Lutte contre la stigmatisation

vers un système de santé plus inclusif

Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019

Canada

Also available in English under the title:
The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2019:
Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec:
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef au Canada, représentée par la ministre de la santé, 2019

Date de publication : décembre 2019

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat : HP2-10F-PDF
ISSN : 1924-7095
Pub : 190384

Table des matières

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada 4

À propos du présent rapport 7

CHAPITRE 1

Décrire la santé des Canadiens 8

Introduction 8
Faits saillants des tendances en matière de santé 8

CHAPITRE 2

La stigmatisation est un enjeu de santé publique 20

L'expérience de la stigmatisation 20
Les voies de la stigmatisation menant aux résultats de santé 22
Pourquoi il est nécessaire d'avoir recours à un nouveau modèle en matière de stigmatisation 24
Application pratique du Modèle sur la stigmatisation 25
Résister aux répercussions de la stigmatisation 37

CHAPITRE 3

Bâtir un système de santé inclusif 40

Retour sur l'expérience de la stigmatisation 40
Un cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif 42
Principes pour orienter les interventions de lutte contre la stigmatisation 56

La voie à suivre 59

ANNEXE A

Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique au Canada sur l'état de santé de la population 61

Remerciements 70

Références 71

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada

En grande partie, nous sommes une nation en santé. Nous pouvons être fiers des systèmes de santé et sociaux que nous avons au Canada, lesquels contribuent à notre statut. Partant de cette position de force, nous avons une opportunité encore plus grande d'être un chef de file en statut de santé au niveau mondial et de garantir que tous les Canadiennes et les Canadiens puissent atteindre un état de santé optimal. Dans mon rapport annuel de cette année, j'ai choisi de fournir un aperçu des principales tendances en santé publique et de mettre en évidence l'un des facteurs à la base des iniquités en santé: la stigmatisation.

Je suis heureuse de présenter quelques tendances positives en santé cette année, dont l'incidence plus faible de certaines maladies chroniques et non infectieuses. Certains facteurs sociaux contribuant à la bonne santé au Canada s'améliorent également; de plus en plus de personnes poursuivent des études postsecondaires, alors que les taux de pauvreté, notamment la pauvreté infantile, sont à la baisse.

Je reste toutefois préoccupée par des tendances inquiétantes. Avec la hausse importante du nombre de cas de rougeole dans le monde cette année, le risque d'importation et de transmission de la maladie au pays a lui aussi augmenté. Si nous n'améliorons pas notre couverture vaccinale, nous pourrions perdre notre statut d'éradication de la rougeole que nous avons durement gagné. Nous observons un retour des infections transmissibles sexuellement, telles que la syphilis, en plus d'être confrontés par le défi des bactéries résistantes aux antibiotiques causant la gonorrhée. Les taux de vapotage chez les jeunes sont à la hausse tandis que nous ne connaissons pas entièrement les dangers associés au vapotage découlant des effets potentiels sur le système respiratoire à l'incidence du tabagisme chez les jeunes. La crise des opioïdes se poursuit, alors que ces derniers ont causé plus de 12 morts par jour en 2018. Les dommages pourraient être encore plus grands si une gamme de mesures axées sur la prévention, la réduction des méfaits et le traitement n'avait pas été mise en place.

Heureusement, toutes ces tendances sont réversibles. Nous savons ce que nous avons à faire, mais nous devons premièrement remanier la façon dont nous mettons en œuvre des mesures de santé publique éprouvées dans le contexte actuel. Pour y parvenir, il est important que nous communiquions aux Canadiens de l'information qui est fiable et fondée sur des données probantes dans cette ère de mésinformation et de désinformation.

Bien que les politiques et les programmes de santé publique devraient profiter à tous, les iniquités persistantes sur le plan de la santé empêchent de nombreuses personnes d'atteindre leur état de santé optimal. Souvent, seule la façon dont

les gens sont traités permet d'expliquer ces différences. Voilà pourquoi j'ai décidé d'orienter mon rapport annuel sur la stigmatisation et la santé.

La stigmatisation nous affecte tous. Chacun d'entre nous est vulnérable à la pratique lente et insidieuse que représente la déshumanisation des autres. Il incombe à tous et à chacun de reconnaître la stigmatisation et d'y mettre fin.

Voici les faits. La stigmatisation est liée à des résultats de santé physique et mentale plus faibles. Il n'est pas possible de comprendre et de traiter de manière distincte la stigmatisation et la discrimination de personnes vivant avec un problème de santé, comme une maladie mentale, un trouble lié à la consommation de substances ou le VIH, sans tenir compte d'autres caractéristiques telles que la race, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et le revenu.

Ces nombreuses formes de stigmatisation, qui se recoupent de façons complexes, sont bel et bien présentes dans notre système de santé; elles empêchent les personnes qui en ont le plus besoin d'obtenir des soins efficaces et d'accéder à des services. Cela veut dire que nous, en tant que chefs de file du système de santé et praticiens, contribuons à des résultats de santé négatifs.

Le présent rapport offre une solution.

Il est possible de renforcer notre mode de vie multiculturel et inclusif, tout en reconnaissant et en désignant ouvertement le racisme, le sexisme, l'homophobie, la transphobie et les autres stigmates liés aux identités sociales. Nous pouvons cesser d'utiliser un langage déshumanisant, examiner nos propres suppositions, et mettre en œuvre des politiques et programmes d'éducation, tout en mesurant nos progrès vers l'élimination de la stigmatisation dans l'ensemble du système de santé. Comprendre les pratiques, les expériences et les facteurs communs aux multiples préjugés nous permettra de trouver plus facilement des interventions plus collaboratives et efficaces.

Il est difficile de faire face à nos vulnérabilités en tant qu'individus et organisations alors que nous sommes censés prendre soin des autre, mais ne parvenons toujours pas à mettre sur pied un système de santé sécuritaire, efficace et sensible qui met les personnes à l'avant-plan. Toutefois, avec une dose d'humilité et en établissant des liens plus approfondis avec les personnes qui sont victimes de stigmatisation, nous pouvons rompre le narratif « eux contre nous » et concevoir le système de santé le plus inclusif au monde.

Dre Theresa Tam
Administratrice en chef de la santé publique du Canada

Nous tenons d'abord à souligner respectueusement que les terres sur lesquelles nous avons élaboré ce rapport font partie du territoire traditionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, peuples possédant tous leurs propres histoires et cultures. Nous souhaitons mettre en place des partenariats respectueux avec les Autochtones dans le but de paver la voie vers une guérison et une réconciliation collectives véritables.

Nous tenons également à reconnaître les terres sur lesquelles nous nous sommes rassemblés dans le cadre de la tenue de groupes de discussion ayant contribué au présent rapport :

- Nous reconnaissons que le groupe de discussion d'Ottawa s'est rassemblé sur le territoire traditionnel non cédé du peuple Algonquin.
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Toronto s'est rassemblé sur le territoire traditionnel des peuples wendat, anishnaabeg, haudenosaunee, métis et de la Première Nation des Mississaugas de New Credit.
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Montréal s'est rassemblé sur le territoire traditionnel non cédé du peuple mohawk
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Vancouver s'est rassemblé sur le territoire traditionnel non cédé des peuples des Salish de la côte, y compris les territoires des nations Musqueam, Squamish, Stó:lō, et Tsleil-Waututh.

« Une plus grande attention doit être accordée au fait que la stigmatisation est un déterminant social de la santé des populations — cela risque d'engendrer une nouvelle perspective sur les tendances documentées relatives à la santé de la population. »[1]

À propos du présent rapport

Chaque année, l'administrateur ou l'administratrice en chef de la santé publique rédige un rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Ces rapports visent à mettre en lumière certaines questions de santé publique tout en favorisant le dialogue. Ces rapports peuvent également entraîner des mesures servant à améliorer et à protéger la santé des Canadiens.

Le rapport de cette année présente un résumé de l'état de santé général des Canadiens et comment certaines populations vivent avec une qualité de santé qui se veut moindre que celle du reste de la population. L'autre partie du rapport est axée sur la stigmatisation, l'une des raisons permettant d'expliquer ces différences.

Santé des Canadiens

Le chapitre 1 s'appuie sur des indicateurs du Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique au Canada sur l'état de santé de la population (annexe A), ainsi que sur d'autres données nationales portant sur la santé des Canadiens. Certaines inégalités en santé sont mises en évidence à l'aide d'exemples clés. Le tableau de bord présente une répartition des indicateurs nationaux par sexe lorsque ces données sont disponibles. Au cours de la dernière année, de nouvelles données ont été publiées et les valeurs des indicateurs ont été actualisées, tandis que dans d'autres domaines, les valeurs des indicateurs de l'année dernière sont demeurées les mêmes.

Stigmatisation et santé

Le chapitre 2 présente un modèle sur la stigmatisation et la santé mettant en évidence les mécanismes reliant la stigmatisation aux mauvais résultats de santé et la façon dont les différents stigmates sont liés entre eux. Ce nouveau modèle illustre la façon dont les facteurs et les pratiques de stigmatisation différents, y compris ceux dans le système de santé, peuvent mener à des inégalités en santé. Le chapitre 3 présente un cadre d'action comportant une gamme de mesures fondées sur des données probantes pouvant être mises en œuvre simultanément afin de réduire la stigmatisation dans l'ensemble du système de santé. Ces deux chapitres examinent un nombre de stigmates liés à la santé ainsi que de stigmates associés aux identités sociales.

L'information présentée dans les chapitres sur la stigmatisation a été résumée à partir d'un examen des données probantes tirées des bases de données sur les sciences sociales et les sciences de la santé. Au moment de faire la synthèse des données, la priorité a été accordée aux revues systématiques, lesquelles ont été complétées par des études primaires. L'examen des données probantes a ensuite permis de cerner les données les plus fiables, lesquelles nous avons par la suite utilisé dans le cadre du présent rapport. Les études canadiennes, lorsqu'elles étaient disponibles, ont été mises de l'avant. Les pratiques émergentes et prometteuses ont été identifiées par l'entremise d'un examen des données probantes, d'une analyse environnementale et de l'engagement des parties prenantes.

Des citations et des commentaires ont été inclus tout au long des chapitres sur la stigmatisation afin de tenir compte des expériences vécues relativement à la stigmatisation et des solutions pour mettre en place un système de santé inclusif. Ces citations ont été recueillies dans le cadre des cinq groupes de discussion et des huit entrevues menées avec des personnes possédant une expertise en stigmatisation dans l'ensemble du Canada. Les participants comprenaient des professionnels de la santé, des représentants d'organisations communautaires, des fournisseurs de services, des décideurs politiques, des chercheurs, des personnes ayant de l'expérience vécue, ainsi que d'autres personnes travaillant dans le but d'améliorer la santé de leurs communautés. Les domaines d'intérêt comprenaient les stigmates qu'éprouvent les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine et caribéenne et les Canadiens de race noire, les personnes âgées et les membres de la communauté LGBTQ2+, ainsi que l'ensemble des enjeux en santé, notamment la maladie mentale, la consommation de substances, la tuberculose, le VIH et l'obésité.

De plus amples renseignements sur les thèmes soulevés dans les groupes de discussion et les entrevues se trouvent dans le rapport Ce que nous avons entendu.

CHAPITRE 1

Décrire la santé des Canadiens

Introduction

Les Canadiens font partie des gens les plus en santé au monde. En général, nous vivons longtemps et en bonne santé. Il existe néanmoins quelques tendances en santé publique et iniquités en santé qui soulèvent certaines préoccupations.

Le contenu du présent chapitre s'appuie sur les données des indicateurs de santé tirées du Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique au Canada sur l'état de santé de la population (annexe A), ainsi que d'autres sources de données nationales et ouvrages scientifiques traitant de la santé des Canadiens. Les changements apportés à la version précédente du tableau publié dans le *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de santé au Canada 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*, comprennent l'actualisation des valeurs des indicateurs de santé et une ventilation par sexe, lorsque ces données étaient disponibles. Lorsque de nouveaux résultats n'étaient pas disponibles pour un indicateur donné, les résultats publiés de l'année précédente ont été utilisés. Toutefois, il convient de noter que les données à l'échelle nationale peuvent masquer l'état de santé de certains groupes au Canada. Le présent chapitre contient donc quelques exemples de ces iniquités persistantes.

Faits saillants des tendances en matière de santé

L'espérance de vie générale est en train de changer

En 2017,[i] l'espérance de vie à la naissance pour les femmes était de 84 ans, alors qu'elle était de 80 ans pour les hommes.[2] L'espérance de vie est influencée à la fois par le nombre de décès dans une population donnée, ainsi que par l'âge auquel sont survenus ces décès.

L'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon constante pour les deux sexes au Canada, mais des données récentes suggèrent que cette tendance pourrait commencer à changer. De 2016 à 2017, pour la première fois en quatre décennies, aucune augmentation n'a été observée d'une année à l'autre dans l'espérance de vie à la naissance chez les hommes ou les femmes.[2]

Malgré cela, certaines tendances encourageantes de l'espérance de vie ont été observées. Au cours des trois dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance des hommes s'est graduellement rapprochée de celle des femmes; l'écart entre les sexes a donc diminué.[2] L'espérance de vie à la naissance a favorablement été influencée en 2016 à 2017 par le nombre réduit de décès ou de décès ultérieurs résultant d'un cancer ou d'une maladie du système circulatoire.[2]

On a observé une espérance de vie changeante dans l'ensemble des groupes d'âge. Les personnes plus âgées ont bénéficié d'une amélioration des taux de mortalité en 2017, ce qui signifie que les Canadiens plus âgés meurent à un rythme plus lent qu'en 2016. Cependant, les gains associés à l'espérance de vie à la naissance découlant des taux de mortalité qui se sont améliorés chez les Canadiens plus âgés sont largement compensés par une augmentation des taux de mortalité chez les adultes plus jeunes. Cette observation est spécialement plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Figure 1).[2]

i Les données sur l'espérance de vie respective s'appuient sur la période de référence 2015-2017.

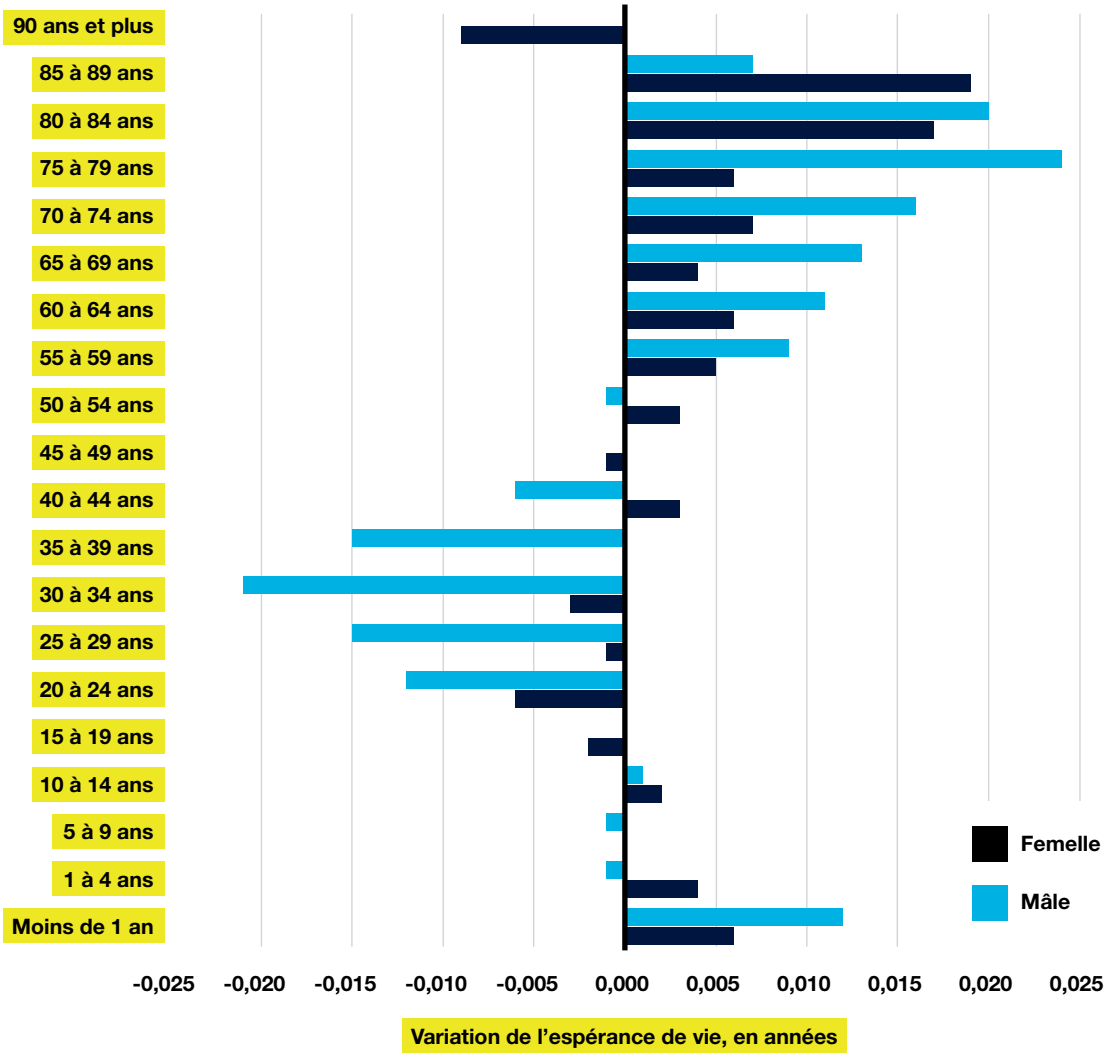
Les inégalités et les iniquités en santé mises en contexte

Les inégalités en santé reflètent les différences dans les résultats de santé. Lorsque ces différences sont liées à des conditions injustes, on les appelle des iniquités en santé. Lorsqu'on développe des rapports sur des populations qui sont affectées de façon disproportionnée par de mauvais résultats de santé, il est important de comprendre le contexte de ces données.

Par exemple, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont eu à surmonter des expériences stigmatisantes et catastrophiques à travers l'histoire, telles que la colonisation, le racisme, la perte de terres ancestrales et d'institutions politiques, ainsi que des tentatives d'assimilation culturelles. Les mauvais résultats de santé liés à la consommation de substances et à la santé mentale constituent des exemples des effets durables d'un traumatisme intergénérationnel (c'est-à-dire la transmission de conséquences négatives d'une génération à une autre) qui a influé sur la santé des Autochtones au Canada.

Des contextes uniques existent également chez d'autres populations; il est donc important de situer ces populations dans le contexte des conditions historiques, politiques, sociales et économiques. Bien que toutes ces situations ne seront pas discutées dans le présent chapitre en raison du manque de données et de l'espace limité, nous vous invitons à consulter le rapport intitulé Les principales inégalités en santé au Canada si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur les différences en matière de résultats de santé.

FIGURE 1 : Contribution des taux de mortalité par âge toutes causes confondues à la variation de l'espérance de vie à la naissance de 2016 à 2017, selon le sexe



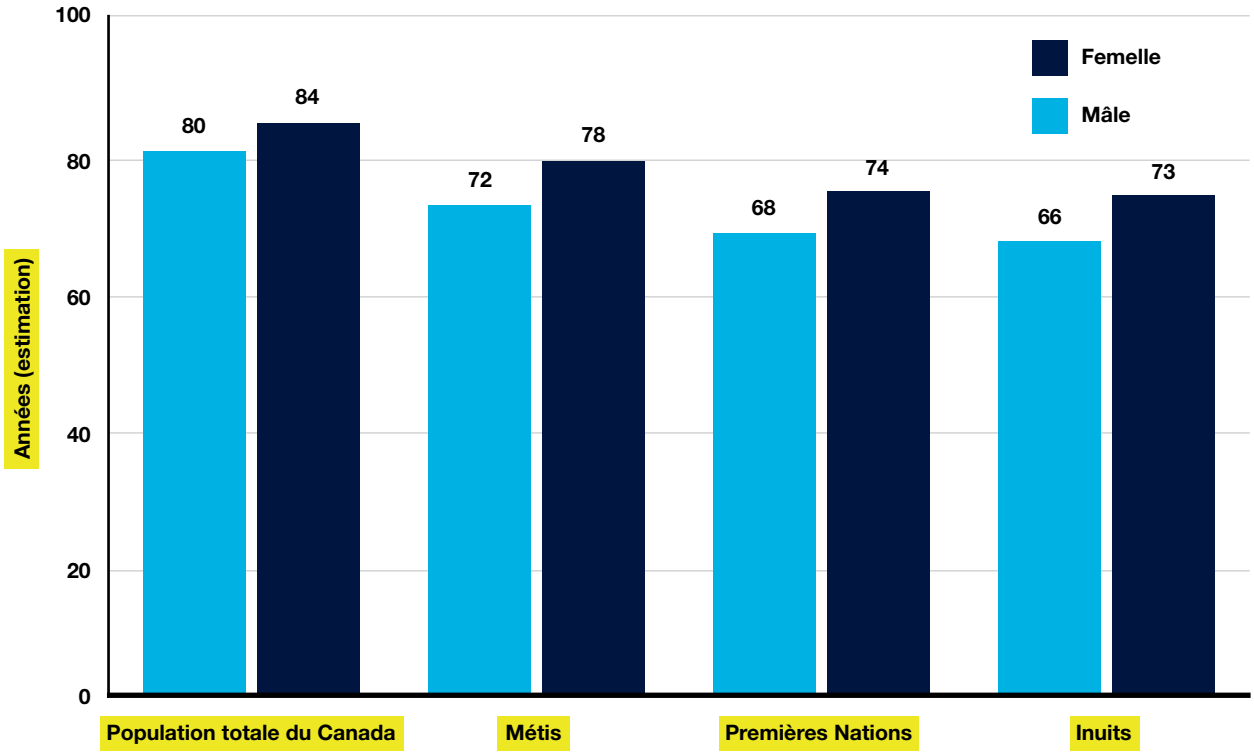
Source : Statistique Canada. Variation de l'espérance de vie selon certaines causes de décès, 2017.

L'augmentation du nombre de décès chez les jeunes adultes est principalement attribuable à l'augmentation du nombre de décès par surdoses liées aux opioïdes, notamment chez les hommes jeunes et d'âge moyen. Les décès liés aux opioïdes ont eu des répercussions particulièrement graves sur l'espérance de vie pour les deux sexes, mais davantage chez les hommes de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, contribuant ainsi aux diminutions relevées dans l'espérance de vie dans les deux provinces de 2016 à 2017.[2]

Lorsqu'on se penche sur les différents groupes au Canada, on constate que l'espérance de vie est systématiquement inférieure chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. D'autres différences observées au niveau de l'espérance de vie sont cohérentes avec ce que l'on connait déjà sur les déterminants sociaux de la santé, notamment que les personnes vivant avec des revenus plus faibles ont une plus faible espérance de vie que la population générale. Nous disposons également de très peu de données sur certaines populations. Par exemple, les données sur l'espérance de vie chez certaines populations, dont certains groupes raciaux ou encore les personnes LGBTQ2+, ne sont pas encore connues.[3]

Comme l'illustre la figure 2, chez les Autochtones, l'espérance de vie à la naissance chez les Inuits est estimée être la plus faible au Canada, soit jusqu'à 14 ans de moins chez les hommes et jusqu'à 11 ans de moins chez les femmes, comparativement à l'ensemble de la population canadienne[4]. Il est important de situer ces données dans leur contexte afin d'étayer cette différence; l'héritage de la colonisation et du traumatisme intergénérationnel a entraîné et continue d'entraîner des iniquités systémiques en matière de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.[5]

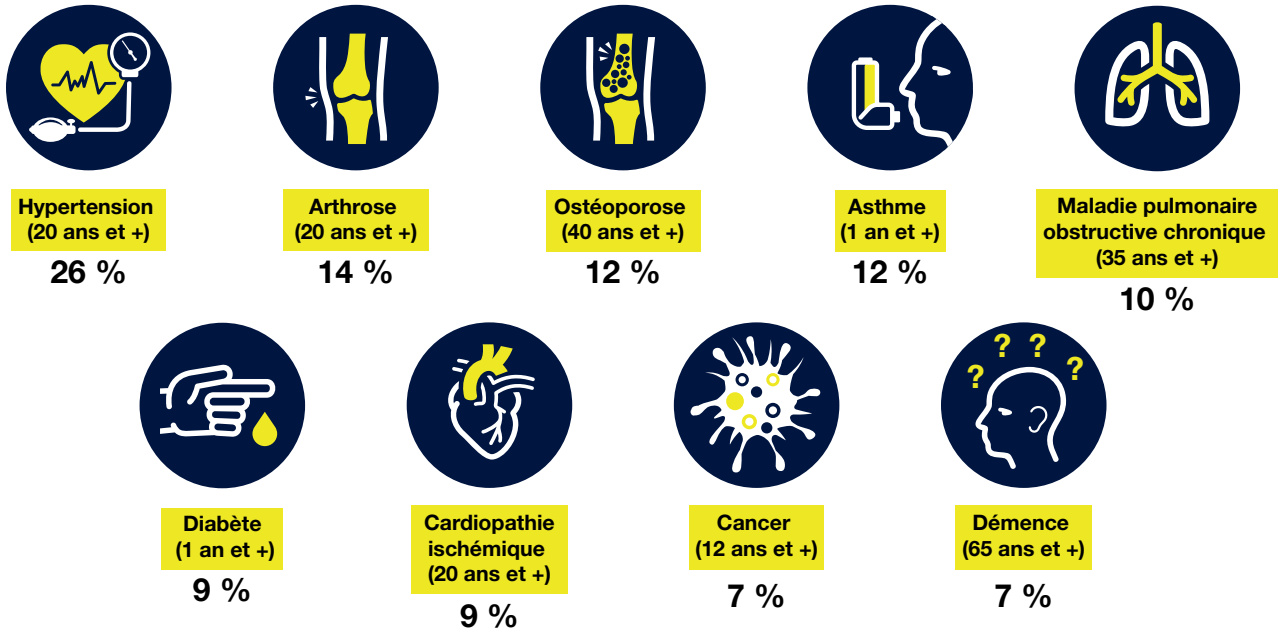
FIGURE 2 : Espérance de vie prévue à la naissance, par sexe, selon l'identité autochtone, Canada, 2009-2011



Source : Adapté de l'Outil de données sur les inégalités en santé pancanadiennes, édition 2017.

FIGURE 3 : Taux de prévalence des maladies chroniques courantes

Les taux de prévalence[ii] parmi certaines des maladies chroniques les plus courantes[iii] sont :



Bien que les troubles de l'humeur font partie des maladies chroniques les plus courantes, elles sont décrites dans une section distincte.

Source : Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada, Statistiques rapides, édition 2018.

