Arbre conceptuel
- 3^e tâche : Regard sur l'avenir
- 4^e tâche : Établissement de positions communes
- 5^e tâche : Plan d'action (mai 2022)

5 Rencontre de suivi

Séance réunissant une trentaine de participants à l'atelier pour leur permettre de reprendre contact, d'échanger des idées et de discuter des prochaines étapes (septembre 2022).

6 Exploration des prochaines étapes

Centrer la lutte contre le racisme et le suprémacisme blanc sur le travail organisationnel du CCNDS et de l'ISPP des IRSC, et poursuivre le partenariat, les séances de conférence et les webinaires.

« Quelle merveilleuse journée pour respirer, une journée où l'humanité prend le pas sur le suprémacisme blanc. »

Extrait d'un poème
d'un participant à l'atelier



Résumé

En mai 2022, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada ont convié un groupe d'intervenants à un atelier virtuel de cinq jours afin de dégager une vision pour des systèmes de santé publique activement antiracistes et de cerner des actions concrètes pour contrer la suprématie blanche.

Un large éventail d'acteurs du milieu de la santé publique, y compris des étudiants, des chercheurs, des praticiens et des décideurs, ont pris part à cet atelier de planification stratégique orienté vers l'action. L'atelier a misé sur la méthode Future Search afin de réunir des intervenants de l'ensemble du milieu possédant différentes formes de connaissances et d'expertises afin de collaborer à l'établissement d'une position commune et à la détermination du travail collectif à accomplir.

Au cours de l'atelier, les participants :

1. ont réfléchi aux événements du passé sur trois plans (expérience personnelle, scène mondiale et domaine de la santé publique) qui influencent le présent;
2. ont dressé un état des lieux en repérant les tendances liées à la suprématie blanche et au racisme dont les systèmes de santé publique subissent l'influence, ainsi que les interventions mises en places et celles qui s'imposent;
3. ont imaginé un avenir dans lequel les systèmes de santé publique sont antiracistes et exempts de suprématie blanche;
4. ont élaboré des énoncés de position commune à partir des éléments clés de leur avenir imaginé et des principes sous-jacents;
5. ont conçu des plans d'action fondés sur les énoncés de position commune, et se sont engagés à travailler ensemble à la réalisation de ces plans.

Les huit énoncés de position commune qui sont ressortis de l'atelier peuvent servir à guider d'autres groupes désireux de contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique.

1

POSITION COMMUNE N° 1

Nous nous engageons à vivre radicalement et à célébrer collectivement les sept enseignements sacrés (ou des Aînés) – amour, humilité, courage, sagesse, vérité, respect et honnêteté – pour y ancrer notre travail et notre approche en santé publique sur les plans de la recherche, de l'éducation et des pratiques et politiques, avec joie et compassion.

2

POSITION COMMUNE N° 2

Nous nous engageons à nouer des relations et à adopter des systèmes de connaissances variés, anti-oppressifs, intersectionnels et collaboratifs (qui, même s'ils intègrent certains enseignements occidentaux, ne les considèrent pas comme la norme d'excellence) afin de soutenir le changement, la transformation et le bien-être collectifs.

3

POSITION COMMUNE N° 3

Nous nous engageons à favoriser un système de recherche exempt de racisme et fondé sur les principes de justice qui honore la sagesse, le savoir, le pouvoir et le potentiel thérapeutique de la recherche-action communautaire participative et des politiques connexes.

Nous nous engageons à permettre aux communautés de diriger ou de codiriger la formulation des questions et objectifs de recherche qui leur importent. Nous nous engageons à faire en sorte que le rôle de chercheur principal soit confié aux membres des communautés et que les universitaires agissent comme collaborateurs, et que les ressources demandées et obtenues soient adéquates.

Nous nous engageons à favoriser la recherche interventionnelle et la recherche sur la mise en œuvre orientée vers les solutions, qui offrent des retombées tangibles aux communautés, et non seulement aux universitaires.

Nous nous engageons à faire en sorte que l'application des connaissances et ses résultats s'inscrivent vraiment dans le contexte de la communauté et que les participants contribuent activement au processus et aux résultats pour provoquer un véritable changement.

4

POSITION COMMUNE N° 4

Nous nous engageons 1) à affirmer et à célébrer continuellement la valeur transformatrice de la différence et de la diversité, et 2) à faire un effort délibéré pour nommer, comprendre et réparer les préjudices causés par la suprématie blanche et son croisement avec d'autres systèmes inévitables de longue date, qui se manifestent simultanément sur les plans institutionnel (p. ex. normes, politiques, lois), interpersonnel (p. ex. façon dont nous interagissons avec autrui) et interne (p. ex. intériorisation des concepts de supériorité et d'infériorité en fonction de nos positions de privilège et d'oppression, y compris par les préjugés).

Nous nous engageons aussi à comprendre et à contrer l'incidence variable de la suprématie blanche, principalement sur les Noirs, les Autochtones ou les populations noires et autochtones.

5

POSITION COMMUNE N° 5

Nous nous engageons à ce que les systèmes et les connaissances en matière de santé publique soient alimentés par tous, et non dictés par le pouvoir financier et les intérêts des entreprises.

Nous nous engageons en faveur d'un avenir où les infrastructures publiques (p. ex. les routes, les systèmes d'approvisionnement en eau potable) sont équitablement réparties et soutenues afin que les gens puissent accroître leur richesse de manière à préserver leur santé.

Nous nous engageons à mettre au grand jour et à désarmer le pouvoir excessif et la domination des entreprises dans le secteur de la santé publique, y compris les abus/utilisations du pouvoir et les mandataires (c.-à-d. les ONG, les universités, etc.) en nommant, en limitant et en contrant l'influence des entreprises, la cooptation néolibérale (c.-à-d. la cooptation des mouvements de justice des Noirs, des Autochtones et des personnes handicapées) et les ambitions colonialistes qui sapent la souveraineté et l'autodétermination et qui ont des répercussions sur la santé, l'environnement et la liberté.

7

POSITION COMMUNE N° 7

Nous nous engageons en faveur d'une santé publique fondée sur la participation de la communauté afin de

- renforcer l'autonomie individuelle et collective,
- valoriser l'expertise de manière appropriée (avec des ressources) et
- mettre en place des structures de gouvernance pour le contrôle communautaire

de façon à modifier les pratiques, les politiques et les décisions en matière de santé publique, et ce, afin qu'elles soient responsables, antiracistes et anticoloniales et qu'elles déconstruisent les structures suprématistes blanches.

6

POSITION COMMUNE N° 6

Nous nous engageons à reconnaître, à nommer et à désapprendre le langage de la suprématie blanche.

Nous nous engageons à agir pour mettre en œuvre une pratique anticoloniale en vue d'imaginer un nouvel avenir exempt de racisme contre les Noirs et contre les peuples autochtones.

Nous nous engageons à faire régner la justice dans la pratique médicale, les soins de santé et la santé publique.

8

POSITION COMMUNE N° 8

Le secteur de la santé publique se compose d'acteurs hétérogènes qui travaillent dans un esprit de solidarité à une libération collective. Nous nous engageons à faire preuve de transparence, à énoncer explicitement nos valeurs* en tant que praticiens de la santé publique et représentants d'établissements de santé publique, et à créer des mécanismes de responsabilisation concrets pour faire concorder les valeurs professées avec les pratiques, les politiques, les objectifs et les approches.

* Notamment : l'antiracisme, la lutte contre la suprématie blanche, les dynamiques relationnelles, la solidarité, la responsabilisation, la transparence, l'équité et les pratiques exemplaires et avisées.

Introduction

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) ont organisé cet atelier de planification stratégique orienté vers l'action afin de dégager une vision pour des systèmes de santé publique activement antiracistes et de cerner des actions concrètes pour contrer la suprématie blanche.

L'atelier a réuni des praticiens et des décideurs en santé publique, des responsables des politiques et des chercheurs, des stagiaires et des étudiants, des partenaires de divers secteurs et des représentants d'organisations communautaires ayant un intérêt pour la question, une expertise pertinente ou la capacité d'influencer l'action sur les déterminants sociaux et structurels de la santé et de l'équité en santé.

L'atelier virtuel s'est tenu entre le 25 et le 31 mai 2022, en suivant la méthode « Future Search » décrite en détail ci-dessous. Les participants ont travaillé en groupes d'affinité fonctionnelle et en groupes mixtes

pour réaliser une série d'activités : réfléchir au passé, dresser un état des lieux et cerner les aspects de leur travail dont ils sont fiers et qu'ils regrettent. Sur la base de ces tâches, les participants ont ensuite élaboré une vision de l'avenir et huit énoncés de position commune à l'égard desquels toutes les personnes présentes pouvaient s'engager. À la fin de l'atelier, les participants se sont divisés en groupes pour commencer à élaborer des plans d'action en fonction de leurs intérêts et de leur capacité d'influence.

Le présent rapport rend compte des activités et des discussions de l'atelier telles qu'elles se sont déroulées, ainsi que du point de vue et des paroles des participants. Il se veut un point de départ pour permettre aux personnes, aux organisations et aux communautés de discuter des questions présentées et de s'appuyer sur les énoncés de position commune et les mesures initiales établies pour s'intégrer au mouvement visant à démanteler la suprématie blanche dans les systèmes de santé publique du Canada.

Qu'est-ce que Future Search?

Future Search (en anglais seulement)¹ est une méthode de planification efficace qui permet à de grands groupes diversifiés :

- de s'entendre sur une vision commune,
- de s'engager à suivre un plan de mise en œuvre et
- d'assumer la responsabilité de l'action.

Ce processus permet de dépasser les frontières culturelles, car les personnes travaillent entièrement à partir de leur propre expérience. Il n'y a aucun jargon de gestion, de modèles, de théories, de discours ou de pression pour agir. Cette méthode consiste généralement à réunir 60 à 100 personnes qui travaillent en petits groupes d'affinité fonctionnelle et en groupes mixtes. Chaque personne a l'occasion de s'exprimer et d'écouter.

Future Search repose sur quatre principes qui ne sont pas typiquement associés à la planification stratégique traditionnelle :

- 1. L'ensemble du milieu participe.** Le fait de réunir un échantillon de personnes représentatif de l'autorité, des ressources, de l'expertise, des connaissances et des besoins du milieu signifie plus de diversité et moins de hiérarchie que dans une réunion de planification habituelle. Ainsi, chaque personne peut faire valoir son point de vue et découvrir celui des autres.
- 2. La question centrale est placée dans une perspective historique et mondiale.** Autrement dit, il faut penser mondialement avant d'agir localement, ou apprendre à connaître la bête sous toutes ses coutures avant d'essayer de la dompter. Chaque personne peut alors parler du même monde en n'excluant aucun point de vue.

3. L'accent est mis sur l'avenir et sur une position commune. La position commune est le cadre de référence, et les problèmes et les conflits sont traités comme des renseignements essentiels et non comme des éléments d'action. Par conséquent, il faut déterminer les valeurs partagées et les mesures communes à prendre, tout en respectant les différences plutôt qu'en les conciliant.

4. Les gens gèrent eux-mêmes leur travail et utilisent le dialogue, et non la résolution de problèmes, comme principal outil. Les participants s'entraident dans l'accomplissement des tâches et assument la responsabilité de leurs points de vue et de leurs actions.

Les ateliers Future Search comportent cinq séances : Passé, Présent, Futur, Position commune et Action. Les participants commencent par faire l'historique de la question qui les a rassemblés et établir la chronologie des événements. Le grand groupe élabore un arbre conceptuel des tendances actuelles qui influencent l'enjeu à l'étude, puis de petits groupes d'affinité déterminent ce qu'ils font actuellement face aux principales tendances et ce qu'ils veulent faire à l'avenir. Puis, de petits groupes mixtes imaginent des scénarios futurs à privilégier. Les participants repèrent alors les points communs qui ressortent du travail déjà effectué, y compris les principes clés et les caractéristiques de ces scénarios. À la dernière séance, tout le monde se concentre sur la stratégie de mise en œuvre, les plans d'action et la responsabilisation.



L'atelier

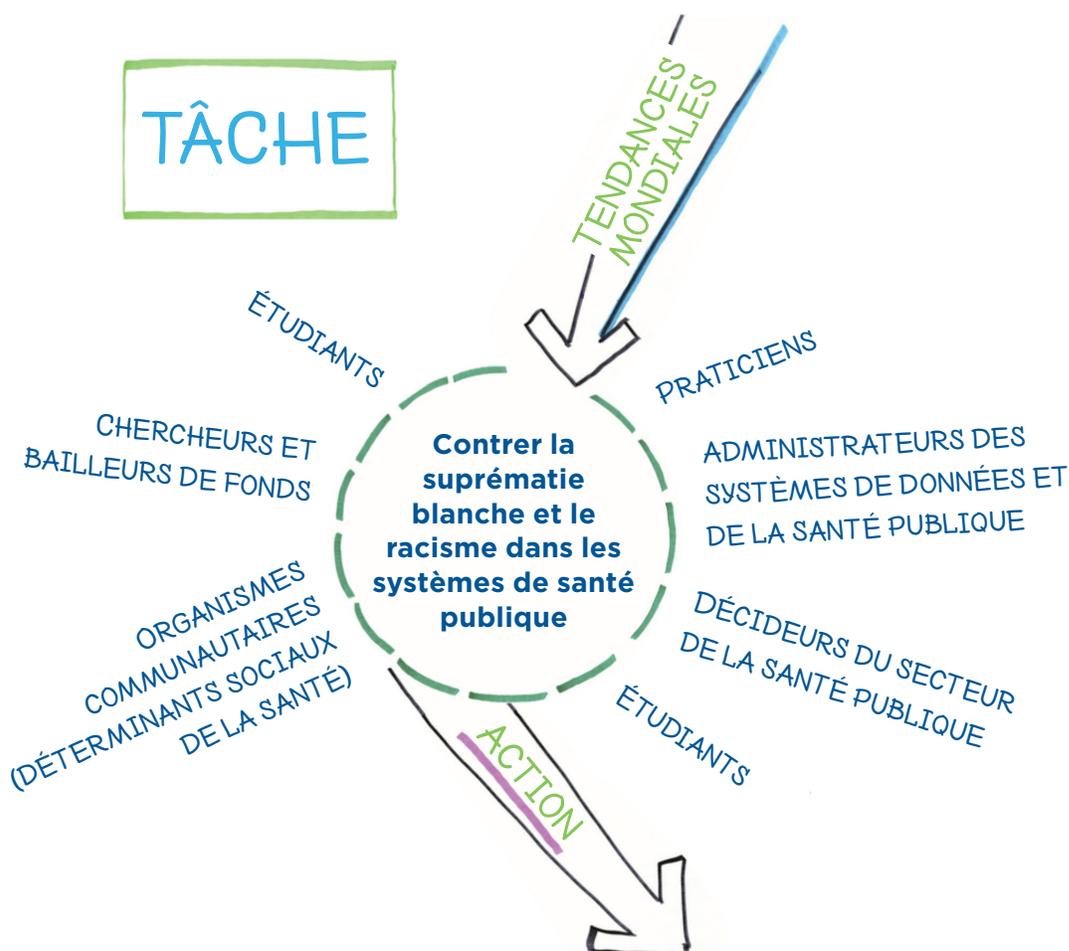
Étalé sur cinq jours, l'atelier Future Search a réuni virtuellement une cinquantaine de participants, à savoir des praticiens de la santé publique, des décideurs, des chercheurs, des bailleurs de fonds, des administrateurs des systèmes de données et des soins de santé, des étudiants et des représentants d'organismes communautaires.

