



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



LE RACISME ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : PARLONS-EN

UN NUMÉRO DE LA SÉRIE « PARLONS-EN »

Le présent document vise à encourager les acteurs de la santé publique à lutter contre le racisme comme l'un des principaux déterminants structurels des iniquités de santé¹⁻³.

PRINCIPALES DÉFINITIONS

RACE : UNE IDÉE CRÉÉE PAR L'ÊTRE HUMAIN, SANS AUCUN FONDEMENT BIOLOGIQUE

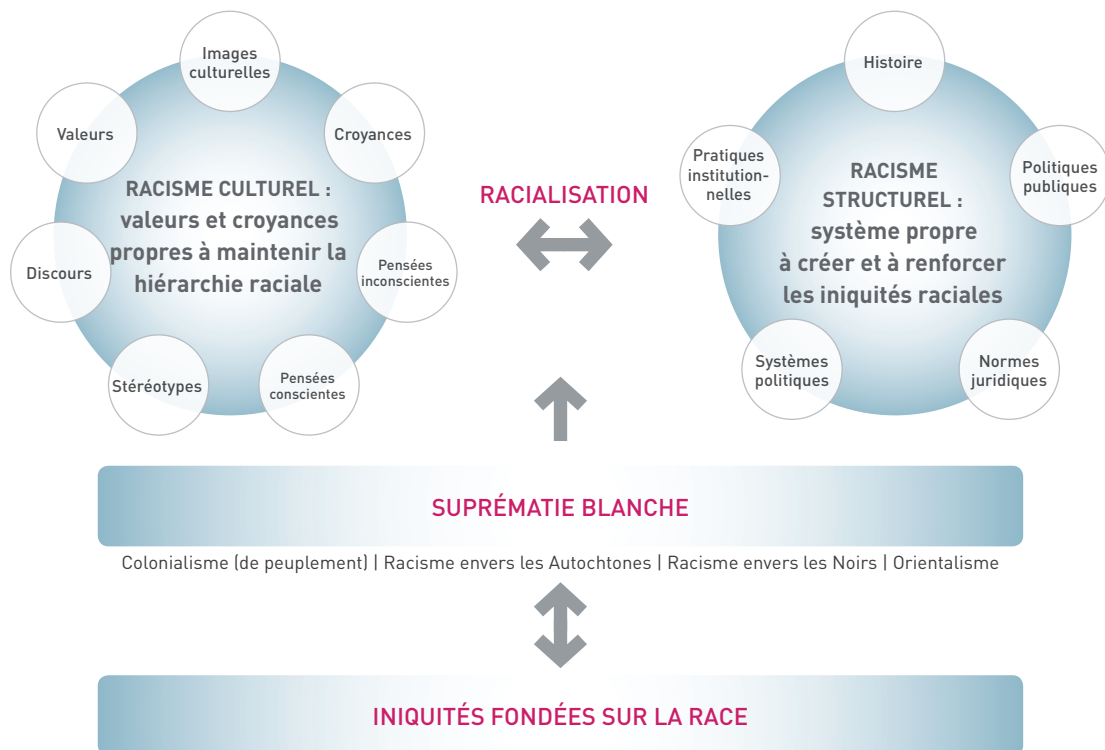
La race est une idée adoptée par les sociétés pour créer et classer les différences observées entre les groupes humains en fonction de caractéristiques physiques comme la couleur de la peau et la texture des cheveux et parfois même la culture et les croyances religieuses (p. ex., islamophobie et antisémitisme). La race sert à créer et à perpétuer une hiérarchie sociale où la valeur de l'être humain se mesure d'après sa ressemblance avec la blancheur⁴⁻⁷.