Les maladies chroniques demeurent le principal fardeau des maladies

Les maladies chroniques demeurent la plus grande cause de morbidité au Canada. Près de la moitié des adultes canadiens âgés de plus de 20 ans rapportent être atteints d'au moins une des dix maladies ou conditions de santé chroniques courantes (Figure 3).[7]

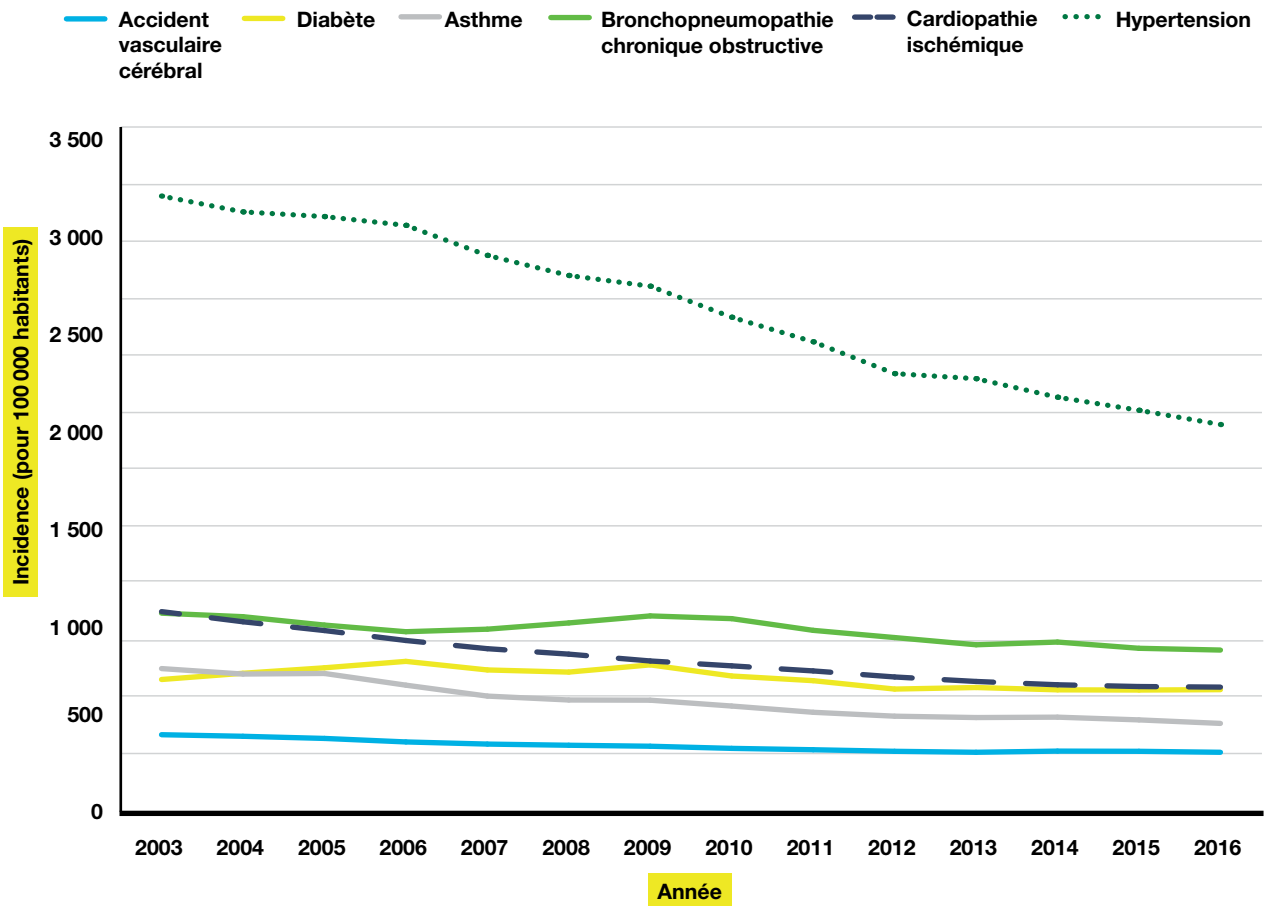
Sur une note positive, des données récentes indiquent une diminution des taux d'incidence[iv] pour un certain nombre de maladies chroniques au Canada (figure 4).[7] Un rapport récent analysant des données nationales tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) au cours de la période de 1999 à 2012 a souligné une diminution générale des tendances liées à l'incidence générale pour les cas diagnostiqués d'asthme, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'hypertension, de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral (AVC).[6] Des données plus récentes du SCSMC réitèrent la poursuite de ces tendances entre 2003 et 2016 pour l'ensemble des maladies chroniques décrites et indiquent une baisse du taux d'incidence du diabète à partir de 2006.[7, 8] La baisse observée dans les taux d'incidence de maladies chroniques peut être influencée par des facteurs comme l'utilisation de différentes stratégies pour diagnostiquer, gérer et déclarer les maladies chroniques à l'échelle du pays. Il sera nécessaire d'entreprendre des enquêtes plus approfondies afin de comprendre pleinement ce que ces observations signifient.

ii Le terme « prévalence » est utilisé lorsqu'on fait référence au nombre de personnes vivant avec un problème médical pour une période donnée.

iii De nombreuses maladies chroniques sont influencées par des facteurs de risque modifiables, lesquels ne sont pas traités dans le présent rapport. Veuillez-vous reporter au rapport annuel de l'ASCP de 2018.

iv Le terme « incidence » est utilisé lorsqu'on fait référence à un nombre de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de problème de santé pour une année donnée.

FIGURE 4 : Taux d'incidence normalisé des maladies chroniques selon l'âge (2003-2016, Canada)



Source : Fichiers de données du Système de surveillance des maladies chroniques (en date d'août 2019).[7]

Les données canadiennes suggèrent également une possible diminution dans les taux d'incidence de cas de démence nouvellement diagnostiqués, dont la maladie d'Alzheimer (annexe A).[9,10] Récemment, une Commission Lancet s'est penchée sur les facteurs liés au mode de vie qui pourraient influencer le risque de développer la démence. Les données probantes indiquent qu'un mode de vie sain et des niveaux de scolarité supérieurs peuvent contribuer à prévenir ou à retarder la démence.[11] Bien que le taux d'incidence soit à la baisse au Canada, on prévoit que le fardeau associé à la maladie d'Alzheimer et à la démence continuera de s'alourdir en raison de la population vieillissante, de la population en pleine croissance ainsi que du meilleur taux de survie. En conséquence, entre 2005 et 2016, le taux de prévalence normalisé selon l'âge pour la démence a augmenté de 12 %.[7]

Il existe des inégalités pour l'ensemble des maladies chroniques. Par exemple, les Canadiens d'origine sud-asiatique et les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire d'âge adulte sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le diabète que les Canadiens de race blanche d'âge adulte.[3] Les données probantes montrent que les taux de démence, y compris une apparition plus précoce de la maladie sont beaucoup plus susceptibles au sein des populations des Premières Nations comparativement à la population canadienne générale.[10, 12]

Les problèmes de santé mentale continuent d'affecter les Canadiens

La bonne nouvelle est que 69 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré que leur état de santé mentale était très bon ou excellent en 2018. Parallèlement, le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus qui ont indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie, ou la dysthymie (c.-à-d. trouble dépressif persistent), s'élevait à 9 % en 2018.[13]

La santé mentale varie considérablement chez les Canadiens, certaines sous-populations étant beaucoup plus susceptibles de déclarer une auto-évaluation plus faible de leur santé mentale. Par exemple, pour la période de 2010 à 2013, les adultes s'identifiant comme bisexuels étaient près de trois fois plus susceptibles de déclarer une auto-évaluation faible que les adultes s'identifiant comme hétérosexuels, tandis que les adultes s'identifiant comme gais ou lesbiennes, étaient environ deux fois plus susceptibles de le faire. Ces taux plus élevés pourraient être associés au stress internalisé lié aux attentes relatives au genre et à l'expérience de discrimination.[3]

Au Canada, les taux de suicide sont demeurés stables de 2000 à 2017. En moyenne, 11 Canadiens meurent par suicide chaque jour.[14] En 2017, le taux de suicide chez les hommes était trois fois plus élevé que chez les femmes. Les taux de suicide étaient les plus élevés chez les hommes d'âge moyen.[14] Certaines communautés autochtones sont plus touchées que d'autres; les régions où la population inuite est relativement élevée avaient un taux de suicide 6,5 fois plus élevé que les régions avec une faible concentration d'Autochtones.[3] Les taux de suicide dans les régions habitées par des personnes des Premières Nations et des Métis étaient également beaucoup plus élevés (quatre et trois fois plus élevés, respectivement) que les régions avec une majorité de population non-autochtone.[3] Les effets du traumatisme intergénérationnel peuvent se manifester dans de mauvais états et de mauvaises pratiques de santé mentale, lesquels peuvent en revanche exposer ces personnes à un risque plus élevé de suicide. Cependant, il convient de noter que ce ne sont pas toutes les communautés de Premières Nations qui présentent des taux de suicide élevés. Par exemple, plus de 60 % des bandes des Premières Nations affichaient un taux de suicide de zéro.[15] Les facteurs de protection visant à atténuer les risques peuvent comprendre des possibilités de parler et d'apprendre sa langue traditionnelle, son identité culturelle, et de rétablir le lien avec la terre.[16, 17]

La consommation de substances

La consommation de substances et ses méfaits connexes demeurent un enjeu de santé publique préoccupant et une priorité nationale. Les drogues illicites contaminées avec du fentanyl ou ses analogues très toxiques continuent d'alimenter le nombre de décès attribuables aux opioïdes.[18] La réduction ou la prévention de méfaits liés à l'alcool représentent également un défi persistant, en plus d'adresser des préoccupations émergentes comme le tabagisme et le vapotage de nicotine chez les jeunes.

Les taux élevés de décès liés aux opioïdes continuent

À l'échelle nationale, plus de 12 décès apparemment liés aux opioïdes sont survenus en moyenne par jour en 2018.[18] Au début de 2019, 82% des décès attribuables aux accidents liés aux opioïdes impliquaient du fentanyl ou de ses analogues.[19] On observe toujours des variations régionales; certaines provinces et certains territoires (plus particulièrement la Colombie-Britannique et l'Alberta) sont plus touchés que d'autres. Les données de 2018 indiquent que, dans l'ensemble, les hommes représentaient les trois quarts des décès accidentels apparemment liés aux opioïdes au Canada.[18] Encore en 2018, le plus grand nombre de décès accidentels apparemment liés aux opioïdes est survenu chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen; 27 % des décès ont été déclarés chez les personnes âgées de 30 à 39 ans, suivi de 22 % chez celles âgées de 40 à 49 ans, 21 % chez celles âgées de 50 à 59 ans, et 20 % chez celles âgées de 20 à 29 ans.[18] Même si on ne dispose pas de renseignements nationaux complets sur les méfaits liés aux opioïdes chez les Autochtones, les données disponibles suggèrent une augmentation dans la consommation d'opioïdes et des méfaits connexes, y compris des taux d'hospitalisation, d'accidents, et de décès plus élevés dans certaines collectivités autochtones, comparativement à la population canadienne générale.[258] Dans ce contexte, il convient de souligner que les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont vécu un traumatisme, de la violence et du racisme systémique intergénérationnels, lesquels contribuent de façon directe ou indirecte à des taux de consommation de substances plus élevés.[20, 21]

Augmentation du vapotage chez les jeunes

Le vapotage consiste en l'inhalation d'une vapeur générée par une cigarette électronique ou un autre dispositif de vapotage. En 2017, 32 % des fumeurs actuels ou des anciens fumeurs ont déclaré avoir utilisé des cigarettes électroniques au cours des

deux dernières années dans le but de les aider à cesser de fumer.[22] Chez les 3 % de Canadiens âgés de 15 ans et plus ayant utilisé un produit de vapotage au cours des 30 derniers jours en 2017, 65 % d'entre eux étaient des fumeurs actuels, 20 % étaient d'anciens fumeurs et 15 % ont déclaré n'avoir jamais fumé de cigarettes.[22]

L'utilisation accrue des produits de vapotage chez les jeunes est une nouvelle tendance préoccupante pour la santé. Le vapotage peut accroître le risque de dépendance à la nicotine et pourrait altérer le développement du cerveau chez les jeunes.[23] On ignore toujours l'effet à long terme que représente l'exposition à des produits chimiques nocifs, comme le formaldéhyde, l'acroléine, les métaux, et à d'autres contaminants par le vapotage. Les données probantes suggèrent qu'il existe un risque accru de maladie respiratoire chez les utilisateurs de dispositifs de vapotage, ce qui souligne la nécessité d'entreprendre des études plus approfondies sur le sujet.[24, 25] En 2017, environ 15 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà essayé un produit de vapotage; la plus grande probabilité d'utilisateurs se trouvait chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (23 %) et chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (29 %).[22] Selon une méta-analyse récente, les adolescents et les jeunes adultes qui avaient déjà utilisé des cigarettes électroniques étaient près de quatre fois plus susceptibles de commencer à fumer la cigarette que ceux qui n'avaient jamais utilisé de cigarettes électroniques[26]. Par conséquent, de 2017 à 2018, le pourcentage de jeunes Canadiens âgés de 16 à 19 ans ayant déclaré avoir vapoté au cours du dernier mois a augmenté de façon considérable, soit de 74%.[27] Il est toutefois nécessaire d'entreprendre des études plus approfondies pour mieux comprendre l'association possible existant entre le vapotage et l'usage du tabac au Canada ainsi que leurs répercussions sur la santé.

Augmentation de la consommation de cannabis chez les adultes âgés de 25 ans et plus

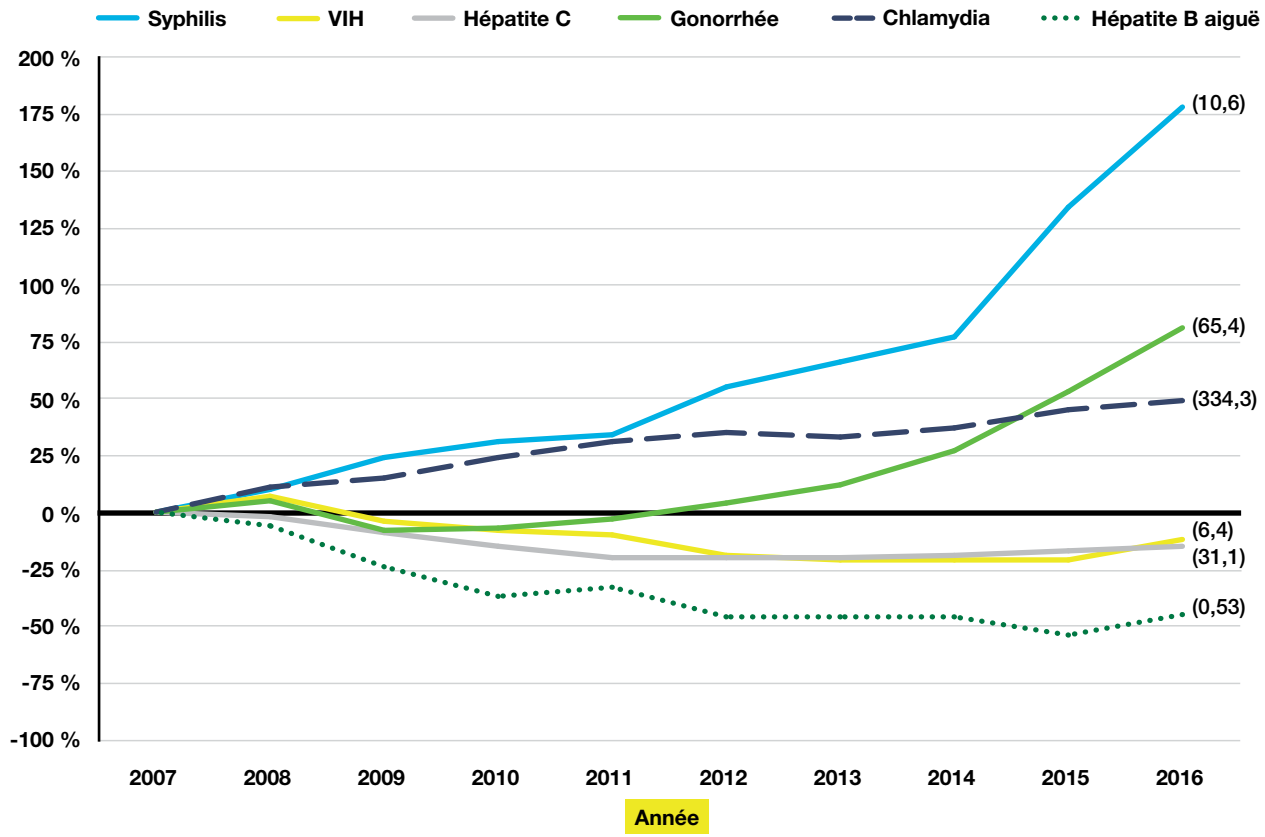
En 2017, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année s'élevait à 15 %, soit une augmentation de 3 % comparativement à la prévalence de 2015.[22] Aucun changement n'a été constaté dans la consommation fréquente de cannabis entre 2015 et 2017 — environ 3 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré une consommation de cannabis quotidienne ou presque quotidienne au cours des trois derniers mois. Il convient de souligner que la plupart des données disponibles sur la consommation de cannabis sont antérieures à la légalisation du cannabis au Canada en 2018.[28] Par conséquent, la déclaration de la consommation de cannabis s'est améliorée avec la mise en place du Centre de statistiques sur le cannabis en 2018, qui surveille maintenant la consommation de cannabis sur une base trimestrielle.[29]

La consommation de cannabis varie selon l'âge. En 2017, la consommation de cannabis au cours de la dernière année était la plus importante chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (19 %) et chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (33 %) comparativement aux adultes âgés de 25 ans et plus (13 %). Comparativement à 2017, la consommation de cannabis au cours de la dernière année chez les adultes âgés de 25 ans et plus est passée de 10 % à 13 % en 2015; cependant les données sont demeurées les mêmes chez les autres groupes d'âge.[22] Des études nationales et régionales ont soulevé des différences dans la consommation de cannabis chez les jeunes en fonction de la race des répondants; les jeunes Autochtones constituait le groupe le plus susceptible de déclarer une consommation de cannabis récente et à long terme.[30, 31]

À la fin de 2018, l'accès des consommateurs aux sources de cannabis était en grande partie liée à leurs raisons d'en consommer. Quatre-vingt-six pour cent (86 %) des consommateurs à des fins médicales détenant un document médical se sont procuré du cannabis auprès de détaillants légalement autorisés ou de producteurs en ligne autorisés, contrairement à 26 % des consommateurs à des fins non médicales.[32] Quarante-deux pour cent (42 %) des consommateurs à des fins non médicales ont déclaré s'être procuré du cannabis auprès de sources illicites tandis que 54 % d'entre eux ont déclaré s'en être procuré auprès d'amis ou de membres de leur famille.[32]

Un important contributeur aux méfaits liés à la consommation de cannabis constitue le risque plus élevé d'accidents liés à la conduite de véhicules à moteur sous l'influence du cannabis.[33] Lorsqu'on a interrogé les consommateurs de cannabis qui sont titulaires d'un permis de conduire valide, quatorze pour cent (14 %) d'entre eux ont admis avoir conduit un véhicule dans les deux heures suivant la consommation de cannabis. Les hommes étaient près de deux fois plus susceptibles de conduire sous l'influence du cannabis que les femmes.[34]

FIGURE 5 : Changement de pourcentage dans les taux déclarés de certaines ITSS au Canada (2007-2016)



Les pourcentages à gauche représentent le changement de pourcentage relativement à l'année de référence 2007. Les valeurs entre parenthèses représentent les taux d'infection de 2016 par 100 000 habitants.

Source : Adapté de *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang.*[37]

Les taux de consommation abusive d'alcool demeurent dangereusement élevés

L'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée chez les adultes et les jeunes. En 2017, 78 % de la population âgée de plus de 15 ans a déclaré avoir bu de l'alcool au cours de la dernière année.[22] En 2017, 57 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont rapporté avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année.[22] Toutes ces données sont demeurées les mêmes qu'en 2015.

Les taux de consommation abusive d'alcool sont demeurés stables de 2017 à 2018, avec 19 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus déclarant une consommation abusive d'alcool en 2018.[13] Par « consommation abusive d'alcool », on entend le fait de consommer cinq verres standard d'alcool ou plus pour les hommes ou quatre verres standard d'alcool pour les femmes, en une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.[35]

Le taux d'hospitalisations liées à l'alcool a augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Plus de 25 000 femmes ont été hospitalisées en lien avec l'alcool, ce qui représente une augmentation de 3 % depuis la période de 2015-2016 à 2016-2017. En revanche, l'augmentation chez les hommes était de 0,6 %.[36] Il y a des différences quant à la consommation abusive d'alcool à l'échelle de la population. Par exemple entre 2010 et 2012, près de 22 % des adultes blancs ont déclaré une consommation abusive d'alcool, ce qui est largement supérieur à la consommation d'alcool abusive déclarée chez 7% des adultes d'origine africaine, caribéenne, noire, asiatique et arabe. Similairement, les femmes bisexuelles

et lesbiennes étaient près de deux fois plus susceptibles de déclarer une consommation abusive d'alcool que les femmes hétérosexuelles.[3]

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont à la hausse

Des augmentations préoccupantes de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont été observées au Canada. De 2007 à 2016, les taux déclarés pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ont augmenté de 49 %, 81 % et 178 %, respectivement (figure 5).[37] En outre, six cas de syphilis congénitale ont été déclarés au Canada en 2015, renversant la tendance antérieure à la baisse observée entre 2011 et 2014.[38] Ce résultat est alarmant, car il coïncide avec une hausse du nombre de cas de syphilis chez les femmes en âge de procréer. Cependant, de nombreux facteurs, autre qu'une hausse réelle de l'incidence, peuvent expliquer dans une certaine mesure cette tendance à la hausse; notons plus particulièrement l'amélioration des outils de diagnostic, de la recherche de contacts, et de la détection des cas.[39]

Bien que le nombre de cas d'infection au VIH nouvellement diagnostiqués demeure relativement stable au Canada, on estimait que 14 % des personnes atteintes de VIH ignoraient leur état en 2016.[40] De manière semblable, en 2016, les taux nationaux d'infection à l'hépatite C sont demeurés stables au cours de plusieurs années antérieures.[41] On estime que 44 % des Canadiens atteints de l'hépatite C ne sont pas conscients de leur état.[42]

Certaines communautés sont affectées de manière disproportionnée. Par exemple, les hommes gais et bisexuels ainsi que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes représentent plus de 50 % des nouveaux cas d'infection au VIH en 2016, même s'ils ne représentaient qu'environ 3 % de la population masculine du Canada. Les Autochtones représentaient 11 % des nouveaux cas d'infection au VIH en 2016, alors qu'ils ne représentaient que 5 % de la population générale.[40]

Certaines sous-populations présentent un risque élevé d'infections à l'hépatite C, par exemple les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes incarcérées.[42]

Les taux de vaccination actuels n'atteignent pas les cibles nationales

Pendant de nombreuses décennies, les vaccins ont contribué à la prévention et au contrôle de la propagation de maladies infectieuses graves au Canada et à l'étranger. Cependant, pour que la protection vaccinale soit efficace au niveau de la population, l'établissement et le maintien des taux de vaccination doivent demeurer élevés dans l'ensemble du pays. Depuis 2011, peu de progrès ont été réalisés pour atteindre les cibles de vaccination nationales chez les enfants pour plusieurs maladies préventives par la vaccination, comme la rougeole et la polio (annexe A).[43]

Par exemple, en ce qui concerne la rougeole, la maladie a été déclarée éliminée au Canada en 1998, ce qui est arrivé peu de temps après l'introduction d'une deuxième dose systématique de vaccin contre la rougeole au calendrier de vaccination des enfants, avant l'entrée à l'école.[44] Malgré ce succès, le taux de couverture nationale du vaccin contre la rougeole chez les enfants âgés de deux ans n'était que de 90 % en 2017, ce qui est inférieur à la couverture vaccinale nécessaire de 95 % au niveau de la population pour maintenir l'éradication de la rougeole.[45] Au cours des deux dernières décennies, des cas et des éclosions de rougeole sont survenus de manière intermittente au Canada, allant de quelques cas secondaires à plus de 680 cas par éclosion (figure 6).[46-50] Ces cas et ces éclosions ont été associés à des personnes ayant contracté la rougeole lors d'un voyage international.