L'atelier

Cet atelier Future Search s'est étalé sur cinq jours, avec une séance de trois heures par jour. Un week-end a été prévu entre les 3^e et 4^e jours pour permettre aux enseignements de s'imprégner dans l'esprit des participants. Une cinquantaine de personnes ont assisté à l'atelier virtuel par Zoom et y ont contribué au moyen de Bluescape, un espace de travail en ligne pour la collaboration. L'atelier comprenait des activités individuelles et collectives, les participants se réunissant en petits groupes d'affinité fonctionnelle ou en groupes mixtes en

fonction de la tâche à accomplir. Les groupes d'affinité étaient divisés en six catégories : praticiens de la santé publique et professionnels de diverses disciplines, décideurs du secteur de la santé publique, chercheurs et bailleurs de fonds en santé publique, administrateurs des systèmes de données et des soins de santé, étudiants et organismes communautaires (figure 1). Compte tenu du nombre de participants, il y avait deux groupes de chercheurs et de bailleurs de fonds et deux groupes d'étudiants pour les activités des groupes d'affinité.

FIGURE 1 :
Présentation des tâches et des groupes d'affinité



REGARD SUR LE PASSÉ

Le passé est un prélude au travail à accomplir aujourd'hui. L'atelier a commencé par un examen du passé sur trois plans – expérience personnelle, scène mondiale et domaine de la santé publique – qui ont une incidence sur le présent.

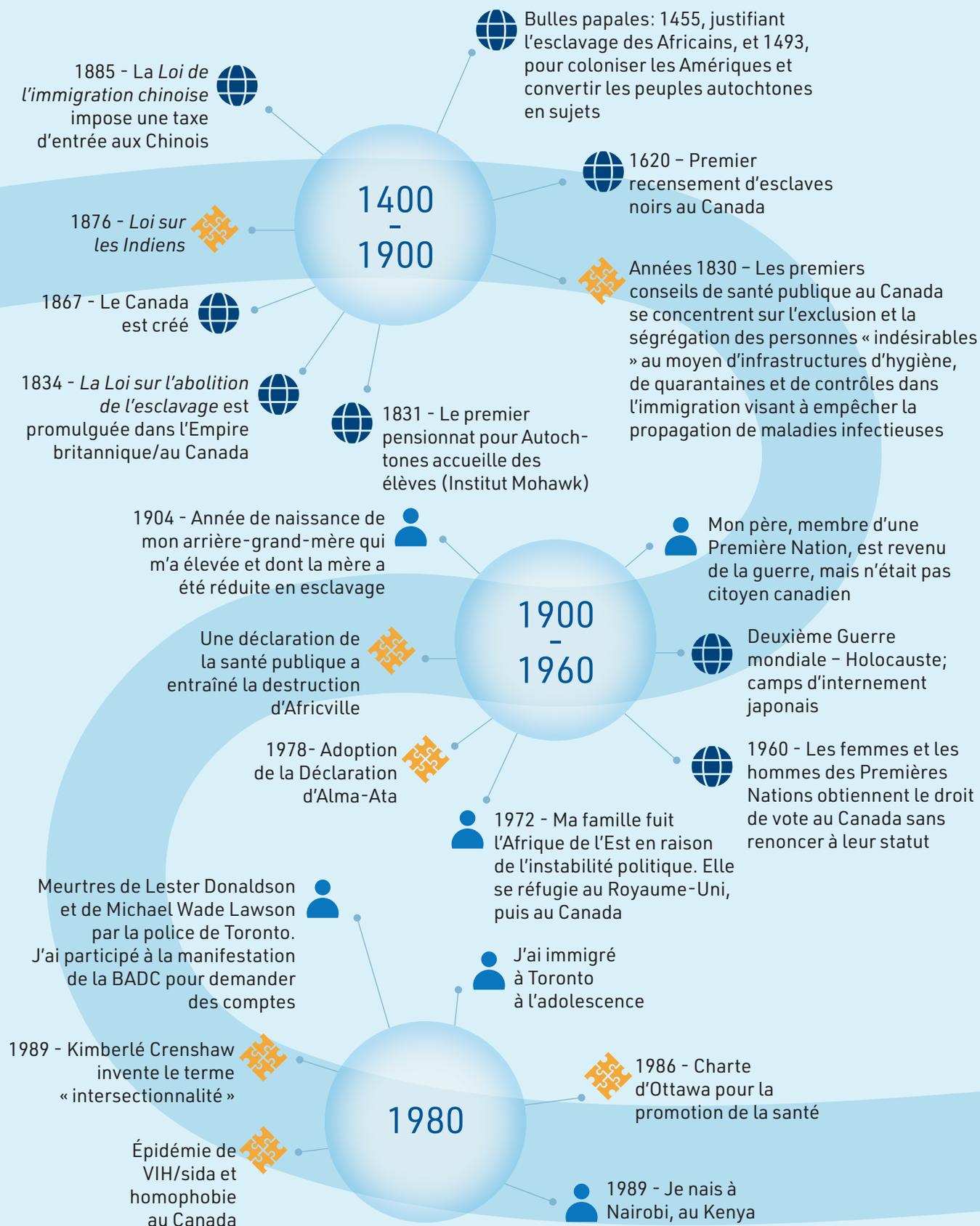
Les chronologies des événements personnels et mondiaux s'étendaient de l'an 1400 à ce jour pour tenir compte des répercussions historiques et multigénérationnelles du colonialisme, tandis que celle de la santé publique commençait en 1980. Les participants ont cerné et étudié la manière dont les événements passés ont façonné le présent, leurs vies, la santé publique et les efforts de

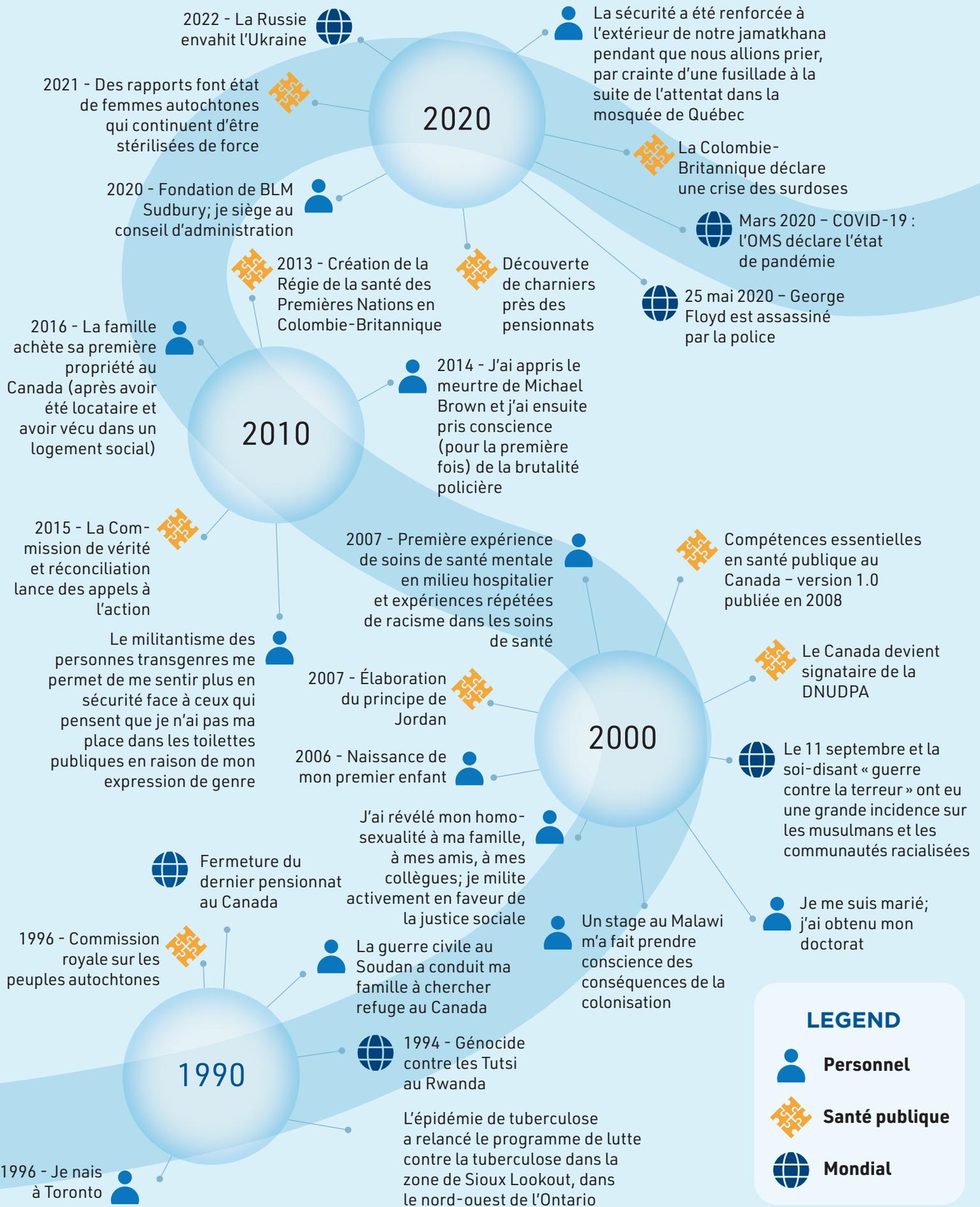
démantèlement de la suprématie blanche dans le domaine de la santé publique.

Travaillant en petits groupes d'affinité, les participants ont établi le cadre d'une histoire partagée de leur passé en vue de l'appliquer au travail qu'ils feront ensemble au cours de l'atelier. Chaque groupe s'est vu attribuer l'une des trois chronologies afin de saisir clairement les tendances.

Graphique des chronologies

Cette infographie présente une vue combinée des chronologies personnelles, mondiale et de santé publique que les participants ont enrichies grâce à des événements clés. Des exemples illustratifs sont présentés ci-dessous.





LEGEND

-  **Personnel**
-  **Santé publique**
-  **Mondial**

CHRONOLOGIE PERSONNELLE : **les expériences qui ont façonné votre vie**

Raconter l'histoire de ceux qui font partie de ce rassemblement et en déterminer l'influence sur le travail à accomplir ici.

Ce qui est ressorti des chronologies personnelles est la façon dont les événements personnels, mondiaux et historiques sont entrelacés, comme le démontre le nombre d'événements historiques qui apparaissent dans ces chronologies. Des discussions ont eu lieu sur l'évolution de la compréhension de l'histoire du colonialisme et du rôle joué par le Canada dans l'asservissement des Noirs, et sur la façon dont la notion du Canada en tant que havre de paix ne concorde pas avec les réalités et les expériences de nombreuses personnes noires. Souvent, les expériences sont très locales et particulières, comme les communautés noires de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique qui tentent de se réapproprier les institutions et les systèmes qui façonnent le bien-être d'une communauté. Les participants ont discuté de leurs histoires avant la colonisation, des mouvements et des migrations résultant de la violence et des guerres, et de la complexité du terme « colon » dans ce contexte. Il a été noté que la douleur et le traumatisme associés aux événements n'apparaissent pas sur la chronologie.

Il y a eu une prise de conscience et une reconnaissance de la complicité des individus avec les systèmes qui perpétuent la suprématie de la race blanche, ainsi que des moments de découverte de soi à la lumière des expériences des autres membres du groupe. Par exemple, certains Blancs ont appris que la brutalité policière existe toujours et que de nombreux Autochtones, Noirs et autres personnes racisées sont toujours victimes de racisme de la part de leurs voisins et dans leurs communautés. Cela les a amenés à se demander si les choses avaient réellement changé.

Le fait de garder en mémoire les parcours très différents de chacun incite à faire preuve de prudence quant aux suppositions glissées dans les discussions et les mesures visant à perturber la suprématie blanche, car tout le monde ne dispose pas des mêmes outils. La complexité de l'intersectionnalité (race, sexe/genre, sexualité, religion, pouvoir, privilèges) vient confirmer cette idée et remet en question la notion d'expérience universelle souvent véhiculée par les systèmes de connaissance dominés par les Blancs. L'identité raciale, le lieu de naissance et l'éducation des gens influencent d'ailleurs la manière dont ils perçoivent le concept social de la race.

CHRONOLOGIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : étapes et moments charnières dans les initiatives visant à perturber la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique

Raconter l'évolution de la nécessité de perturber la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique au fil des ans, et en déterminer l'influence sur le travail à accomplir ici.

Le milieu de la santé publique a progressivement abandonné le point de vue individuel et la responsabilité personnelle pour s'intéresser plutôt aux déterminants de la santé. Les étapes charnières de cette évolution sont la charte constitutionnelle de l'Organisation mondiale de la santé de 1948², le rapport Lalonde de 1974³ au Canada et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986⁴. Ces documents ont été essentiels à la définition des conditions socio-économiques et des ressources fondamentales pour la santé, mais les répercussions du racisme et de la suprématie blanche sur la santé brillaient par leur absence. C'est l'épidémie de VIH/sida qui a finalement commencé à recadrer le débat sur le rôle des déterminants sociaux de la santé et de la stigmatisation dans la maladie et la mort. Les travaux d'universitaires comme Crenshaw (en anglais seulement)⁵ et Holman et collab. (en anglais seulement)⁶ ont mis en lumière les grandes questions de l'intersectionnalité et des conditions qui influencent la santé.

Ce changement d'optique n'a cependant pas secoué la suprématie blanche et le racisme en santé publique. Au cours de la dernière décennie, les mouvements de justice sociale ont influencé le discours public sur la santé et l'équité en santé, comme la Commission royale sur les peuples autochtones (1996)⁷, la Commission de vérité et réconciliation (2015)⁸, l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019)⁹ et le mouvement Black Lives Matter (en anglais seulement) (2013)¹⁰. Pourtant, il existe encore un écart important entre la théorie et la pratique, et les déterminants sociaux et structurels de la santé sont toujours méconnus du grand public. Un profond changement systémique et une action gouvernementale musclée

sont nécessaires; or, en réalité, la majeure partie du travail s'effectue à l'échelon communautaire.

Les participants ont critiqué le fait que la chronologie de la santé publique dans cette activité n'a commencé qu'en 1980. Certes, la plupart des travaux liés à la lutte contre le racisme sont conçus de manière anhistorique, mais le fait d'amorcer ce processus en l'inscrivant dans l'histoire est perturbateur, utile et important, et met en lumière les mesures à entreprendre. Il faut comprendre l'histoire coloniale de la santé publique et la place qu'elle occupe dans nos politiques et structures actuelles.

Les participants ont mentionné que la nature linéaire de la chronologie renforce l'hégémonie d'un système de connaissances en santé publique qui repose sur une vision eurocentrique du monde. Cette vision est insuffisante et étroite, même si elle est présentée comme « la bonne approche ». La notion du temps peut être interprétée de différentes manières à partir des visions du monde autochtones et noires où le passé, le présent et le futur sont reliés. Ces autres formes de savoir, y compris les savoirs holistiques et autochtones, doivent être intégrées à la vision actuelle du monde. Le domaine de la santé publique a connu plusieurs vagues, et on fait valoir qu'une cinquième vague¹¹ permettrait de faire une place aux méthodes autochtones et d'en tirer des enseignements de sorte à remonter aux racines en cultivant avec amour la santé et la guérison dans les relations avec soi-même, les autres, les ancêtres et la terre. Il a été noté que ce n'est pas ce qui est enseigné aux étudiants dans le domaine de la santé publique, qui se situe encore dans la quatrième vague.