RACISME : UN SYSTÈME QUI AVANTAGE OU DÉSAVANTAGE SELON LA RACE

On entend par racisme un système culturel et structurel par lequel la valeur se mesure ou les chances et les privilèges sont accordés en fonction de la race^{5,7,9,10}. Le racisme se manifeste dans toutes les sphères de la société, y compris historiques, culturelles, politiques, économiques, institutionnelles et des systèmes sociaux. Le racisme contemporain agit partout, souvent de manière subtile et banalisée^{5,9,11}. Le racisme opère sur de multiples plans¹² et prend diverses formes^{10,13,14} (p. ex., culturelles et structurelles) de sorte qu'il crée et renforce les stéréotypes et les préjugés et systématise les pratiques discriminatoires¹⁵⁻¹⁷. Ces stéréotypes et ces préjugés se manifestent dans les idées et les biais à la fois explicitement et implicitement. Il interagit avec d'autres systèmes d'oppression et influence ainsi la répartition des ressources matérielles (p. ex., revenu et richesse) et symboliques ou culturelles (p. ex., pouvoir décisionnel, représentations culturelles, valeurs).

La figure 1 fait le résumé des concepts traités ci-dessus et sur la page suivante.

FIGURE 1 : PARCOURS VERS LES INIQUITÉS DE SANTÉ FONDÉES SUR LA RACE



EXEMPLES ET DÉFINITIONS DE DEGRÉS DE RACISME DIFFÉRENTS

EXEMPLES DE DEGRÉS DE RACISME	RACISME INTÉRIORISÉ ^{10,12,18}	RACISME INTERPERSONNEL ET RELATIONNEL ^{10,12}	RACISME SYSTÉMIQUE ^{10,12,21}
Définition	La maîtrise et l'appropriation ^{18, p.2125} d'attitudes, de croyances et d'actions reflétant l'idéologie suprématiste blanche dans ses relations interpersonnelles.	La manifestation du racisme entre individus, les atteintes à la dignité et au statut social (microaggressions ¹⁹), les propos racistes, les attaques verbales ou physiques, le comportement individuel discriminatoire.	Les politiques et les pratiques d'institutions privées et publiques, par exemple les normes teintées de racisme et de daltonisme, les modes de fonctionnement réglementaires et normalisés qui entraînent des expériences et des résultats empreints de préjugés raciaux.
Exemples	Dans le processus de socialisation, les personnes blanches apprennent à adopter des comportements qui reflètent leur croyance en leur supériorité innée sur les personnes racialisées. Les personnes racialisées qui ne réussissent pas à se soutenir mutuellement dans l'expression de leur leadership, surtout quand il s'agit de remettre en question le racisme et les privilèges blancs.	Les peuples autochtones à qui on refuse le traitement ou l'accès à l'hôpital à cause des stéréotypes négatifs et des idées préconçues des fournisseurs de service ²⁰ .	La <i>Loi sur les Indiens</i> comporte toujours une définition officielle de ce qui permet de reconnaître un « Indien », mais à partir de critères non cautionnés par les peuples autochtones ¹⁰ . Les Canadiens racialisés ne gagnent que 81,4 cents de chaque dollar gagné par les Canadiens blancs ²² .

RACIALISATION : UN PROCESSUS PAR LEQUEL ON ATTRIBUE UNE SIGNIFICATION RACIALE DE FAÇON À CRÉER UNE INIQUITÉ.

La racialisation rattache une signification sociale aux groupes, aux relations interpersonnelles et aux pratiques dans ce qui crée les iniquités sociales, politiques et économiques²³. Le processus évolue constamment et fait vivre des expériences distinctes aux groupes racialisés différemment dans des lieux géographiques différents. La racialisation donne des privilèges aux Blancs et désavantage les personnes autochtones et racialisées.

Si le racisme et le privilège sont les symptômes, la suprématie blanche est la maladie^{24, p.720}.

SUPRÉMATIE BLANCHE : UN SYSTÈME SELON LEQUEL LES PRINCIPES DE BLANCHEUR CONSTITUENT LA FAÇON LOGIQUE D'ORGANISER LA VIE HUMAINE.