La résistance aux antimicrobiens et l'utilisation inutile d'antibiotiques constituent une menace émergente

La résistance aux antimicrobiens (RAM) s'entend de la capacité des microorganismes à l'origine de maladies de résister aux traitements antimicrobiens, comme les antibiotiques, limitant ainsi les options de traitement disponibles. L'Organisation mondiale de la santé a désigné la RAM comme l'une des dix pires menaces à la santé mondiale. La mondialisation, les voyages et le tourisme médical signifient que le Canada ne peut échapper à cette menace.[51, 52] Sans contrôle adéquat, on estime que la RAM pourrait causer 10 millions de décès par année dans le monde entier d'ici 2050.[53]

À l'échelle nationale, des tendances préoccupantes liées à la RAM ont été observées pour plusieurs maladies infectieuses. Par exemple, les taux d'infections à *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline*

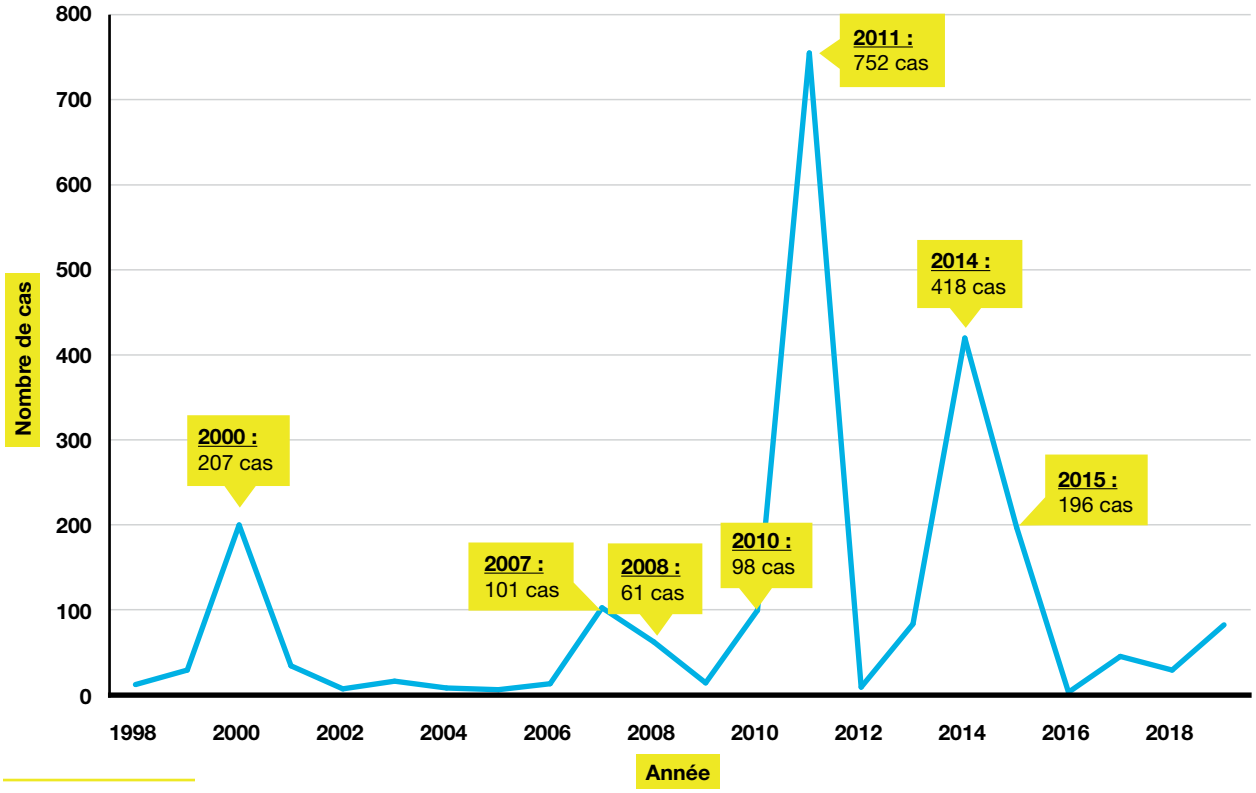
(SARM) acquises dans la communauté ont augmenté de 62 % entre 2012 et 2017, tandis que les infections à *Neisseria gonorrhoeae* résistant à l'azithromycine ont augmenté de 50 % entre 2015 et 2016.[52] Bien que les taux d'infection à certains des organismes les plus résistants, dont les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC), aient été stables, une tendance très inquiétante peut être observée du fait que, entre 2014 et 2017, le nombre de personnes qui ont été porteuses de ces bactéries a quintuplé.[54] Certains progrès ont cependant été réalisés au Canada afin de réduire la RAM, essentiellement dans le contexte hospitalier. Par exemple, entre 2012 et 2017, le nombre d'infections à *Clostridioides difficile* et à SARM associées aux soins de santé a diminué de 36 % et de 6 %, respectivement.[54]

Les menaces associées à la RAM ne se limitent pas exclusivement à celles liées aux infections bactériennes; les infections fongiques multirésistantes causées par le *Candida auris*, par exemple, constituent également une préoccupation. Signalé pour la première fois au Japon en 2009, le premier cas importé décrit au Canada remonte à 2017.[55] En date de juillet 2019, 20 cas de *Candida. auris* ont été déclarés au Canada.[8]

L'utilisation d'antibiotiques est largement répandue chez l'humain, tout comme dans la médecine vétérinaire et dans l'industrie agricole. La prévalence de la RAM est fortement associée à l'utilisation d'antibiotiques; une utilisation réduite en matière d'antibiotiques peut donc contribuer à réduire le développement de la RAM.[56] Au Canada, 92 % de tous les antibiotiques consacrés aux soins de santé humaine sont prescrits dans la communauté, essentiellement par des omnipraticiens (65 %), des dentistes, des infirmières et des infirmiers, et des pharmaciens (22 %), ainsi que par d'autres spécialistes (13 %).[57]

Il est nécessaire de redoubler d'efforts pour réduire l'utilisation inutile d'antibiotiques.[58] Dans de nombreux cas, on prescrit des antibiotiques pour des indications pour lesquelles l'antibiotique s'avère inefficace, notamment dans le cas d'infections virales.[56, 59] Cela accélère non seulement le développement de la RAM, mais expose également le patient au risque d'effets secondaires sans lui procurer d'avantages. Selon certaines études, on estime que de 30 % à 50 % de toutes les ordonnances d'antibiotiques en consultation externe ne sont pas appropriées.[60, 61]

FIGURE 6 : Nombre annuel de cas de rougeole confirmés (1998-2019, Canada)[v]



v 75% ou plus de tous les cas annuels confirmés de rougeole étaient liés à une seule éclosion survenu la même année.

Les changements climatiques ont des répercussions sur la santé et le bien-être

Notre climat est en pleine évolution. Le Canada se réchauffe à environ deux fois du rythme mondial, tandis que le nord du Canada s'est déjà réchauffé à près de trois fois du rythme mondial.[62-64] Le rapport sur *Les principaux risques des changements climatiques pour le Canada* (2019) a désigné la santé et le bien-être comme l'un des principaux domaines à risque que posent les changements climatiques pour le Canada. Le rapport souligne qu'il est possible de réduire ces risques de manière significative en adoptant des mesures d'adaptation qui atténuent la vulnérabilité et l'exposition.[65]

Les changements climatiques ont des répercussions directes et indirectes sur la santé et le bien-être. Les phénomènes météorologiques extrêmes comme les inondations, les feux de forêts, et les vagues de chaleur peuvent entraîner des décès, des blessures et des maladies; par exemple, plus de 90 personnes au Québec sont décédées à la suite de la vague de chaleur de juillet 2018.[66] Les changements au niveau des précipitations et de la température ont également une influence sur la propagation de maladies infectieuses induites par le climat.

Les déterminants sociaux de la santé comme le logement, les conditions de travail, et la sécurité alimentaire seront eux aussi affectés par les changements climatiques. Étant donné que les phénomènes météorologiques extrêmes augmentent non seulement le risque de répercussions néfastes sur la santé, mais représentent également un problème pour les systèmes de santé et les établissements de santé, cela entraînera en revanche des conséquences relatives aux soins et à la sécurité des patients ainsi qu'aux coûts des soins de santé.[64]

Les répercussions des changements climatiques sur la santé et le bien-être varieront aussi selon la région. Dans le nord du Canada, les conséquences des changements climatiques sont considérables et répandues. Pensons notamment à la perte des glaces marines, laquelle est associée à des répercussions en matière d'insécurité alimentaire et de santé mentale pour les populations qui dépendent de la glace pour accéder aux territoires de chasse et aux sites traditionnels, ainsi que pour se réapprovisionner en nourriture et en fournitures venues du Sud.[64] À Rigolet, les membres de la communauté de Nunatsiavut ont fait état de leurs sentiments de déplacement étroitement lié à la perturbation de la chasse, de la pêche, de la cueillette, du piégeage et de leurs voyages en raison des répercussions des changements climatiques.[67]

Maladies infectieuses induites par le climat

Les changements au niveau des précipitations et de la température peuvent favoriser la propagation de maladies infectieuses induites par le climat, notamment les zoonoses (c.-à-d. des maladies qui peuvent être transmises entre les animaux et les humains), les maladies à transmission vectorielle, les maladies d'origine alimentaire et les maladies transmises par l'eau :

- Les changements climatiques ont facilité la propagation de la tique responsable de la maladie de Lyme, contribuant en partie à faire passer le nombre de cas de 144 en 2009 à 2 025 en 2017.[68, 69] D'autres maladies transmises par les tiques ont également commencé à voir le jour au Canada, par exemple l'anaplasmose et le virus de Powassan.[68]
- Quatre des cinq bactéries responsables de plus de 90 % des maladies d'origine alimentaire au Canada subissent l'influence des changements climatiques.[70]
- Au cours des 20 dernières années, l'incidence des taux de maladies endémiques transmises par les moustiques, comme le virus du Nil occidental et les virus du sérogroupe Californie, a augmenté au Canada.[71]

Faits saillants des autres facteurs ayant des répercussions sur la santé

On détermine la santé des individus et des populations grâce à un certain nombre de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux. Ces facteurs ont une influence sur la place et la position de pouvoir qu'occupe une personne dans la société ainsi que sur l'accès aux éléments constitutifs d'une bonne santé dont celle-ci dispose. Il est important d'examiner les principales tendances en matière de déterminants de la santé si l'on veut bien comprendre les iniquités existantes en santé et en santé publique.

Fort sentiment d'appartenance à la communauté

Le sentiment d'appartenance à la communauté occupe un rôle important dans le façonnement de la santé mentale; un certain nombre d'indicateurs relatifs au sentiment de solidarité communautaire sont inclus dans le *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive* de l'Agence de santé publique du Canada.[72] En 2018, 68 % de la population âgée de 12 ans et plus ont déclaré éprouver un sentiment d'appartenance à leur communauté locale plutôt fort ou très fort.[13] Certains Autochtones évaluent leur sens d'appartenance à leur communauté locale à un niveau supérieur à la moyenne nationale. Par exemple, près de 81% des Autochtones ont déclaré éprouver un sens d'appartenance à leur communauté locale comme étant plutôt fort ou très fort en 2015-2016.[73] Un profond sentiment d'appartenance à la communauté peut constituer un atout pour favoriser le développement de la résilience et atténuer les effets des iniquités sociales.

Niveau de scolarité supérieur et pauvreté moindre

Le revenu et l'éducation constituent tous deux des principaux déterminants sociaux de la santé qui exercent une influence sur de nombreuses mesures importantes du niveau de santé, comme l'espérance de vie générale. Au cours de la période de 2009 à 2011, les Canadiens vivant dans des quartiers à faibles revenus avaient une espérance de vie à la naissance plus courte d'environ quatre ans que ceux vivant dans des quartiers aux revenus les plus élevés. Par ailleurs, les Canadiens vivant dans des régions où la proportion de gens ne possédant pas de diplôme d'études secondaires est la plus élevée avaient une espérance de vie à la naissance plus courte de près de trois ans, comparativement à ceux vivant dans des régions où la proportion de diplômés universitaires est la plus élevée.[4]

Cette année, il semblerait que les tendances en matière de revenu et d'éducation sont beaucoup plus importantes et prometteuses.

La proportion de Canadiens âgés de 25 à 54 ans[vi] n'ayant pas obtenu de certificat, de diplôme ou de grade a diminué de 51 %, passant de 14 % en 2003 à 7 % en 2018.[74] Cette tendance pourrait être influencée par un tournant générationnel concernant la probabilité de compléter des études postsecondaires.

On a également observé des diminutions considérables dans la proportion de Canadiens sous le seuil officiel de la pauvreté au Canada, lequel sert à mesurer le faible revenu (selon la mesure du panier de consommation[vii]). En 2017, 10 % des Canadiens vivaient sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 16 % en 2006,[75] ce qui représente une diminution de 39 %. Ce changement était encore plus prononcé chez les enfants vivant sous le seuil de la pauvreté, avec une diminution de 53 %, passant de 19 % en 2006 à 9 % en 2017.[75] Malgré cette tendance encourageante, la pauvreté chez les enfants demeure une préoccupation pour certaines populations. Par exemple, en 2015, des taux élevés de pauvreté chez les enfants autochtones ont été déclarés, allant d'une moyenne de 47 % chez les enfants des Premières Nations à 25 % et à 22 % chez les enfants inuits et métis, respectivement. Des données sur les enfants non autochtones indiquent également que les enfants nouvellement immigrés et non caucasiens affichaient des taux de pauvreté de 35 % et de 22 %, respectivement, comparativement à 12 % des enfants du groupe restant.[76]

vi À noter que le Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique au Canada sur l'état de santé de la population rend compte du niveau de scolarité pour les personnes de 25 ans et plus. Un groupe d'âge plus restreint a été choisi pour réduire le risque de confusion possible découlant de l'inclusion des Canadiens plus âgés dans l'analyse.

vii La mesure du panier de consommation est une mesure du faible revenu basée sur le prix d'un panier de biens et de services spécifiques pour mener un mode de vie de base modeste.

CHAPITRE 2

La stigmatisation est un enjeu de santé publique

Certains Canadiens obtiennent des résultats sociaux et de santé moins favorables que d'autres. Les données probantes nous indiquent que cela est en partie attribuable à la façon dont nous nous traitons les uns les autres. Lorsque nous stigmatisons les personnes, nous influons leurs chances de vivre une vie longue et saine.

La stigmatisation affecte la santé des personnes par le stress et d'autres voies physiques. De nombreuses personnes sont exposées à de multiples stigmates, ce qui les empêche d'avoir accès aux ressources dont elles ont besoin pour atteindre une santé optimale, notamment l'éducation, l'emploi, le logement et les services de santé.

Les chapitres portant sur la stigmatisation qui suivent mettront l'accent sur le système de santé, y compris les soins de santé, la santé publique et les autres services paramédicaux. La stigmatisation dans le système de santé peut s'avérer particulièrement préjudiciable, car elle empêche certaines personnes d'accéder aux services et aux ressources d'information en matière de santé dont elles ont besoin, ce qui génère de la méfiance et exacerbe l'exclusion.

L'expérience de la stigmatisation

Nous vous présentons ici Charles et Cynthia, deux personnages fictifs qui sont confrontés à de multiples types de stigmatisation intersectionnels. Ils sont victimes de stigmatisation à la fois dans la société et dans le système de santé, ce qui affecte en retour leur bien-être et leur santé. Dans le chapitre suivant, nous reverrons Charles et Cynthia pour voir comment les choses auraient pu se dérouler autrement pour eux.[viii]

Charles

Charles est récemment déménagé dans une ville de taille moyenne en Ontario. Il sent toujours qu'on le fixe du regard et a même observé des gens traverser de l'autre côté de la rue lorsqu'il marche près d'eux. Il se demande si cela se produit parce qu'il est noir. Charles a passé la majeure partie de sa vie d'adulte avec son conjoint, David. Pendant l'épidémie du sida au cours des années 1980, il a contracté le VIH. Grâce aux traitements actuels, le virus est indétectable dans son corps. Il éprouve toutefois depuis récemment des symptômes et s'inquiète du fait que cela puisse avoir trait à la maladie cardiovasculaire, de laquelle souffraient ses parents. Il sait qu'il doit consulter son nouveau médecin à ce sujet. Cependant, Charles hésite à aller la voir, car des fournisseurs de soins de santé lui ont manqué de respect par le passé.

Charles se rend à un rendez-vous avec son médecin pour discuter de ses symptômes; cependant, elle semble ne pas tenir compte de ses préoccupations. Elle pose plutôt à Charles plusieurs questions sur son état sérologique quant au VIH et si ses pratiques sexuelles sont sans risque. À la fin du rendez-vous, elle suggère seulement à Charles de modifier son

viii Nous reconnaissons que ces cas peuvent être déconcertants. L'objectif est d'utiliser ces personnages fictifs pour mettre en évidence de quelle façon les stéréotypes et la stigmatisation se rattachent souvent à des personnes et à des communautés en raison de leur origine raciale ou de leur identité sexuelle.

régime sans l'aiguiller vers des analyses supplémentaires. Charles quitte les lieux frustré et en éprouvant le sentiment d'avoir été ignoré. Il ne cherche pas à obtenir d'autres soins, car il s'inquiète de ne pas être pris au sérieux encore une fois. Plusieurs mois plus tard, Charles subit une crise cardiaque et il est conduit d'urgence à l'hôpital. Pendant le stade de récupération, Charles sent que les membres du personnel de l'hôpital sont réticents à le toucher et il remarque qu'ils revêtent des gants pour procéder à des tests de routine, comme prendre sa tension artérielle, ce qu'ils ne font pas avec les autres patients. Charles entend deux infirmières chuchoter de son état sérologique quant au VIH. Charles se sent troublé par les soins qu'il a reçus et il se soucie de sa santé future.

Cynthia

Cynthia est une femme crie qui demeure en Saskatchewan avec ses deux jeunes enfants; elle est actuellement enceinte de son troisième. Elle entretient des liens avec des membres de sa collectivité de Premières Nations et reçoit des soins de santé dans un centre de soins de santé pour les membres des Premières Nations. Elle vient d'apprendre qu'elle devra être admise à un grand hôpital pour y recevoir des traitements pour des complications liées à sa grossesse. Elle craint de se rendre à l'hôpital, car au cours de sa première grossesse, son médecin non autochtone n'arrêtait pas de lui poser des questions sur sa consommation de drogues et d'alcool, et d'insinuer qu'elle ne serait peut-être pas en mesure de subvenir aux besoins de son enfant. Elle a retardé de se rendre à l'hôpital parce qu'elle ne veut pas composer avec ce genre de questions ou risquer de perdre ses enfants. Le stress attribué à ses préoccupations fait en sorte qu'elle ne dort pas assez et ne mange pas bien.

En raison de ses expériences négatives antérieures, Cynthia évite de se rendre à l'hôpital à des fins de traitement. Cynthia éprouve des complications graves au cours de son septième mois de grossesse et elle est transportée d'urgence à l'hôpital où elle subit en urgence une césarienne. Son bébé naît avec un poids extrêmement faible à la naissance et devra donc séjourner à l'unité de soins intensifs néonatals pendant au moins un mois. Alors qu'elle récupère, les médecins et les infirmières lui demandent à plusieurs reprises pourquoi elle n'a pas cherché à obtenir de traitement pour éviter ces complications. Cynthia estime qu'ils insinuent qu'elle est une mauvaise mère et qu'ils la blâment pour la naissance hâtive de son enfant. Cynthia se sent seule et s'inquiète des prochaines étapes qu'elle aura à franchir avec son nouveau-né. Elle ne sait pas comment elle pourra lui rendre visite étant donné qu'elle n'a pas de services de garde d'enfants pour ses deux autres enfants. Malgré le fait qu'elle ait exprimé ses préoccupations, les membres du personnel de l'hôpital lui répondent qu'il s'agit d'émotions « normales » après avoir donné naissance; ils ne l'aiguillent ni vers un travailleur social de l'hôpital ni ne lui fournissent de ressources supplémentaires aux fins de soutien. Cynthia quitte l'hôpital avec un sentiment d'impuissance et de stress, ce qui ne fait qu'exacerber ses problèmes d'alimentation et de sommeil existants.

CITATION DE L'ENTREVUE

« La stigmatisation empêche les gens d'atteindre leur véritable potentiel de plusieurs façons. C'est nous, en tant que société qui en payons le prix. »

"There are so, so many ways stigma stops people from reaching their full potential. And we as a society are poorer for that."

Les voies de la stigmatisation menant aux résultats de santé

La stigmatisation commence lorsqu'on étiquette les différences et impose des stéréotypes négatifs à des personnes, créant ainsi une distinction entre « eux » et « nous ». Les personnes qui sont stigmatisées sont dévaluées et font l'objet de discrimination, ce qui correspond à un traitement injuste. Cette injustice peut ensuite entraîner un désavantage ainsi que des résultats sociaux et de santé inéquitables.[ix] La stigmatisation survient dans les institutions (p. ex., dans les organisations de soins de santé), au niveau de la population (p. ex., dans les normes et les valeurs), dans le cadre de relations interpersonnelles (p. ex., mauvais traitement) et à l'interne (p. ex., l'estime de soi et la valeur personnelle que l'on s'accorde).

On peut voir la stigmatisation à la fois comme une cause et un effet; elle continue de justifier la dévaluation des personnes par les stéréotypes et l'exclusion.[77] À moins de mettre fin activement à ce cycle, la séparation entre « eux » et « nous » est renforcée par une dynamique de pouvoir inégale dans la société. Les personnes et les institutions détenant les ressources et le pouvoir, y compris les organismes de santé, façonnent les lois, les politiques et les normes sociales qui peuvent influer sur ce que l'on considère « normal » et « acceptable ». Dans le système de santé, cette dynamique de pouvoir existe également entre les fournisseurs de soins de santé et les patients.

La stigmatisation peut cibler différentes identités, caractéristiques, attitudes, pratiques et conditions de santé.[77] Par exemple, la stigmatisation peut être fondée sur la race, le genre et l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, la langue, l'âge, la consommation de substances, la capacité et la classe sociale. La stigmatisation fondée sur les problèmes de santé comprend notamment l'obésité, les troubles liés à la consommation de substances, la santé mentale, la démence, la tuberculose et l'infection au VIH. Lorsque ces stigmates se croisent, ils peuvent exacerber des résultats de santé négatifs.

La stigmatisation comprend la discrimination en tant que stigmatisation « effective ».[1, 79] Bien qu'il y ait peu de données qui mesurent la stigmatisation au Canada, la discrimination est de mieux en mieux mesurée. La section qui suit résume les données sur la discrimination autodéclarée chez certaines populations clés. Il convient de souligner que les données dans ce secteur sont encore limitées et que les expériences de discrimination soient possiblement sous-déclarées.

La stigmatisation peut profiter aux détenteurs du pouvoir de plusieurs façons :[80]

En gardant les personnes « de leurs côté », c'est-à-dire, en appliquant des normes et des valeurs sociales privilégiées.

En gardant des personnes « au bas » de l'échelle, ce qui maintient l'avantage d'un groupe donné dans la société.

En tenant les personnes « à l'écart », afin d'éviter une maladie ou une menace perçue.

Discrimination au Canada

Plus d'un Canadien sur quatre a déclaré avoir été victime d'au moins une forme de discrimination au cours de leur vie.[81] De nombreux Canadiens vivent une discrimination fondée sur la race, la religion, l'origine ethnique, le genre ou l'orientations sexuelle. Le type de discrimination le plus couramment déclaré par les Canadiens est la discrimination raciale.[81] Les Canadiens de race noire et les Canadiens d'origine africaine et caribéenne sont les plus susceptibles de déclarer des cas de discrimination au Canada, suivis des Autochtones.[82] Étonnamment, les crimes haineux, l'une des formes de discrimination les plus extrêmes, sont à la hausse au Canada, essentiellement contre des personnes appartenant aux communautés arabe, musulmane, juive et noire.[83]

De nouvelles analyses de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Réponse rapide sur la discrimination de 2013, qui constitue la seule enquête nationale sur la discrimination au Canada, appuient ces constatations. Les personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles (LGB) (veuillez prendre note que les identités transgenres n'ont pas été incluses dans

ix Définition de la stigmatisation adaptée de G. Bruce et Jo C. Phelan, 2001.[79]

cette enquête), les Canadiens de race noire et d'origine africaine et caribéenne et les Autochtones au Canada étaient plus susceptibles de déclarer avoir fait l'objet d'un traitement inéquitable que la population générale. Plus particulièrement, les membres de la collectivité LGB étaient près de trois fois plus susceptibles de déclarer avoir été victime de discrimination que leurs homologues de la population générale, tandis que les Canadiens de race noire, d'origine africaine et caribéenne et les Autochtones au Canada étaient deux fois plus susceptibles de le faire.[8]

Dans le cadre d'une enquête canadienne menée à l'échelle nationale, la majorité des jeunes qui s'identifiaient comme des personnes transgenres (âgés de 19 à 25 ans) ont déclaré avoir été victimes de discrimination au cours de la dernière année en raison de leur identité de genre (70 %), de leur sexe (63 %), de leur apparence physique (60 %) ou de leur orientation sexuelle (59 %).[84]

En 2012, 20 % des Canadiens atteints d'un trouble de santé mentale ont déclaré qu'ils étaient affectés par les opinions négatives ou le traitement injuste attribuable à leur mauvaise santé mentale.[85] En 2014, 10 % des Canadiens atteints de problèmes de santé mentale[x] ont déclaré un incident de victimisation violente au cours des 12 mois précédant l'enquête, ce qui représentait plus du double du taux déclaré par la population générale.[86]

Dans le cadre d'une enquête canadienne menée en ligne en 2016, 49 % des personnes récupérant d'une dépendance ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation ou de discrimination pendant leur dépendance active.[87]

Les coûts de la stigmatisation

La stigmatisation engendre des coûts importants pour la société, même s'il demeure difficile de quantifier le coût économique directe de la stigmatisation. Des chercheurs ont étudié la perte de productivité et la consommation des ressources découlant de l'expérience de la stigmatisation.[88] Au niveau individuel, la stigmatisation constitue un obstacle important au logement, à l'emploi, à l'amélioration du revenu et aux soins de santé.[89-92] En réduisant l'accessibilité et la qualité des soins de santé, la stigmatisation peut favoriser l'évitement et le retard à obtenir des soins de santé et mener aux personnes atteintes de problèmes de santé à ne pas les divulguer. Cela peut en conséquence accroître la gravité des symptômes et donner lieu à des taux d'hospitalisation et de visites à l'urgence supérieurs, ainsi que faire augmenter les coûts liés aux soins de santé.[90, 93-95] À titre d'exemple de l'incidence économique de la stigmatisation, la stigmatisation liée à la santé mentale contribue à l'augmentation de l'absentéisme et de la perte de productivité dans le milieu de travail.[96, 97] Elle décourage également les personnes affectées de chercher à obtenir des soins de santé et des traitements, ce qui contribue à l'augmentation des coûts pour le système de soins de santé.[93, 97]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Je crois qu'il y a en fait deux groupes qui sont touchés par la stigmatisation, c'est-à-dire les groupes qui sont touchés négativement [et] l'autre groupe auquel on ne pense pas très souvent — c'est-à-dire le groupe qui bénéficie de la stigmatisation et de la perpétuation de ces idéologies dominantes qui continuent de maintenir que les colons, les personnes ayant une ascendance européenne, sont supérieurs aux autres. »

"I think there are actually two groups that are impacted by stigma, those groups who are negatively impacted… [and] another group that we don't think about very often, and that's the group that benefits from stigma, and benefits from the perpetuation of those mainstream ideologies that continue to maintain that settlers, people with European background, as being better."

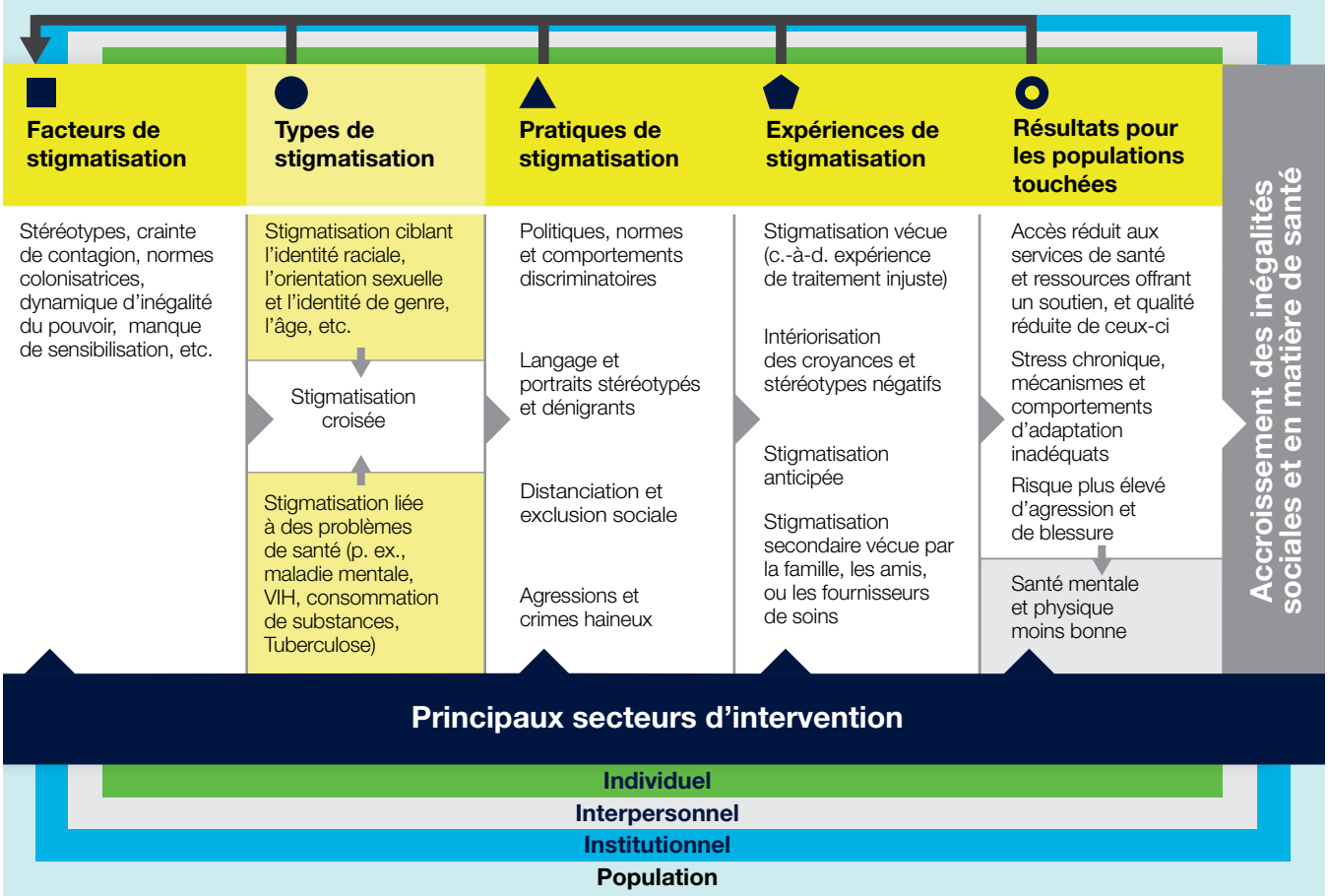
x Par problème de santé mentale, on entend des troubles de santé qui causent un obstacle à la personne dans le cadre de ses activités quotidiennes, y compris l'anxiété, la dépression, le trouble bipolaire, l'anorexie et les troubles liés à la consommation de substances.