CHRONOLOGIE MONDIALE :

les événements internationaux qui ont façonné le monde

Raconter l'évolution du monde au cours des dernières décennies et en déterminer l'influence sur le travail à accomplir ici.

Les participants ont commencé par faire remarquer que, malgré la diversité apparente des gens assistant à l'atelier, certains groupes n'étaient pas représentés et, par conséquent, le résultat serait subjectif et limité. On a également fait valoir que même si les expériences du racisme se recoupent, le vécu de chaque personne est unique.

Le racisme a une longue histoire, et ce sont les événements récents qui sortent du lot. Ceux qui écrivent l'histoire ont leur propre vision du monde; ainsi, au lieu de relater les exploits et les histoires des peuples autochtones et des peuples noirs, ils ne parlent que de l'oppression et de la dévalorisation de ces peuples. Résultat : l'histoire suit une chronologie linéaire s'inscrivant dans une vision particulière du monde qui ne correspond pas nécessairement à la culture ni à la vie des peuples qu'elle décrit.

Au cours des 600 dernières années, les communautés blanches ont causé de nombreux préjudices, et aujourd'hui, elles se tournent vers les communautés noires et autochtones pour y remédier. Il faut également noter que la loi a été utilisée d'innombrables fois à des fins d'exclusion, notamment pour l'accès à l'eau, à la liberté, à l'immigration, aux soins, à l'éducation, etc.

Les participants ont posé les questions suivantes : comment pouvons-nous poursuivre le dialogue sur le racisme à l'égard des Autochtones et des Noirs? Et comment pouvons-nous faire en sorte que le racisme contre les Noirs ne soit pas ignoré dans ces échanges?

Établir des liens entre les chronologies

Quels sont les liens entre les trois chronologies, et en quoi influencent-ils le travail à accomplir ici?

Malgré les nombreuses différences au sein du groupe, on a reconnu qu'il y avait des similitudes dans le parcours et le travail de chacun. La solidarité est importante, certes, mais l'État colonialiste continue de semer la division pour mieux régner sur les communautés racisées, notamment en marginalisant les groupes de différentes manières. Autrement dit, il mine délibérément la capacité des groupes racisés à travailler ensemble.

Bien que tout le monde soit lié par des histoires et des expériences communes, il faut reconnaître le vécu et les contributions uniques de chacun et se rappeler que même au sein de nos propres communautés, certains bénéficient d'une position privilégiée, réalité qui n'est pas toujours adéquatement prise en compte.

Les trois chronologies établies se croisent, comme en témoigne le lien entre les expériences personnelles et ce qui se passe à l'échelon mondial : conflits, colonialisme, guerres... Il convient de noter que l'on a enregistré beaucoup plus de choses sur les chronologies personnelles que sur celles de la santé publique et du monde.

Les politiques imposées par le gouvernement et les mesures discriminatoires à l'encontre de certains groupes étaient un thème récurrent, et les principaux événements de violence raciste étaient liés à des actions de l'État ou de l'appareil d'État. Vers 2020, les trois chronologies étaient marquées par des événements particulièrement traumatisants, notamment le meurtre de George Floyd, la mort par balles de Chantel Moore, membre de la Première Nation Tla-o-qui-aht en Colombie-Britannique, et de Breonna Taylor, toutes deux tuées par la police à leur domicile, la mort évitable de Joyce Echaquan à la suite d'un traitement raciste dans un hôpital québécois et la découverte de tombes anonymes d'enfants autochtones à la Première Nation Tk'emlúps te Secwépemc et dans de nombreux anciens pensionnats autochtones du pays. Cette convergence a représenté un point de bascule où il a été possible de se mobiliser et de faire avancer le travail de lutte contre le racisme.

Réflexions de l'ensemble des participants

L'ensemble des participants se sont réunis à la fin de la journée pour poursuivre la discussion et se sont notamment intéressés à la cinquième vague de la santé publique¹¹, dans laquelle les praticiens de la santé publique sont des cultivateurs du bien-être plutôt que des experts, où la complexité est reconnue et où un rééquilibrage se produit. C'est également là que l'on passe d'une approche fondée sur les déficits à une approche fondée sur les actifs, de l'objectivité (mesure) à la subjectivité (expérience vécue, croissance intérieure) et à la collectivité (espoir, bien-être, appartenance, sens, objectif). Ce mouvement suppose l'adoption d'un regard prospectif et d'un processus de conception dans lequel nous essayons des choses, faisons part de nos expériences et apprenons les uns des autres, c'est-à-dire en nuancant les données avec l'expérience personnelle pour favoriser le progrès. Une grande partie du monde occidental aspire à la cinquième vague, tandis que les visions autochtones du monde intègrent et respectent naturellement ces valeurs comme fondements du travail et de la vie.

La cinquième vague peut être considérée comme un modèle à suivre pour mieux travailler dans le domaine de la santé publique.

Cela dit, on assiste actuellement à un retour en force de la suprématie blanche en réponse à la convergence, en 2020, des mouvements de lutte contre le racisme à l'égard des Autochtones, des Noirs et des Asiatiques. Le phénomène de retour en arrière décrit par les participants a pour objectif d'étouffer les voix et de rejeter les idées nouvelles afin de préserver le statu quo. Dans un tel contexte, comment peut-on se limiter à la sensibilisation du public? Si les voix qui doivent être entendues sont réduites au silence, les problèmes passent inaperçus, d'où l'importance du travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI).

Il faut multiplier les occasions de parler en toute franchise des systèmes de santé publique. La clé réside-t-elle dans cet atelier?

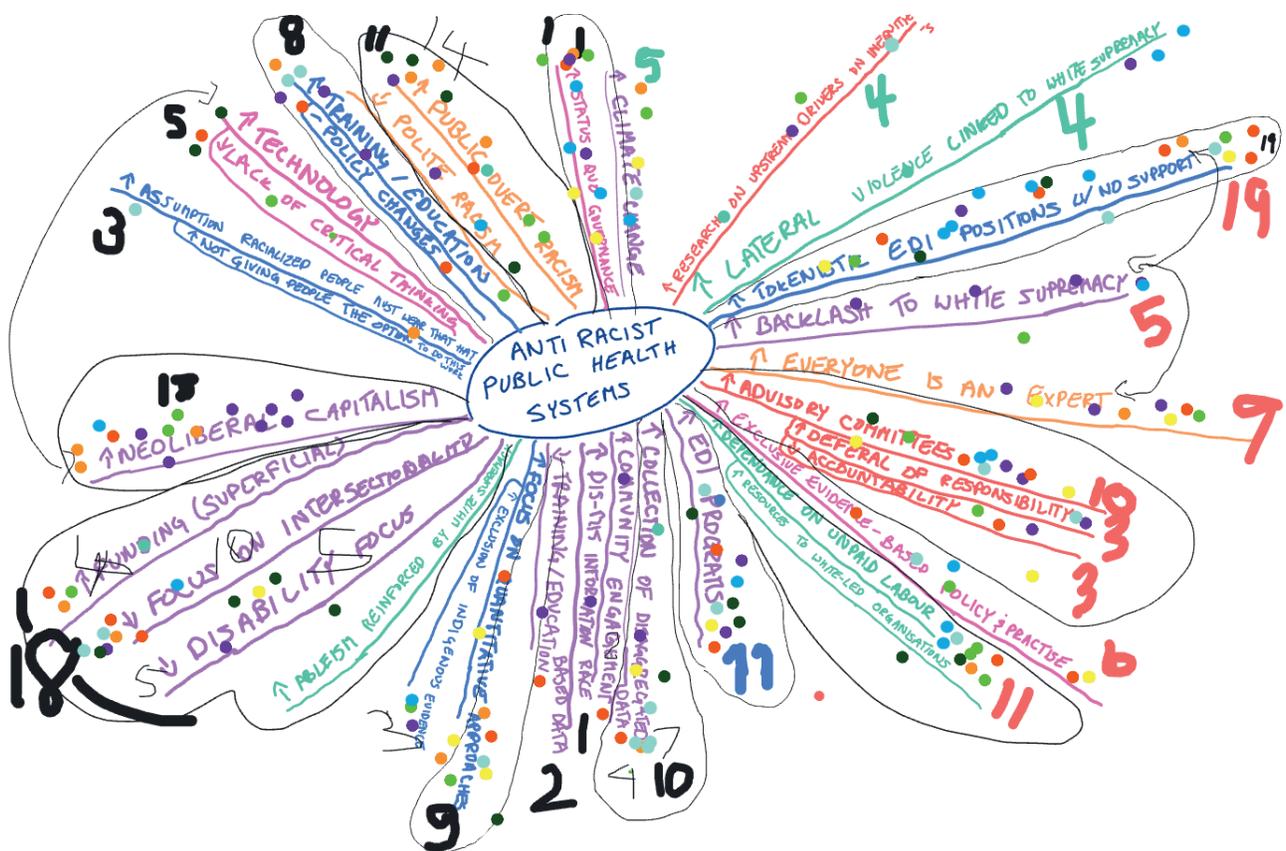
REGARD SUR LE PRÉSENT

Le passage au présent a commencé par une tâche en grand groupe consistant à créer un arbre conceptuel des principales tendances qui influencent présentement nos systèmes de santé publique.

La détermination de ces tendances et conditions sociales, économiques, techniques, environnementales et politiques liées à la suprématie blanche et au racisme a permis aux participants de créer un cadre global de dialogue qui tient compte du point de vue de chacun sur les questions clés. Les paragraphes qui suivent expliquent le large éventail de tendances qui a

émergé de cette discussion. Par la suite, chaque participant disposait de six points qu'il pouvait apposer sur les branches de l'arbre conceptuel qui, selon lui, méritent le plus d'attention (figure 2). Il ne s'agissait pas d'établir des priorités, mais plutôt d'attirer l'attention sur les tendances que les participants considéraient comme essentielles au travail à accomplir.

FIGURE 2 :
Arbre conceptuel des tendances clés qui influencent les systèmes de santé publique



Tendances influençant les systèmes de santé publique

■ Intensification des changements climatiques :

Le réchauffement du climat et les changements climatiques augmentent la pression sur les systèmes de santé publique, accentuant ainsi la nécessité de répondre aux catastrophes et aux défis environnementaux locaux et mondiaux.

■ **Montée du capitalisme néolibéral :** Le capitalisme néolibéral est une idéologie et un modèle stratégique qui conduisent à une structure économique de marché libre dans les soins de santé et à un désinvestissement public.

■ **Effet boomerang de la lutte contre la suprématie blanche :** Les organisations embauchent sur la base de la race sans prêter attention au niveau du poste ni aux compétences nécessaires pour faire le travail. L'absence d'un milieu de travail favorable peut conduire à l'épuisement des personnes racisées et à beaucoup de torts et de violence. Les Blancs se félicitent de cette inclusion purement symbolique parce qu'ils ont fait preuve de « diligence raisonnable » en matière de race, ce qui ne fait qu'aggraver les inégalités.

■ **Multiplication des programmes d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) :** L'EDI risque de devenir un fourre-tout indéfini, une phrase vide de sens sans actions concrètes ni encadrement par les communautés concernées. Ces programmes répondent aux besoins des Blancs relativement à la fragilité et au pouvoir. Ils l'emportent parfois sur les approches et les initiatives antiracistes (qui vont au-delà des déclarations et des vœux pieux pour mettre en œuvre des changements structurels) et favorisent le statu quo. L'émergence de postes symboliques liés à l'EDI sans le soutien nécessaire pour faire le travail s'inscrit dans cette tendance.

■ **Valorisation des approches quantitatives :** À l'ère des données massives, la primauté est accordée aux données quantitatives comme indicateur de la vérité et de la réalité, au détriment des données probantes autochtones et des données qualitatives. Cette tendance générale est en hausse dans le milieu universitaire et de la recherche, comme on peut le voir dans les priorités de financement. Même dans le domaine de l'élaboration des politiques, on accorde de l'importance à ce qui peut être mesuré en chiffres et à la production de données statistiques avant même que le problème ne soit approfondi. Cela crée des effets pervers et rend difficile la démonstration de l'existence d'un racisme institutionnel et d'une dynamique ou d'une répartition inégale du pouvoir. La disponibilité immédiate de données « exploitables » catégorisées autour de groupes de personnes peut incliner à penser qu'il faut privilégier les interventions individuelles et ne permet pas de s'attaquer aux facteurs structurels ou d'impulser un profond changement systémique. Il y a une injustice épistémique à ne pas être entendu avant d'être quantifié et « légitimé » selon une définition étroite de « données probantes ».

■ **Augmentation de la désinformation et de la mésinformation concernant le manque de données désagrégées sur la race et l'équité :** On réclame des données, et pourtant, on manque d'expertise dans la collecte et l'analyse des données. Il existe des ensembles de données qui sont sous-utilisés, mais les personnes engagées dans la lutte contre le racisme ne disposent pas de suffisamment de renseignements sur les données à leur disposition ni sur les lacunes à ce chapitre. D'un autre côté, les personnes chargées de l'analyse critique des données ne s'intéressent pas activement à la lutte contre le racisme, car elle ne s'inscrit pas dans leurs compétences et responsabilités. Bien que certains établissements commencent à recueillir des données désagrégées, il y a un décalage dans la

recherche biomédicale qui a une incidence sur la santé publique et un manque de volonté à examiner les données objectives sur le racisme.

■ **Valorisation de l'expertise de chacun** : La concurrence entre les études critiques et non critiques se manifeste dans le financement. Les chercheurs et les professionnels qui n'ont pas de points de vue critiques sur le racisme sont financés dans le domaine de la santé publique et de la recherche, alors que ceux qui adoptent des points de vue antiracistes critiques et des approches décolonisatrices ne le sont pas. Cette réalité se reflète également dans la façon dont les programmes d'EDI l'emportent sur les approches et les initiatives de financement antiracistes, minimisant le fait que les gens sont des « experts de leur propre expérience » et que, par conséquent, les personnes ayant une expérience concrète doivent être reconnues comme de véritables spécialistes.

■ **Hausse du « financement superficiel » accordé à des groupes particuliers victimes d'inégalités** : L'affectation du financement est liée au néolibéralisme, et la sélection des titulaires de financement est fondée sur le capitalisme et le patriarcat. De nouvelles sommes sont allouées à la lutte contre le racisme, mais la plupart des fonds sont accordés à des organisations dirigées par des hommes occupant des postes de gestion capitaliste et dont le conseil d'administration n'est pas représentatif de la communauté (c.-à-d. personnes autochtones, noires et de couleur). D'ailleurs, il est rare que l'intersectionnalité soit prise en compte dans le financement. Dans la communauté noire, par exemple, on n'encourage pas la discussion sur les intersections avec le handicap, la violence sexiste, l'appartenance à la communauté 2ELGBTQI+, etc.

■ **Escalade de la violence latérale liée à la suprématie blanche** : Cette escalade de la violence latérale entre les communautés sous le joug de la suprématie blanche est directement attribuable à la multiplication des structures suprémacistes fondées sur la classe sociale qui poussent des groupes situés sur le même plan à adopter des comportements nuisibles. Par exemple, un membre de la communauté noire qui n'a jamais participé à la lutte contre le racisme reçoit un financement, alors que ceux qui combattent le racisme depuis des années n'ont pas les moyens de soutenir leur travail. Il s'agit d'une nouvelle tendance mais, encore une fois, elle est liée au capitalisme néolibéral.