Bien que le terme évoque des images de groupes extrémistes aux discours haineux, la suprématie blanche renvoie à la « supposée supériorité des identités raciales des Blancs qui justifie leur domination culturelle, politique et économique sur les groupes non blancs^{24, p.720 à 723} » [traduction]. La suprématie blanche repose sur trois piliers que sont le colonialisme, le racisme envers les Noirs et l'orientalisme^{7,24,25} qui se confirment et qui se renforcent mutuellement. Ces trois piliers engendrent de puissantes idées soutenues par des systèmes d'oppression. Les gens sont à même de prendre part à ces diverses formes de racisme, peu importe la manière dont ils sont eux-mêmes racialisés.

RACISME ENVERS LES AUTOCHTONES. Ancré dans le colonialisme de peuplement, c'est-à-dire « l'occupation permanente d'un territoire et le délogement des peuples autochtones dans l'objectif exprès d'y bâtir une collectivité nationale ethniquement distincte^{24, p.716} » [traduction], le racisme à l'égard des Autochtones engendre chez ces peuples des iniquités sociales et de santé^{26,27}. Cette forme de racisme reflète l'héritage d'assimilation, le mythe du génocide culturel perpétré par le Canada comme lieu d'immigration et de peuplement fondateur²⁸.

RACISME ENVERS LES NOIRS. Cette forme de racisme cible les personnes de race noire. Au Canada, elle fait référence au passé d'esclavage, aux déplacements forcés, à l'immigration, à l'héritage du colonialisme et aux lois et aux pratiques particulières qui mènent au manque d'accès, de possibilités et d'avantages équitables pour les personnes de race noire²⁹.

ORIENTALISME. On entend par « orientalisme » le processus par lequel l'Occident se définit comme une civilisation supérieure à une « autre » inférieure et exotique²⁵. Selon l'orientalisme, certaines nations et certains peuples sont inférieurs et présentent une menace pour les intérêts des cultures et des nations occidentales. L'islamophobie fait par exemple en sorte qu'on perçoit les Musulmans comme présentant un risque pour la sécurité³⁰. Aussi, les gens qui adoptent une attitude anti-immigration traitent les personnes racialisées tels des étrangers perpétuels comme en a fait foi l'internement, l'expulsion et l'exploitation des Canadiens d'origine japonaise durant et après la fin de la Seconde Guerre mondiale³¹.

RACISME EN TANT QU'ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Le racisme influe sur la répartition des chances de jouir d'une bonne santé et d'un mieux-être au sein des institutions et des sociétés.

Pour avancer vers l'équité en santé, les acteurs de la santé publique doivent adopter une démarche critique, antiraciste et décolonisatrice afin de comprendre, de démolir et de modifier les politiques publiques, les habitudes sociales et institutionnelles et la vision culturelle à la source de la discrimination raciale.

La *Charte canadienne des droits et libertés* stipule que « tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race^{32, c15} ». Cependant, le racisme continue de nuire aux conditions sociales, économiques, écologiques et politiques nécessaires à la santé et au mieux-être des Autochtones et des autres peuples racialisés^{1,3,33-35}. Ces groupes se heurtent généralement à de plus hauts taux de pauvreté, de précarité d'emploi et de sous-emploi et à plus de discrimination et de désavantages systémiques en matière de logement, d'éducation et de santé publique.

Voici comment, directement et indirectement, le racisme nuit à la santé et provoque un décès préétabli^{3,21,36,37} :

- violence et coupure du lien avec les terres ancestrales cautionnées par l'État;
- traumatisme psychosocial provoqué par le racisme;
- dépossession et inégalité sociales et économiques, par exemple un moins bon accès à l'emploi, au logement et à l'éducation;
- plus grande exposition à des milieux sociaux, physiques et économiques;
- services sociaux ou de soins de santé inadéquats ou inadaptés;
- violence individuelle et structurelle motivée par le racisme;
- modification dommageable aux processus biologiques internes en raison de l'exposition au stress chronique.