Pourquoi il est nécessaire d'avoir recours à un nouveau modèle en matière de stigmatisation

Le modèle sur les Voies de la stigmatisation menant aux résultats de santé (le Modèle sur la stigmatisation) qui suit présente une nouvelle façon de réfléchir à la stigmatisation et à la façon dont celle-ci affaiblit la santé des personnes, tout en contribuant aux iniquités en matière de santé dans la population (figure 7).[xi] Ce modèle s'appuie sur les efforts récemment conscentis en vue de comprendre l'ensemble des répercussions et l'importance de la stigmatisation sur la santé, y compris l'expérience de stigmates multiples et intersectoriels dont sont victimes de nombreuses personnes.[1, 98-100]

Bien que la stigmatisation fasse l'objet d'études en sciences sociales et en sciences de la santé depuis plusieurs décennies, la recherche s'articule généralement autour de problèmes de santé ou d'identités sociales isolés.[1] Le Modèle sur la stigmatisation peut être utilisé pour comprendre les stigmates individuels, tout en tenant compte de la façon dont différents stigmates se chevauchent inévitablement pour donner de pires résultats chez certaines personnes. Le Modèle sur la stigmatisation offre également l'occasion de comprendre simultanément quelle est l'incidence de la stigmatisation sur différents résultats de santé.

FIGURE 7 : Modèle des voies de la stigmatisation menant vers les résultats de santé



xi Ce modèle a été adapté du nouveau *Health Stigma and Discrimination Framework* récemment commandé par les Instituts nationaux de santé.[98]

Les stigmates se recoupent différemment pour affecter la santé

Différentes formes de stigmates peuvent se croiser et interagir de façon à affecter la santé.[101] Les chercheurs utilisent le terme « intersectionnalité » pour comprendre les liens, les résultats et les possibilités complexes qui peuvent survenir lorsque des personnes font l'objet de plusieurs formes de stigmates.[102] Par exemple, la discrimination éprouvée par un homme gai racialisé atteint du VIH pourrait avoir de moins bons résultats de santé en raison de l'accumulation de stigmates découlant du fait qu'il est racialisé, s'identifie comme étant gai et est atteint du VIH. De moins bons résultats pourraient également survenir chez un Autochtone bispirituel atteint de maladie mentale. La réalité est que de nombreux Canadiens font l'objet de plusieurs stigmates. Un des avantages clés que procure une approche intersectorielle est qu'elle intègre une compréhension de cette complexité dans notre propre compréhension de l'incidence de la stigmatisation sur la santé; par conséquent, l'approche intersectorielle peut mener à une intervention plus complète et percutante pour traiter les conséquences liées à la santé.

Notablement, le Modèle sur la stigmatisation peut être utilisé par les responsables de politiques, les chercheurs, les praticiens et les fournisseurs de service afin de déterminer les facteurs de la stigmatisation et les pratiques en matière de stigmatisation dans le système de santé qui sont susceptibles de faire l'objet d'interventions qui transcendent des domaines de stigmatisation. Des façons d'aborder les questions plus générales sont présentées dans le chapitre trois ainsi que dans le cadre d'action proposé pour la construction d'un système de santé inclusif.

Le Modèle sur la stigmatisation fonctionne de gauche à droite, mais les composantes s'influencent également les unes les autres. En appliquant le modèle sur la stigmatisation à un domaine stigmatisé, cela nous permet de comprendre comment certains facteurs mènent au « marquage » et à l'étiquetage de certains groupes ciblés. Une fois qu'elles sont marquées, les personnes sont ensuite exposées à une variété de pratiques de stigmatisation et actes discriminatoires d'autres personnes, d'institutions et de la société en général. L'expérience de la stigmatisation mène ensuite à des résultats de santé défavorables pour les individus et à l'augmentation des iniquités pour les populations.[98]

Application pratique du Modèle sur la stigmatisation

Dans le but d'illustrer comment le Modèle sur la stigmatisation peut être utilisé afin d'étudier de façon détaillée les voies de la stigmatisation et de déterminer les enjeux intersectoriels qui sont uniques à différents stigmates, sept exemples sont présentés ci-dessous (Tableau 1) :

1. **le racisme tel que vécu par les Premières Nations, les Inuits et les Métis**
2. **le racisme tel que vécu par les Canadiens d'origine africaine et caribéenne et les Canadiens de race noire**
3. **les stigmates tels que vécus par les personnes LGBTQ2+ (stigmatisation sexuelle et stigmatisation liée à l'identité de genre)**
4. **la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale**
5. **la stigmatisation liée à la consommation de substances**
6. **la stigmatisation liée au VIH**
7. **la stigmatisation liée à l'obésité**

Bien que le contenu de ces exemples soit tiré de données probantes, il ne s'agit pas d'un examen de tous les voies possibles ou des expériences diversifiées à l'intérieur des stigmates. Plutôt, les exemples offrent certains secteurs offrant des possibilités d'interventions dans l'ensemble du système de santé. En outre, le Modèle sur la stigmatisation peut servir à explorer tous ces stigmates, en plus d'examiner des stigmates additionnels liés aux identités raciales, à la religion, à l'âge, à l'invalidité et à d'autres caractéristiques ou comportements.

Une liste détaillée des références pour chaque sujet de stigmatisation figuré dans le tableau 1 sera disponible sur la page web du rapport annuel 2019 de l'ACSP.

TABLEAU 1 : Exemples de la façon dont le Modèle des voies de la stigmatisation vers les résultats de santé peut être appliqué à différents stigmates

Facteurs de la stigmatisation	Stigmas intersectoriels	Pratiques en matière de stigmatisation	Expériences de stigmatisation	Résultats et répercussions pour les populations affectées
Identités racialisées : **les Premières Nations, les Inuits et les Métis (racisme)**				
Dynamique de pouvoir inégale découlant de la colonisation et renforcée par le colonialisme permanent; éviction forcée des terres ancestrales et création du système de réserve; le système de pensionnat indien; taux d'appréhensions historiques et actuelles disproportionnées par les organismes de protection de l'enfance (p. ex., la rafle des années 1960); stéréotypes fondés sur la race.	Autres stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée à la consommation de substances, stigmatisation liée au VIH)	Abolir ou ne pas reconnaître la langue et la culture traditionnelles; évitement social et exclusion par les autres, crimes haineux et agressions; représentations négatives dans les médias; propos dégradants (p. ex., insultes racistes); discrimination dans l'emploi, l'éducation, la justice pénale et dans le secteur du logement créent des vulnérabilités en matière de santé. Système de santé : Comportement interpersonnel discriminatoire des professionnels de la santé; formation professionnelle en santé eurocentrique (p. ex., rejet des connaissances, de la médecine et des pratiques de guérison traditionnelles).	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Logement surpeuplé ou inadéquat; obstacles à l'accès aux études post-secondaires; ressources économiques réduites en raison des obstacles à l'emploi; risque accru d'insécurité alimentaire; détachement de la famille, de la collectivité et de la culture; exposition à la violence, notamment contre les femmes et les filles autochtones; diminution de la recherche ou évitement de services de soins de santé, et qualité plus faible des services reçus. Stress chronique menant à des stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool et de substances). Résultats de santé : risque accru de résultats de santé physique (p. ex., espérance de vie plus courte, tuberculose) et mentale (p. ex. traumatisme intergénérationnel, trouble de stress post-traumatique, suicide et tentatives de suicide) néfastes.
Identités racialisées : **Canadiens d'origine africaine et caribéenne et Canadiens de race noire (racisme)**				
Dynamique de pouvoir raciale inégale renforcée par l'esclavage et la colonisation; éviction forcée des terres ancestrales; ségrégation sociale, éducative, résidentielle et professionnelle; stéréotypes fondés sur la race.	Autres stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée à la consommation de substances, stigmatisation liée au VIH)	Évitement social et exclusion par les autres, crimes haineux et agressions; représentations négatives dans les médias; propos dégradants (p. ex., insultes racistes); discrimination dans l'emploi, l'éducation, la justice pénale et dans le secteur du logement créent des vulnérabilités en matière de santé. Système de santé : Comportement interpersonnel discriminatoire des professionnels de la santé; formation professionnelle en santé eurocentrique.	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Logement surpeuplé ou inadéquat; obstacles à l'accès aux études post-secondaires; ressources économiques réduites en raison des obstacles à l'emploi; risque accru d'insécurité alimentaire; détachement de la famille, de la collectivité et de la culture; exposition à la violence, notamment contre les femmes et les filles autochtones; diminution de la recherche ou évitement de services de soins de santé, et qualité plus faible des services reçus. Stress chronique menant à des stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool et de substances). Résultats de santé : risque accru de résultats de santé physique (p. ex., espérance de vie plus courte, tuberculose) et mentale (p. ex. traumatisme intergénérationnel, trouble de stress post-traumatique, suicide et tentatives de suicide) néfastes.

Facteurs de la stigmatisation	Stigmas intersectoriels	Pratiques en matière de stigmatisation	Expériences de stigmatisation	Résultats et répercussions pour les populations affectées
LGBTQ2+ (stigmatisation sexuelle et stigmatisation liée à l'identité de genre)				
Hétéronormativité (l'orientation sexuelle attendue est hétéro-sexuelle); criminalisation historique des relations et des pratiques sexuelles de même sexe; attentes sociales que l'identité de genre corresponde au sexe biologique à la naissance; préjugés sexistes qui favorisent les hommes par rapport aux femmes; diagnostic médical historique jugeant que les autres orientations sexuelles ou identités de genre sont un trouble; stéréotypes fondés sur l'orientation sexuelle.	Autres stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée à la consommation de substances, stigmatisation liée au VIH)	Suppositions relatives à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre d'une personne; rejet et exclusion par la famille, les pairs et/ou la collectivité; absence des autres identités de genre dans les documents d'identification; crimes haineux et agressions; représentations négatives dans les médias; propos dégradants. Système de santé : Comportement interpersonnel discriminatoire des professionnels de la santé (p. ex., utilisation inexacte des pronoms préférés relatifs au genre); formation insuffisante des professionnels de la santé en ce qui concerne la santé des LGBTQ2+; pratiques inappropriées, comme la thérapie de conversion; information, ressources et services adaptés en santé insuffisants.	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Diminution de la participation sociale; dissimulation ou déni de son identité, risque accru d'itinérance; réduction des perspectives d'emploi et de revenu; exposition à la violence; diminution de la recherche ou évitement de services de soins de santé, et qualité plus faible des services reçus. Stress chronique menant à des stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., automutilation, trouble de l'alimentation, tabagisme, consommation d'alcool et de substances). Résultats de santé : Risque accru de résultats de santé physique (p. ex., infections transmissibles sexuellement et par le sang) et de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété, et idées suicidaires et tentatives de suicide) néfastes.
Stigmatisation liée à la santé mentale				
Croyances selon lesquelles la maladie mentale est causée par de « mauvais gènes », des problèmes comportementaux et cognitifs ou des déficits liés aux compétences sociales; perceptions et compréhension divergentes à propos du sens de santé [mentale]; croyances selon lesquelles la maladie mentale est dangereuse; perceptions négatives à propos du pronostic de récupération.	Stigmates liés à l'identité sociale (p. ex. racisme, stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et d'autres stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la consommation de substances, stigmatisation liée au VIH, stigmatisation liée à l'obésité)	Faible investissement dans la recherche et l'éducation; représentations négatives dans les médias, propos dégradants, violence et agressions, méfiance et évitement des personnes atteintes de maladies mentales; défaut d'accommoder les employés atteints d'une maladie mentale. Système de santé : Formation limitée de professionnels de la santé pour répondre aux besoins de personnes atteintes de maladies mentales; utilisation d'étiquetage plutôt que d'un langage axé d'abord sur la personne par les professionnels de la santé (p. ex., utilisation de « schizophrène » plutôt que de « personne atteinte de schizophrénie »); faible investissement dans les services de santé mentale.	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Diminution de la participation sociale; dissimulation de sa maladie; accès limité à et perte de possibilités de promotion et d'emploi; diminution de l'utilisation des services de santé et sociaux, et qualité plus faible des services reçus. Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., déni, auto-isolement et consommation de substances). Résultats de santé : Risques accrus de santé physique moins bonne, d'une mauvaise qualité de vie et de mauvais résultats psychologiques (p. ex., efficacité personnelle, estime de soi et sentiment d'impuissance plus faibles); diminution de la sécurité des patients lorsque la stigmatisation empêche les professionnels de la santé de se procurer des soins pour leurs propres troubles de santé mentale.

Facteurs de la stigmatisation	Stigmas intersectoriels	Pratiques en matière de stigmatisation	Expériences de stigmatisation	Résultats et répercussions pour les populations affectées
Stigmatisation liée à la consommation de substances[xii]				
Croyance selon laquelle les troubles liés à la consommation de substances sont le reflet d'une faible volonté ou d'un échec moral, et que les personnes sont responsables de leur état; croyance selon laquelle les personnes qui consomment des substances sont dangereuses et insouciantes; croyance selon laquelle la consommation de substances n'est pas une vraie maladie et que les personnes « pourraient choisir d'arrêter ».	Stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., racisme, stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et d'autres stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée au VIH)	Représentations négatives dans les médias, évitement social, discrimination relativement au logement (p. ex., rejet des demandes de location, éviction), défaut d'accommoder les employés atteints de troubles de consommation de substances. Système de santé : Recours à des propos dégradants ou de langage inapproprié; empathie amoindrie des professionnels et motivation amoindrie de répondre aux besoins des personnes atteints d'un trouble de consommation de substances; manque de formation ayant trait à la réduction des méfaits	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Diminution de l'utilisation des services de santé et sociaux, et qualité des services reçus plus faible; dissimulation du trouble de consommation de substances; perte d'emploi et accès limité à des postes de leadership; risque accru d'itinérance. Stratégies d'adaptation (p. ex., isolement, retrait et évitement social, consommation d'autres substances) et comportements (p. ex., partage des aiguilles) nocifs pour la santé Résultats de santé : Risques accrus de moins bonne santé physique, d'une qualité de vie et de résultats psychologiques (p. ex., efficacité personnelle, estime de soi et sentiment d'impuissance affaiblis) amoindris; adoption limitée du traitement par agonistes opioïdes; pires résultats concernant le traitement du trouble lié à la consommation de substances.
Stigmatisation liée au VIH				
Crainte d'infection ou de contagion; renseignements erronés concernant la transmission du VIH; suppositions inexactes à propos du pronostic et du traitement.	Stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., racisme, stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et d'autres stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée au VIH)	Criminalisation de la non-divulgation; divulgation forcée; évitement et distanciation sociale; représentations négatives dans les médias. Système de santé : Prise de précautions inutiles lors des interactions avec des personnes atteintes de VIH; soins compartimentés (accent mis sur le VIH plutôt que de voir la personne comme un tout); restrictions à l'égard des dons de sang et d'organes de personnes gaies et bisexuelles et d'autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Retard ou diminution de l'utilisation des services de santé et sociaux, et qualité plus faible des services reçus; dissimulation du statut séropositif à l'égard du VIH, auto-isolement; accès limité à l'emploi. Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., retrait social, consommation de substances, déni, non-adhésion aux régimes de médicaments). Résultats de santé : Risques accrus de résultats en matière de santé physique, de qualité de vie et de résultats psychologiques (p. ex., dépression, solitude, idées suicidaires) amoindris; santé autoévaluée plus faible.

xii Le degré de stigmatisation liée à la consommation de substances varie selon la substance particulière et le contexte d'utilisation. Une grande partie des publications sur la stigmatisation liée à la consommation de substances porte essentiellement sur les problèmes de santé qui y sont liés (p. ex., les troubles liés à la consommation de substances) ou l'usage de substances qui peuvent comporter des effets nocifs (p. ex., la consommation d'alcool pendant la grossesse), bien que l'usage de substances dans d'autres contextes fasse également l'objet d'une stigmatisation.

Facteurs de la stigmatisation	Stigmas intersectoriels	Pratiques en matière de stigmatisation	Expériences de stigmatisation	Résultats et répercussions pour les populations affectées
Stigmatisation liée à l'obésité				
Croyance selon laquelle les personnes obèses sont à blâmer pour leur poids en raison de leurs choix de mode de vie; stéréotypes liés au comportement ou au caractère d'une personne obèse	Stigmates liés à l'identité sociale (p. ex., racisme, stigmatisation liée au sexe, stigmatisation liée à l'identité de genre, âgisme) et d'autres stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation liée à la maladie mentale, stigmatisation liée au VIH)	Évitement physique et exclusion par les autres; harcèlement; exclusion de la force de travail; représentations négatives dans les médias. Système de santé : Refus des soins ou qualité plus faible des soins offerts par les fournisseurs de services; environnement des soins de santé non adapté aux personnes plus corpulentes; manque d'empathie des professionnels de la santé; utilisation de langage dégradant.	Stigmatisation effective (l'expérience d'un traitement injuste) stigmatisation internalisée (p. ex., la honte et l'embarras pour les personnes LGBTQ2+, les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances, les personnes atteintes du VIH, de maladie mentale ou d'obésité); stigmatisation anticipée; stigmatisation secondaire pour la famille, les amis et/ou les fournisseurs de soins	Diminution de l'obtention de soins et de l'utilisation des services de santé et sociaux, et qualité plus faible des services reçus; réduction de la participation sociale; conséquences socioéconomiques (revenu personnel inférieur). Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex, troubles de l'alimentation). Résultats de santé : Stress aigu et chronique plus élevé, et réactions physiologiques connexes; maintien du surpoids; mauvais résultats en matière de santé physique et mentale; (p. ex., anxiété, dépression, motivation pour faire de l'activité physique amoindrie).

Préjugés implicites

Les préjugés implicites renvoient aux attitudes et aux stéréotypes qui surviennent inconsciemment et qui éclairent notre raisonnement, nos croyances et nos comportements à l'égard de groupes sociaux. Les préjugés implicites surviennent de manière involontaire et sous le niveau d'un certain niveau de conscience.[103]

Comprendre les facteurs et les pratiques en matière de stigmatisation dans le système de santé

Comprendre la façon dont la stigmatisation peut se manifester dans les pratiques courantes du système de santé peut s'avérer utile lors de l'élaboration d'interventions à l'échelle du système. Ce qui suit est une description des pratiques clés et des principaux facteurs interdépendants qui favorisent et maintiennent la stigmatisation dans notre système de santé.

Le langage que nous utilisons

Le langage constitue un outil puissant qui reflète et perpétue les préjugés dans la société. Les mots que nous utilisons communiquent des suppositions, des valeurs, des jugements et des stéréotypes qui créent et renforcent des représentations négatives des groupes qui sont dévalorisés. La façon dont le langage est utilisé dans les médias, la culture populaire, les initiatives de promotion de la santé, l'éducation, la recherche et la politique façonnent comment les gens comprennent le monde.

Avoir recours à un langage désuet ou inexact dans le système de santé, notamment en utilisant un pronom inexact ou en étiquetant négativement un groupe particulier, perpétue la stigmatisation et peut influencer la perception des fournisseurs de soins de santé à l'égard de leurs patients.[104, 105] Par exemple, le fait de désigner des personnes qui consomment des drogues, en utilisant des termes comme « accros » ou « toxicomanes » a comme résultat d'illustrer ces personnes comme étant moins dignes de recevoir des soins, en plus de semer la peur.[106] Dans un autre exemple, le fait de décrire la maladie avant la personne (p. ex., en

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« [Pour] traiter la cause profonde de la stigmatisation, il faut absolument que chacun se regarde et observe ses actions et se pose ensuite une question très importante : de quelle façon est-ce que je participe aux systèmes et aux structures qui discriminent, stéréotypent et blessent les gens? Comment puis-je changer les choses? Que puis-je faire pour faire cesser et interrompre ces pratiques et ces politiques qui sont si nocives pour plusieurs d'entre nous? »

"So in order to address that root cause of stigma, we absolutely need everybody to hold that mirror up and ask themselves that really important question, of how am I implicated in these systems and structures that discriminate, that stereotype, that hurt people. How can I be an agent of change, what can I do to arrest and disrupt those practices and policies that are so harmful to many of us?"

utilisant « schizophrénique », au lieu de « personne atteinte de schizophrénie ») contribue à l'utilisation de comportements méprisants ou dégradants parmi les fournisseurs de soins de santé pendant le traitement.[107] Ces types d'étiquettes ne laissent également aucune place aux autres identités qu'une personne peut avoir et laisse entendre que quiconque faisant partie de ce groupe aura les mêmes désirs, besoins et difficultés.

Préjugés implicites et conscients

Les pratiques stigmatisantes des professionnels de la santé peuvent être le résultat de préjugés implicites ou conscients dans certains cas.[21, 105, 108] Les préjugés conscients surviennent lorsqu'une personne croit et reproduit des stéréotypes et des mythes négatifs à propos de groupes ou de personnes en particulier, entraînant ainsi le recours à un langage ou à des pratiques discriminatoires.[105, 108] À titre d'exemple, un professionnel de la santé peut avoir recours à un langage dégradant, offensant ou inexact en référence à l'identité ou à l'état d'une personne, et ce, même après que le patient ait énoncé la terminologie qu'il privilégie.[105]

Les préjugés implicites surviennent lorsque les professionnels ne sont pas conscients du fait que leurs actions ou leur langage sont stigmatisants.[21, 105] Ces croyances, ces hypothèses et ces stéréotypes communs qui sont répandus dans notre société font en sorte que les préjugés peuvent parfois être difficiles à reconnaître. Par exemple, bon nombre de Canadiens croient qu'il n'existe que deux genres. Cette hypothèse est largement répandue dans les pratiques quotidiennes, notamment dans l'affichage des salles de toilettes, les étiquettes sur les vêtements et les formulaires d'admission relatifs aux soins de santé. Les hypothèses sont généralement fondées sur des perceptions ou des renseignements erronés sur certains groupes, et celle-ci peuvent influencer la façon dont un professionnel examine, traite et évalue un patient. En guise d'exemple, on pourrait refuser des médicaments à des patients souffrant de douleur chronique selon l'hypothèse que leur comportement affiche « qu'ils cherchent uniquement à obtenir des médicaments ou des drogues ».[109, 110] Un manque de formation sur les soins qui sont appropriés pour traiter des états de santé ou certaines approches culturelles traditionnelles à la guérison peut contribuer aux préjugés implicites des professionnels de la santé.[21, 105, 111-113] Éviter d'apprendre ce que constituent les soins appropriés dans un tel contexte constitue en lui-même un exemple de préjugé conscient.

Manque de respect et de compréhension à l'égard de la vie des personnes

La colonisation et le colonialisme subséquent constituent des facteurs déterminants pour les Autochtones et les populations racialisées. Le colonialisme a déployé des efforts inéquitables dans le but d'effacer l'identité et les pratiques culturelles des Autochtones, et a contribué à la perte de la langue, l'exclusion des institutions sociales et de santé, et la ségrégation spatiale continue.[21, 108, 113, 114] L'influence du colonialisme se perpétue dans les programmes d'éducation en médecine qui, souvent, n'incorporent pas ou ne tiennent pas compte des expériences des Autochtones et d'autres populations racialisées, incluant les diverses façons de connaître et de

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Nous devons reconnaître que [l'esclavage] a eu lieu au Canada – si on ne le reconnaît jamais, on fini par douter que cela s'est effectivement produit. Il est important que notre réalité soit validée. »

"We need to acknowledge that it [slavery] happened in Canada – if you don't ever acknowledge it, you leave us out there wondering if it even happened. You need to validate our reality."

Le décès de Brian Sinclair

En 2009, Brian Sinclair, un homme autochtone de 45 ans, est décédé d'une sepsie évitable et traitable dans une salle d'urgence. Il avait été renvoyé à l'urgence par un médecin de sa communauté pour une infection de la vessie. À son arrivée, on ne l'avait pas bien évalué au triage et on lui a dit d'attendre dans la salle d'attente. Il y est resté pendant 34 heures avant que quelqu'un informe le personnel de la salle d'urgence que Brian ne semblait plus respirer. L'Office régional de la santé de Winnipeg a présenté ses excuses publiques à la famille pour cette tragédie qui aurait pu être évitée et a accepté toutes les recommandations découlant de l'enquête judiciaire menée sur son décès. Les recommandations comprenaient d'améliorer la sécurité culturelle de tous les membres du personnel dans les offices régionaux de la santé et d'avoir recours à des Aînés afin d'améliorer les soins dans les centres de santé. Des dirigeants autochtones ont demandé à ce que l'enquête judiciaire se penche sérieusement sur les façons dont la race, l'invalidité et la classe sociale de Brian Sinclair ont conduit à son décès.[21]

comprendre la santé et le bien-être.[21, 112, 113-117] L'exclusion de ces points de vue et de ces modes de savoir façonne les pratiques des professionnels de la santé et mène à des traitements ou à des soins inappropriés sur le plan culturel, exacerbant ainsi l'exclusion de ces populations des environnements de la santé.[105]

De manière connexe, les fournisseurs de soins de santé ont traditionnellement été formés afin de s'attarder à l'organisme individuel de chaque personne, sans toutefois reconnaître les autres facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la vie d'une personne (p. ex., les déterminants sociaux de la santé).[118] Les patients rapportent un manque d'empathie et de compassion chez les fournisseurs de soins de santé, car ils se sentent blâmés pour leurs circonstances, alors qu'on ignore les obstacles systémiques qui y ont contribué.[110, 119-121]

Crainte du danger et de la contagion

La crainte est un important facteur des stigmates liés aux maladies infectieuses.[122, 123] Les cadres en matière de politiques liées à la mise en quarantaine, au contrôle obligatoire des immigrants et de maladies à déclaration obligatoire peuvent avoir des effets stigmatisants involontaires.[124, 125] Par exemple, les personnes atteintes de tuberculose peuvent être stigmatisées en raison de leur état perçu comme étant incurable et contagieux.[126] Dans un pays comme le Canada où l'incidence de transmission d'infection est faible, des groupes de population particuliers, comme les migrants peuvent être représentés comme étant une menace pour la santé publique et être tenus responsables d'être porteurs de maladies infectieuses comme le VIH.[127, 128] La crainte peut également susciter la stigmatisation d'autres problèmes de santé, comme la maladie mentale, où les personnes qui en sont atteintes peuvent être perçues comme étant dangereuses, imprévisibles ou agressives.[129]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Vous avez besoin d'éducation tout au long de votre carrière; une journée sur la sensibilisation culturelle ou sur la santé mentale ne suffit pas. »

"You need education throughout your career. Not one day on cultural sensitivity, or mental health sensitivity."