■ **Augmentation de la représentation au sein des comités consultatifs sans changement de leur pouvoir de décision** : Il existe une forte tendance à créer des comités consultatifs formés de personnes autochtones, noires et de couleur ou à augmenter la représentation de ces personnes quand on repère des problèmes d'équité. Plutôt que d'examiner d'un œil critique les rôles décisionnels au sein de l'organisation et d'appliquer des principes antiracistes pour résoudre les problèmes, on forme un comité qui est généralement composé de bénévoles qui n'ont pas de pouvoir décisionnel. C'est là un manque de responsabilité de la part des établissements.

■ **Augmentation de la formation et de l'éducation sur l'antiracisme sans changements structurels ou stratégiques à l'échelon systémique ou institutionnel** : Les organisations et établissements consacrent de plus en plus d'attention et d'énergie à la formation et à l'éducation sur l'antiracisme, sans toutefois changer leurs structures, leurs politiques, leurs processus ou leur répartition du pouvoir de décision.

■ Popularité grandissante du travail non rémunéré :

On demande de plus en plus aux personnes racisées de faire du travail lié à l'équité dans le cadre de projets particuliers au sein des autorités sanitaires ou des hôpitaux, sans qu'une rémunération soit prévue pour ce travail supplémentaire dans les contrats, les consultations ou les ateliers. Une grande partie de ce travail finit par être non rémunéré, et ce travail non rémunéré, qui s'ajoute aux responsabilités professionnelles existantes et à une charge mentale émotionnelle, conduit souvent à l'épuisement. L'expertise, le travail et le vécu de ces personnes ne sont pas valorisés dès le début des projets, ce qui fait en sorte qu'on exige d'elles de longues heures de travail à la toute fin. D'autre part, on constate une augmentation des ressources allouées aux organisations dirigées par des Blancs.

■ Imposition de « ce rôle » aux personnes racisées :

Les personnes racisées sont activement poussées dans des rôles liés à l'antiracisme qu'elles n'ont pas choisis. On s'attend à ce qu'elles possèdent déjà cette expertise et soient capables de soutenir l'organisation dans son travail de lutte contre le racisme, sans qu'on leur donne le choix. On assiste parallèlement à une déqualification des personnes racisées et à leur perte d'expertise opérationnelle en santé publique, parce qu'elles sont forcées à faire du travail de lutte contre le racisme plutôt que celui pour lequel elles ont été formées.

■ Importance croissante de la technologie :

Le discours sur la technologie en santé publique émane des universités et de l'industrie, et l'accent est mis sur les partenariats avec l'industrie. Cette tendance renforce le racisme structurel puisque les Autochtones, les Noirs et les autres personnes racisées ne contrôlent pas l'industrie en raison de l'histoire et de l'incidence continue du colonialisme et de l'esclavage. On prétend que la technologie est

athéorique, objective et fondée sur des données probantes, mais ce raisonnement témoigne en fait d'une absence de pensée critique qui est liée à la suprématie et à la domination des Blancs et, encore une fois, au néolibéralisme.

■ Popularité grandissante des politiques et pratiques fondées sur des données probantes :

Il n'y a pas de volonté politique d'exiger la participation de la base à l'élaboration des politiques, et aucun mécanisme d'évaluation n'est en place pour garantir que le financement de la recherche et les programmes (même ceux qui comprennent « un peu d'EDI ») sont pertinents pour les personnes en situation de marginalisation. Force est de se demander qui est considéré comme un « expert » et obtient le financement. Est-ce que ce sont ceux qui ont réellement effectué le travail?

■ Maintien du statu quo dans la gouvernance :

Le domaine de la santé publique manque de dirigeants issus des communautés autochtones et noires et d'autres communautés racisées, qui – bien que l'on reconnaisse que cette situation doit changer – continuent d'être exclues de la prise de décisions et des postes de direction.

■ Augmentation de la collecte de données désagrégées :

L'intérêt pour les données sur la race et d'autres déterminants sociaux de la santé est en très forte hausse, particulièrement pour la collecte de données désagrégées en fonction de la race ou d'autres éléments d'identité et d'équité sociales (p. ex. l'expérience en matière d'immigration, l'orientation sexuelle, l'identité de genre). Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada recueillent davantage de données sur la race depuis l'été 2020. Auparavant, ils avaient déclaré que cela n'était pas possible.

■ **Reconnaissance accrue du racisme en tant que déterminant social de la santé** : On reconnaît de plus en plus que le racisme est un déterminant social de la santé qui sous-tend tous les autres, et on s'attend de plus en plus à ce que les communautés autochtones et noires et les autres communautés racisées participent à la collecte, à l'analyse, à la communication et à l'interprétation des données. Un exemple de cette tendance est la collecte de données pour mesurer les variations dans l'incidence de la pandémie de COVID-19 au Manitoba. La page 24 du [rapport de Santé Manitoba sur l'analyse de la race, de l'ethnicité et de l'identité autochtone dans le contexte de la troisième vague de la pandémie de COVID-19](#) (en anglais seulement)¹² souligne que le recours à des restrictions de vaccination fondées sur l'âge a probablement contribué aux différences de plus de 10 ans dans l'âge moyen des hospitalisations entre les Blancs et les Autochtones, les Noirs et les personnes de couleur.

■ **Augmentation des besoins en matière de recherche universitaire** : Un problème concernant à la fois la santé publique et le monde universitaire est le manque de volonté de se concentrer sur les moteurs de l'inégalité raciale. Le changement ne se fera pas sur la base de données individuelles. La véritable source des inégalités est le racisme structurel qui va de pair avec la suprématie blanche.

■ **Recul du racisme poli ou « codé » au Canada** : Le *complexe de l'ange* est un terme qui a été inventé par le [balado Colour Code en 2016](#) (en anglais seulement)¹³. C'est l'idée que le Canada n'a pas un problème de racisme aussi grave que les États-Unis. En fait, le racisme est devenu encore plus manifeste au Canada et est désormais public et autorisé. À titre d'exemple, citons le point de vue de [Natasha Bakht](#) (en anglais seulement)¹⁴ selon lequel les lois

canadiennes légalisent essentiellement l'islamophobie en maintenant les interdictions et les actions contre les fonctionnaires qui portent des symboles religieux comme les niqabs.

■ **Manifestation du capacitisme renforcé par les structures suprématistes blanches** : Les Noirs sont particulièrement touchés par le capacitisme, qui est encouragé et entretenu par les structures suprématistes blanches. Il s'agit d'une injustice envers les personnes handicapées.

■ **Diminution de l'attention portée à l'intersectionnalité et au handicap** : On constate un manque d'intérêt envers la conjonction de la race et du handicap. Dans les organisations à domination blanche, l'accent est mis sur l'intersectionnalité à l'exclusion de la race. De même, dans les organisations dirigées par des Noirs, on s'intéresse au genre et à la race, mais pas au handicap. Le mouvement de défense des droits des personnes handicapées est généralement fondé sur les expériences des Blancs et, de ce fait, sur l'exclusion. Or, le racisme, y compris contre les Noirs, est bien présent dans les processus et ressources d'adaptation et d'accessibilité, et il n'existe pas d'approche intersectionnelle cohérente de la race et du handicap.

Influence des tendances sur les actions

Une fois l'arbre conceptuel dessiné, les participants ont travaillé en groupes d'affinité pour repérer les tendances qui les préoccupent le plus et la manière dont ces tendances sont liées les unes aux autres. L'étude des relations entre les tendances se traduit

par une analyse systémique qui conduit à une planification plus efficace que la résolution de problèmes individuels. Les groupes se sont ensuite penchés sur ce qu'ils faisaient actuellement en réponse à ces tendances et, surtout, les actions qu'ils pourraient entreprendre à l'avenir pour y faire face. Les tendances et les réponses sont présentées ci-dessous par groupe d'affinité.

ADMINISTRATEURS DES SYSTÈMES DE DONNÉES ET DES SOINS DE SANTÉ

TENDANCES PRÉOCCUPANTES	INTERVENTIONS ACTUELLES	INTERVENTIONS FUTURES REQUISES
<ul style="list-style-type: none"> » Collecte de données désagrégées fondées sur la race. » Valorisation des données quantitatives au détriment des données qualitatives. » Désinformation et mésinformation sur les données relatives à la race et à l'équité. » Influence des entreprises sur les systèmes de données et la privatisation. » Diminution du consentement à la recherche en violation des conventions. » Répercussions sur les systèmes de données (comment nos systèmes de données recueillent-ils l'information?). 	<ul style="list-style-type: none"> » Défendre en permanence l'équité et la justice. » Insister sur l'importance des approches quantitatives et qualitatives de la science des données. » Établir un cadre pour la collecte de données désagrégées fondé sur les relations, le besoin de savoir et la bienveillance, et accompagné de processus visant à réduire le racisme et l'oppression systémiques (rapport de 2020 sur la collecte de données démographiques désagrégées en Colombie-Britannique [en anglais seulement]¹⁵). » S'assurer que les données relatives à la race et à l'équité sont intégrées dans la stratégie nationale de collecte de données, y compris les politiques d'utilisation et de protection des données. » Reconnaître le manque de soutien et d'expertise pour une collecte et une analyse significatives des données. » Reconnaître que les données sont utilisées de manière préjudiciable et qu'il y a un manque de ressources pour travailler avec elles de manière à minimiser les préjudices. L'absence d'une surveillance protectrice est l'aspect le plus inquiétant. De nombreuses voies d'accès aux données sont mises en place sous forme de partenariats privé-public, parallèlement à une diminution considérable du consentement. 	<ul style="list-style-type: none"> » Abattre les silos pour laisser libre cours aux conversations à ce sujet. » Adopter des lois et règlements visant à protéger les données sur la race et l'équité contre une utilisation abusive de la part des personnes qui les demandent. » Protéger les dénonciateurs. » Mettre fin à la « gouvernance des données » et privilégier la justice des données. » Arrêter la désinformation. » Ne pas pousser le Canada vers un « système d'apartheid des données » comme celui qui existe aux États-Unis en demandant, par exemple, des identifiants faciaux pour les soins de santé. » Mettre les données et les analyses qualitatives ainsi que les méthodes mixtes sur le même pied d'égalité que les données quantitatives. » Accroître la participation à la conception des systèmes de données. » Encadrer rigoureusement la collecte et l'utilisation des données.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

TENDANCES PRÉOCCUPANTES	INTERVENTIONS ACTUELLES	INTERVENTIONS FUTURES REQUISES
<ul style="list-style-type: none"> » Tendances relatives au capacitisme, au handicap et à l'intersectionnalité. » Augmentation du nombre de comités consultatifs sans changement de leur pouvoir de décision. » Création de postes symboliques liés à l'EDI sans soutien connexe. » Augmentation de la formation et de l'éducation sur l'antiracisme sans changements structurels ou stratégiques à l'échelon systémique ou institutionnel. » Le lien entre ces thèmes est qu'ils sont tous enracinés dans la suprématie blanche et que les systèmes sont organisés de manière à extraire des connaissances et non à soutenir la production de connaissances. On fait appel aux personnes ayant une expérience concrète pour obtenir des fonds qui finissent par être alloués aux grandes organisations, et non au soutien de ces personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Faire pression pour placer les personnes ayant subi du racisme au cœur des initiatives et leur donner les moyens de former leurs propres comités consultatifs. » Mettre en place des stratégies ultralocales de mobilisation communautaire avec des personnes de confiance, afin de trouver des moyens d'aider et de soutenir les communautés locales. » Mobiliser les groupes qui font déjà le travail et qui sont dignes de confiance. » Demander des comptes aux systèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Modifier la façon dont les personnes en position de pouvoir interagissent. » Passer à une action communautaire ultralocale et digne de confiance. » Demander aux gens de rendre des comptes et déterminer à qui incombe la responsabilité de le faire. Cette responsabilité doit être définie et assumée. » Favoriser la responsabilisation pour définir le changement et mesurer le succès continu. » Intégrer à la vision d'avenir une réflexion sur la manière de réserver le temps qu'il faut à la réorganisation souhaitée.

PRATICIENS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET PROFESSIONNELS DE DIVERSES DISCIPLINES

Ce groupe s'est principalement concentré sur les tendances préoccupantes.

TENDANCES PRÉOCCUPANTES
<ul style="list-style-type: none"> » Toutes ces tendances s'articulent autour d'une épistémologie de la santé publique fondée sur un modèle blanc de développement historique, qui ne tient pas compte du fait que les populations du monde entier prennent soin de leurs membres depuis des siècles. » La collecte de données sur la race et l'équité par les établissements de santé publique ignore depuis longtemps les données sur la main-d'œuvre montrant les diverses communautés qui existent déjà au sein de ces établissements. Ce manque de reconnaissance a donné lieu à un angle mort qui perpétue l'altérité en santé publique. » L'augmentation du nombre de comités consultatifs sans pouvoir d'action donne aux organisations quelque chose qu'elles peuvent pointer du doigt comme un geste concret, ce qui donne aux « experts » la permission de faire ce qu'ils veulent faire plutôt que de laisser les personnes ayant une expérience concrète prendre les commandes. » Quant à la prévalence croissante des initiatives d'EDI purement symboliques, le fait de parler d'équité en santé permet à ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la santé publique d'éviter d'utiliser des mots durs (racisme), d'interpeller les gens ou de les mettre mal à l'aise. Autrement dit, le réel préjudice passe sous silence.

DÉCIDEURS DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

TENDANCES PRÉOCCUPANTES	INTERVENTIONS ACTUELLES	INTERVENTIONS FUTURES REQUISES
<ul style="list-style-type: none"> » Une tendance importante qui n'a pas été expressément mentionnée dans l'arbre conceptuel est la reconnaissance explicite de la suprématie blanche et du racisme. » Il faut tirer parti des tendances liées à la gouvernance et aux données probantes pour faire en sorte que la reconnaissance explicite et la dénonciation du racisme et de la suprématie blanche débouchent sur une transformation significative et des actions antiracistes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Suivre cette tendance à être explicite et à tenter de répondre et de réagir, par exemple, comme le rapport récemment publié sur le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain¹⁶ qui a mesuré, consigné et signalé des preuves de racisme et proposé des politiques pour des effectifs plus représentatifs. » Étudier différents types de données probantes et de données désagrégées. » Faire preuve de prudence pour éviter de revenir sur les sentiers battus qui favorisent le racisme et la suprématie blanche par des pratiques symboliques. 	<ul style="list-style-type: none"> » Élaborer de nouveaux outils et mécanismes pour que les Blancs soient tenus de rendre des comptes aux Autochtones, aux Noirs et aux autres populations racisées, mais aussi à eux-mêmes. » Maximiser les outils législatifs qui ont la cote en ce moment et s'assurer d'utiliser tout leur pouvoir. Citons, par exemple, le plan d'action (en anglais seulement)¹⁷ de la Colombie-Britannique pour mettre en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, la loi fédérale sur la Déclaration¹⁸ et la loi portant sur les données contre le racisme¹⁹ (également en Colombie-Britannique) pour soutenir la collecte de données démographiques intersectionnelles tout en protégeant ces données contre une utilisation abusive.