CONSÉQUENCES DU RACISME SUR LA SANTÉ

- Les populations canadiennes autochtones et racialisées sont victimes d'une discrimination individuelle et structurelle grave. Par exemple, les peuples autochtones et les Noirs canadiens sont, de manière disproportionnée, la cible du système de justice pénale.
- Le racisme est susceptible d'accroître le risque d'hypertension, surtout le racisme institutionnel par comparaison au racisme individuel¹⁵.
- 70 % des ménages inuits du Nunavut n'ont pas un revenu suffisant, comparativement à 8,3 % de l'ensemble des ménages au Canada³⁸.
- Les toxines environnementales se trouvent de manière disproportionnée plus près des collectivités autochtones et racialisées, ce qui présente pour ces populations un plus gros risque de développer des problèmes de santé^{38,39}.

VERS L'ÉQUITÉ RACIALE : METTRE FIN AU RACISME

Si le racisme a été construit, il est possible de le déconstruire. C'est possible si les gens comprennent les circonstances de sa construction, les motifs de sa construction, son fonctionnement et les moyens pris pour le perpétuer^{13, p.7} [traduction].

Pour atteindre l'équité raciale, il va falloir que les possibilités et les résultats en matière de santé et de mieux-être ne dépendent plus de la race. En s'appuyant sur une démarche décolonisatrice et antiraciste, les acteurs de la santé publique peuvent lutter contre le racisme de manière éclairée en analysant le colonialisme de peuplement, le racisme structurel, le pouvoir et les privilèges. L'effet antiraciste se mesure par l'importance de l'amélioration du mieux-être matériel et symbolique des populations racialisées. Les pratiques décolonisatrices et antiracistes viennent :

- placer la priorité sur l'autodétermination et le retour en force des peuples autochtones;
- offrir aux populations autochtones et racialisées les outils nécessaires pour comprendre en quoi le racisme dénature les relations interpersonnelles et tirer profit de la solidarité possible entre les diverses populations autochtones et racialisées⁴¹;
- remettre en question les privilèges des personnes non autochtones (racialisées ou non) qui sont issus du peuplement;
- faire l'analyse des façons dont l'antiracisme peut renforcer ou faire cesser les pratiques et les processus coloniaux toujours omniprésents^{1,29,41};
- donner aux Blancs les outils nécessaires pour lutter contre le racisme structurel et le colonialisme de peuplement.

L'antiracisme se veut une démarche d'action, de sensibilisation et politique qui vise à produire un changement systémique et politique afin de régler les problèmes de racisme et les systèmes mixtes d'oppression sociale^{29, p.13} [traduction].

L'action antiraciste repose sur le leadership et la responsabilisation. Ses diverses formes sont :

- » la transformation individuelle;
- » le changement organisationnel;
- » le changement collectif;
- » le déclenchement d'un mouvement;
- » les mesures législatives antidiscriminatoires;
- » les politiques d'équité raciale instaurées dans les institutions sanitaires, sociales, juridiques, économiques et politiques.

QUESTIONS À DÉBATTRE

- Comment serait-il possible d'intégrer des objectifs d'équité raciale dans l'engagement de votre organisme envers l'équité en santé?
- Comment votre organisme pourrait-il créer des espaces où le personnel pourrait remettre en question et examiner le racisme dans le domaine de la santé publique et la société en général?
- Quelles mesures pourrait mettre en place votre organisme pour réduire le racisme?
- Quels sont vos stéréotypes et vos croyances par rapport aux Autochtones et aux personnes racialisées? De quelle manière et à quel endroit avez-vous intégré ces stéréotypes?
- En quoi vos croyances influent-elles sur votre comportement et vos activités professionnelles?

L'ANTIRACISME STRUCTUREL agit sur le racisme observé dans la société grâce à des mesures d'équité raciale qui sont fondées sur un jugement critique et qui favorisent le développement d'une conscience raciale, mettent l'accent sur les mécanismes du racisme structurel contemporains, placent à l'avant-plan la voix des personnes racialisées et allient la recherche et les pratiques⁵.