Cultures organisationnelles stigmatisantes

Les cultures organisationnelles peuvent exercer une influence quant à savoir si les pratiques stigmatisantes sont acceptables et à la façon dont les fournisseurs de services interagissent avec les patients.[107, 130-133] Les facteurs et les pratiques susmentionnés peuvent devenir partie intégrante de la culture des organisations de santé et être renforcés par le personnel clinique et non-clinique (p. ex., le personnel administratif, de gestion et de soutien). Cela peut se manifester dans un langage stigmatisant, la formulation de suppositions, la divulgation d'informations confidentielles, la prise de précautions inutiles, voire, dans certains cas, le refus d'administrer des soins et d'y avoir accès.[21, 105, 111, 112, 134] Par exemple, on a refusé à des femmes transgenres d'avoir accès à des services offerts exclusivement aux femmes au motif qu'elles avaient une apparence trop masculine.[135] D'autre part, le « marquage » de dossiers pour distinguer des dossiers médicaux particuliers peut également promouvoir la stigmatisation.[112] L'épuisement et l'usure de compassion chez les professionnels peuvent également contribuer à ces pratiques.[107]

Les fournisseurs de services peuvent dégager un certain pouvoir et paraitre distancé en utilisant des moyens de protection inutiles, dans leur façon de livrer des diagnostics et dans leurs réactions face à ceux-ci.[107, 128, 136] Cela peut également se manifester dans l'imposition de règles et de politiques qui façonnent les possibilités de traitement et de récupération de personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour des conditions telles que des problèmes de santé mentale, des troubles liés à la consommation de substances ou l'infection au VIH.[106, 137, 138] Ces pratiques comprennent refuser d'administrer des soins en santé mentale aux personnes qui consomment des drogues ou de limiter le traitement pour la consommation récurrente de drogues ou encore de refuser l'accès d'une personne à un traitement en raison de ses pratiques sexuelles ou de sa non-conformité liée au genre.[106, 131, 135, 138-140]

La stigmatisation dans les cultures organisationnelles peut également avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des membres du personnel. Les fournisseurs de soins de santé peuvent être réticents à reconnaître ou à divulguer leurs propres conditions faisant l'objet de stigmatisation, notamment une maladie mentale, dans des milieux de travail où la stigmatisation est présente. Cela peut en revanche donner lieu à l'autotraitement et à un manque de soutien par les pairs.[107]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Les gens ont souvent de la difficulté à ce faire à l'idée que les autres peuvent être différents d'eux. »

"People often struggle with the idea that people can be different than them."

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Lorsque vous contestez [les normes culturelles] dans votre pratique, vous pouvez vous retrouver coincé… Par exemple, lorsque je parle de race, de religion ou de genre, un mécanisme de défense s'enclenche »

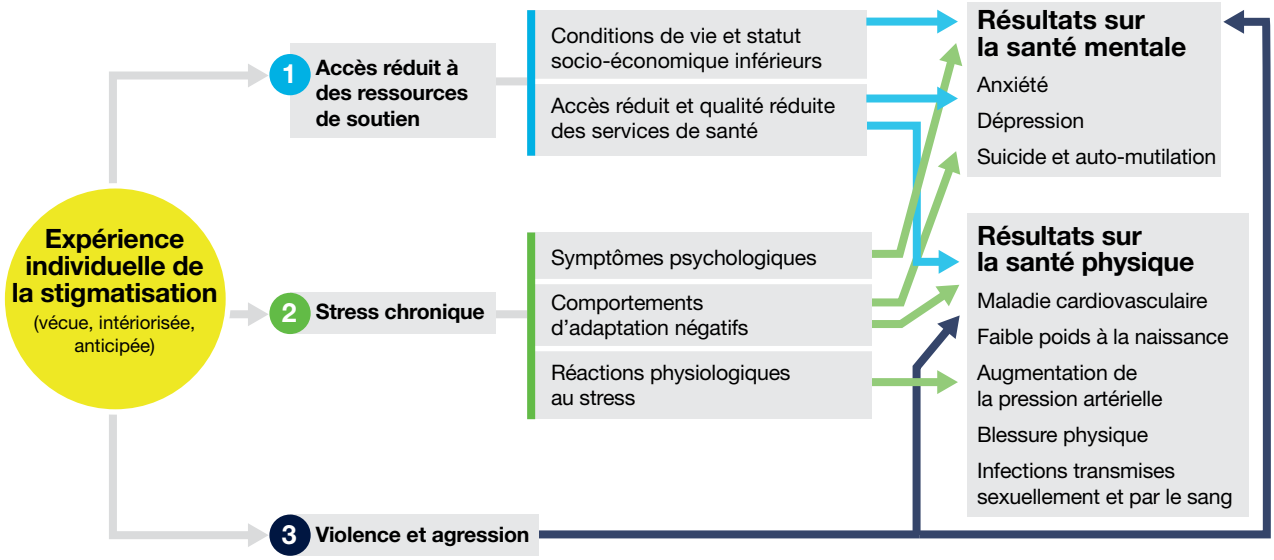
"When you challenge [cultural norms] in your practice, you can get boxed in… For example, when I talk about race, religion, gender, there is a defense mechanism that kicks in."

La façon dont la stigmatisation mène aux résultats néfastes de santé

La section qui suit explique plus en détail en quoi l'expérience de la stigmatisation mène à de mauvais résultats et engendre des répercussions sur la santé globale. De nouvelles études suggèrent que la stigmatisation affecte la santé de **trois façons importantes** :[xiii]

1. **Elle réduit l'accès aux ressources protectives et aux services de santé dans la société, et la qualité de ceux-ci**
2. **Elle augmente le risque de stress chronique et de techniques d'adaptation nocives**
3. **Elle expose les personnes stigmatisées à un risque plus grand d'agression et de blessure**

FIGURE 8 : Comment la stigmatisation affecte la santé d'une personne



Bien qu'il ne s'agisse pas d'une liste exhaustive de tous les résultats ou mécanismes possibles, la figure résume plusieurs liens proposés[149]

Source : Adapté de Paradies et coll. 2013[141]

xiii Ces données proviennent dans l'ensemble d'expériences autodéclarées quant à la stigmatisation liée aux résultats de santé. Un grand nombre de ces études ont été menées aux

1 ***La stigmatisation réduit l'accès aux ressources protectives et aux services de santé, et la qualité de ceux-ci***

La stigmatisation peut représenter un obstacle à l'accès à des ressources essentielles et à des possibilités dans la vie, notamment le logement, les emplois, l'éducation, les relations interpersonnelles et les soins de santé. Ces obstacles peuvent découler d'une exclusion directe et active par la discrimination des gardiens (p. ex., des propriétaires, des employeurs, des enseignants et des professionnels de la santé), ou peuvent avoir une origine interne découlant de l'anticipation d'une personne ayant déjà été victime de stigmatisation et de mauvais traitements fondée sur ses expositions antérieures à des environnements négatifs et à des pratiques discriminatoires.[21, 105, 108, 111, 120, 142] Lorsqu'on prive des personnes de certaines opportunités dans la vie, elles sont exposées à plus de facteurs de risque et à moins de facteurs de protection.[108, 142-145] Plus important encore, lorsqu'une personne a enfin accès aux services dont elle a besoin, ceux-ci peuvent s'avérer inappropriés sur le plan culturel ou encore être de mauvaise qualité.[105, 116, 143]

2 ***La stigmatisation cause du stress chronique ainsi que de mauvaises réactions et de mauvais comportements d'adaptation***

La stigmatisation est une grande source de stress psychologique, qu'elle soit vécue, internalisée ou anticipée. En raison de leur état stigmatisé, les gens issus de groupes stigmatisés peuvent éprouver de la honte, une faible estime de soi et de la culpabilité, en plus de courir un risque accru d'exposition à des conditions et à des situations stressantes et injustes.[105, 111, 146] Un stress excessif et continu peut avoir une incidence négative sur le corps tout au long de la vie et peut s'avérer particulièrement dommageable pour les enfants qui sont en pleine croissance.[147, 148] Cette activation répétée des réponses au stress peut entraîner un système

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION :

« Eh bien, je crois que [la stigmatisation] affecte en quelque sorte l'estime de soi et la confiance de ses victimes. Même si ces personnes sont très compétentes, très éduquées et très informées, le doute est déjà semé. »

"Well I think for people it [stigma] sort of affects their self-worth, their self-confidence, even though they might be skilled, or very educated, or informed, that it creates the self-doubt in them."

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Nous avons peur, et quand je dis "nous", je parle des femmes noires; nous avons peur de ne pas être comprises, et la plupart du temps… je trouve qu'il est plus facile pour moi de gérer cette réalité par moi-même, ou de chercher de l'aide auprès d'un ami ou d'un membre de ma famille. Mais sincèrement, je devrais me sentir à l'aise d'aller chercher de l'aide dans ces établissements. »

"We're kind of scared, when I say "we're" I'm speaking as a Black woman, we fear not being understood, and most times ... I find it more manageable for me to just handle it on my own, or to maybe seek out a friend or family. Where really, I should feel comfortable to go and seek help in these facilities."

immunitaire affaibli et perturber les processus de réparation. Cela peut également élever la tension artérielle, le rythme cardiaque et les hormones de stress, lesquels peuvent avoir un effet sur la santé au fil du temps.[149-151]

3 ***La stigmatisation peut exposer des personnes à de la violence ou à des agressions***

Au motif de la stigmatisation, certains groupes de personnes sont craints ou perçus comme méritant moins le respect ou la dignité. Si nous ajoutons à cela d'autres iniquités sociales, les groupes qui sont stigmatisés sont des cibles pour la haine et la violence explicites, y compris l'agression et la violence physiques, l'agression sexuelle, l'intimidation, le harcèlement et les crimes haineux. La violence verbale, physique et sexuelle contre des personnes ou des groupes survient à la maison, à l'école, dans le milieu de travail, dans la collectivité et en ligne.[105, 114, 152-154]

L'effort requis pour composer avec la stigmatisation réduit les ressources et la résilience psychologique d'une personne. Cela rend donc la gestion des émotions et la capacité de s'autoréguler difficiles. Cela accroît la probabilité de composer avec de mauvaises habitudes de sommeil, de consommer des substances, d'avoir des rapports sexuels à risque et d'adopter des habitudes alimentaires malsaines.[142, 155-158] Ces facteurs peuvent exposer les personnes stigmatisées à un plus grand risque d'acquérir d'autres états stigmatisants (p. ex., le VIH, l'obésité). Même si les résultats peuvent être nocifs, ces comportements peuvent constituer des stratégies d'adaptation et un moyen de survivre à des expériences ou à des événements difficiles, voire traumatisants.[141] Dans cette optique, il est possible que ces réactions soient interprétées comme étant des réactions normales ou attendues à des situations injustes et traumatisantes.

La stigmatisation peut mener à des résultats défavorables en matière de santé mentale et physique par ces trois moyens

Sur le plan méthodologique, il est difficile de mesurer quelles répercussions sur la santé sont expressément attribuables à la stigmatisation. Cependant, selon les études, une mauvaise santé mentale est souvent liée à plusieurs types de stigmatisation. Les résultats défavorables comprennent l'anxiété, la dépression et les symptômes dépressifs, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les idées et les commentaires suicidaires, l'automutilation, et la faible estime de soi et la faible conscience de sa propre valeur.[98, 143] On a également établi un lien entre la santé cardiovasculaire et la discrimination et le stress chronique, en plus de constituer une cause majeure de morbidité et de mortalité.[143, 159] Par exemple, une étude récente a examiné comment le racisme systémique a une influence sur l'hypertension, la santé cardiovasculaire et le diabète.[160, 161] Dans une autre étude, l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination pendant la grossesse a été liée à l'accouchement prématuré, à un faible poids à la naissance et à des taux supérieurs de mortalité infantile.[162, 163] La discrimination a également été liée à des taux plus élevés de diabète, de cancer, de tuberculose, d'indice de masse corporelle élevé et d'obésité, et à un risque plus élevé d'infections transmises sexuellement et par le sang.[111, 122, 143, 159]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

(« Vivre en étant noir ») : « Il n'y a aucun moment où nous ne réfléchissons pas à ce que cela signifie, comment cela sera interprété, comment les autres réagiront, comment vais-je réagir — cela demande beaucoup d'énergie. »

("Living while Black") : 'There isn't a moment when we are not calculating what does this mean, how will this be seen, how are they going to react, how am I going to react – it takes a lot of energy.'

« Je constate souvent que les gens ne m'entendent pas, ne m'écoutent pas ou ne me voient pas. »

"Often I find people don't hear, listen to or see me."

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Lorsque vous vous retirez de la situation et que vous vous rendez compte que nos structures sociales créent des situations où des personnes sont réduites au silence et qu'elles ne sont pas en mesure d'obtenir les ressources dont elles ont besoin pour atteindre leur véritable potentiel, nous pouvons observer que de moins bons résultats en matière de santé en découlent. »

"When you kind of zoom out a little bit and realize that our social structures create situations in which people are silenced and can't get the resources they need to reach their full potential, then we see all kinds of poorer health outcomes."

Résister aux répercussions de la stigmatisation

Renforcer la résilience

Plusieurs personnes qui sont victimes de stigmatisation résistent à la dévaluation et à la discrimination; elles misent plutôt sur leur force, leur résilience ainsi que sur des stratégies leur permettant de repousser les stresseurs.[164, 165] Ces stratégies peuvent comprendre la refutation des croyances négatives associées à la stigmatisation, l'attribution des préjudices à l'ignorance et non pas à sa personne, et tirer de d'autres identités (LGBTQ2+) ou rôles sociaux afin de se protéger.[164, 165]

D'autres personnes choisiront de divulguer leur état stigmatisé et d'éduquer les autres sur leur problème de santé. La divulgation peut mener à obtenir un meilleur soutien, tant informel que formel.[166, 167] Bien que la divulgation puisse être valorisante, ce ne sont pas toutes les personnes qui se sentent à l'aise ou en sécurité de le faire. La résilience peut vouloir dire de faire le choix de ne pas divulguer son état afin de se sentir en sécurité.[168] Au cours des dernières années, de nombreuses personnes appartenant à des groupes stigmatisés ont décidé de partager publiquement leurs expériences de stigmatisation et de discrimination (par exemple, des femmes qui ont été victimes de violence et d'agression sexuelles).

Lorsque des groupes se mobilisent, des avantages psychologiques et sociaux peuvent en découler, notamment du soutien social, qui leur permettent d'obtenir une certaine protection contre quelques-unes des conséquences qui sont nocives pour la santé.[164] Par exemple, les femmes canadiennes de race noire sont moins susceptibles de déclarer leur mauvais état de santé mentale que les femmes canadiennes blanches.[169, 170] Selon des études américaines, les Afro-Américains peuvent développer des stratégies de résilience, tels que des liens familiaux et communautaires solides, pour affronter et contester le racisme et la discrimination. Ces stratégies et ces forces peuvent servir de protection et contribuer à prévenir les problèmes de santé mentale.[170, 171] Bien que cela n'ait pas encore fait l'objet d'études dans un contexte canadien, on peut s'imaginer que les dynamiques au Canada seraient similaires.[169, 170]

Lien avec la collectivité

La culture de la collectivité et le lien avec celle-ci peuvent servir de moyen de protection en soutenant les individus qui font l'objet de stigmatisation et de discrimination. Chez les Autochtones au Canada, la continuité culturelle a été associée à des taux de suicide plus faibles chez les jeunes.[172] Il y a plusieurs façons de mesurer la continuité culturelle; celles-ci peuvent comprendre des facteurs comme l'autonomie gouvernementale, la connaissance des langues autochtones par les membres de la collectivité ainsi que l'apport de contrôle sur l'éducation, la collectivité et les services sociaux et de santé qui les concernent. Comme le souligne le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, la culture — y compris les valeurs, les connaissances sacrées, la langue et les pratiques culturelles — est le fondement de la santé et du mieux-être.[16]

Changer collectivement le système de santé

Les populations assujetties à la stigmatisation et à l'oppression depuis plusieurs générations ont réagi en participant à des interventions collectives et à l'autodétermination, tout en en faisant preuve d'une résilience de groupe profonde. Par exemple, en dépit d'une histoire de génocide culturelle, d'assimilation, de traumatisme intergénérationnel et de politiques coloniales, les Autochtones ont survécu et ont préservé leurs cultures et leurs façons d'être.[21] Connaître les pratiques autochtones traditionnelles en santé et la façon est dont celles-ci peuvent être intégrées peut renforcer la résilience et le sentiment de s'approprier de sa propre santé.[21, 173, 174] Les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada ont collectivement résisté à la stigmatisation dans le système de santé en militant en faveur de programmes d'éducation pour les Autochtones, en faisant la promotion d'éducation publique contre les stéréotypes négatifs, en mettant sur pied des organismes de gouvernance en santé dirigés par des Autochtones et en adoptant des approches holistiques en matière de santé qui respectent et qui misent sur les modes de savoirs traditionnels.[21]

Les personnes atteintes de VIH se sont mobilisées tôt dans le cadre de l'épidémie du sida afin de mettre en place un puissant mouvement social ayant contribué à atténuer la stigmatisation associée au VIH et au

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Être Autochtone ne vous rend pas plus susceptible d'être atteint du VIH. Vivre sans espoir, par contre, oui. »

"Being Indigenous doesn't make you more prone to HIV. Living without hope does."

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« […] nous devons retrouver notre gentillesse et notre humanité, et reconnaître que si nous étions tous identiques, ce serait un endroit très ennuyeux; la diversité nous rend plus forts et nous donne la force pour atteindre nos objectifs. »

"…we have to get back to finding our kindness, and our humanness, and recognizing that if we were all the same it would be a very boring place to be and that the difference is what makes us strong and what keeps us going."

sida ainsi qu'à modifier l'intervention du système de santé en améliorant la relation entre le patient et le fournisseur de service, en contestant les stéréotypes, de même qu'en veillant à la participation significative des personnes atteintes de VIH dans la recherche et les pratiques de santé.[175, 176]

L'appel lancé en faveur d'une représentation significative a trouvé écho auprès d'autres mouvements et communautés, tel que le mouvement des personnes vivant avec des incapacités, qui a lancé le slogan « Rien pour nous sans nous » dans un geste de résistance à la sous-représentation des personnes vivant avec des incapacités dans la recherche et les médias.[177] De manière semblable, les Autochtones ont souligné l'importance de raconter leurs propres histoires au sujet de la santé et du bien-être des Autochtones, et d'orienter la voie à suivre par l'intermédiaire de services de santé et communautaires dirigés par des Autochtones.[21]

Le mouvement de la santé mentale au Canada a contribué à normaliser la santé mentale, à désininstitutionaliser les services de santé mentale et à offrir des mesures de soutien en matière de santé mentale et sociale dans la collectivité, toutes des étapes ayant contribué à réduire la stigmatisation.[178, 179] Plus récemment, on a fait état d'une transformation au niveau des approches qui sont utilisées dans le mouvement axé sur la consommation de substances au Canada. Le recours à une approche fondée sur les forces et la résilience plutôt qu'orientée sur les risques a amélioré la disponibilité et l'accessibilité des services et initiatives de réduction des méfaits liés à la consommation de substances; notamment, des centres de consommation supervisée, des initiatives de distribution de naloxone, des programmes d'éducation sur la consommation de substances à plus faible risque et des analyses de dépistage de contamination pour les drogues ont vu le jour.[180]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Les membres des communautés qui sont touchées par la stigmatisation doivent participer. Ce sont eux qui devraient diriger la conversation. »

"Members of communities who are affected by stigma should be involved. [They] should be leading the conversation."

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Ce que nous avons vécu ne nous définit pas! La solution consiste à regarder qui nous sommes réellement. »

"What has happened to us, is not who we are! If you look at who we are, there in lies the solution."

CHAPITRE 3

Bâtir un système de santé inclusif

Le Modèle des voies de la stigmatisation vers les résultats de santé (Modèle sur la stigmatisation) propose une approche exhaustive à la compréhension de la stigmatisation, et de ses répercussions réelles et mesurables sur les résultats en matière de santé physique et mentale. Le Modèle sur la stigmatisation illustre que la stigmatisation n'est pas simplement une interaction entre des personnes, mais constitue également un processus qui est assujetti à l'influence de forces sociales, culturelles, politiques et économiques supérieures.

L'intervention face à la stigmatisation dans le système de santé exige une approche toute aussi exhaustive, en instaurant des interventions systémiques sur le plan de l'éducation, la formation, les pratiques et les politiques. Ce chapitre présente un nouveau **Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif** (Cadre d'action), élaboré aux fins du présent rapport. Tandis que le Modèle sur la stigmatisation contribue à comprendre la nature et l'étendue du problème de la stigmatisation, le Cadre d'action porte sur l'endroit et la façon de traiter celle-ci.

Retour sur l'expérience de la stigmatisation

Revenons-en à Charles et à Cynthia, dont nous avons fait la connaissance au chapitre 2. Précédemment, nous nous sommes penchés sur la façon dont Charles et Cynthia avaient été victimes de stigmatisation dans le système de santé et en quoi cela avait eu des répercussions négatives sur leur santé globale. Voyons maintenant en quoi leurs expériences auraient pu être différentes s'ils avaient été traités dans des environnements inclusifs et satisfaisant à leurs besoins.

Charles

Charles, un homme noir, gai et vivant avec le VIH, est récemment déménagé dans une ville de taille moyenne en Ontario et il croit qu'il présente des signes de maladie cardiaque. Charles prend rendez-vous avec son nouveau médecin pour discuter de ses symptômes. Lors du rendez-vous, son médecin prend le temps de vérifier ses antécédents sociaux et familiaux. Comme elle le fait habituellement pour apprendre à connaître chaque patient, le médecin demande toujours à ses patients le nom et le pronom qu'ils préfèrent. Lorsque Charles constate à quel point son nouveau médecin priorise la confiance de ses patients, il se sent à l'aise de lui dire qu'il est gai. Elle sait que Charles est exposé à un plus grand risque de problèmes cardiaques en raison de son âge et de ses antécédents familiaux, ainsi qu'en raison des déterminants sociaux, comme son identité racialisée. Le médecin de Charles détermine que la meilleure solution est de le renvoyer à un spécialiste à l'hôpital pour procéder à des analyses plus approfondies. Charles sent

que son médecin l'écoute et le respecte, et il apprécie sa rigueur. Charles se sent nerveux quant aux analyses qu'il aura à entreprendre avec le spécialiste; cependant, lorsqu'il se présente, le personnel hospitalier le traite avec respect et dignité. Il remarque également que le spécialiste et d'autres professionnels dans l'hôpital sont noirs. Le spécialiste met l'accent sur les symptômes que présente Charles et ne lui pose aucune question sur sa séropositivité ou son orientation sexuelle lorsque cela ne s'applique pas. Même lorsqu'ils procèdent à d'autres épreuves diagnostiques, le spécialiste et les autres professionnels de la santé ne prennent pas de précautions inutiles. Les résultats des analyses montrent que Charles est atteint d'une cardiopathie au stade précoce; cependant, puisque la maladie a été détectée tôt, le pronostic de Charles est bon. Charles continuera périodiquement d'avoir des rendez-vous de suivi avec le spécialiste afin de surveiller sa santé. Charles se sent à l'aise de se rendre à ces rendez-vous en raison des excellents soins qu'ont lui a prodigués et de la confiance qu'il accorde à ses médecins.

Cynthia

Cynthia est une femme crie qui demeure en Saskatchewan avec ses deux jeunes enfants; elle est actuellement enceinte de son troisième. Elle entretient des liens avec des membres de sa collectivité de Premières Nations et reçoit des soins de santé dans un centre de soins de santé pour les membres des Premières Nations. Elle vient d'apprendre qu'elle devra être admise à un grand hôpital pour y recevoir des traitements pour des complications liées à sa grossesse. Une infirmière du centre de santé la renvoie vers le nouveau programme de santé autochtone de l'hôpital, où un Aîné est à sa disposition pour lui prodiguer des conseils et lui fournir un soutien culturel et spirituel, et ce, avant, pendant et après ses traitements.

Le temps de ses traitements venus, le médecin de Cynthia se présente. Elle pose des questions à Cynthia par rapport à son expérience et ses priorités avant de lui expliquer en détail le traitement, le calendrier et les prochaines étapes. Le médecin de Cynthia s'adresse à Cynthia, en plus d'encourager Cynthia à poser des questions pour qu'elles puissent prendre les décisions ensemble. Le médecin a adopté cette approche dès le début du rendez-vous, car l'hôpital a récemment mis en œuvre une politique institutionnelle qui exige que tous les professionnels doivent apprendre et mettre en œuvre un modèle de pratique adapté aux réalités culturelles, tout en leur aidant à le faire. Cynthia se sent respectée et l'introduction soulage son anxiété relativement à son rendez-vous. L'Aîné collabore avec l'équipe de soins de santé de Cynthia afin de faciliter la communication et la compréhension culturelle, dans le but de concevoir et de maintenir un plan de soins adaptés à sa réalité culturelle. Cynthia continue de rencontrer l'Aîné pendant ses traitements ultérieurs, qui la met également en contact avec une garderie subventionnée convenable où elle peut amener ses deux enfants pendant qu'elle assiste à ses rendez-vous. Cynthia se sent appuyée par l'Aîné et son équipe de soins de santé à l'hôpital, qui réussit à gérer les complications liées à sa grossesse tout en offrant des soins adaptés à sa réalité culturelle. Cynthia donne naissance à un bébé né à terme et en santé.

Un cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif

Les processus complexes qui se renforcent qui alimentent des facteurs et des pratiques en matière de stigmatisation exigent que nous ayons recours à des interventions à l'échelle du système. À l'aide d'un point de vue axé sur la santé publique, il est important de privilégier des interventions générales qui offrent le plus grand bénéfice au plus grand nombre de personnes. Les interventions au niveau de la population et des institutions qui visent à empêcher les pratiques stigmatisantes sont celles qui s'harmonisent le plus avec cette approche.[181] Pour atténuer les méfaits au niveau individuel, on doit également mettre en œuvre des interventions afin de mieux soutenir les personnes qui ont été victimes de stigmatisation.