CHERCHEURS ET BAILLEURS DE FONDS EN SANTÉ PUBLIQUE (GROUPE 1)

Lorsque ce groupe d'affinité s'est réuni, il a fait une pause pour prendre acte de la nouvelle d'une fusillade policière qui venait de se produire à Scarborough, en Ontario. Le groupe a intégré ses réactions à cet événement dans la conversation qu'il a eue et s'est concentré sur les tendances préoccupantes.

TENDANCES PRÉOCCUPANTES
<ul style="list-style-type: none"> » La nouvelle de la fusillade a renforcé le fait que les discussions importantes qui ont lieu sur le racisme se déroulent souvent dans les espaces universitaires de manière très conceptuelle et théorique. On parle rarement des répercussions d'un tel événement sur le corps des personnes autochtones et noires et des autres personnes racisées, et de l'importance des approches tenant compte des traumatismes pour ceux qui subissent le racisme au quotidien, ainsi que pour les personnes qui effectuent ce travail. » La négritude est négligée dans les sphères universitaires et la définition du professionnalisme, et peu de temps est consacré à la réflexion sur la façon dont la blancheur continue d'opprimer les personnes issues des communautés autochtones et noires et des autres communautés racisées dans les universités. On s'attend à ce que la façon dont on parle du racisme et de la suprématie blanche ne mette pas les gens mal à l'aise, et tout signe de malaise est perçu comme de la colère ou du mépris. On ne peut ignorer les préjudices continuellement causés aux personnes autochtones, noires et autrement racisées qui travaillent au sein des comités consultatifs ou dans des espaces de travail partagés dans le milieu universitaire. Combien de fois les torts sont-ils causés par ceux qui sont à leur tour opprimés? Quand le système est remis en question, il y a un prix à payer. Et ce prix a souvent une incidence sur les postes et les carrières, ainsi que sur la santé et le bien-être. » L'expertise et les connaissances des Autochtones, des Noirs et des autres personnes racisées siégeant à des comités consultatifs ne sont pas valorisées. Ces gens sont mis dans des situations où ils n'ont pas de pouvoir de décision, et les comités ne peuvent rien faire pour changer fondamentalement ou influencer les politiques qui les concernent.

CHERCHEURS ET BAILLEURS DE FONDS EN SANTÉ PUBLIQUE (GROUPE 2)

TENDANCES PRÉOCCUPANTES	INTERVENTIONS ACTUELLES	INTERVENTIONS FUTURES REQUISES
<ul style="list-style-type: none"> » Manque d'intérêt pour les facteurs en amont et tendance à se concentrer uniquement sur les répercussions en aval, comme les répercussions de la pandémie. » Convergence des efforts et des fonds vers les programmes d'EDI qui prive les communautés de leurs moyens d'action (p. ex. une équipe majoritairement blanche avec une personne autochtone, noire ou d'une autre origine raciale à titre symbolique et aucune valeur accordée aux relations, à l'instauration d'un climat de confiance ou à l'expertise des communautés). » Priorité accordée à la « productivité » par les organismes subventionnaires, ce qui va souvent à l'encontre des principes de la recherche communautaire. » Désintérêt pour l'intersectionnalité, surtout en recherche : lien avec le racisme flagrant et sa manifestation dans les soins de santé. » Absence de recherche sur le racisme en tant que déterminant social de la santé dans le contexte canadien, phénomène également observable dans le milieu du financement. 	<p>Exemples d'actions individuelles et collectives (tactiques de guérilla) qui perturbent le statu quo et obligent le système à changer :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lorsqu'on leur a demandé de préparer un rapport de mi-parcours individuel, des titulaires de chaire de recherche autochtone ont bouleversé les règles en se réunissant pour rédiger un rapport collectif, décolonisant ainsi le travail. » Dans le cas d'une intervention communautaire où un chercheur financé par les IRSC venait de l'extérieur de la communauté et ne connaissait pas le contexte local, la communauté l'a obligé à rendre des comptes et a insisté pour obtenir réponse à des questions, par exemple sur la rémunération jugée inadéquate. Le chercheur a donc dû faire marche arrière et recadrer la recherche en demandant à la communauté ce qu'elle voulait et en prenant les moyens nécessaires pour répondre à ses besoins. » Dans un cercle d'EDI symbolique encadré par un mandat sans grande importance, le groupe a causé une petite perturbation néanmoins très efficace lorsqu'il a demandé à voir le budget. 	<ul style="list-style-type: none"> » Délaisser les déclarations et les plans stratégiques; insister pour voir les budgets. » Explorer les autres modèles de financement communautaire qui existent et qui répondent aux besoins de la communauté. » Rebaptiser les comités d'EDI symboliques et modifier leur mandat. » S'engager à analyser les données désagrégées fondées sur la race.

ÉTUDIANTS (DEUX GROUPES)

TENDANCES PRÉOCCUPANTES	INTERVENTIONS ACTUELLES	INTERVENTIONS FUTURES REQUISES
<ul style="list-style-type: none"> » Montée du corporatisme et du capitalisme néolibéraliste : qui reçoit l'argent et d'où vient-il? À qui est-il destiné et à qui accorde-t-on la priorité? » Valorisation des données quantitatives. Quelles en sont les conséquences et que faut-il faire pour entraîner un changement radical qui rehaussera la valeur d'autres sources de données aux yeux des décideurs? Souvent, les données qualitatives ne sont pas perçues comme étant aussi efficaces que les données quantitatives, et le recours exclusif aux données qualitatives peut même mener à un rejet. » Manque de diversité dans les programmes d'études, ce qui nuit à la compréhension de ces questions et oblige les étudiants à apprendre tout cela par eux-mêmes. Aller à l'encontre du système prend beaucoup de temps et essayer de provoquer un changement est parfois assez risqué, surtout pour les étudiants et les jeunes professionnels qui font leur entrée dans l'industrie. » Popularité grandissante du travail non rémunéré, en particulier pour les étudiants racisés qui essaient d'exceller et qui sont poussés à occuper des postes « bénévoles ». » Hausse du financement superficiel (ou du financement réservé à des domaines précis). » Multiplication des postes symboliques liés à l'EDI sans réel soutien de la part des établissements. » Désintérêt pour l'intersectionnalité. » Ces tendances semblent être liées à une évolution de la lutte contre le racisme en l'absence d'un regard critique, ce qui conduit à une dépendance à l'égard du travail non rémunéré et à une affectation injuste du soutien financier. Pour ce qui est du caractère symbolique du travail en EDI ou des conseils et comités consultatifs d'EDI, ceux-ci sont mis en place sans soutien financier approprié. S'ils parviennent à tirer des conclusions sur la manière d'améliorer les choses ou d'aller de l'avant, des embûches font en sorte que les organisations ayant formé ces conseils et comités ne posent aucun geste concret. Résultat : rien ne change vraiment. 	<ul style="list-style-type: none"> » Parler explicitement de ces tendances et en reconnaître l'existence (point de départ). » Veiller à ce que les travaux et les recherches des étudiants soient fondés sur les bonnes pratiques (celles qui sont antiracistes) et en tiennent compte. » Reconnaître qu'il existe un sentiment d'impuissance en raison des rôles limités que les étudiants ont au sein des sphères scientifiques et universitaires et du manque de pouvoir décisionnel dont ils jouissent. » Rappeler l'importance pour les étudiants d'assister à des rencontres comme celle-ci et d'être en mesure d'apporter des changements et de lutter contre le mal causé par le racisme lorsqu'ils entrent sur le marché du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> » Créer des alliances au sein des établissements d'enseignement avec les professeurs et les directeurs de recherche. » Repenser le rôle de surveillance des IRSC et de l'Agence de la santé publique du Canada : comment ces grandes organisations peuvent-elles changer leurs processus pour mieux y ancrer l'équité plutôt que de simplement la promouvoir? » Veiller à ce que chaque personne prenne conscience de sa propre position sociale et de la façon dont elle peut se montrer solidaire. » Continuer de revendiquer un changement au sein des établissements. » Préconiser les pratiques exemplaires dans la mesure du possible, et le faire également pour ceux qui ne peuvent pas bénéficier de ce type d'éducation. » En tant que nouveaux travailleurs et chercheurs, pousser leur entourage à placer la barre plus haut afin d'inclure des points de vue différents, de sorte que cela devienne la norme pour les générations futures. » Faire pression en faveur de l'adoption d'approches antiracistes et anti-oppression dans le milieu universitaire afin que tous les étudiants en prennent connaissance. » Avoir le courage de s'exprimer et de dénoncer l'injustice.

■ **Réflexions de l'ensemble des participants**

Après les discussions en groupes d'affinité, les participants ont réfléchi aux conclusions tirées par chaque groupe. Ils ont reconnu qu'il y a discordance entre l'attribution aux Blancs de la responsabilité de mettre fin à la suprématie blanche et leur méconnaissance de ce que ce travail implique.

L'apport des étudiants a été très apprécié et a été accueilli avec enthousiasme, notamment leurs connaissances, leur vision claire des mesures à prendre et leur ouverture d'esprit. Les participants ont décidé de continuer de faire appel aux jeunes et de les intégrer explicitement dans ce travail.

Les étudiants, pour leur part, ont trouvé qu'il était encourageant de se retrouver parmi l'ensemble des participants et de côtoyer des gens ayant des priorités similaires. L'importance de l'action collective ne faisait plus aucun doute pour eux.

On a également reconnu l'ampleur de l'expertise des étudiants et des organismes communautaires, et on a compris qu'il est nécessaire de mobiliser le pouvoir et de transférer les ressources là où se trouve déjà cette expertise. Il est clair que les capacités existent, et qu'elles doivent être soutenues de manière durable et responsable.

Fiertés et regrets

Avant de poser un regard sur l'avenir, les participants se sont divisés en groupes d'affinité pour réfléchir de manière très personnelle à ce dont ils étaient fiers et à ce qu'ils regrettaient par rapport à leur travail de lutte contre la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique. Le but de cette activité était de reconnaître et de faire valoir la nature émotive de ce travail.

Le tableau 1 présente un compte rendu de la discussion de chaque groupe, qui était encadrée par les questions suivantes :

- Quels sont nos sentiments et pensées intimes à propos du travail que nous faisons?
- De quoi sommes-nous fiers et que regrettons-nous, c'est-à-dire que souhaitons-nous avoir fait différemment?

TABEAU 1 : CE DONT LES GROUPES D'AFFINITÉ SONT FIERS OU CE QU'ILS REGRETTENT DANS LEUR TRAVAIL DE LUTTE CONTRE LA SUPRÉMATIE BLANCHE ET LE RACISME DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE.

FIERTÉS	REGRETS
ÉTUDIANTS (DEUX GROUPES)	
<ul style="list-style-type: none"> » Agir de façon plus délibérée à l'égard de ce que nous étudions, en examinant plus en profondeur le racisme en tant que déterminant social de la santé et, pour certains, la santé des Autochtones en particulier. » Aller au-delà de notre formation, qui est souvent très biomédicale ou axée sur les sciences fondamentales. » Établir des relations et une communauté qui favorisent l'apprentissage mutuel. » Nous exprimer au nom d'autres camarades de classe. » Apprendre, désapprendre et réapprendre en permanence. » Changer notre façon de fonctionner dans le milieu universitaire, p. ex. changer l'orientation de nos travaux et laisser les pédagogies antiracistes diriger la recherche. » Mener des actions publiques, p. ex. écrire des lettres ouvertes condamnant le racisme et tenir tête aux réactions négatives et à la haine, ne pas oublier notre position sociale dans le contexte de ce travail et pousser la réflexion à cet égard. » Faire du travail communautaire en faveur de la réforme des prisons. » Avoir le courage de parler explicitement de la blanchité avec les gens, pour favoriser une prise de conscience. 	<ul style="list-style-type: none"> » Méconnaître l'intersectionnalité non conventionnelle, p. ex. capacitisme. » Ne pas défendre les intérêts des communautés, mais, en tant qu'étudiants, se concentrer davantage sur la recherche et le monde universitaire dans un cadre capitaliste; veiller à nos intérêts individuels. » Conférer un caractère symbolique à notre travail ou à celui d'autres personnes. » Manquer d'attention dans nos conversations. » Ne pas prendre le temps de comprendre et d'étudier la solide histoire de la résistance, les nombreux penseurs importants et les contextes théoriques; il est difficile de prendre le temps de bâtir cette fondation. » Avoir été complices dans diverses situations, p. ex. quand nous sommes fatigués, quand il est difficile de nous exprimer parce que le risque est élevé, quand nous avons l'impression que notre avenir dans le monde universitaire est en jeu ou quand nous n'avons pas remis les choses en question plus tôt dans notre parcours.

FIERTÉS	REGRETS
CHERCHEURS ET BAILLEURS DE FONDS EN SANTÉ PUBLIQUE (DEUX GROUPES)	
<ul style="list-style-type: none"> » Devenir de plus en plus conscients de notre complicité au sein d'un système qui doit changer au fur et à mesure que notre travail évolue. » Obtenir du financement et saisir des occasions pour effectuer un travail anti-oppression, notamment avec des étudiants, et travailler au sein de comités d'éthique de la recherche et d'organisations comme l'Association internationale de politique publique. » Trouver des moyens de faire du travail antiraciste et anticolonial. » Troubler l'ordre durant les réunions, et contester et apporter des changements structurels pour perturber la suprématie blanche. » Trouver le courage de nous opposer. » Contrer la mésinformation provenant des personnes avec lesquelles nous travaillons ou des fournisseurs de services. » Créer un atelier pour mieux faire connaître la véritable histoire des peuples autochtones. » Mettre en place des soutiens structurels pour permettre aux personnes rencontrant des obstacles liés aux déterminants sociaux d'accéder à des postes de direction. » Adhérer à des réseaux nationaux qui font progresser les discussions sur la façon dont la recherche et la science perpétuent le racisme. » Aider les gens à comprendre l'histoire complexe des Noirs au Canada, et ne pas réduire leur rôle au simple fait d'être des colons ou non. 	<ul style="list-style-type: none"> » Toujours nous intégrer dans un système où nous voulons réussir, p. ex. en rédigeant des demandes de subvention qui ne sont pas aussi explicitement antiracistes qu'elles devraient l'être. » Faire partie d'un comité d'éthique de la recherche qui est prisonnier des règles et des attentes, et nous conformer à un système qui soutient le racisme. » Bénéficier d'avantages injustes découlant du travail de lutte contre le racisme. » Toujours baser notre travail sur la blancheur d'une manière qui doit être dépouillée, et retomber dans les processus coloniaux. » Être complice de certaines des idées racistes et suprématistes traditionnelles sur les différentes populations. » Être complice des pratiques traditionnelles. » Ne pas aller assez loin si nous travaillons dans un domaine où nous pouvons avoir une influence sur l'équité.
DÉCIDEURS DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> » Embaucher des personnes issues des communautés autochtones et noires et d'autres communautés racisées pour occuper des fonctions de direction et des postes influents. » Ne pas s'enliser dans l'inconfort; la honte n'est pas un état d'esprit productif. » Nous mettre au défi, nous et nos organisations, de faire mieux et d'employer différentes méthodes, y compris au sein de la communauté ou publiquement. 	<ul style="list-style-type: none"> » Tenir nos privilèges pour acquis, ne pas connaître nos angles morts et ne pas avoir fait le travail nécessaire pour en prendre conscience. » Manquer de volonté d'investir suffisamment d'énergie dans le mentorat et le perfectionnement des personnes issues de groupes en quête d'équité pour leur permettre de participer davantage à la prise de décisions et à la modification des systèmes. » Ne pas être conscient de la façon dont les règles nuisent aux gens. » Ne pas être assez conscientisés pour demander qui est exclu.
PRATICIENS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET PROFESSIONNELS DE DIVERSES DISCIPLINES	
<ul style="list-style-type: none"> » Trouver des moyens d'intégrer le langage de l'antiracisme dans notre travail, en l'utilisant dans notre bureau de santé ou en incluant la justice dans les énoncés sur l'équité en santé. » Trouver de nouveaux moyens de dénoncer les comportements répréhensibles et rappeler aux gens que ce n'est pas parce qu'ils vont à la rencontre des membres de la communauté qu'ils travaillent en faveur de l'équité en santé. » Avoir su trouver le juste milieu entre, d'une part, le militantisme et le soutien à la lutte contre le racisme dans nos communautés, et d'autre part, notre rôle de professionnel de la santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> » Ne pas exercer suffisamment d'action perturbatrice ou être aussi influents ou stratégiques que nous aurions voulu, et ne pas réussir à provoquer un changement. » Contribuer à imposer le fardeau de ce travail sur le personnel racisé ou mettre de la pression sur nos pairs racisés pour qu'ils fassent ce travail, alors qu'ils ne sont peut-être pas en mesure de se défendre ou de s'exprimer par peur des répercussions. » Ne pas savoir comment répondre à différentes formes et expériences du racisme.