L'ANTIRACISME INSTITUTIONNEL renvoie à la responsabilité institutionnelle d'atteindre l'équité raciale, influe sur tous les aspects des activités organisationnelles et intègre la notion d'équité raciale dans les systèmes organisationnels⁴².

Le but de la démarche antiraciste ne consiste pas à prouver l'existence du racisme, mais plutôt à révéler la mécanique du racisme et à instaurer de nouvelles pratiques de manière proactive. Ces pratiques différentes transforment les attitudes, les croyances, les comportements, les lois, les normes et les pratiques qui tendent à créer un déséquilibre du pouvoir.

ADOPTER DES PRATIQUES DÉCOLONISATRICES ET ANTIRACISTES

La racialisation est un processus complexe et souvent contradictoire. À ce titre, une approche réflexive à l'antiracisme encourage les individus à accepter que nous faisons tous partie des systèmes que nous cherchons à changer⁷. Voici quelques conseils pour aider les professionnels de la santé publique à continuer de cheminer vers une pratique de santé publique décolonisatrice et antiraciste.

ÉVITEZ DE SUBSTITUER LE RACISME ET LE COLONIALISME DE PEUPEMENT PAR LA « DIVERSITÉ » OU LE « MULTICULTURALISME ».

Les approches axées sur la diversité et la culture, qui n'ont aucun effet sur le déséquilibre du pouvoir entre les personnes autochtones, racialisées et blanches du Canada, ne modifient en rien la dynamique structurelle du pouvoir et n'ont pas réussi à mettre fin au racisme^{16,43}. L'annihilation du racisme exige de toujours garder à l'esprit les mécanismes de la suprématie blanche, du colonialisme de peuplement et du racisme structurel et d'agir sur les manifestations symboliques et matérielles du racisme.

CONTINUEZ DE VOUS CONCENTRER SUR LE COLONIALISME DE PEUPEMENT ET LE RACISME. Adoptez une démarche intersectorielle qui tient compte des liens entre les multiples axes des diverses formes d'oppression sociale^{29,44}. Sans s'éloigner du racisme (p. ex., « Oui, mais le racisme n'est pas la seule chose qui compte, nous devrions aussi parler de x, y et z »), une telle démarche permet d'analyser sur quoi agit le racisme et en quoi les autres systèmes de domination agissent sur le racisme (p. ex., « Comment interagissent le racisme, les problèmes de pauvreté, le sexe et l'homophobie dans une situation ou une autre »)²⁹.

DONNEZ UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE AU LEADERSHIP DES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES ET RACIALISÉES.

Le racisme mine et écrase le leadership des personnes racialisées. Il n'en demeure pas moins que les personnes que l'on cherche à déshumaniser ainsi ont toujours opposé une résistance énergique au racisme⁹. La voix et le leadership des collectivités autochtones et racialisées doivent jouer un rôle prépondérant dans l'antiracisme. Le leadership en question doit diverger du « geste symbolique » et bénéficier d'une aide et d'un appui adéquats.

ÉLARGISSEZ VOTRE CONCEPTION DU RACISME. Acquérez les compétences nécessaires pour analyser et comprendre les sources du racisme ainsi que les formes de racisme qui se manifestent aujourd'hui au Canada. Vous constaterez que les pratiques, les normes et les politiques structurelles conditionnent le comportement et les pratiques racistes individuelles.

CONCENTREZ-VOUS SUR LE RÉSULTAT PLUTÔT QUE SUR L'INTENTION. Devenez plus habile à percevoir les pratiques individuelles et institutionnelles racistes subtiles, indirectes et fluides, non pas uniquement les actes intentionnels et délibérés évidents et faciles à reconnaître¹¹.

LUTTEZ CONTRE LE RACISME INTÉRIORISÉ, INTERPERSONNEL ET INSTITUTIONNEL. Décelez les croyances et les pratiques non fondées sur la justice sociale, appliquez des stratégies de lutte contre les stéréotypes et diminuez les comportements discriminatoires individuels, organisationnels ou autres, avec les parties prenantes de la collectivité.

RÔLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR L'ÉQUITÉ RACIALE EN SANTÉ

CAPACITÉ

La démarche antiraciste ne fait pas souvent ni systématiquement partie des pratiques de santé publique. Par conséquent, dans leur domaine, les acteurs de la santé publique comprennent mal le déterminant structurel de la santé qu'est le racisme ou la part jouée par les institutions de la santé publique dans la perpétuation du racisme. Il faut par conséquent affermir, au sein des systèmes et des organismes de santé publique, la capacité d'analyser et d'agir sur les forces structurelles qui mènent aux iniquités raciales¹⁴.

CONNAISSANCES

Les données et les travaux de recherche sur les iniquités raciales de santé au Canada sont rares et inégaux^{35,45}. Les organismes de santé publique et leurs partenaires doivent donc effectuer des recherches et faire rapport sur les effets de la racialisation et du racisme. Un tel travail nécessite de colliger des données sur la race, d'analyser l'état de santé des gens à la lumière d'une perspective antiraciste délibérée et de mesurer la discrimination raciale sur les plans individuel et structurel.

INTERVENTIONS

Modifier et orienter les interventions sociales et de la santé publique afin de veiller à ce qu'elles soient conçues de façon à réduire et à éliminer les iniquités raciales de santé^{42,46,47}.

POLITIQUES

Participer à l'élaboration des politiques explicitement destinées à agir contre le racisme, par exemple appuyer les politiques antidiscriminatoires, appliquer des méthodes et des théoriques qui se veulent critiques, décolonisatrices et antiracistes dans les processus d'analyse et d'élaboration des politiques et instaurer des mécanismes d'évaluation de l'équité raciale.