Bien que l'on ait organisé des mesures en fonction des différents niveaux, il sera important de mettre en œuvre des interventions complémentaires et synergétiques à l'échelle de tous les niveaux de façon à avoir le plus grand impact possible. Alors qu'une partie considérable de la recherche dans ce domaine se soit penchée sur l'impact d'une intervention à un seul niveau, les chercheurs insistent de plus en plus sur l'importance de travailler à plusieurs niveaux afin de renforcer le changement de façon durable.[89, 98, 105, 112, 182-187] En outre, il sera important d'avoir recours à un langage déstigmatisant à tous les niveaux et ce, dans toutes les interventions.

On encourage les leaders en politiques, les chercheurs, les praticiens et les fournisseurs de services à utiliser le Modèle sur la stigmatisation afin de comprendre les différents stigmates. Le Cadre d'action offre ensuite une orientation pour pouvoir élaborer des approches exhaustives à plusieurs niveaux qui respectent les disparités relatives aux expériences de stigmatisation, tout en offrant le potentiel d'avoir des effets durables sur l'ensemble des stigmates (tableau 2). Le Cadre d'action peut également servir de point de départ pour les autres stigmates n'ayant pas été résumés dans le présent rapport, notamment ceux liés à l'âge, à la classe sociale et aux autres problèmes de santé.

Un résumé des données probantes sur les interventions pour combattre la stigmatisation dans le système de santé sera disponible sur la page web du rapport annuel 2019 de l'ACSP.

CITATION D'ENTREVUE

« L'une des choses qui me donnent de l'espoir quant à la lutte contre la stigmatisation est que, dans un premier temps, nous commençons à nous rendre compte que l'on doit aborder la question. Nous commençons à reconnaître qu'il s'agit d'un de ces enjeux fondamentaux [...] qui affectent tout le monde dans la société. Si nous ne nommons pas la stigmatisation, ne commençons pas à intervenir et ne commençons pas à la voir comme un problème, nous ne pouvons pas aller de l'avant. »

"One of the things that gives me hope about addressing stigma is that first off, we're starting to realize that it needs to be addressed. That we're starting to recognize that this is one of those fundamental issues that is…that impacts everybody in society. Because if we don't name it, if we don't start to take action, if we don't start to see it as a problem, we can't more forward."

TABLEAU 2 : Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif

Expérience de la stigmatisation à différents niveaux (exemples)	Interventions pour lutter contre la stigmatisation à tous les niveaux (exemples)	Résultats potentiels (exemples)
Individuel		
Niveau de stigmatisation : personne qui vit la stigmatisation		
• Stigmatisation vécue (c.-à-d. traitement injuste, stress psychologique) • Stigmatisation intériorisée (c.-à-d. faible estime de soi et sentiment de honte) • Stigmatisation anticipée (c.-à-d. aucun accès à des supports et soutiens)	• Soutien de groupe pour changer les croyances stigmatisantes, améliorer les capacités d'adaptation, favoriser l'autonomisation et créer un soutien social	• Réduction de la stigmatisation intériorisée • Amélioration du bien-être psychologique et de la santé mentale
Interpersonnel (d'une personne à l'autre)		
Niveau de stigmatisation : Famille, amis, réseaux sociaux et professionnels, fournisseurs de services et soins de santé		
• Langage (p. ex., utilisation de termes péjoratifs ou d'étiquettes déshumanisantes; refus d'utiliser le nom et/ou le pronom préféré) • Attention intrusive et questions indiscrètes • Agressions et crimes haineux	• Interventions en matière d'éducation visant les mythes et le manque de connaissances • Interventions en matière de sensibilisation, y compris le partage d'histoires personnelles, visant les croyances et attitudes stigmatisantes	• Meilleure compréhension des faits au sujet de la stigmatisation liée aux problèmes de santé • Meilleure compréhension des divers points de vue et expériences entourant la stigmatisation • Augmentation de l'acceptation sociale • Réduction des stéréotypes
Institutionnel		
Niveau de stigmatisation : Organisations du système de santé, écoles de médecine et de formation en santé, organisations du secteur communautaire, organismes de services sociaux		
• Sentiment d'infériorité (p. ex. temps d'attente plus long que la normale; manque d'empathie du personnel) • Environnement physique non inclusif (p. ex. toilettes assignées par sexe; chaises trop petites dans les aires publiques) • Politiques institutionnelles causant un préjudice (p. ex. tests inutiles de dépistage des drogues; faible investissement des services)	• Formation continue visant les préjugés conscients et implicites • Instauration de modèles de sécurité culturelle et d'humilité culturelle • Environnements physiques sécuritaires et inclusifs • Initiatives sur la diversité en milieu de travail • Collaboration institutionnelle avec la collectivité; politiques qui appuient et financent la mobilisation significative des personnes ayant une expérience vécue de la stigmatisation • Mettre en œuvre des modèles de soins tenant compte des traumatismes et de la violence • Cadres de responsabilisation et de surveillance qui comprennent des indicateurs de réduction de la stigmatisation	• Le milieu institutionnel est inclusif, accueillant et diversifié • Les organisations sont en mesure de répondre aux besoins de tous les groupes de population • Réduction des croyances et attitudes stigmatisantes parmi le personnel • Amélioration des notations attribuées aux services de soins ainsi que du degré de satisfaction et de confiance des patients et des clients • Amélioration des résultats pour les patients et les clients
Population		
Niveau de stigmatisation : Médias de masse, Loi et politiques		
• Stéréotypes largement répandus • Portraits négatifs dans les films et à la télévision (p. ex. portrait de personnes atteintes de maladie mentale comme étant violentes) • Politiques et lois discriminatoires • Moyens de protection juridique inadéquats, ou absence d'application de ces moyens de protection	• Campagnes de médiatisation ayant pour but de contester les stéréotypes et les préjugés • Lignes directrices visant à réduire la stigmatisation dans les comptes rendus des médias • Lois et politiques de protection • Lutte contre la discrimination dans le cadre des lois et politiques existantes	• Réduction des croyances et attitudes stigmatisantes, et comportement atten du du public • Réduction des pratiques discriminatoires

Le tableau 2 présente un résumé de haut niveau des types d'interventions pouvant être envisagés au moment d'aborder la stigmatisation dans le système de santé, au moyen d'exemples s'appuyant sur des données probantes. La section qui suit examine de manière plus approfondie de quelle façon ces interventions ont été appliquées en pratique et de quelle façon on peut s'attendre à ce qu'elle traite la stigmatisation à l'échelle de différents niveaux. Il convient de souligner qu'une partie considérable de la recherche sur la stigmatisation provient du domaine de la santé mentale. Cela résulte en partie de l'intérêt mondial pour la santé mentale ainsi que du leadership au Canada.

Cette section comprend également des exemples d'interventions (dans les zones de texte) qui ont été cernées comme étant prometteuses par les participants des groupes de discussion organisés par l'ACSP.

Les interventions au niveau individuel et interpersonnel

Renforcer la résilience

Le Modèle sur la stigmatisation insiste sur l'importance de traiter les facteurs de la stigmatisation et d'intervenir pour prévenir la stigmatisation et la discrimination. Cependant, il est également nécessaire de soutenir les personnes qui ont fait l'objet de stigmatisation. La réduction des répercussions de la stigmatisation sur le bien-être est souvent la cible des programmes de psychoéducation au niveau individuel.[188-190] Ces interventions se déroulent souvent en groupe et comprennent des éléments cognitifs et comportementaux, comme la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie d'acceptation et d'engagement, et elles ont pour objet de modifier les croyances stigmatisantes qui ont été internalisées, d'améliorer les compétences d'adaptation, de soutenir l'autonomisation et de renforcer le soutien social.[188-192] Des revues systématiques de ces approches ont mis en lumière des supports prometteurs pour les personnes séropositives, qui consomment des substances et touchées par la maladie mentale. Par contre, les preuves empiriques sont contradictoires.[188-193] Le potentiel que présentent les interventions d'adaptation et de soutien communautaire pour atténuer les répercussions de la stigmatisation a également été identifié pour les communautés LGBT.[105, 194]

Renforcer la sensibilisation, modifier les attitudes

L'essentiel de la recherche sur les interventions liées à la stigmatisation a porté sur la contestation des stéréotypes et des préjugés maintenus par les individus, dans le but de réduire les pratiques stigmatisantes à un niveau interpersonnel. En règle générale, cette base de recherche a été axée sur des interventions d'éducation et de sensibilisation axée sur les contacts directs afin de réduire la stigmatisation associée aux problèmes de santé qui sont stigmatisés. Cependant, peu de recherche sur leurs répercussions à long terme a été effectuée à ce jour. Certaines revues systématiques suggèrent que les interventions de suivi s'avèrent particulièrement efficaces

CITATION D'ENTREVUE

« Je crois que ce type de dialogue commence à avoir lieu et que celui-ci est essentiellement animé par des collectivités autochtones qui affirment qu'il n'est pas approprié que l'on mette exclusivement l'accent sur les défaillances. Nous devons plutôt utiliser des modèles qui mettent l'accent sur les forces, examinent les groupes qui font preuve de développement spectaculaire et interprétent le tout afin d'adapter ces modèles à d'autres groupes. Il faut également comprendre l'autodétermination et les autres facteurs qui contribuent à éradiquer la stigmatisation. »

"I think that kind of dialogue is starting to occur, I would say and it is largely led by Indigenous communities who are saying that it is not appropriate to just focus on deficiencies. We need to focus on strength-based models, look at groups that are thriving and look at that as models for other groups to follow, and understand self-determination and other factors that remove stigma."

en vue de réduire la stigmatisation, alors que d'autres suggèrent que les interventions en matière d'éducation et de suivi ont des répercussions similaires.[193, 195, 196]

Les interventions en matière d'éducation utilisent des faits afin de cibler les stéréotypes et de contester les préjugés. Dans le cadre des interventions de suivi, les personnes appartenant à des groupes faisant l'objet de stigmatisation font part de leurs histoires personnelles. Ces liens visent à contester les attitudes et les comportements négatifs, à abolir les catégories « eux » contre « nous » et à mettre en évidence tous les autres aspects de l'identité d'une personne (p. ex., la personne est une mère, une amateur de baseball et une enseignante). Les interventions en matière d'éducation et de suivi ont toutes deux été associées à des effets immédiats faibles à modérés sur les connaissances ou les attitudes autodéclarées en matière de stigmatisation dans les revues systémiques liées à la maladie mentale ou au VIH.[193, 196-199] Ces interventions se sont également avérées prometteuses quant à la réduction de la stigmatisation autodéclarée sur le plan de la consommation de substances.[192, 200]

Interventions au niveau institutionnel

Les facteurs et les pratiques en matière de stigmatisation existent également au niveau institutionnel et de la population, où la stigmatisation est intégrée et soutenue. L'organisation dans son ensemble représente une cible de changement importante.[107, 202-206] Ce changement comprend les interventions au niveau organisationnel, notamment en créant des environnements physiques inclusifs, en renforçant la diversité dans la force de travail, ainsi qu'en apportant des modifications aux politiques et aux pratiques. Cette nouvelle approche vise plutôt à mettre l'accent et la responsabilité des interactions en santé sur les individus afin d'inclure des facteurs plus généraux qui façonnent ces interactions.[21, 204, 206] De manière connexe, la présente section comprend également des interventions à plusieurs niveaux, pour faire ressortir les avancées scientifiques importantes dans le domaine de la santé concernant les initiatives de lutte contre la stigmatisation et les initiatives axées sur l'équité.

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« [En tant que système de santé], nous avons tendance à impliquer et à représenter de plus en plus les personnes portant le plus lourd des fardeaux de cette forme de stigmatisation particulière; nous avons également tendance à mobiliser les personnes pour trouver des solutions. »

"We [the broader health system] tend to be more and more involving, the people who are bearing the greatest burden of that form of stigma, of a particular form of stigma, we are tending to involve people in creating the solutions."

Réflexions du groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

Les participants ont souligné l'étude CHAMP (Community Champions HIV/AIDS Advocates Mobilization Project [Projet de mobilisation des champions et des défenseurs communautaires du VIH/sida]) à titre d'exemple d'intervention en matière de réduction de la stigmatisation, laquelle a réuni des leaders communautaires et des personnes vivant avec le VIH. L'étude CHAMP invitaient des personnes vivant avec le VIH et des leaders communautaires séronégatifs, dont des personnes issues des secteurs de la foi, de la justice sociale et des médias, à s'inscrire à un atelier de formation. Dans le cadre des ateliers, les participants étaient invités à se livrer à la réflexion et à participer à des activités d'apprentissage expérientiel pour prendre davantage conscience de leurs propres préjugés et de leurs interventions à l'égard de la stigmatisation, dans le but d'élaborer des stratégies visant à lutter contre la stigmatisation. Les résultats ont indiqué que la formation a permis de modifier les attitudes et les comportements des personnes au fil de plusieurs mois, tant chez les personnes séropositives que chez les leaders communautaires.[201]

Tandis que les institutions sont au cœur de la présente section, nous y avons également inclus des interventions ciblant les fournisseurs de soins de santé au niveau individuel et interpersonnel. Ces interventions sont conçues et présentées dans le contexte des rôles des participants dans les systèmes de santé; dans cette optique, il est donc préférable de mettre en œuvre celles-ci parallèlement aux autres efforts consentis dans l'ensemble des institutions de soins de santé. Une approche visant l'ensemble de l'organisation met également l'emphase sur l'influence bidirectionnelle existant entre les individus et les institutions.

Traiter les préjugés dans la pratique en santé

Afin d'améliorer la pratique et de bien répondre aux besoins de tous les patients, il est important de comprendre et de traiter les croyances et les pratiques implicites et conscientes en matière de stigmatisation. On observe une prise de conscience croissante de la nature des préjugés implicites sur les inégalités en matière de santé ainsi que de leurs répercussions potentielles.[207-209] Parmi les approches communes ciblant les préjugés implicites parmi les fournisseurs de soins de santé, sont des efforts pour réduire les associations implicites ou pour contrôler la façon dont ils influencent le jugement et le comportement des autres.[209] Ce genre d'autoréflexion peut comprendre la mise en perspective (c'est-à-dire évaluer consciemment une interaction du point de vue de son patient) et de l'individuation (c'est-à-dire mettre consciemment l'accent sur les informations au sujet de l'individu, plutôt que sur des suppositions fondées sur l'identité sociale).[207-209] Bien qu'il s'agisse d'un nouveau domaine, on a déjà fait quelques constatations prometteuses.[208, 209] Le traitement des préjugés implicites a déjà été soulevé comme étant une mesure importante dans le but de réduire la stigmatisation et la discrimination des Autochtones au Canada, des personnes touchées par la maladie mentale, des populations LGBTQ2+ et des personnes qui consomment des substances.[20,192, 210, 211]

Les interventions en matière d'éducation, de prise de contact et de renforcement des compétences pour les fournisseurs de soins de santé constituent les approches les plus courantes pour cibler la stigmatisation consciente dans les installations de soins de santé en ce qui a trait au VIH, à la santé mentale et à la consommation de substances.[112] De nombreuses interventions comprennent de multiples approches; la prise de contact et le renforcement des connaissances sont les approches les plus courantes. Une revue systématique récente a relevé que plusieurs initiatives de lutte contre la stigmatisation avaient des résultats prometteurs, mais les variations sur le plan de la méthodologie faisaient en sorte qu'il était difficile de faire des comparaisons entre les différents domaines ou de tirer des conclusions claires au sujet de leur efficacité.[112]

Des revues narratives mettant l'accent sur la santé mentale et remontant à plus de cinq ans suggèrent un certain niveau de succès. Malgré le fait que la base de recherche soit modeste, les interventions de suivi et d'éducation se sont avérées prometteuses afin de réduire la stigmatisation autodéclarée chez les fournisseurs de soins de santé, plus particulièrement en ce qui a trait aux améliorations à court terme dans les connaissances et le comportement.[193, 199]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Beaucoup de systèmes assument que nos liens familiaux sont rompus et ne savent pas ce dont nous avons réellement besoin. Les gens savent ce dont ils ont besoin; nous ne prenons tout simplement pas le temps de les écouter. »

"So many systems think our families are broken and they don't know what we need. People know what they need but we just don't listen to them."

Initiative « Changer les mentalités » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)

L'atelier « Comprendre la stigmatisation » a été conçu afin d'aborder la stigmatisation de la maladie mentale chez les professionnels de la santé au moyen du contact social et d'éléments éducatifs et axés sur l'action.[212] Une méta-analyse de six reproductions du programme a soulevé des résultats encourageants; l'atelier a été associé à des changements autodéclarés en ce qui a trait aux attitudes et au comportement normal.[212]

La CSMC a également appuyé l'évaluation d'un certain nombre d'interventions de lutte contre la stigmatisation à l'échelle du pays. Cette recherche a soulevé un certain nombre d'éléments de programme importants pour traiter la stigmatisation liée à la santé mentale chez les fournisseurs de soins de santé (voir ci-dessous). Pour que les programmes soient efficaces, il est important que certains éléments y soient intégrés, dont de multiples formes de contact social et une emphase mise sur la récupération.[213]

Principaux éléments de programme de « Changer les mentalités »

1. Contact social sous la forme d'un témoignage personnel d'un interlocuteur formé qui a déjà été vécu avec une maladie mentale.
2. Des formes ou des points de contact social multiples, où les personnes possédant une expérience vécue peuvent être perçues comme des éducateurs plutôt que comme des patients.
3. Accent mis sur la modification du comportement par l'enseignement de compétences qui aident les fournisseurs de soins de santé à savoir ce qu'ils doivent dire et faire.
4. Se livrer à la démystification.
5. Un animateur ou un instructeur enthousiaste qui incarne une approche axée sur les personnes.
6. Insister sur la récupération et en faire la démonstration dans les messages clés, y compris le rôle important que jouent les fournisseurs de soins de santé dans le cadre de ce processus.

CITATION D'ENTREVUE

« Ce que nous avons constaté, c'est que les programmes d'éducation dans le cadre desquels on partage des expériences […]— que nous appelons éducation fondée sur le contact ou contact social — les personnes qui écoutent d'autres personnes raconter leurs expériences qu'elles ont vécu relativement à leurs problèmes de santé mentale et de maladies mentales partagent à quoi ressemblait leur vie avec une maladie mentale, discutent de l'importance d'obtenir des traitements et soulèvent la façon dont leur vie a complètement changé une fois qu'elles ont obtenu l'aide dont elles avaient besoin. »

"What we have found is that education programs that share stories… We call it contact-based education or social contact. People hearing from individuals with lived experiences of mental health problems and mental illness who talk about their stories share what it was like when they had a mental illness, but talk about the importance of getting treatment and how their lives have changed dramatically once they got that help that was needed."

Des programmes éducatifs et de la formation ont également le potentiel de renforcer les connaissances et de modifier les attitudes chez les fournisseurs de soins de santé à l'égard des populations LGBT et à leur santé.[214] Bien que la stigmatisation dont sont victimes les patients transgenres ait fait l'objet de peu de recherches, il a été déterminé que les interventions de prise de contact constituent une approche pouvant permettre de traiter les préjugés des fournisseurs.[105]

Comme nous l'avons déjà souligné, pour traiter la stigmatisation dans les systèmes de santé, des efforts doivent être déployés dans l'ensemble des institutions de santé. La recherche a relevé de nouvelles pratiques, mais aucune conclusion n'a été tirée quant à leur efficacité. Les approches en vue de modifier la politique et la pratique comprennent ce qui suit : cibler tous les membres du personnel à tous les niveaux : clinique, non clinique, gestion, y compris les personnes en formation; modifier les aspects physiques de l'environnement; adapter l'approche au contexte et à la culture de l'organisation; et cibler simultanément plusieurs niveaux.[107, 112, 215, 216] Dans le cas des organisations qui fournissent des services à des personnes qui sont victimes d'une stigmatisation liée à leurs problèmes de santé, cela peut également comprendre de modifier l'idée que l'on se fait de la « réussite ». Par exemple, la recherche au Canada s'est penchée sur différentes idées concernant la réussite chez les fournisseurs de services de santé et sociaux qui travaillent auprès de femmes enceintes qui consomment des substances; les fournisseurs de services ont laissé entendre que la réussite pour les patientes pourrait comprendre le fait de répondre à leurs besoins qu'elles ont elles-mêmes définis, éprouver de la stabilité et se respecter, reconnaître sa force et sa résilience, et guérir à son propre rythme.[217]

De la compétence culturelle à la sécurité culturelle

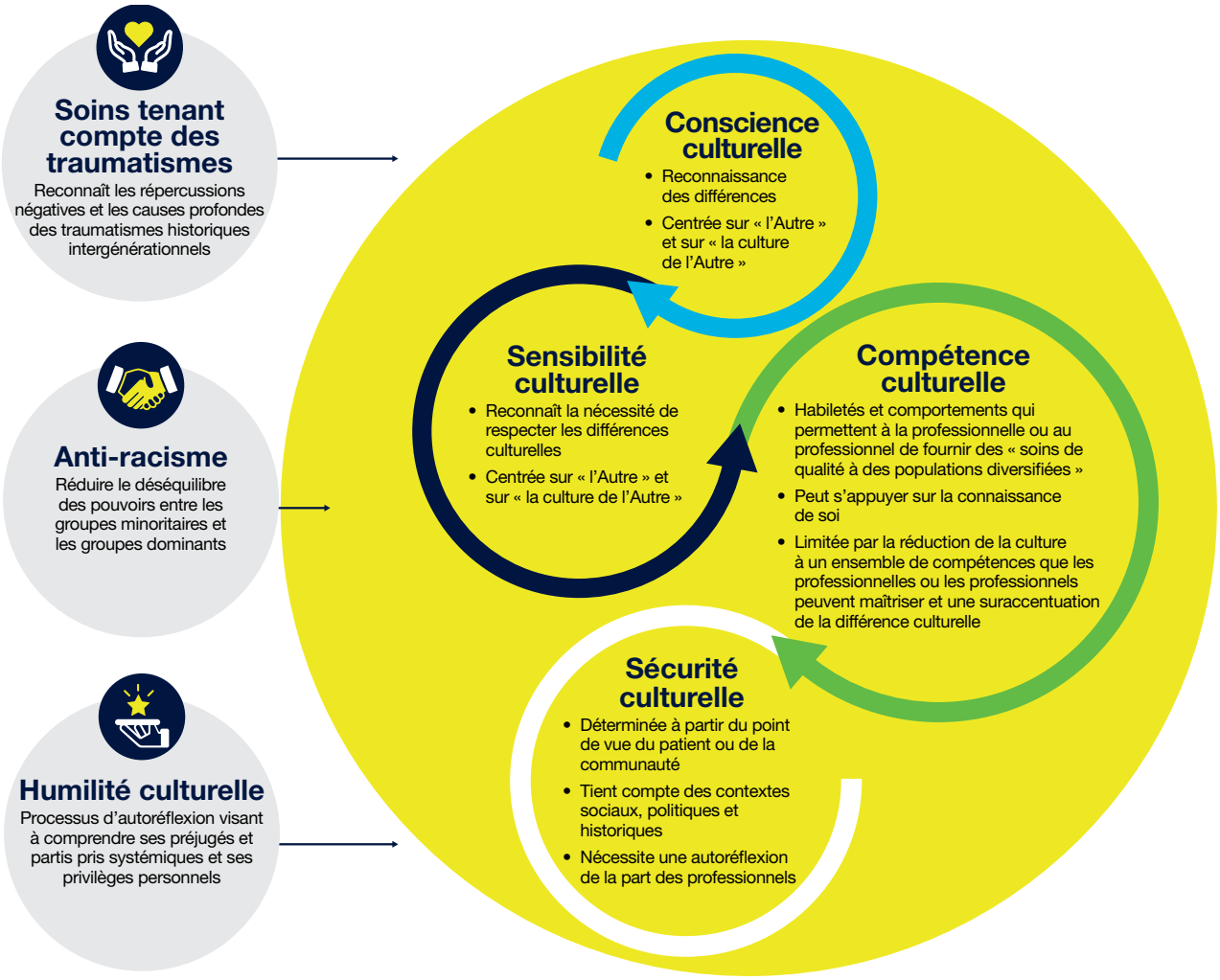
Le domaine de la compétence culturelle offre une autre approche pour traiter la stigmatisation dans les institutions de soins de santé. En termes généraux, les interventions de compétence culturelle portent sur le développement de la sensibilisation, des connaissances et des attitudes parmi les fournisseurs de soins de santé afin de les aider à travailler de manière plus efficace dans les situations interculturelles.[218] En règle générale, cet aspect se trouve au cœur de la stigmatisation et de la discrimination liées aux identités sociales, telles que les Autochtones et les populations racialisées, mais le langage et le point de vue général ont été élargis afin d'inclure d'autres groupes, comme les populations LGBT.[105, 206, 214] Il s'agit d'un domaine en évolution. Les approches antérieures ont été axées sur l'enseignement destiné aux fournisseurs de soins de santé. Ces approches ont fait l'objet de critiques au motif qu'elles simplifiaient trop et stéréotypaient la culture, et qu'elles ignoraient la diversité qui existe au sein de celle-ci.[218] Bien que la formation à l'intention des fournisseurs de soins de santé demeure l'approche la plus courante afin d'intégrer une compétence culturelle dans les systèmes de santé pour les Autochtones et les populations racialisées, sa portée a été élargie pour comprendre une emphase mise sur le changement institutionnel.[202, 203, 206, 218] Cela comprend des programmes adaptés à la culture des patients, des navigateurs pour les patients et de la diversité au sein de l'effectif.[202, 203, 215] Dans le cadre de revues systématiques, certaines initiatives ont été associées à des améliorations dans les connaissances ou les attitudes autodéclarées des fournisseurs ainsi que dans l'accès aux soins de santé tel que déclaré par les patients, et/ou dans la satisfaction des patients.[202, 203, 218] Les résultats étaient toutefois mitigés et la recherche était de faible qualité, tandis que les données probantes concernant l'impact sur les résultats des patients étaient inexistantes ou faibles.[206, 218]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Les systèmes de santé devraient ressembler aux personnes qui leur rendent visite. »

"Health systems should look like the people who come to visit them."

Figure 9 : **Continuum de la sécurité culturelle***



* Adapté du site du CCNSA et du site de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la C. B. par le Forum des professionnels de l'ACSP.

Pour répondre aux critiques tout en tenant compte de l'importance croissante de se pencher sur les inégalités raciales en matière de santé, des facteurs comme la confiance et la méfiance, les préjugés, le pouvoir, le privilège, la discrimination et la réflexion critique sont devenus des points de focus au sein de la « compétence culturelle ».[218] De nombreuses initiatives différentes au niveau individuel, interpersonnel et institutionnel sont désormais considérées comme des interventions de « compétence culturelle », même si celles-ci varient considérablement en ce qui a trait à l'approche et au niveau d'intervention.