FIERTÉS	REGRETS
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> » Soutenir les communautés noires qui se réunissent à Toronto pour défier le racisme à la croisée de la COVID-19. » Reconnaître les enjeux avec les collègues et en parler, faire pousser la réflexion toujours plus loin et plaider en permanence pour l'inclusion des peuples autochtones, et continuer à parler du racisme et de la blancheur. » Soutenir la jeune génération, qui est plus consciente que ses prédécesseurs et qui sait que nous sommes sur la bonne voie. » Nous assumer en embrassant notre position sociale et toutes nos identités, ne pas avoir peur de parler explicitement de certains des avantages de notre culture dominante, et avoir le courage d'accepter la réalité et de prendre notre situation actuelle comme point de départ, en acceptant l'appel à l'action de cet atelier. 	<ul style="list-style-type: none"> » Ne pas prendre en compte les membres les plus marginalisés des communautés noires dans nos propres analyses et dans le travail que nous faisons en tant qu'organisations. » Ne pas avoir été en mesure de recruter plus d'Autochtones, de Noirs et d'autres personnes racisées dans des postes de direction. » Poser des actions symboliques au sein de nos organisations, notamment en ce qui concerne l'embauche de personnes autochtones. » Ancrer notre travail dans la blancheur et ne pas prêter attention au racisme envers les Noirs quand nous nous penchons sur le racisme à l'égard des Autochtones. » Ne pas avoir pris le temps de désapprendre ce qu'on nous a enseigné sur la race et l'histoire du peuple blanc. » Avoir intériorisé les valeurs racistes néolibérales et devoir désapprendre toutes ces valeurs. » Ne pas tenir compte du contexte du colonialisme et du racisme, des suppositions historiques et des conséquences de ces suppositions.
ADMINISTRATEURS DES SYSTÈMES DE DONNÉES ET DES SOINS DE SANTÉ	
<ul style="list-style-type: none"> » Poursuivre le travail de nos prédécesseurs qui ont sans cesse poussé les établissements à reconnaître l'importance de la santé des Noirs. » Reconnaître les occasions quand elles se présentent (p. ex. le financement du Conseil de recherches en sciences humaines axé sur la race, le sexe/genre et les données) et en profiter pour faire avancer le travail concernant une communauté. » Pouvoir prendre part aux discussions sur les stratégies en matière de données et centrer ces conversations sur les données désagrégées, les données relatives aux Autochtones, aux Noirs et aux autres groupes racisés, le racisme, l'incidence du racisme sur ces données et l'importance des modalités d'utilisation de ces données. » Écouter et apprendre. » Tirer parti du pouvoir de décision au sein de nos organisations. » Rester fidèles à nos racines, à savoir la recherche communautaire, la défense des intérêts et les méthodes mixtes, pour faire avancer les choses. » Orienter les conversations sur la science des données de l'intelligence artificielle et le financement de la recherche en santé afin de nous concentrer réellement sur les inégalités, ainsi que sur le racisme et le colonialisme. 	<ul style="list-style-type: none"> » Possiblement ne pas en faire assez, p. ex. pour promouvoir les approches qualitatives et les méthodes mixtes. » Ne pas trouver de meilleurs moyens d'intégrer la mobilisation communautaire dans la sphère de la science des données. » Ne pas intégrer les données quantitatives et qualitatives dans les systèmes de données. » Ne pas changer la façon dont nous interagissons avec le grand public.

■ Réflexions de l'ensemble des participants

Il a été noté qu'il était beaucoup plus facile de trouver des fautes et de souligner ce que nous voulons améliorer que de parler de ce que nous sommes fiers d'avoir accompli.

Parler de ce que l'on regrette est un moyen de développer la responsabilité individuelle, mais aussi d'encourager la réflexion critique. Cette démarche peut nous aider à comprendre à quoi pourrait ressembler un travail stratégique intentionnel et comment nos efforts pourraient être plus utiles qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent.

REGARD SUR L'AVENIR

L'objectif de cette partie de l'atelier était d'envisager un avenir auquel nous pourrions croire et, surtout, pour lequel nous pourrions travailler.

On a demandé aux participants de faire comme si la date était le 31 mai 2032. Dix ans s'étaient écoulés et nos rêves pour la santé publique au Canada s'étaient concrétisés. Autrement dit, nous avons effectué un voyage dans le futur!

Pour les aider à formuler leur vision, les participants se sont penchés sur les questions suivantes :

- À quoi ressemble un système de santé publique antiraciste et exempt de suprématie blanche?
- Quels systèmes sont en place et quels obstacles ont été supprimés?
- Quelles sont les politiques en vigueur et quelles sont les relations qui ont été établies?
- Que voulez-vous voir dans un système de santé publique décolonisateur, non raciste et dénué de suprématie blanche?

Sept groupes mixtes ont relevé le défi de proposer une vision de l'avenir fondée sur les attributs suivants :

- Elle est réalisable (possible à mettre en œuvre).
- Elle est souhaitable (elle profite à la nature et aux personnes).
- Elle est motivante (nous sommes tous prêts, disposés et aptes à travailler pour y parvenir).

Après avoir discuté et créé des scénarios d'avenir, chaque groupe a mis en scène sa vision devant l'ensemble des participants à l'atelier. En présentant l'avenir comme s'il se déroulait au moment présent, les participants ont pu puiser dans leurs aspirations les plus profondes.

Des extraits et des résumés de ces scénarios figurent ci-dessous.

1

GROUPE 1

Ce groupe a présenté un sketch mettant en scène une mère noire et son enfant malade et souffrant à l'hôpital, afin de montrer ce que serait l'accès au système de soins de santé en 2032. Quand les deux personnages arrivent à l'hôpital et que l'enfant crache du sang, ils sont accueillis avec compassion et bienveillance. La douleur et l'inquiétude de la mère et de l'enfant sont prises au sérieux, et le genre non binaire de l'enfant est reconnu avec gentillesse et respect. L'enfant exprime son désir de grandir et de ressembler au médecin, qui est une femme noire. En fait, cette aspiration est tout à fait possible puisque, en 2032, plus de 30 % des diplômés de l'école de médecine sont noirs.

Des tests sont demandés, puis la mère et l'enfant sont orientés vers un intervenant-pivot et agent de santé communautaire qui se montre sympathique et serviable, les aiguillant vers des ressources et leur offrant même de la nourriture.

Les rêves qui ont motivé cette vision sont le financement équitable, la sécurisation culturelle, la représentation, l'accès, la continuité des soins et les données pour l'action.

2

GROUPE 2

Ce groupe a choisi une illustration de Lisa Boivin, intitulée *Sharing Bioethics* [Partager la bioéthique]²⁰, pour représenter l'avenir souhaité d'une équipe située dans la nature et dans le monde. Il y a une place pour les connaissances médicales et occidentales, avec un recoupement de connaissances traditionnelles et d'autres formes de savoir. Dans cet avenir souhaité, la culture a évolué et met maintenant l'accent sur l'humilité et le travail en équipe, et nous célébrons les diverses épistémologies, perspectives, médecines et visions du monde. L'antiracisme n'est pas un choix, mais un principe incontournable; nous sommes solidaires et les relations reposent sur la justice et la bienveillance. Il existe des mécanismes de responsabilisation très clairement articulés, et nous nous montrons dignes de confiance les uns envers les autres. Nous collaborons avec nos patients et valorisons notre relation avec eux, et il en va de même entre nous en tant que praticiens. Les bons soins de santé se caractérisent par l'amour, la générosité et l'attention. Les structures de pouvoir qui constituaient des obstacles pour les Autochtones, les Noirs et les autres personnes racisées sont absentes : elles ont été bouleversées en permettant à ces personnes de nous garder dans le droit chemin.

3

GROUPE 3

Ce groupe a mis en scène une entrevue pour célébrer ce qui a été accompli dans le système de santé publique au cours des dix dernières années. À la question de savoir quel avait été l'obstacle le plus important à surmonter, la réponse a été de trouver un moyen de travailler au sein du système capitaliste en réimaginant la façon de faire les choses. La refonte du système de santé publique s'est inspirée des abolitionnistes et est allée au-delà du maintien de l'ordre et de l'exclusion des Noirs, des Autochtones et des travailleuses et travailleurs du sexe. Des efforts ont été déployés pour redistribuer le pouvoir et créer des milieux favorables pour tous. Les collaborations les plus importantes ont été celles où les peuples autochtones et les Noirs se sont engagés à travailler ensemble et à parler de la colonisation, du racisme contre les Autochtones et du racisme contre les Noirs. Un autre élément important a été d'offrir aux communautés le soutien dont elles avaient besoin pour s'aider mutuellement à guérir et à devenir autonomes et autodéterminées, tout en mettant en place des mécanismes de responsabilisation réciproque pour garantir qu'il n'y a pas d'allègement de la responsabilité publique. On a beaucoup appris des erreurs commises par le passé, et maintenant on encourage les communautés en travaillant avec les guérisseurs et les gardiens du savoir traditionnel et, bien sûr, en soutenant les professionnels de la santé noirs et autochtones. Résultat : nous avons maintenant un magnifique système de santé publique.

4

GROUPE 4

Ce groupe a composé et présenté un poème intitulé « Quelle merveilleuse journée pour respirer, une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche ». Les thèmes abordés sont, entre autres, la sécurité, la liberté et l'ouverture; l'épanouissement sans oppression; le respect de la négritude, de l'identité autochtone et de la brunitude. Des Autochtones, des Noirs et d'autres personnes racisées occupent des postes de direction; il y a un sentiment d'appartenance et une prise de conscience du fait que nous n'avons plus besoin de défendre notre famille et nos amis. Nous vivons dans un monde d'humilité culturelle, d'amour et de compassion. La société a changé, et tout le monde a accès à l'eau potable, à la nourriture et au logement. La justice est réparatrice, et la composition de la main-d'œuvre reflète véritablement la population. La suprématie blanche a été complètement démantelée et nos valeurs ont changé de façon radicale, de sorte que nous nous soucions réellement des générations futures. « Quelle merveilleuse journée pour respirer! »

Pour lire l'intégralité du poème, voir la page 50.

5

GROUPE 5

Ce groupe a composé et présenté un poème intitulé « Une pédagogie de l'espoir », reprenant les mots utilisés dans la discussion du groupe sur les scénarios futurs souhaités à partir des quatre « pièces » du changement : contentement, déni, confusion, renouvellement. Les mots et les phrases repris sont les suivants :

- « Regarder vers le haut » – Équité. Espoir. Contentement.
- « Regarder vers le bas » – Pessimisme. Méfiance. Déni. Pouvons-nous travailler ensemble? Faisons tomber les silos! Collaborons entre secteurs.
- « Regarder partout » – Fatigue. Confusion. Tout le monde veut une révolution, mais d'abord nous voulons faire une sieste.
- « Regarder vers l'avenir » – Valeurs. Intégrité. Réparations. Renouvellement. Soutien et encouragement de la pensée critique.

Pas à pas, pouce par pouce, avec chaque flamme vacillante ajoutée, le feu grandit.

6

GROUPE 6

Ce groupe a présenté les cinq vagues de la santé publique¹¹. Inspiré par la promesse de la cinquième vague, le groupe a reconnu que le problème réside dans la vision du monde, et que c'est dans ce cadre que nous trouverons la solution. Celle-ci ne prendra pas la forme de retouches, mais plutôt d'un changement radical. Elle s'aligne sur les principes suivants :

- Les remèdes doivent correspondre aux préjudices. Par exemple, les préjudices causés par les pensionnats sur le plan du génocide culturel nécessitent une réponse ancrée dans le rétablissement des cultures autochtones. La culture est ainsi synonyme de prévention, de soin et de traitement pour la réparation de ce préjudice.
- Il ne faut pas attendre l'avenir, mais bien le forger dès maintenant par nos propres pratiques. Réfléchissons donc à la transformation de la blanchité, à l'amour radical, à la redistribution du pouvoir, des ressources et de l'argent, et à l'action responsable.
- Les vagues ne sont pas seulement temporelles. Elles illustrent les sensations que peut procurer l'action collective : c'est vertigineux et on a l'impression de perdre le contrôle, mais c'est aussi énergisant, exaltant et amusant quand c'est bien fait. Mais on a aussi parfois l'impression de se noyer. « Prends ta rame! Nous sommes tous dans le même bateau! »

7

GROUPE 7

Le groupe a présenté sa vision d'avenir sous la forme d'un reportage. « Une décennie de succès pour le système de santé publique »

- La suprématie blanche est chose du passé!
- La santé épistémique est enseignée dans les manuels et dans la pratique.

Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur la cinquième vague¹¹ et avons bousculé les mentalités en passant d'« anti » à « pro » et de la domination et de l'indépendance à l'interdépendance et à la coopération. Nous avons pu rééquilibrer les modèles en passant d'une vision mécaniste du monde et de nous-mêmes en tant que mécaniciens qui posent des diagnostics à une métaphore organique où nous nous percevons comme des cultivateurs qui stimulent la croissance de ce qui nourrit la vie et l'esprit humains.

Voici quelques-unes de ces avancées : la Commission de vérité et réconciliation a annoncé que ses 94 appels à l'action ont porté leurs fruits; les taux de roulement dans les organismes communautaires ont diminué grâce à des ressources équitables, à un soutien et à une diminution de l'épuisement professionnel; partout au pays, le budget de la santé publique permet maintenant de privilégier la prévention plutôt que les soins. Ces mesures appuient les programmes en amont et ont permis d'améliorer les programmes sociaux et d'aider les familles à s'occuper de leurs enfants.

POSITION COMMUNE ET PLAN D'ACTION

Le but ultime de l'atelier était la planification stratégique orientée vers l'action. Au fil des échanges, il est apparu clairement qu'une position se dégageait déjà et que les principes et les caractéristiques clés d'une vision commune de l'avenir se précisaient. La prochaine étape de l'élaboration d'un plan d'action consistait donc à codifier ces principes et caractéristiques en des énoncés de position commune.