PARTENARIATS

Établir des partenariats avec les collectivités et les autres secteurs qui œuvrent pour l'équité raciale de manière à réaligner les valeurs culturelles et sociétales et à créer un profond changement dans la vie des personnes racialisées. Il faut pour cela appliquer des techniques et des principes de solidarité, sensibiliser et conscientiser la population, puis s'engager dans de grands mouvements sociaux^{48,49}.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allan, B. et J. Smylie. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto (Ont.) : the Wellesley Institute, 71 p.
- Galabuzi, G.E. (2010). « Race ». Dans : Mikkonen, J. et D. Raphael, dir. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. 1^{re} éd. Toronto (Ont.) : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, p. 47 à 49.
- Paradies, Y., J. Ben, N. Denson, A. Elias, N. Priest, A. Pieterse, A. Gupta, M. Kelaher et G. Gee. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. Vol. 10, n° 9, p. 1 à 48.
- Brace, C. *Race is a four letter word*. (2005). Oxford (R.-U.) : Oxford University Press, 336 p.
- Ford, C.L. et C.O. Airhihenbuwa. (2010). Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis. *American Journal of Public Health*. Vol. 100, suppl. 1, p. S30 à S35.
- Allen, T. (1994). *The invention of the white race*. New York (É.-U.) : éditions Verso, 310 p.
- Hooks, B. (2003). *Teaching community: A pedagogy of hope*. New York (É.-U.) et Londres (R.-U.) : Routledge, 200 p.
- Hicken, M.T., N. Kravitz-Wirtz, M. Durkee, et J.J. Jackson. (2017). Racial inequalities in health: Framing future research. *Social Science and Medicine*. Vol. 159, p. 11 à 18.
- Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American Sociological Review*. Vol. 62, n° 3, p. 465 à 480.
- Reading, C. (2013). *Comprendre le racisme*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 8 p.
- Bonilla-Silva, E. (2013). *Racism without racists: Colorblind racism and the persistence of racial inequality in America*. 4e éd. Lanham (É.-U.) : Rowman & Littlefield Publishers, 363 p.
- Jones, C.P. (2000). Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*. Vol. 90, n° 8, p. 1212 à 1215.
- Shapiro, I. (2002). *Training for racial equity and inclusion: A guide to selected programs*. Washington, D.C. (É.-U.) : The Aspen Institute, 138 p.
- DiAngelo, R. (2011). White fragility. *International Journal of Critical Pedagogy*. Vol. 3, n° 3, p. 54 à 70.
- Etowa, J. et E.A. McGibbon. Race and racism as determinants of health. Dans : McGibbon, E., dir. (2012). *Oppression: A social determinant of health*. 1^{re} éd., Black Point (N.-É.) et Winnipeg (Man.) : Fernwood Publishing, p. 73 à 88.
- McGibbon, E. et J. Etowa. (2009). *Anti-racist health care practice*. 1^{re} éd. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars' Press Inc., 234 p.
- Jackson, L. (2011). The psychology of prejudice. Washington, D.C. (É.-U.) : American Psychological Association. 225 p. Adaptation dans Ward, C. (2016). Facing Racism in Health through Pedagogy. *Indigenous Cultural Safety Learning Series: Setting the Context for Racism in Health* [webinaire]. [Endroit inconnu] : ICSL [cité le 17 mai 2017]. Récupéré de www.iccollaborative.com/webinars/setting-the-context-for-indigenous-cultural-safety-facing-racism-in-health.
- Tappan, M.B. (2006). Reframing internalized oppression and internalized domination: From the psychological to the sociocultural. *Teachers College Record*. Vol. 108, n° 10, p. 2115 à 2144.
- Sue, D.W., C.M. Capodilupo, G.C. Torino, J.M. Bucceri, A.M.B. Holder, K.L. Nadal et M. Esquilin. (2007). Racial microaggressions in everyday life. *American Psychologist*. Vol. 62, n° 4, p. 271 à 286.
- Tang, S.Y. et A.J. Browne. (2008). 'Race' matters: Racialization and egalitarian discourses involving aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity & Health*. Vol. 13, n° 2, p. 109 à 127.
- Came, H. (2014). Sites of institutional racism in public health policy making in New Zealand. *Social Science & Medicine*. Vol. 106, p. 214 à 220.
- Block, S. et G. Galabuzi. (2011). *Canada's colour coded labour market: The gap for racialized workers*. Ottawa et Toronto (Ont.) : Centre canadien de politiques alternatives et Wellesley Institute, 20 p.
- Omi, M. et H. Winant. *Racial formation in the United States*. New York (É.-U.) : Routledge; 2014. 329 p.
- Bonds, A. et J. Inwood. (2016). Beyond white privilege: Geographies of white supremacy and settler colonialism. *Progress in Human Geography*. Vol. 40, n° 6, p. 715 à 733.
- Smith, A. Indigeneity, settler colonialism, white supremacy. Dans : Martinez HoSang, D., O. LaBennett et L. Pulido, dir. (2012). *Racial formation in the twenty-first century*. Berkeley (É.-U.) : University of California Press, p. 66 à 90.
- Greenwood, M., S. de Leeuw, N.M. Lindsay et C. Reading, dir. (2015). *Determinants of indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*. Canada : Canadian Scholars' Press, p. 291.