Des approches fondées sur la sécurité culturelle ont été conçues afin de contrer aux limitations des pratiques antérieures. La sécurité culturelle se distance d'un focus sur les différences culturelles et se rapproche à une vision du système de santé comme un lieu propice au changement (figure 9).[204] Mis sur pied par des infirmiers enseignants autochtones en Nouvelle-Zélande en guise de modèle de soins de santé, la sécurité culturelle a été conçue afin de répondre aux implications de santé attribuables au colonialisme, tout en se penchant sur la dynamique de pouvoir existant dans les systèmes de santé.[20, 219] La sécurité culturelle vise à créer des espaces où tous se sentent respectés et en sécurité sur les plans physique, émotionnel, social et spirituel.

Tandis que les données probantes continuent de naître, la recherche au Canada a cerné un certain nombre d'éléments clés dans les interventions de

sécurité culturelle, dont l'autoréflexion, le traitement des préjugés et de la discrimination, le renforcement des relations avec les patients, le partage du pouvoir, la validation du mode de savoir d'un patient et la formation significative pour les fournisseurs de soins de santé.[20, 204, 219, 220] Certains de ces aspects sont intégrés dans l'« humilité culturelle », un concept connexe important auquel doivent avoir recours les fournisseurs de soins de santé pour favoriser la sécurité culturelle.[221] Il s'agit d'un processus d'autoréflexion servant à comprendre les préjugés et bâtir des approches et des relations respectueuses ancrées dans la confiance mutuelle.[221] L'humilité culturelle comprend une conscience de soi à titre d'apprenant en ce qui a trait à la compréhension des expériences d'une autre personne.[221]

Les interventions de sécurité culturelle au niveau institutionnel comprennent la mise en place de partenariats avec les collectivités, la création d'espaces physiques sécuritaires et accueillants qui tiennent compte des populations desservies (p. ex., affichage dans les langues autochtones, espaces sacrés dans les hôpitaux), la prise d'engagements institutionnels envers la sécurité culturelle, et l'embauche et l'appui de fournisseurs de soins de santé autochtones.[21, 204, 219, 220] Les organisations de soins de santé peuvent également modifier leurs politiques internes pour appuyer la sécurité culturelle, notamment en se donnant de la flexibilité pour la prise de rendez-vous afin d'accroître la réceptivité, tout en établissant des relations fondées sur la confiance.[204]

En plus des Autochtones, la sécurité culturelle a le potentiel d'aider d'autres groupes qui sont victimes de discrimination. Plus particulièrement, il a été déterminé que la sécurité culturelle était pertinente pour les personnes transgenres[223] et les populations racialisées.[108, 174]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« […] Les soins holistiques sont essentiels; il ne s'agit pas de tout simplement cocher une case — vous devez comprendre la personne comme un tout et tenir compte de l'expérience vécue de cette dernière. »

"…Holistic care is crucial, it is not a tick box, and you need to understand the whole person and the lived experience."

Réflexions d'un groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

En réponse au *Transformative Change Accord First Nations Health Plan* de la Colombie-Britannique, les services de santé des Premières Nations dans la province de la Colombie-Britannique ont été délégués aux Premières Nations grâce au programme de formation sur la sécurité culturelle autochtone « San'yas », lequel a été mis sur pied et offert à l'échelle de toutes les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique.[222]

« Ce que nous faisons [au niveau interpersonnel] aide à réduire la stigmatisation au niveau individuel, mais fonctionne uniquement si la stigmatisation structurelle [systémique] fait l'objet d'un changement positif. »

"What we do at the [interpersonal level] helps alleviate the individual stigma, but only if the structural [systemic] stigma is positively changed."

Déclarations de sécurité culturelle

Le 23 avril 2019, l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada et Services aux Autochtones Canada ont signé la *Déclaration d'engagement conjointe pour promouvoir la sécurité culturelle et l'humilité dans les services de santé et de mieux-être* avec l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique. La Déclaration tient compte d'un engagement vers la création d'un environnement dans lequel les Autochtones ressentent qu'ils peuvent avoir accès au système de santé canadien en toute sécurité. L'objectif principal consiste à cerner les possibilités en vue de réduire les obstacles systémiques et les méfaits dont sont victimes les Autochtones, à accroître la sensibilisation à la discrimination systémique existante et à corriger les inégalités dans les résultats pour les Autochtones. L'humilité culturelle demande une autoréflexion afin de comprendre les préjugés, de traiter le déséquilibre des pouvoirs et de concevoir des processus respectueux dans lesquels les personnes sentent qu'elles bénéficient d'un accès sécuritaire aux systèmes de santé. La Déclaration répond aux appels à l'action numéro 23 et 57 mis de l'avant par la Commission de vérité et réconciliation du Canada, qui exhortent tous les ordres de gouvernement de veiller à ce que les professionnels de la santé et les fonctionnaires reçoivent une formation sur l'histoire des peuples autochtones.

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Nous devenons amener l'humanité au cœur de cette question, mettre des visages aux récits. À l'heure actuelle, il nous faut des champions et des leaders, mais nous ne voulons nons plus que cela soit à titre symbolique. Nous devons tous partager le même désir. »

"We need to bring humanness into this. More faces to narratives. There needs to be champions at the moment and leaders, but we do not want to tokenize either. We need to all want it."

Soins tenant compte des traumatismes et de la violence

Les pratiques stigmatisantes peuvent comprendre la violence interpersonnelle et structurelle et être exacerbées par celles-ci. Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence sont nés de la constatation selon laquelle il existe de nombreuses formes de traumatismes et un potentiel de répercussions durables pouvant en découler.[224] Cette approche permet de s'écarter d'une perspective axée sur « Qu'est-ce qui ne va pas? » pour plutôt chercher à tenir compte de « Qu'est-il arrivé? ». Cela permet d'examiner l'influence du traumatisme sur le bien-être et de son impact potentiel sur le comportement.[225] Cette approche n'a pas pour objet d'offrir un soutien thérapeutique spécialisé afin de traiter le traumatisme, mais vise plutôt à réduire le potentiel de méfaits et de nouveaux traumatismes pouvant en découler. Cela comprend le fait de porter une attention à une variété d'expériences potentiellement traumatisantes dans le cadre des soins de santé, y compris le fait de se trouver dans une position vulnérable lors d'un examen ou dans les salles d'attente bruyantes. Elle reconnaît également l'intensité émotionnelle qui se rattache à la divulgation du traumatisme et de l'importance de poser des questions au sujet du traumatisme d'une façon qui se veut sensible, respectueuse et appropriée.[226]

Les quatre principes qui sous-tendent les soins tenant compte des traumatismes et de la violence sont les suivants :[226]

1. renforcer la sensibilisation chez les fournisseurs de soins de santé au sujet des traumatismes, de la violence et de ses répercussions sur la vie et le comportement des personnes;
2. mettre en place un environnement sécuritaire sur les plans émotionnel et physique, et des environnements accueillants pour tous, en ayant recours à un langage non stigmatisant;
3. favoriser les possibilités de choix, de collaboration et de connexion;
4. utiliser une approche axée sur les forces et le renforcement des capacités pour aider les gens.

Responsabilité institutionnelle

L'environnement de politique plus large peut influencer la réussite des initiatives institutionnelles. Par exemple, les cadres de responsabilisation actuels liés à la réduction de la stigmatisation sont peu ciblés, ce qui fait en sorte qu'il est difficile d'assurer le suivi des activités ou des répercussions actuelles. En outre, cela signifie qu'il y a peu de structures ou de mesures incitatives pour appuyer les efforts nouveaux ou en cours.[227] Le potentiel de cette approche a été soulevé dans une revue systématique des initiatives organisationnelles en matière de compétence culturelle.[215] Même si la recherche est trop limitée et variée pour tirer des conclusions solides, on a constaté que les activités de vérification et d'amélioration offrent une structure permettant de déterminer quels sont les aspects des soins de santé qui sont adaptés aux réalités culturelles pour les Autochtones et d'orienter des mesures à l'égard de ceux-ci.[215]

EQUIP : Une intervention canadienne axée sur l'équité en santé

EQUIP Health Care (EQUIP Health Care) constitue un exemple canadien prometteur d'une intervention axée sur l'équité en santé, qui cible les facteurs et les pratiques en matière de stigmatisation et s'appuie sur un fondement théorique et empirique. EQUIP est une intervention à plusieurs niveaux qui met à la fois l'accent sur la sécurité culturelle, les soins tenant compte des traumatismes et de la violence ainsi que de la réduction des méfaits. Ces éléments constituent les principales dimensions des soins de santé axés sur l'équité (SSAE) qui doivent être adaptées sur le plan contextuel à l'environnement à la collectivité et aux différentes populations desservies. EQUIP mise sur l'éducation des membres du personnel et sur l'évolution de la pratique, ainsi que sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action à l'échelle de l'organisation qui s'articule autour du changement.

Dans quatre cliniques de soins de santé primaires canadiennes, le modèle EQUIP a été associé à une augmentation de la sensibilisation et de la confiance autodéclarée par les membres du personnel en matière de soins de santé axés sur l'équité.[205] Le modèle a également été associé à l'apport de stratégies organisationnelles afin de lutter contre le racisme à de multiples niveaux, à l'amélioration de l'espace physique dans les salles d'attente, ainsi qu'à l'évolution des politiques et des pratiques organisationnelles afin de soutenir la réduction des méfaits.[205] Selon la recherche longitudinale effectuée auprès des patients de la clinique EQUIP, les patients recevant des SSAE ont rapporté plus de confort et de confiance envers les soins prodigués et éprouvaient, par conséquent, une plus grande confiance envers leur capacité de gérer et de prévenir leurs problèmes de santé.[233] Cette augmentation au niveau de la confiance a permis de prévoir des améliorations quant aux symptômes de dépression, aux symptômes du TSPT, à la douleur chronique et à la qualité de vie déclarées par les patients.[233]

EQUIP fait actuellement l'objet d'une mise à l'essai dans trois services d'urgence différents et intègre le concept de Propriété de Première Ligne, dans laquelle les fournisseurs de services directs déterminent quelles sont les priorités, tout en s'occupant d'apporter des changements au profit de pratiques éradiquant la stigmatisation et de la SSAE.

Les cadres de responsabilisation qui cherchent à réduire la stigmatisation pourraient être appuyés par la surveillance de l'accessibilité, de la qualité ou de la pertinence des services de santé. Cela pourrait comprendre la répartition des données sur l'amélioration de la qualité pour se pencher sur les expériences différentes des groupes les plus susceptibles d'être victimes de stigmatisation, laquelle nécessiterait une collecte significative et respectueuse des données démographiques sur les patients.[228-230]

Réflexions d'un groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

L'appel à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation (CVR) offre une voie à suivre pour traiter le racisme envers les Autochtones dans le système de santé et au-delà. Les participants au groupe de discussion ont présenté des exemples d'une initiative locale et provinciale ayant pour objet de répondre aux 94 appels à l'action :

À la suite de la publication des appels à l'action de la CVR, la Région sociosanitaire de Saskatoon (qui fait désormais partie de l'Autorité sociosanitaire de la Saskatchewan) a élaboré un cadre d'action et de responsabilisation à l'échelle du système de santé. Ce cadre fait référence aux appels à l'action numéros 18 à 24, qui portent sur la santé. Par exemple, l'appel à l'action numéro 23 demandent à tous les niveaux de gouvernement d'augmenter le nombre de professionnels métis, inuits et des Premières Nations dans le secteur des soins de santé, d'assurer d'avoir recours à des fournisseurs de soins de santé inuits, métis et des Premières Nations dans les collectivités autochtones et de fournir une formation en compétences culturelles à tous les professionnels de la santé. Le Cadre de mobilisation de la CVR décrit une action à plusieurs niveaux dans le cadre de laquelle les membres du personnel peuvent répondre aux appels à l'action de façons qui « établissement des liens entre le travail quotidien à titre de praticiens et le changement systémique au sein de notre collectivité et au-delà ».[231] Ce cadre offre des possibilités et des exemples d'action qui habilitent les membres du personnel à répondre aux appels à l'action au sein du système de santé aux niveaux du partenariat, de l'organisation, du ministère et du praticien.

Pour répondre à l'appel à l'action numéro 22, qui porte sur l'inclusion des Aînés en guise de stratégie visant à améliorer les soins prodigués aux patients autochtones, une clinique de soins primaires dans le quartier est du centre-ville de Vancouver a embauché des Aînés autochtones afin d'offrir un mentorat culturel aux patients par l'intermédiaire de séances individuelles, de cercles d'enseignement culturel et d'une cérémonie axée sur la terre. Les 37 patients qui ont participé à une entrevue de suivi après avoir reçu des soins à la clinique, à l'exception d'un seul, ont rapporté un avantage perçu en travaillant avec des Aînés.[232]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Les gens aiment que les Aînés fassent partie intégrante de leurs soins de santé. Nous avons également sollicité la participation d'Aînés au sein de la collectivité, de comités consultatifs ainsi que dans l'ensemble de nos réunions. Nous nous sommes réunis dans le cadre de réunions trimestrielles dans le cadre desquelles nous demandions à tous les participants de faire part de leurs commentaires au sujet de la direction dans laquelle nous nous dirigeons, pour que tout le monde ait réellement le sentiment d'être bienvenu, d'être voulu, d'être écouté et que leur voix avait été entendue. »

"People just love the Elders being involved in health care with them. Then we also involved the Elders in the community, in advisory committees, in all our meetings. We would bring together quarterly meetings and have everybody's input, about the direction we're going in, so people really felt welcomed, wanted, felt heard, had their voices heard."

Interventions au niveau de la population

Au niveau de la population, les interventions traitent les facteurs et les pratiques en matière de stigmatisation en ciblant des normes sociales et la politique publique. Les interventions à ce niveau recoupent des systèmes multiples et peuvent avoir une influence profonde sur la stigmatisation au sein et au-delà du système de santé.

Modifier les normes sociales

Les campagnes au niveau de la population contestent les stéréotypes et les préjugés en ayant recours à des modèles d'éducation et de contact similaires aux interventions au niveau individuel et interpersonnel. En règle générale, les activités d'évaluation ont mis l'accent sur les campagnes médiatiques ciblant la stigmatisation liée à la santé mentale, y compris *Time to Change* (en Angleterre) et *Beyond Blue* (en Australie). Selon des données probantes provenant de revues narratives menées dans le domaine de la santé mentale, les campagnes médiatiques au niveau de la population qui visent à influer sur la stigmatisation ont, à court terme, des répercussions positives de faibles à modérées.[193, 234] Outre les initiatives locales, l'initiative *Time to Change* a ciblé la population générale par l'entremise des médias de masse nationaux et de l'activité de marketing social, en mettant l'accent sur l'éducation, la réduction des préjugés et l'évolution du comportement.[234] Une amélioration au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements prémédités autodéclarés au niveau de la population a été notée, en plus d'une réduction dans la discrimination déclarée par les utilisateurs de services de santé mentale.[193, 234, 235] En Australie, dans le cadre de l'initiative *Beyond Blue*, on a eu recours notamment à des activités médiatiques au niveau de la population afin de cibler les connaissances, les croyances et les compétences du public en matière de santé mentale.[193] La campagne a été associée à des changements positifs à l'égard des attitudes publiques autodéclarées.[193]

La stigmatisation subit également l'influence de ses représentations dans les médias, lesquels peuvent exercer une influence sur les facteurs de stigmatisation comme la peur et les attitudes préjudiciables.[236] En santé mentale, les interventions de lutte contre la stigmatisation dans les médias comprennent : une surveillance de la couverture médiatique à la suite d'initiatives de lutte contre la stigmatisation à l'échelle nationale ou locale et la publication de lignes directrices sur l'établissement de rapports en matière de santé mentale, ainsi que de l'enseignement à l'intention des journalistes et des étudiants en journalisme. L'efficacité de telles interventions a fait l'objet de peu d'études, et les conclusions sont mitigées, mais les approches les plus prometteuses comprennent des interventions en matière d'éducation axées sur les contacts ainsi que l'élaboration et la communication de lignes directrices par des institutions les plus influentes.[236]

Réflexions d'un groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

Les participants ont discuté d'interventions qui favorisaient l'autonomisation par les arts. Par exemple, des documentaires comme « Take Me to the Prom » [Amène-moi au bal], présente de manière détaillée les expériences de personnes LGBTQ2+ assistant au bal des finissants de leur école secondaire plusieurs décennies après avoir terminé leurs études secondaires.[237] Les interventions axées sur les arts peuvent améliorer la représentation dans les médias et ont le potentiel de faire évoluer les normes sociales.

Des droits et des protections pour tous les Canadiens

Les lois et les politiques peuvent prévenir un comportement discriminatoire et fournir une protection contre celui-ci, tout en informant que la stigmatisation et les préjugés sont inacceptables.[183, 238] Au Canada, la réglementation comprend la *Loi canadienne sur les droits de la personne* et la *Charte canadienne des droits et libertés*. Les interventions politiques au niveau de la population qui ciblent les facteurs et les pratiques en matière de stigmatisation sont celles qui ont le plus grand potentiel d'avoir des répercussions généralisées, ce qui est particulièrement manifeste dans la recherche portant sur la relation entre les politiques et les inégalités en matière de santé.[105, 238, 239]

Au Canada, la recherche approfondie soulevant les associations existant entre la fréquentation des pensionnats indiens chez les Autochtones et un vaste éventail d'inégalités en matière de santé mentale et physique chez d'anciens élèves des pensionnats et ses générations subséquentes constitue un exemple puissant.[240] Les pensionnats indiens ont tenté d'éradiquer la langue, les pratiques et les croyances culturelles des enfants autochtones, sans oublier que de nombreux enfants ont également été victimes de violence physique, sexuelle ou émotionnelle.[240] Les pensionnats indiens ont été liés à de mauvais résultats de santé physique, notamment des taux plus élevés de maladies chroniques et infectieuses, ainsi que des cas de détresse mentale, de dépression, de consommation de substances, de stress et de comportements suicidaires.[240]

La majorité des autres recherches effectuées au niveau de la population et s'orientant sur le lien existant entre les politiques stigmatisantes et les résultats de santé de la population provient des États-Unis. Les lois Jim Crow — c'est-à-dire des lois d'État et locales qui, jusqu'en 1964, avaient légalisé la ségrégation raciale — ont été associées à des inégalités en matière de santé liées au cancer du sein, à la mortalité infantile et à la mortalité prématurée chez les Afro-Américains.[241-243] Dans un autre exemple, l'adoption de lois étatiques autorisant le déni de services aux couples de même sexe a été associée à une augmentation dans la proportion d'adultes appartenant à une minorité sexuelle déclarant de la détresse mentale.[244] Inversement, les lois qui accordent des droits égaux sont liées à une amélioration du bien-être. Dans une étude longitudinale portant sur les femmes lesbiennes et bisexuelles à Chicago, les mesures législatives sur l'union civile ont été associées à des niveaux de conscience liés à la stigmatisation, à la discrimination perçue et aux symptômes de dépression plus faibles.[245]

CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Il faut aller au-delà des systèmes existants. [Nous avons] besoin de sensibilisation et… d'un message clair de la société [...] Les personnes qui sont non-minoritaires doivent être influencées par la réalité – le prochain combat, c'est celui-là qu'il faut absolument traiter. »

"It is necessary to go beyond existing systems. [We] need awareness and... [a] strong social message... Other non-minority people must be influenced by reality – the next battle is the one that must be dealt with."

Peu de recherches évaluent l'impact des initiatives politiques au niveau de la population liée à la stigmatisation sur les inégalités en matière de santé dans le contexte canadien. Cependant, des lois actuelles, comme la criminalisation de la non-divulgation du VIH et la consommation personnelle de drogues, ont été signalées comme jouant un rôle dans le renforcement de la stigmatisation.[246-250] La discrimination a également été codifiée dans des lois, comme la *Loi sur les Indiens*, qui a été établie il y a près de 150 ans, et qui continue à régir et à limiter de grandes sphères de la vie pour les membres des Premières Nations, dont la terre, l'identité, l'autonomie et l'activité économique.[21, 251-253] Cela se répercute parallèlement dans les ressources insuffisantes qui sont attribuées à l'éducation, au logement et aux services de santé et sociaux pour les Premières Nations.[21, 114]

Un exemple de la façon dont les données probantes ont éclairé de nouvelles politiques afin de réduire la stigmatisation est survenu récemment. En décembre 2018, le Canada a été le premier pays à s'inscrire à la campagne mondiale U=U (Indétectable = Non transmissible). Cette campagne est fondée sur des données probantes qui illustrent que lorsqu'une personne est traitée efficacement pour le VIH et qu'elle maintient une charge virale indétectable, elle ne pose véritablement aucun risque de transmission sexuelle. La stigmatisation demeure l'un des plus grands obstacles qui empêchent des Canadiens d'avoir accès à des services de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien en matière de VIH, et cette transformation a des répercussions importantes sur la réduction de la stigmatisation liée au VIH. En guise de réponse, Justice Canada a annoncé qu'il publierait une nouvelle directive liée aux poursuites pénales relatives à la non-divulgation du VIH, d'après les éléments de preuve scientifique examinés par l'Agence de la santé publique du Canada.[254]

Principes pour orienter les interventions de lutte contre la stigmatisation

Malgré qu'il y a de plus en plus de recherches qui sont effectuées sur l'intervention de lutte contre la stigmatisation, il est toujours difficile de savoir « ce qui fonctionne » et dans quel contexte, pour traiter la stigmatisation et la discrimination. Il s'agit d'une difficulté courante dans le domaine de la recherche en intervention. Le temps ou les ressources sont souvent inadéquats pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer de façon rigoureuse les interventions (voir la zone de texte). Ce processus est encore plus complexe en ce qui a trait aux interventions au niveau de la population. Cela a donné lieu à une répartition inégale de la recherche à travers les niveaux ainsi qu'à une incompatibilité entre le focus de recherche (au niveau individuel ou interpersonnel) et les niveaux où le plus grand impact est possible (au niveau institutionnel ou de la population).

Une meilleure compréhension de ce qui fonctionne demande également que l'on tienne compte des multiples voix et modes de savoir. Même si la responsabilité du changement incombe aux décideurs et aux dirigeants du système, ce sont les collectivités qui possèdent de longs antécédents de résistance et de leadership quant à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Le fondement de nos efforts pour traiter la stigmatisation et la discrimination provient de la collectivité, notamment des personnes possédant une expérience vécue et des organismes communautaires. Les collectivités qui sont victimes de stigmatisation se sont appuyées les unes les autres afin de renforcer la solidarité et de contester les facteurs et les pratiques stigmatisants, de façon à atténuer les répercussions des expériences découlant de la stigmatisation chez les individus, les familles et les collectivités.[21, 255, 256]

Élargir notre vision des données probantes

Le colonialisme et le racisme ont exercé une influence sur les systèmes de connaissances que nous valorisons et ne valorisons pas en tant que société. Cela a donné lieu à la domination des connaissances biomédicales occidentales et à la dévalorisation des systèmes de connaissances ou des « modes de savoir » autochtones.[21] Il est important que nos efforts collectifs soient éclairés par les modes de savoir autochtones, de même que par les connaissances expérientielles des personnes ayant une expérience vécue de la stigmatisation. Aux fins du présent rapport, ces connaissances proviennent de chercheurs autochtones et de chercheurs racialisés, ainsi que de nos groupes de discussion.

Le Cadre d'action constitue un point de départ qui permet de cerner les interventions prometteuses en fonction de nos connaissances actuelles. Nos efforts en vue de concevoir, d'adapter, de mettre en œuvre et d'évaluer des interventions de lutte contre la stigmatisation peuvent permettre de créer un changement significatif, tout en faisant progresser ce domaine. Plusieurs principes ont été relevés dans le cadre de l'examen des données probantes qui, parallèlement aux grands principes en matière de santé publique, peuvent offrir des conseils utiles pour éclairer la marche à suivre pour les prochaines étapes.

Principes fondamentaux pour la conception d'interventions de lutte contre la stigmatisation

1. Elles sont motivées par la collaboration entre les dirigeants du système de santé et les personnes ayant une expérience vécue de la stigmatisation.
2. Elles sont conçues en s'appuyant sur les données probantes de la recherche, les différents modes de savoir et les connaissances expérientielles.
3. Elles sont à niveaux multiples, et accorde une attention particulière aux initiatives à plusieurs niveaux qui sont centrées sur les interventions au niveau institutionnel ou de la population pour traiter la stigmatisation et la discrimination systémiques dans les systèmes de santé.
4. Elles sont orientées par des principes comme l'adaptation aux réalités culturelles, et les soins tenant compte des traumatismes et de la violence.
5. Elles tiennent compte de l'intersectionnalité, y compris l'attention aux forces, aux ressources et à la solidarité au sein des communautés qui sont victimes de stigmatisation.
6. Elles sont fondées sur les principes de la recherche en intervention et de la science de la mise en œuvre, afin de faire avancer les connaissances dans le domaine.

Figure 10 : **À quoi ressemble un système de santé exempt de discrimination?**[xiv]

xiv Ces idées sont tirées de deux groupes de discussion. On a demandé aux participants à quoi ressemblerait, selon eux, un système de santé exempt de stigmatisation.

La voie à suivre

Tandis que la stigmatisation est façonnée et maintenue en place par des forces socioéconomiques supérieures, notamment par des politiques et des pratiques historiques, le système de santé peut être un secteur de premier plan puissant pour soutenir le changement au Canada. Si nous faisons appel à notre pleine capacité à tous les niveaux à l'échelle du secteur de la santé, nous pouvons influencer le changement à plus grande échelle.

Tandis que la stigmatisation est façonnée et maintenue en place par des forces socioéconomiques supérieures, notamment par des politiques et des pratiques historiques, le système de santé peut être un secteur de premier plan puissant pour soutenir le changement au Canada. Si nous faisons appel à notre pleine capacité à tous les niveaux à l'échelle du secteur de la santé, nous pouvons influencer le changement à plus grande échelle.

Les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé s'emploient à aider les autres à mener une vie saine et à obtenir des soins de qualité lorsqu'ils sont malades; par conséquent, le fait de critiquer notre système de santé et d'examiner nos préjugés personnels se veut difficile tant au niveau émotionnel que cognitif. Cependant, pour que nous puissions aller de l'avant, il est important que nous reconnaissions les politiques et les pratiques inacceptables qui perpétuent la dynamique de pouvoir et qui privent de ressources ceux qui pourraient en avoir le plus besoin.

Pour instaurer un service de santé plus inclusif, nous devons faire preuve d'un leadership courageux et d'un engagement soutenu pour modifier le statu quo par l'intermédiaire d'actions multiples, et ce, à plusieurs niveaux. Il faut une approche plus proactive pour traiter les obstacles communs et distincts auxquels sont confrontées les personnes stigmatisées alors qu'elles tentent d'accéder aux ressources en santé.

Chacun d'entre nous a un rôle à jouer pour y parvenir.

En qualité de **LEADERS DU SYSTÈME DE SANTÉ**, il nous incombe de veiller à ce que les politiques en matière de santé protègent et appuient les personnes victimes de stigmatisation; nous devons également démanteler les politiques qui discriminent ces personnes et les empêchent d'obtenir des services de santé.