En petits groupes mixtes, les participants ont été invités à réfléchir aux questions suivantes :

- Que pensez-vous que nous voulons tous?
- Sur quoi pensez-vous que nous pouvons tous nous mettre d'accord?

Chaque groupe a préparé et présenté une liste d'éléments faisant l'unanimité selon lui, après quoi tous les éléments ont été regroupés par thèmes. L'ensemble des participants s'est ensuite attelé à la recherche d'un consensus : cet énoncé reflète-t-il vraiment ce que tout le monde veut et croit?

Cette concertation approfondie constituait le clou de l'atelier. Ce n'était pas toujours facile, et des participants se sont abstenus. Certains termes ont été contestés et il a fallu prendre le temps de réfléchir, puis de négocier la formulation des énoncés et les éléments à y inclure.

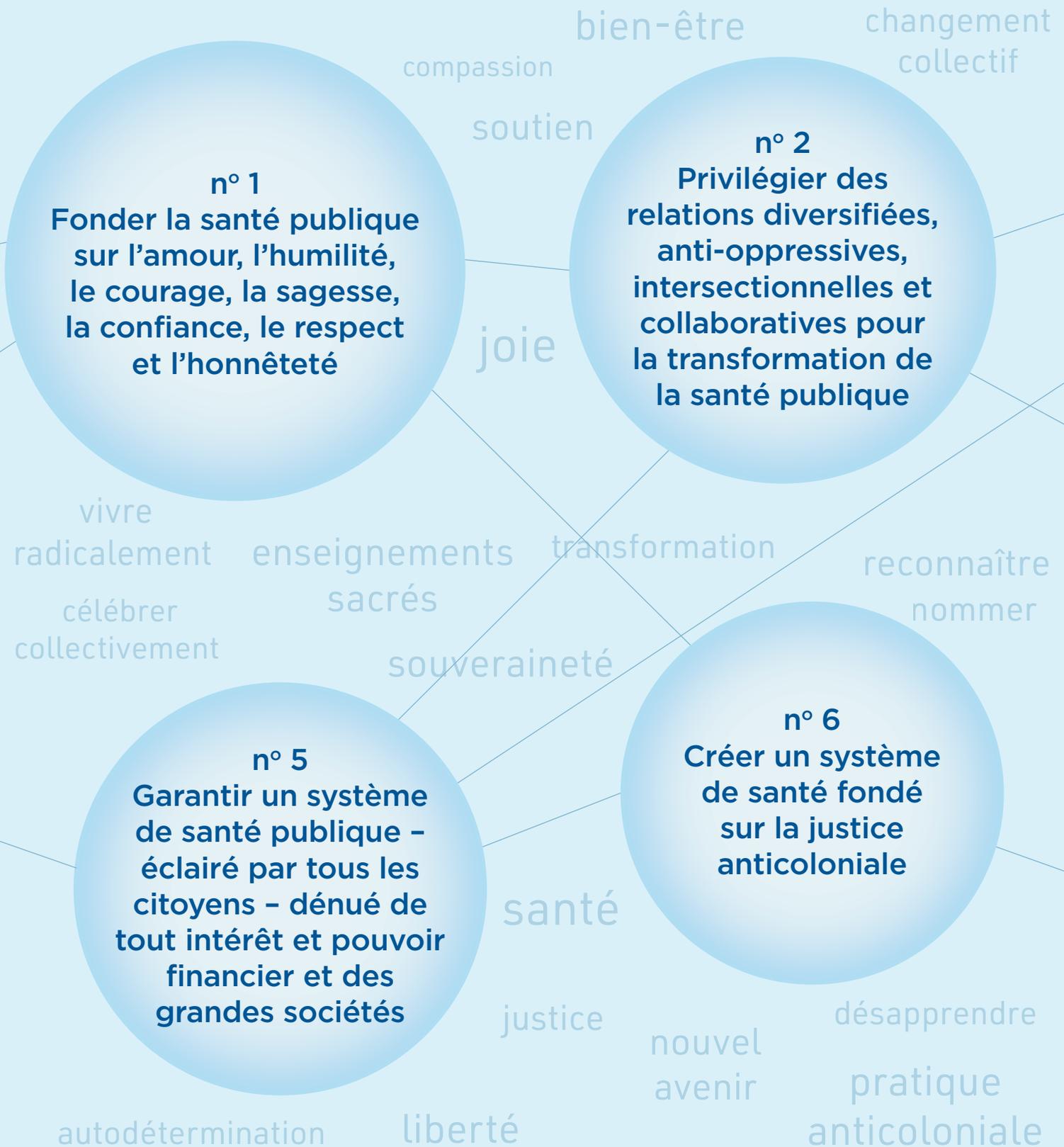
Les participants ont fini par s'entendre sur huit énoncés de position commune pour encadrer le plan d'action. La tâche finale de l'atelier a donc consisté à traduire tout le travail effectué en mesures concrètes. Pour ce faire, les participants se sont divisés en groupes pour se pencher sur les questions suivantes :

- Quelles sont les mesures que vous êtes prêts, disposés et aptes à prendre et qui vous permettront d'atteindre votre objectif commun?
- Quand et où vous rencontrerez-vous la prochaine fois, et qui organisera cette réunion?

Il convient de noter qu'aucune mesure concrète n'a été déterminée pour deux des énoncés, et que seuls deux des groupes ont effectivement déterminé la date de leur prochaine réunion ou désigné une personne pour organiser la rencontre.

Énoncés de positions communes

Les énoncés suivants, issus de l'atelier Future Search, peuvent servir de guide à tous ceux qui cherchent à contrer le suprémacisme blanc et le racisme dans les systèmes de santé publique.



sagesse

changement significatif

leadership
communautaire

célébration

valorisation

affirmation

perturbation

n° 3
Permettre à la communauté de jouer un rôle moteur dans la recherche en santé publique

n° 4
Nommer et réparer les préjudices causés par le suprémacisme blanc et ses rapports avec d'autres systèmes historiques d'inégalité

guérison

connaissances

pouvoir

accent sur les solutions

ancrage dans la communauté

compréhension

diversité

action collective

ressources

transparence

anti-suprématie blanche

n° 7
Renforcer le contrôle communautaire et l'action collective dans le domaine de la santé publique

n° 8
Travailler en solidarité pour la libération collective et élaborer des mécanismes de reddition de comptes qui alignent les valeurs sur la pratique

antiracisme

gouvernance

responsabilité

Vous trouverez ci-dessous chaque énoncé dans son intégralité et les mesures concrètes qui l'accompagnent.

1

POSITION COMMUNE N° 1

Énoncé

Nous nous engageons à vivre radicalement et à célébrer collectivement les sept enseignements sacrés (ou des Aînés) – amour, humilité, courage, sagesse, vérité, respect et honnêteté – pour y ancrer notre travail et notre approche en santé publique sur les plans de la recherche, de l'éducation et des pratiques et politiques, avec joie et compassion.

MESURES À PRENDRE

Intégrer les enseignements dans les valeurs

- Mener une vaste campagne de sensibilisation aux principes de la sécurisation culturelle et aux sept enseignements, et montrer comment nous pouvons ancrer notre travail en santé publique dans ces valeurs.
- Défendre les valeurs et les principes essentiels à l'avancement de tous les travaux dans les domaines des politiques, de l'éducation et de la recherche.

Intégrer les enseignements dans les relations

- Encourager et soutenir l'enracinement individuel dans sa propre identité culturelle et ancestrale, en particulier par rapport aux histoires coloniales.
- Ouvrir de nouvelles voies permettant d'établir des relations de confiance, harmonieuses et équitables en respectant les droits, les modes de connaissance, les langues, les visions du monde, la spiritualité et les dynamiques relationnelles des Autochtones, ainsi que leurs rapports avec la terre.

Intégrer les enseignements dans l'éducation

- Élaborer des énoncés de philosophie de programme et de cours fondés sur les sept enseignements.
- Mettre en correspondance les programmes d'études afin de cerner les approches philosophiques et pédagogiques essentielles qui concordent avec les sept enseignements et les incarnent.

Intégrer les enseignements dans la recherche

- S'assurer que les demandes de subventions sont évaluées en fonction des sept enseignements.
- Renforcer les capacités de recherche afin de s'assurer que les sept enseignements sont intégrés dans la rédaction des demandes de subventions, le mentorat et la supervision, et les publications.

Intégrer les enseignements dans les pratiques de santé publique

- Apporter des changements aux politiques et à la culture des milieux de travail pour y intégrer les sept enseignements, en prévoyant du temps et un espace sécurisant pour la réflexion, l'établissement de relations ainsi que la croissance et l'apprentissage personnels.
- Dispenser une formation obligatoire, continue et culturellement sécurisante, et renforcer la capacité à incarner les sept enseignements et à les intégrer au travail.
- Créer des formations et des objectifs de perfectionnement en leadership qui s'alignent sur les sept enseignements, afin de renforcer les capacités de la main-d'œuvre.

Intégrer les enseignements dans l'élaboration des politiques

- Faire participer de manière significative les gardiens du savoir autochtone et les Aînés à la prise de décisions stratégiques essentielles sur la santé publique et les rétribuer équitablement.
- Transformer les processus d'élaboration de politiques pour qu'ils soient participatifs et fondés sur les sept enseignements.
- Inclure les sept enseignements dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, ainsi que dans les processus, mécanismes et critères d'évaluation.

2

POSITION COMMUNE N° 2

Énoncé

Nous nous engageons à nouer des relations et à adopter des systèmes de connaissances variés, anti-oppressifs, intersectionnels et collaboratifs (qui, même s'ils intègrent certains enseignements occidentaux, ne les considèrent pas comme la norme d'excellence) afin de soutenir le changement, la transformation et le bien-être collectifs.

Remarque : Aucun participant n'a élaboré de plan d'action pour cet énoncé de position commune.

3

POSITION COMMUNE N° 3

Énoncé

Nous nous engageons à favoriser un système de recherche exempt de racisme et fondé sur les principes de justice qui honore la sagesse, le savoir, le pouvoir et le potentiel thérapeutique de la recherche-action communautaire participative et des politiques connexes.

Nous nous engageons à permettre aux communautés de diriger ou de codiriger la formulation des questions et objectifs de recherche qui leur importent. Nous nous engageons à faire en sorte que le rôle de chercheur principal soit confié aux membres des communautés et que les universitaires agissent comme collaborateurs, et que les ressources demandées et obtenues soient adéquates.

Nous nous engageons à favoriser la recherche interventionnelle et la recherche sur la mise en œuvre orientée vers les solutions, qui offrent des retombées tangibles aux communautés, et non seulement aux universitaires.

Nous nous engageons à faire en sorte que l'application des connaissances et ses résultats s'inscrivent vraiment dans le contexte de la communauté et que les participants contribuent activement au processus et aux résultats pour provoquer un véritable changement.

MESURES À PRENDRE

Sensibiliser les organismes de financement aux spécificités des approches de recherche antiracistes et anticoloniales

- Mettre sur pied des programmes de recherche communautaire dignes d'intérêt.
- Mesurer le succès en mettant chaque membre à contribution et en disposant d'un modèle logique.
- Consacrer une partie du financement à la communauté.
- Prévoir une rémunération pour tous dans le budget : le recours à une main-d'œuvre non rémunérée n'est pas acceptable.

Énoncer clairement les modalités de la mobilisation de la communauté et déterminer les personnes qui participent aux projets de recherche

- Valoriser le temps des membres de la communauté.

- Insister encore une fois sur la nécessité d'inclure la rémunération de tout le monde dans le budget, car il n'est pas acceptable de compter sur une main-d'œuvre non rémunérée.

Créer des possibilités de financement pour les programmes communautaires

- Informer les membres de la communauté des avantages de la recherche.
- Instaurer la confiance et établir des relations – une priorité.

Modifier les critères et méthodes d'évaluation pour les projets communautaires

- Revoir le processus d'évaluation par les pairs.
- Simplifier les exigences de recherche qui constituent des obstacles pour les chercheurs communautaires.

4

POSITION COMMUNE N° 4

Énoncé

Nous nous engageons 1) à affirmer et à célébrer continuellement la valeur transformatrice de la différence et de la diversité, et 2) à faire un effort délibéré pour nommer, comprendre et réparer les préjudices causés par la suprématie blanche et son croisement avec d'autres systèmes inéquitables de longue date, qui se manifestent simultanément sur les plans institutionnel (p. ex. normes, politiques, lois), interpersonnel (p. ex. façon dont nous interagissons avec autrui) et interne (p. ex. intériorisation des concepts de supériorité et d'infériorité en fonction de nos positions de privilège et d'oppression, y compris par les préjugés).

Nous nous engageons aussi à comprendre et à contrer l'incidence variable de la suprématie blanche, principalement sur les Noirs, les Autochtones ou les populations noires et autochtones.

MESURES À PRENDRE

Amplifier les efforts de changement structurel

- Affirmer et célébrer continuellement la valeur transformatrice de la différence et de la diversité.
- Créer un réseau d'étudiants et de jeunes professionnels pour défendre la diversité. À court terme : réseau national d'étudiants et de professeurs en santé publique qui luttent contre le racisme. À long terme : diversification des étudiants et recrutement de professeurs.

Contribuer au bon travail existant

- Collaborer avec le Black Health Education Collaborative pour mettre en œuvre son travail de révision de l'éducation en santé publique dans tous les établissements.

Tirer parti du poste de chacun

- Utiliser les sphères d'influence et d'expertise de chacun pour soutenir les actions d'autres groupes et y contribuer lorsqu'il existe une synergie.
- Préconiser l'installation des étudiants en santé publique dans des postes d'influence et de décision pour insuffler une dynamique transformatrice dans le milieu de la santé publique en général; ce changement bouleverse la hiérarchie du pouvoir, illustre la redistribution du pouvoir et renforce le pouvoir collectif.

Désigner ce sujet comme nécessitant une attention particulière

- S'attaquer au problème des stages non rémunérés (ou insuffisamment rémunérés) dans les programmes de santé publique.

5

POSITION COMMUNE N° 5

Énoncé

Nous nous engageons à ce que les systèmes et les connaissances en matière de santé publique soient alimentés par tous, et non dictés par le pouvoir financier et les intérêts des entreprises.

Nous nous engageons en faveur d'un avenir où les infrastructures publiques (p. ex. les routes, les systèmes d'approvisionnement en eau potable) sont équitablement réparties et soutenues afin que les gens puissent accroître leur richesse de manière à préserver leur santé.

Nous nous engageons à mettre au grand jour et à désarmer le pouvoir excessif et la domination des entreprises dans le secteur de la santé publique, y compris les abus/utilisations du pouvoir et les mandataires (c.-à-d. les ONG, les universités, etc.) en nommant, en limitant et en contrant l'influence des entreprises, la cooptation néolibérale (c.-à-d. la cooptation des mouvements de justice des Noirs, des Autochtones et des personnes handicapées) et les ambitions colonialistes qui sapent la souveraineté et l'autodétermination et qui ont des répercussions sur la santé, l'environnement et la liberté.

Remarque : Aucun participant n'a élaboré de plan d'action pour cet énoncé de position commune.