- Reading, C. et F. Wien. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 42 p.
- Simpson, A. (2014). RACE 2014, discours principal 1 : *The chief's two bodies: Theresa Spence and the gender of settler sovereignty: Unsettling Conversations* [cité le 17 mai 2017]. Récupéré de <https://vimeo.com/110948627>
- Dei, G.S. et A. Calliste. Mapping the terrain: Power, knowledge and anti-racism education. Dans : Dei, G.S. et A. Calliste, dir. (2000). *Power, knowledge and anti-racism education: A critical reader*. Halifax (N.-É.) : Fernwood Publishing, p. 11 à 19.
- Direction générale de l'action contre le racisme. (2017). *Une meilleure façon d'avancer : Plan stratégique triennal de l'Ontario contre le racisme*. Direction générale de l'action contre le racisme, 58 p.
- Lewy, L. (2009). The treatment of Japanese Canadians in the 1940s: A social work perspective. *Currents: New scholarships in the human services*. Vol. 8, n° 1, p. 1 à 14.
- Gouvernement du Canada. (1982). *Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982*, c15. Ottawa : gouvernement du Canada.
- Hyman, I. et R. Wray. (2013). *Health inequalities and racialized groups – A review of the evidence*. Toronto (Ont.) : Santé publique Toronto, 56 p.
- Larocque, E. Racism runs through Canadian society. Dans : McKague, O., dir. (1989). *Racism in Canada*. Saskatoon (Sask.) : Fifth House Publishers, p. 73 à 76.
- Nestel, C. (2012). *Colour coded health care: The impact of race and racism on Canadians' health*. Toronto (Ont.) : the Wellesley Institute, 30 p.
- Brandolo, E., L.C. Gallo, et H.F. Myers. (2009). Race, racism and health: Disparities, mechanisms, and interventions. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 32, n° 1, p. 1 à 8.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health*. Oxford (R.-U.) et New York (É.-U.) : Oxford University Press, 400 p.
- Obed, N. (1er avril 2017). Towards health equity for Inuit: a presentation on the National Inuit Suicide Prevention Strategy. Denver (Col.) : 7e Congrès international sur la santé des enfants autochtones.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Apprendre par la pratique : le plaidoyer pour l'équité en santé – racisme environnemental*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 8 p.
- Waldron, I. (2015). Findings from a series of workshops entitled: In whose backyard? – Exploring toxic legacies in Mi'kmaq and African Nova Scotian communities. *Environmental Justice*. Vol. 8, n° 2, p. 1 à 5.
- Amadahy, Z. et B. Lawrence. Indigenous peoples and black people in Canada: Settlers or allies? Dans : Kempt, A., dir. (2009). *Breaching the colonial contract: Anti-colonialism in the US and Canada*. Pays-Bas : Springer Science, Business Media, p. 105 à 136.
- Chin, M.H., A.R. Clarke, R.S. Nocon, A.A. Casey, A.P. Goddu, N.M. Keesecker et S.C. Cook. (2012). A roadmap and best practices for organizations to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 27, n° 8, p. 992 à 1000.
- Henry, F., C. Tator, W. Mattis et T. Rees. (2000). *The colour of democracy: Racism in Canadian society*. 2^e éd. Toronto (Ont.) : Harcourt Brace, 428 p.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality – An important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*. Vol. 102, n° 7, p. 1267 à 1273.
- Smylie, J. et M. Firestone. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*. Vol. 31, n° 1, p. 67 à 87.
- Jones, C.P. (2002). Confronting institutionalized racism. *Phylon*. Vol. 50, n° 1, p. 7 à 22.
- Pedersen, A., W. Iain, M. Rapley et M. Wise. (2003). Anti-racism – What works? *An evaluation of the effectiveness of anti-racism strategies*. Perth [Australie] : Murdoch University, 81 p.
- Paradis, G. (2013). Jamais plus l'inaction à l'égard des droits des Premières Nations. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 104, n° 1, p. e1.
- Garcia, J.J.L. et M.Z. Sharif. (2015). Black lives matter: A commentary on racism and public health. *American Journal of Public Health*. Vol. 105, n° 8, p. 27 à 30.



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

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Courriel : ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-6133
Télocopieur : 902-867-6130
Site Web : www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Rédaction : Sume Ndumbe-Eyoh. Des remerciements particuliers vont aux réviseuses internes Dianne Oickle, Connie Clement et Pemma Muzumdar, de même qu'aux réviseurs externes Khalidah Bello, Elizabeth McGibbons, Anthony Morgan, Christine Poz, Diane Smylie et Cheryl Ward pour leurs précieux commentaires sur les versions préliminaires.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-989241-05-9

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 le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccd.ca under the title *Let's Talk: Racism and Health Equity*.