POSITION COMMUNE N° 6**Énoncé**

Nous nous engageons à reconnaître, à nommer et à désapprendre le langage de la suprématie blanche. Nous nous engageons à agir pour mettre en œuvre une pratique anticoloniale en vue d’imaginer un nouvel avenir exempt de racisme contre les Noirs et contre les peuples autochtones. Nous nous engageons à faire régner la justice dans la pratique médicale, les soins de santé et la santé publique.

MESURES À PRENDRE**Reconnaître, nommer et désapprendre le langage de la suprématie blanche**

- Affirmer le droit à la parole.
- Arrêter d'utiliser un langage passif et mou.
- S'entretenir avec des indépendants ou des partis politiques au sujet d'un projet de loi ou d'un amendement.
- Former la main-d'œuvre à l'anticolonialisme et à l'anti-oppression.
- Mettre en place des mesures législatives (objectif à long terme).
- Maintenir un accès abordable à l'éducation en santé publique.
- Mettre en place des mesures de soutien et des procédures accélérées pour les nouveaux arrivants.
- Consacrer les soins de santé publics par opposition aux soins de santé privés.

Agir pour mettre en œuvre une pratique anticoloniale

- Orienter la recherche vers l'action plutôt que vers la connaissance.
- Recadrer la pratique de la recherche (en déplaçant l'attention du chercheur au participant afin de favoriser la collaboration).

- Exiger une répartition équitable de l'infrastructure, du budget et du pouvoir en matière de données.
- Financer et protéger les efforts anticolonialistes et anti-oppressifs (objectif à long terme).
- Retirer le caractère exécutoire des lois sur la santé publique.

Faire régner la justice dans la pratique médicale, les soins de santé et la santé publique

- Améliorer les normes de soins pour les populations racisées.
- Autoriser des variations dans l'établissement des priorités pour les populations les plus touchées par la COVID-19.
- Assurer la représentation des personnes autochtones et noires et des autres personnes racisées à toutes les étapes de la prise de décisions.
- Consacrer les droits des personnes recevant des soins de santé en ce qui concerne le caractère confidentiel des données (objectif à long terme).

7

POSITION COMMUNE N° 7

Énoncé

Nous nous engageons en faveur d'une santé publique fondée sur la participation de la communauté afin de

- renforcer l'autonomie individuelle et collective,
- valoriser l'expertise de manière appropriée (avec des ressources) et
- mettre en place des structures de gouvernance pour le contrôle communautaire

de façon à modifier les pratiques, les politiques et les décisions en matière de santé publique, et ce, afin qu'elles soient responsables, antiracistes et anticoloniales et qu'elles déconstruisent les structures suprématistes blanches.

MESURES À PRENDRE

Mettre en place des structures de gouvernance

- Adopter une politique reposant sur le principe « rien sur nous sans nous ».
- Adopter une politique sur la rétribution des membres de la communauté qui participent aux activités de mobilisation et de collaboration.
- Commencer par recueillir des exemples de pratiques exemplaires et avisées.

Rédiger un document d'appel à l'action pour communiquer et collaborer

- Cerner la nature suprématiste blanche de la santé publique.

- Créer un processus permanent pour recueillir les témoignages.
- Forger des relations avec les dirigeants de la communauté.

Offrir la possibilité aux personnes qui interagissent avec le système de santé publique de relater leurs expériences de racisme.

Obliger les établissements, d'ici trois ans, à rendre compte de leurs actions participatives en santé publique.

Se réunir de nouveau dans un an pour faire le point sur les progrès accomplis.

8

POSITION COMMUNE N° 8

Énoncé

Le secteur de la santé publique se compose d'acteurs hétérogènes qui travaillent dans un esprit de solidarité à une libération collective. Nous nous engageons à faire preuve de transparence, à énoncer explicitement nos valeurs* en tant que praticiens de la santé publique et représentants d'établissements de santé publique, et à créer des mécanismes de responsabilisation concrets pour faire concorder les valeurs professées avec les pratiques, les politiques, les objectifs et les approches.

* Notamment : l'antiracisme, la lutte contre la suprématie blanche, les dynamiques relationnelles, la solidarité, la responsabilisation, la transparence, l'équité et les pratiques exemplaires et avisées.

MESURES À PRENDRE

Organisations

- Élaborer une boîte à outils et des mesures du rendement pour la responsabilisation sociale.
- Évaluer ces éléments.

Individus

- Former une communauté de praticiens.
- Examiner les énoncés organisationnels.
- Inclure des fonds de responsabilisation sociale dans le budget fédéral alternatif 2022 du Centre canadien de politiques alternatives.

Clôture

L'atelier s'est terminé par une allocution de Claire Betker du CCNDS et de Jennifer Gunning de l'ISPP des IRSC, et par la promesse de se réunir à nouveau en septembre 2022. Les participants ont été encouragés à donner suite aux plans d'action dans l'intervalle.

Au cours de ces cinq jours, les participants ont généreusement contribué au travail à accomplir. Ils ont fait preuve de créativité et d'authenticité et n'ont pas eu peur d'être vulnérables, et ils ont exprimé des points de vue uniques et diversifiés. Des voix se sont fait entendre de différents secteurs de la santé publique : des étudiants aux décideurs,

des bailleurs de fonds aux praticiens de la santé publique, des analystes de données aux organismes communautaires. Cet amalgame de points de vue a permis de dresser un tableau nuancé des tendances actuelles en santé publique au Canada et s'est traduit par une vision claire et optimiste, prometteuse d'un brillant avenir pour la santé publique au pays.

L'objectif primordial de cet atelier était la planification des actions, et la plupart des participants en sont repartis avec une idée claire du travail qu'ils devront accomplir pour donner vie à cette vision de l'avenir.

Poème du groupe 4

Quelle merveilleuse journée pour respirer, une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche

Nous sommes le 31 mai 2032; quelle merveilleuse journée!

Je me sens en sécurité, à l'aise, libre de parler sans filtre, je me sens comprise dans l'éducation,
l'enseignement, les soins de santé et dans la société canadienne
Je regarde ma chambre, un doctorat accroché au mur me rappelle que j'ai obtenu mon diplôme universitaire
sans aucune chute discriminatoire
Il me rappelle le sari et le bindi que j'ai porté avec fierté à la collation des grades
Sans qu'on me regarde comme si j'étais folle, exotique ou qu'on me tienne des propos négatifs
Il me rappelle le savoir et le renouveau que nous apportons au monde et qui ont tout changé
Sans oppression et sans flatteries pour amadouer les entités maléfiques
Il me rappelle mon université décolonisée et antiraciste qui respecte la négritude, la brunitude et l'identité
autochtone dans toutes leurs nuances
Les enfants noirs ont les moyens de s'épanouir et de réussir tous les jours
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Je me promène dans mon quartier
J'ai l'impression d'appartenir à l'ensemble de la communauté, pas seulement à « mon peuple »
Mon action n'est pas le reflet de toute ma communauté
Tant de personnes qui me ressemblent, c'est génial de voir une telle unité
Ne pas redouter le jugement dans tout ce que je dis
Être capable de parler sans filtre et sans crainte
Une recherche de la vérité, quelle que soit sa dureté
La liberté de dire la vérité, un pouvoir qui n'existe que dans sa rareté
Une vérité au-delà de la blanchité et de son pouvoir
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Je vais à mon bureau
Je vois beaucoup de personnes de couleur dans des rôles de direction, représentant les gens qu'elles servent
Il en va de même pour les organisations et les systèmes qui m'entourent et la communauté qu'ils desservent
Toutes les formes de savoir sont appréciées
Toutes les formes de guérison sont célébrées
Aucune preuve de l'« altérité »
Nul n'est considéré comme étant inférieur ou « autre »
La blanchité comme base est chose du passé
Finis les congés de Noël et de Pâques
Je ne suis pas obligée de travailler les jours qui sont importants pour moi et ma communauté
On peut choisir son propre jour : Dashain, Aïd, Hanoukka, etc.
Je n'ai plus à m'inquiéter de me conformer aux normes de beauté des Blancs qui influencent la possibilité
d'être promue ou non à mon travail
Mon embauche et mon avancement ne dépendent pas de la façon dont je risque de « menacer » le statu quo
du racisme
Je peux m'assumer sans retenue, dans ma propre couleur de peau
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Je vais chez mon médecin
Je suis soulagée que la couleur de ma peau ne détermine pas si je mérite de recevoir des soins
Mon accent ne dicte pas mon intelligence, ni ma valeur, ni mon droit au bien-être
Je ne ressens plus le besoin de défendre les droits et intérêts de ma famille et de mes amis à l'égard
des soins de santé
Les gens ont le pouvoir de décider de ce dont ils ont besoin
Les personnes de couleur ne sont plus assassinées dans le milieu de soins par la suprématie blanche
La santé publique n'est plus gérée par une blancheur nauséabonde
Le pouvoir est distribué à des personnes de valeurs, d'origines, de sexes et de genres différents
La collaboration et l'innovation issues de ce mélange sont bien accueillies
Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation ont été réalisés
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Je pense au monde que j'ai maintenant découvert
Humilité culturelle, amour et compassion les uns envers les autres
Existence d'une empathie intellectuelle partagée
Rétablissement d'une humanité déjà perdue
On ne me demande plus d'où je viens « réellement »
Ce qui me donnait l'impression d'être un « microbe » indésirable
Une société qui a changé
Tout le monde a un accès facile à l'eau potable, à la nourriture et au logement, voilà ce que je vois
Finis les pansements et les solutions rapides
Nous privilégions des solutions durables et à long terme à tous les niveaux
Nous nous orientons vers des solutions préventives et en amont
Les systèmes pénitentiaires sont délaissés au profit d'une justice réparatrice
Un changement de valeurs pour ouvrir la voie aux générations futures
Pas seulement nous-mêmes et nos petites communautés
Le personnel et la direction reflètent la population
La diversité rayonne à tous les niveaux, sans symbolisme ni persuasion
L'amour pour tous, et pour chacun
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Aujourd'hui je respire avec soulagement
La suprématie blanche est descendue de son piédestal
L'oppression intériorisée n'existe pas
Les fragilités blanches sont confrontées, non ménagées
Les « larmes des femmes blanches » ne servent plus d'armes
Les femmes et les hommes noirs ne meurent plus de brutalité policière
Le ton que j'utilise n'est plus réprimé pour les oreilles blanches fragiles
Les alliés de façade sont pointés du doigt
Le complexe du sauveur blanc disparaît sous la critique
Une journée où nous pouvons oublier la signification même de la suprématie blanche
Une journée où le privilège blanc cesse d'opprimer
Quelle merveilleuse journée pour respirer
Une journée où l'humanité prend le pas sur la suprématie blanche!

Références

1. Future Search Network. *What is Future Search?*, [En ligne], Wynnewood (Pennsylvanie), Future Search Network. [<https://futuresearch.net/about/whatis/>] (Consulté le 27 janvier 2023).
2. Organisation mondiale de la santé. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [En ligne], Genève (Suisse), OMS, 18 p. [<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>] (Consulté le 27 janvier 2023).
3. Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, [En ligne], 1974, Ottawa (Ontario), Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. [<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2023).
4. Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, [En ligne], 1986, Genève (Suisse), OMS, 5 p. [<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2023).
5. Crenshaw, Kimberle. « Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color », *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, juillet 1991, p. 1241-1299. doi : 10.2307/1229039.
6. Holman, Daniel, et collab. « Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders », *Health Research Policy Systems*, vol. 19, art. 97, 2021, 15 p. doi : 10.1186/s12961-021-00742-w.
7. Bibliothèque et Archives Canada. *Commission royale sur les peuples autochtones*, [En ligne], mis à jour le 19 janvier 2021, Ottawa (Ontario), BAC. [<https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/introduction.aspx>] (Consulté le 27 janvier 2023).
8. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. *Commission de vérité et réconciliation du Canada*, [En ligne], mis à jour le 29 septembre 2022, Ottawa (Ontario), RCAANC. [<https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525>] (Consulté le 27 janvier 2023).
9. *Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, [En ligne], Enquête nationale. [<https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/>] (Consulté le 27 janvier 2023).
10. *Black Lives Matter*, [En ligne], BLM. [<https://blacklivesmatter.com/>] (Consulté le 27 janvier 2023).
11. Hanlon, Phil, et collab. « Making the case for a 'fifth wave' in public health », *Public Health*, vol. 125, n° 1, janvier 2011, p. 30-36. doi : 10.1016/j.puhe.2010.09.004.
12. Santé Manitoba. *COVID-19 novel coronavirus: race, ethnicity, Indigeneity (REI) analysis, wave three*, [En ligne], 5 juillet 2021, Winnipeg (Manitoba), Santé Manitoba, 25 p. [https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/docs/rei_analysis_w3.pdf] (Consulté le 27 janvier 2023).
13. Balkissoon, Denise, et collab. « The angel complex », *Colour Code*, [baladodiffusion], 27 septembre 2016, Toronto (Ontario), Globe and Mail, 29 min. [<https://colour-code.simplecast.com/episodes/the-angel-complex-OCHf83xC>] (Consulté le 27 janvier 2023).

14. Raymer, Elizabeth. *Ottawa law prof wins award for book on niqab-wearing women in Canada*, [En ligne], 2 novembre 2021, Toronto (Ontario), Canadian Lawyer. [<https://www.canadianlawyermag.com/news/general/ottawa-law-prof-wins-award-for-book-on-niqab-wearing-women-in-canada/361339>] (Consulté le 27 janvier 2023).
15. Bureau du commissaire aux droits de la personne de la Colombie-Britannique. *Disaggregated demographic data collection in British Columbia: the grandmother perspective*, [En ligne], septembre 2020, Vancouver (Colombie-Britannique), BCOHRC, 102 p. [https://bchumanrights.ca/wp-content/uploads/BCOHRC_Sept2020_Disaggregated-Data-Report_FINAL.pdf] (Consulté le 27 janvier 2023).
16. Centre Wabano pour la santé des Autochtones et Coalition autochtone d'Ottawa. *Indigenous-Specific Racism & Discrimination in Health Care Across the Champlain Region: Full Report*, [En ligne], 2022, Ottawa (Ontario), Centre Wabano, 111 p. [<https://wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-FullReport-EN.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2023).
17. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act action plan : 2022-2027*, [En ligne], 2022, Victoria (Colombie-Britannique), Ministère des Relations avec les Autochtones et de la Réconciliation, 32 p. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/government/ministries-organizations/ministries/indigenous-relations-reconciliation/declaration_act_action_plan.pdf] (Consulté le 27 janvier 2023).
18. Canada. *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, L.C. 2021, ch. 14. [<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/u-2.2/index.html>].
19. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Anti-Racism Data Act: About the Legislation*, [En ligne], Victoria (Colombie-Britannique), govTogetherBC. [<https://engage.gov.bc.ca/antiracism/data-act/>] (Consulté le 27 janvier 2023).
20. Crawford, Allison. « Dene and Western medicine meet in image-based storytelling », *CMAJ*, vol. 190, no 36, 10 septembre 2018, p. E1085-E1086. doi : 10.1503/cmaj.180384.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

**NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR DETERMINANTS OF HEALTH**

St. Francis Xavier University
Antigonish, NS B2G 2W5
tel: (902) 867-5406
nccd@stfx.ca
www.nccd.ca



CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research
Institut de recherche en santé du Canada

**CANADIAN INSTITUTES
OF HEALTH RESEARCH**

160 Elgin Street
9th Floor Ottawa ON K1A 0W9
tel: (613) 941-2672
info@cihr-irsc.gc.ca
www.cihr-irsc.gc.ca