Nous pouvons assurer que les services rendus à tous nos patients et nos clients soient d'une grande qualité et qu'ils soient livrés dans des environnements sécuritaires, respectueux et accueillants. Cela exige que nous mettions en place une gamme de mesures complémentaires, dont les suivantes :

- des politiques et des pratiques en matière de sécurité culturelle qui outillent les membres du personnel afin de leur permettre d'offrir des programmes et des services sensibles et appropriés;
- des approches axées sur les traumatismes et la violence qui visent à assurer que les professionnels de la santé ont recours à un langage non stigmatisant et qu'ils comprennent que les traumatismes posent un risque et compromettent un état de santé optimal;
- soutenir et financer la collaboration et la mobilisation significative des gens qui ont une expérience vécue de la stigmatisation dans l'élaboration des politiques et des programmes en santé.

Les établissements d'enseignement en santé et les associations professionnelles de la santé doivent travailler avec des partenaires, dont des personnes victimes de stigmatisation, pour orienter la transformation des pratiques, des programmes et des compétences professionnelles des fournisseurs de soins de santé de façon à veiller à ce que la stigmatisation cesse d'être perpétuée dans notre système de santé.

Il est important que nous **mesurions et surveillions les progrès découlant des mesures que nous mettons en place**. Il s'agit d'un élément qui est essentiel à la transformation institutionnelle et nécessaire si nous voulons faire une différence. Nous pouvons systématiquement stratifier nos données selon les groupes qui sont les plus susceptibles d'être victimes de stigmatisation et procéder à une réflexion critique sur les résultats. La surveillance et l'établissement de cibles et d'objectifs réguliers pour l'amélioration au niveau de l'institution, du personnel et des patients peuvent mener à une meilleure qualité de soins et à de meilleurs résultats de santé durables.

En qualité de **CHERCHEURS**, comprendre les iniquités en matière de santé constitue un objectif important de notre travail. Pour ce faire, nous devons traiter les lacunes fondamentales et inacceptables dans nos données nationales – nous ne disposons d'aucune donnée désagrégée de qualité sur l'état de santé de populations diverses ou sur leurs expériences en matière de stigmatisation. Par exemple, nous ne sommes pas en mesure d'établir de rapports uniformes sur l'espérance de vie des personnes qui s'identifient comme étant LGBTQ2+, des personnes marginalement logées, des personnes qui consomment des substances et d'autres populations diverses. Nous devons également faciliter la recherche collaborative à l'échelle des sciences de la santé, des sciences sociales et des sciences comportementales qui nous aident à examiner les répercussions de stigmates multiples. Il est important d'accorder la priorité au renforcement de la recherche en intervention et sur la mise en œuvre pour que nous puissions déterminer ce qui fonctionne pour les personnes qui sont victimes de stigmatisation liée à des problèmes de santé et à des identités sociales.

En tant qu'**INDIVIDUS**, nous devons intégrer nos visions du monde et nos histoires personnelles dans le cadre de notre travail. Nous avons des préjugés et nous sommes vulnérables à l'utilisation d'un langage stigmatisant.

Que pouvez-vous faire pour dissiper vos préjugés?

1. **Travaillez sur vos processus de réflexion et contestez vos filtres.** Cessez d'utiliser un langage déshumanisant. On peut désapprendre les préjugés. Reconnaissez et contestez les stéréotypes ou les mythes négatifs dans les médias, et surveillez vos propres pensées.
2. **Amenez cette sensibilisation au sein de votre organisation.** Examinez d'un œil critique votre culture organisationnelle et apportez des modifications à toutes les politiques discriminatoires et pratiques d'exclusion. Mettez en œuvre le Cadre d'action décrit dans le présent rapport au sein de votre organisation.
3. **Engagez-vous dans le processus de l'apprentissage continu.** La reconnaissance, la compréhension et la contestation de vos propres préjugés et de la stigmatisation systémique constituent l'engagement de toute une vie. Continuez à vous remettre en question, vous et votre organisation, et cherchez des façons de vous améliorer.

Au Canada, les valeurs que sont le respect, la diversité et l'inclusivité sont profondément ancrées. Cela nous permet de continuer à renforcer ces fondements et à promouvoir la santé optimale pour tous.

Mettre fin à la stigmatisation et bâtir un système de santé inclusif est un héritage important que nous pouvons léguer à nos générations futures.

ANNEXE A

Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique au Canada sur l'état de santé de la population

Aperçu du tableau de bord

Le tableau de bord utilise un ensemble diversifié d'indicateurs de santé pour donner un aperçu de la santé générale des Canadiens. Les indicateurs sont regroupés en trois grandes catégories : l'état de santé général (tableau A), les facteurs qui influent sur la santé (tableau B) et les résultats de santé (tableau C). Le tableau de bord fait l'objet d'un examen annuel pour veiller à ce que les derniers résultats des indicateurs soient inclus. Les résultats de la version précédente du tableau de bord sont utilisés dans les cas où aucune mise à jour n'est disponible.[257] Les résultats de l'indicateur par sexe sont fournis dans la mesure où ceux-ci sont disponibles. Les résultats de l'analyse des tendances de haut niveau rendent compte des tendances des données positives (« meilleure »), négatives (« pire ») ou neutres (« similaire ») au fil du temps. Dans certains cas, une conclusion relative à une tendance peut ne pas être possible (« S.O. ») en raison des limites des données ou des limites méthodologiques. Les résultats d'analyses comparatives internationales comparent le Canada relativement à des pays à revenus élevés similaires, par exemple en tenant compte de la moyenne des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les résultats possibles sont « meilleurs » ou « pires » que les données de références et « S.O. » dans l'éventualité où aucun indicateur international comparable n'a été soulevé.

TABLEAU A : État de santé général

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie générale en années	82	F 84	M 80	2015-2017	Statistique de l'état civil	Meilleure	Similaire[i]
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance	EVAS générale en année	70	F 71	M 69	2010-2012	Sources multiples[ii]	Meilleure	Meilleure[iii]
Santé perçue	% de la population âgée de 12 ans et plus qui s'estime être en « très bonne » ou « excellente » santé	61	F 60	M 61	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Similaire	Meilleure[iv,v]
Santé mentale perçue	% de la population âgée de 12 ans et plus qui s'estime être en « très bonne » ou « excellente » santé mentale	69	F 66	M 71	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Pire	S.O.

i Organisation de coopération et de développement économiques, Panorama de la santé 2017.

ii Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil, les naissances et les décès et estimations de la population; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; Enquête nationale sur la santé de la population, volet Établissements de soins de santé; Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes; Enquête canadienne sur les mesures de la santé; Recensement de la population.

iii Organisation mondiale de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales 2018.

iv Organisation de coopération et de développement économiques, Panorama de la société 2016.

v En comparaison à la plupart des autres pays, le Canada avait un ensemble différent de catégories de questions et réponses à l'enquête, créant une influence positive pour cette estimation.

TABLEAU B : **Facteurs qui influent sur la santé**

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Facteurs sociaux								
Appartenance à la communauté	% de la population âgée de 12 ans et plus qui déclare un sentiment d'appartenance « plutôt fort » ou « très fort » à la communauté locale	68	F 70	M 67	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Similaire	S.O.
Pauvreté (seuil officiel de la pauvreté au Canada)	% de la population vivant sous le seuil officiel de la pauvreté au Canada, selon la Mesure du panier de consommation	10	F 10	M 9	2017	Enquête sur le revenu canadienne	Meilleure	S.O.
Pauvreté chez les enfants (seuil officiel de la pauvreté au Canada)	% d'enfants vivant sous le seuil officiel de la pauvreté au Canada, selon la Mesure du panier de consommation	9	F 9	M 9	2017	Enquête sur le revenu canadienne	Meilleure	S.O.
Éducation	% de la population âgée de 25 ans et plus ne détenant pas de certificat, de diplôme ou de grade	13	F 13	M 14	2018	Enquête sur la population active	Meilleure	Meilleure[vi]
Besoins impérieux en matière de logement	% de ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement[vii]	13	S.O.		2016	Recensement	Similaire	S.O.
Insécurité alimentaire	% de ménages qui vivent dans l'insécurité alimentaire (de modérée à grave)[viii]	8	F 10	M 7	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Similaire	S.O.

Suite à la page suivante

vi Organisation de coopération et de développement économiques, Regards sur l'éducation 2018.

vii Un ménage ayant des besoins impérieux en matière de logement est un ménage dont le logement est considéré inadéquat, inabordable ou d'une taille non convenable, et dont le niveau de revenu est insuffisant pour permettre de payer les frais de logement d'un logement approprié et adéquat dans sa communauté.

viii Insécurité alimentaire modérée : signes que la qualité et/ou la quantité des aliments consommés est compromise; insécurité alimentaire grave : signes de réduction de l'apport alimentaire et de perturbation des habitudes alimentaires.

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Consommation de substances								
Tabagisme	% de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement à l'heure actuelle (cigarettes seulement)	15	F 13	M 17	2017	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues	Similaire	Better[i]
Cannabis	% de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare consommer quotidiennement, ou presque, du cannabis au cours des trois derniers mois	3	F 3	M 4	2017	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues	Similaire[ix]	Pire[x]
Alcool	% de la population âgée de 12 ans et plus qui déclare avoir une consommation abusive d'alcool[xi]	19	F 15	M 24	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Similaire	Similaire[i]
Opioïdes	Taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes pour 100 000 habitants	12	S.O.		2018	Surveillance concernant les opioïdes	Pire	S.O.
	Taux d'hospitalisations attribuables à une surdose liée à la consommation d'opioïdes pour 100 000 habitants	17	F 15	M 18	2017	Base de données sur la morbidité hospitalière	Pire	S.O.

Suite à la page suivante

ix Nombre limité de points de données disponibles – interpréter avec prudence.

x Organisation mondiale de la Santé, usage du cannabis au cours de la vie.

xi Par consommation abusive d'alcool, on entend les hommes qui ont déclaré avoir bu cinq verres d'alcool ou plus, ou les femmes ayant déclaré avoir bu quatre verres d'alcool ou plus, en une même occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Facteurs de risque relatifs aux enfants et au comportement								
Intimidation	% de jeunes de la 6e à la 10e année qui ont été victimes d'intimidation plus d'une fois ou deux au cours des deux derniers mois	28	F 29	M 27	2018	Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire	Similaire	Similaire[xii]
Activité physique	% d'enfants et de jeunes (âgés de 5 à 17 ans) qui accumulent en moyenne au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour	39	F 26	M 52	2016-2017	Enquête canadienne sur les mesures de la santé	Similaire	S.O.
Comportement sédentaire	% des enfants et des jeunes (âgés de 5 à 17 ans) qui déclarent suivre les recommandations pour contrer la sédentarité[xiii]	54	S.O.		2016-2017	Enquête canadienne sur les mesures de la santé	S.O.	S.O.
Surpoids et obésité	% de la population âgée de 5 à 17 ans considérée comme faisant de l'embonpoint selon la définition de l'OMS	18	F 21	M 16	2016-2017	Enquête canadienne sur les mesures de la santé	Similaire	Similaire[i,xiv]
	% de la population âgée de 5 à 17 ans considérée comme étant obèses selon la définition de l'OMS	11	F 9	M 12	2016-2017	Enquête canadienne sur les mesures de la santé	Similaire	Similaire[i, xiv]
Violence faite aux enfants	% de la population âgée de 15 ans et plus ayant subi l'un ou l'autre des trois types de violence faite aux enfants[xv] avant l'âge de 1 5 ans	34	F 32	M 37	2014	Enquête sociale générale	S.O.	S.O.

Suite à la page suivante

xii Organisation de coopération et de développement économiques, Résultats du PISA 2015 (Volume III).

xiii Recommandations en matière de comportement sédentaire : passer deux heures ou moins par jour à regarder la télévision ou à utiliser un ordinateur pendant les heures de loisir.

xiv L'incidence combinée des enfants qui font de l'embonpoint et sont obèses est utilisée comme indicateur.

xv Les types de maltraitance des enfants comprennent de la violence physique et/ou sexuelle ainsi que le fait d'être témoin de violence commise par un parent ou un tuteur à l'endroit d'un autre adulte.

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Facteurs de protection durant la petite enfance								
Instrument de mesure du développement de la petite enfance	% d'enfants vulnérables dans l'un des cinq domaines de développement[xvi] avant d'entamer la 1re année	26	F 20	M 34	Données regroupées de différentes années	Offord Centre for Child Studies, Université McMaster	S.O.	S.O.
Vaccination	% de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la rougeole	90	F 92	M 89	2017	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants	Similaire	Pire[xvii]
	% de la population de 2 ans ayant reçu les quatre doses recommandées du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos	76	F 78	M 74	2017	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants	Similaire	Pire[xvii]
	% de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la polio	91	F 91	M 90	2017	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants	Similaire	S.O.
	% de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la varicelle	83	F 84	M 82	2017	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants	Similaire[xviii]	S.O.

Suite à la page suivante

xvi Les cinq domaines de développement comprennent la santé physique et le bien-être; les compétences sociales; la maturité affective; le développement cognitif et langagier; et les habiletés de communication et les connaissances générales.

xvii Organisation de coopération et de développement économiques, base de données de l'OCDE sur la famille.

xviii Interpréter avec prudence en ce qui a trait à la qualité des données.

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe	Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Facteurs de la santé de la mère et du nourrisson							
Faible poids à la naissance	Poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes (% de naissances vivantes)	7	F 7 M 6	2017	Statistique de l'état civil	Similaire	Similaire[i]
Allaitement	% de la population des femmes âgées de 15 à 55 ans qui ont donné nais-sance à un enfant au cours des cinq dernières années et qui déclarent l'avoir allaité exclusivement pendant au moins 6 mois, sans autre liquide, eau ou aliment solide	37	S.O.	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Similaire	Similaire[i]

TABLEAU C : **Résultats en santé**

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Maladies chroniques et blessures								
Cancer	Taux d'incidence de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués, pour 100 000 habitants (tous âges)	516	F 496	M 548	2017	Registre canadien du cancer	N/A	Similaire[i]
	Taux d'incidence de tous les nouveaux cas de cancer colorectal diagnostiqués, pour 100 000 habitants (tous âges)	66	F 55	M 80	2017	Registre canadien du cancer	Similar	S.O.
Maladie cardio-vasculaire	Taux d'incidence de tous les nouveaux cas de cardiopathie ischémique diagnostiqués, pour 100 000 habitants (20 ans et plus)	599	F 489	M 716	2016	Indicateurs des maladies chroniques au Canada	Meilleure	Better[i]
Diabète	Taux d'incidence de tous les nouveaux cas de diabète diagnostiqués, pour 100 000 habitants (1 an et plus)	604	F 668	M 541	2016	Indicateurs des maladies chroniques au Canada	Meilleure	Similaire[i]
Troubles de l'humeur	% de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur d'un professionnel de la santé[xix]	9	F 11	M 7	2018	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Pire	S.O.

Suite à la page suivante

xix Les troubles de l'humeur comprennent la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie.

Sujet	Indicateur	Résultat	Résultat par sexe		Année des données les plus récentes	Source des données	Tendance au fil du temps (jusqu'à 15 ans)	Référence internationale
Maladies chroniques et blessures								
Démence (y compris la maladie d'Alzheimer)	Taux de nouveaux cas de démence diagnostiqués, y compris la maladie d'Alzheimer, pour 100 000 habitants (65 ans et plus)	1351	F 1489	M 1193	2016	Indicateurs des maladies chroniques au Canada	Meilleure	Similaire[i]
Suicide	Taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants	11	F 6	M 17	2017	Base de données sur la mortalité	Similaire	Similaire[i]
Blessures accidentelles	Taux d'hospitalisations attribuables à des blessures accidentelles pour 100 000 habitants (normalisé selon l'âge)	599	F 550	M 636	2017-2018	Indicateurs de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé	Meilleure	S.O.
Maladies transmissibles								
Tuberculose	Taux d'incidence de cas de tuberculose active pour 100 000 habitants	5	F 4	M 6	2017	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose	Similaire	Meilleure[xx]
Hépatite C	Taux de cas d'hépatite C pour 100 000 habitants	32	F 24	M 39	2017	Surveillance des maladies à déclaration obligatoire	Similaire	Meilleure[xxi]
VIH	Taux d'incidence de diagnostics de VIH pour 100 000 habitants	7	F 3	M 10	2017	Surveillance des maladies à déclaration obligatoire	Similaire	S.O.

xx Organisation mondiale de la Santé. (2018). Rapport mondial sur la tuberculose.

xxi Organisation mondiale de la Santé. (2017). Rapport mondial sur l'hépatite.

Remerciements

Je tiens à exprimer mes remerciements et mon appréciation sincères aux nombreuses personnes ayant participé à l'élaboration du présent rapport. Je tiens à remercier tout particulièrement les plus de 90 leaders provenant de partout au Canada, y compris les personnes ayant une expérience vécue, les décideurs politiques, les chercheurs, les cliniciens, les administrateurs, et les fournisseurs de services qui ont participé aux entrevues et aux cinq groupes de discussion qui ont permis d'éclairer le présent rapport. Vos idées et votre rétroaction ont servi à ancrer mon rapport dans les réalités qu'éprouvent les Canadiens qui sont victimes de la stigmatisation et de ceux qui travaillent en vue de lutter contre la stigmatisation et d'améliorer la santé des gens.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers les conseillers experts qui ont fourni des conseils et une orientation stratégiques dans le cadre de la rédaction du présent rapport et qui ont dû lire plusieurs ébauches :

- **Dre Cecilia Benoit**, scientifique, Canadian Institute for Substance Use Research et professeure émérite, département de Sociologie, Université de Victoria
- **Dr John Frank**, ancien directeur, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy
- **Dre Margo Greenwood**, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et University of Northern British Columbia
- **Dre Beth Jackson**, conseillère scientifique principale, Agence de la santé publique du Canada
- **Dr David Mowat**, ancien médecin hygiéniste, région sanitaire de Peel, Ontario
- **Dr Cory Neudorf**, professeur, département de santé communautaire et d'épidémiologie, collège de médecine, Université de la Saskatchewan, et directeur médical, Surveillance de la santé et établissement de rapports, Autorité sanitaire de la Saskatchewan
- **Dr Jeff Reading**, directeur fondateur et professeur émérite, Centre for Aboriginal Health Research, Université de Victoria
- **Dre Elizabeth Saewyc**, professeure et directrice, School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique
- **Dr Arjumand Siddiqi**, professeure associée, Division d'épidémiologie, Office of Global Public Health Education and Training, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

Je tiens également à remercier la Dre Carmen Logie, professeure associée à la Factor-Inwentash Faculty of Social Work de l'Université de Toronto, qui a fait part d'observations et de conseils importants tout au long de l'élaboration du rapport.

Merci à Sume Ndumbe-Eyoh, du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, la Dre Barbara Hamilton-Hinch de l'Université Dalhousie, la Dre Natalia Abraham, anciennement de l'Agence de santé publique du Canada pour les commentaires et les points de vue fondamentaux qu'elles ont partagés dans le cadre de communications et de la révision des ébauches du présent rapport.

Par ailleurs, j'aimerais remercier les nombreux membres du personnel et partenaires à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et à Santé Canada, y compris les membres du Groupe de référence interne sur la stigmatisation de l'ACSP, pour leur dialogue et leur collaboration continue dans le but de renforcer les efforts visant à réduire la stigmatisation dans l'ensemble du portefeuille fédéral de la santé.

Je salue les membres du personnel du Centre des partenariats en matière de données et des innovations de l'ASPC pour leurs analyses sur la discrimination et l'orientation sexuelle, les membres du personnel assurant la surveillance et les analyses des données à l'échelle du gouvernement fédéral qui ont contribué à mon rapport sur l'état de santé des Canadiens, ainsi que les membres de l'équipe de la Bibliothèque de la santé pour leur appui en matière de recherches sur la littérature qui constitue le fondement du rapport.

Enfin, je remercie sincèrement l'équipe du Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique pour l'engagement et le dévouement dont elle a fait preuve, de la conception à la publication du présent rapport : Élaine Chatigny, Bonnie Hostrawser, Dre Marie Chia, Christine Maika, Dr David Grote, Dre Kimberly Gray, Dre Charlene Cook, Diane Adams, Danielle Noble, Harunya Sivanesan, Dre Rosiane Siméon, Elyse Fortier, Edrich Richards, Rhonda Fraser et Jessica Lepage.

Références

1. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am. J. Public Health* 103, 813-821 (2013).

2. Statistics Canada. Changes in life expectancy by selected causes of death, 2017. (2019).

3. Public Health Agency of Canada. Key Health Inequalities in Canada: A National Portrait. (2018).

4. Public Health Agency of Canada. Pan-Canadian Health Inequalities Data Tool, 2017 Edition.

5. Kirmayer, L. J. & Valaskakis, G. G. Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada. (2009).

6. Hamm, N. c. *et al.* Trends in chronic disease incidence rates from the Canadian Chronic Disease Surveillance System. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice* 39, 216-224 (2019).

7. Centre for Surveillance and Applied Research, Public Health Agency of Canada. Canadian Chronic Disease Indicators, 2018 Edition. (2018).

8. Public Health Agency of Canada. Unpublished data.

9. Public Health Agency of Canada. Dementia in Canada, including Alzheimer's disease: Highlights from the Canadian Chronic Disease Surveillance System. (2017).

10. Public Health Agency of Canada. Canadian Chronic Disease Indicators, Quick Stats, 2018 Edition. (2018).

11. Livingston, G. & et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet* 390, 2673-2734 (2017).

12. Petrasek MacDonald, J., Ward, V. & Halseth, R. Alzheimer's disease and related dementias in Indigenous populations in Canada: Prevalence and risk factors. (2018).

13. Statistics Canada. Table 13-10-0096-01 Health characteristics, annual estimates. (2019).

14. Statistics Canada. Table 13-10-0392-01 Deaths and age-specific mortality rates, by selected grouped causes.

15. Statistics Canada. Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). (2019).

16. Health Canada. First Nations Mental Wellness Continuum Framework: Summary Report. (2015).

17. Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M. & Reading, C. Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social. *Canadian Scholars' Press Inc.* (2015).

18. Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. National Report: Apparent opioid-related deaths in Canada (January 2016 to December2018). (2019).

19. Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. National Report: Apparent opioid-related deaths in Canada (January 2016 to March 2019). (2019).

20. First Nations Health Authority. First Nations Opioid Overdose Deaths Rise in 2018. (2019).

21. Allan, B. & Smylie, J. First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. *The Wellesley Institute* (2015).

22. Health Canada. Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS): summary of results for 2017. (2019).

23. Health Canada. Consider the Consequences of Vaping. (2019).

24. McConnell, R. *et al.* Electronic Cigarette Use and Respiratory Symptoms in Adolescents. *Am J Respir Crit Care Med* 195, 1043-1049 (2017).

25. Chun, L. F., Moazed, F., Calfee, C. S., Matthay, M. A. & Gotts, J. E. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 313, L193–L206 (2017).

26. Soneji, S. *et al.* Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics* 171, 788-797 (2017).

27. Hammond, D. & et al. Prevalence of vaping and smoking among adolescents in Canada, England, and the United States: repeat national cross sectional surveys. BMJ 365, l2219 (2019).

28. Canada. *Cannabis Act*, S.C. 16 (2018).

29. Statistics Canada. Cannabis Stats Hub. (2018).

30. Leos-Toro, C., Rynard, V., Murnaghan, D., MacDonald, J. & Hammond, D. Trends in cannabis use over time among Canadian youth: 2004–2014. *Preventative Medicine* 118, 30-37 (2019).

31. Zuckermann, A., Battista, K., de Groh, M., Jiang, Y. & Leatherdale, S. T. Prelegalisation patterns and trends of cannabis use among Canadian youth: results from the COMPASS prospective cohort study. *BMJ Open* 9, e026515 (2019).

32. Statistics Canada. National Cannabis Survey, fourth quarter 2018. (2019).

33. Asbridge, M., Hayden, J. A. & Cartwright, J. L. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 344, e536 (2012).

34. Statistics Canada. National Cannabis Survey, second quarter 2018. (2018).

35. Statistics Canada. Heavy drinking, 2018. (2019).

36. The Canadian Institute for Health Information. Alcohol harm on the rise for Canadian women. (2018).

37. Public Health Agency of Canada. Accelerating our response: Government of Canada five-year action plan on sexually transmitted and blood-borne infections. (2019).

38. Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A. & Aho, J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. *Canada Communicable Disease Report* 44, 43-47 (2018).

39. Public Health Agency of Canada. Report on sexually transmitted infections in Canada: 2013-2014. (2017).

40. Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV Incidence, Prevalence, and Canada's Progress on Meeting the 90-90-90 HIV Targets, 2016. (2018).

41. Public Health Agency of Canada. Report on Hepatitis B and C in Canada: 2016. (2019).

42. Trubnikov, M., Yan, P. & Archibald, C. Estimated prevalence of Hepatitis C Virus infection in Canada, 2011. *CCDR* 40, 429-436 (2014).

43. Government of Canada. Vaccination Coverage Goals and Vaccine Preventable Disease Reduction Targets by 2025. (2019).

44. Government of Canada. Measles: For health professionals. (2019).

45. Public Health Agency of Canada. Preliminary results from the 2017 childhood National Immunization Coverage Survey (cNICS). (2019).

46. Public Health Agency of Canada. Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports. (2013-2019).

47. Public Health Agency of Canada. Measles & Rubella Weekly Monitoring Report – Week 52: December 23 to December 29, 2018. (2019).

48. Public Health Agency of Canada. Measles surveillance in Canada: 2017. (2019).

49. Public Health Agency of Canada. Measles surveillance in Canada: 2016. (2017).

50. Public Health Agency of Canada. Vaccine Preventable Disease: Surveillance Report to December 31, 2015. (2017).

51. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. (2019).

52. Tam, T. Handle with Care: Preserving Antibiotics Now and Into the Future – Chief Public Health Officer of Canada's 2019 Spotlight Report. (2019).

53. O'Neill, J. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations – The Review on Antimicrobial Resistance. (2014).

54. Public Health Agency of Canada. Canadian Antimicrobial Resistance Surveillance System. (2018).

55. Public Health Agency of Canada. Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance. *CCDR* 44, 271-308 (2018).

56. Public Health Agency of Canada. Pan-Canadian framework for action on antimicrobial resistance. *Can Commun Dis Rep* 43, 217-9 (2017).

57. Public Health Agency of Canada. Canadian Antimicrobial Resistance Surveillance System 2017 Report. (2017).

58. Public Health Agency of Canada. Tackling Antimicrobial Resistance and Antimicrobial Use: A Pan-Canadian Framework for Action. (2017).

59. Lowe, C. F. *et al.* Antimicrobial stewardship for hospitalized patients with viral respiratory tract infections. *Am J Infect Control* 45, 872-875 (2017).

60. Silverman, M. et al. Antibiotic Prescribing for Nonbacterial Acute Upper Respiratory Infections in Elderly Persons Antibiotic Prescribing for Nonbacterial AURIs in Elderly Persons. *AIM* 166, 765-774 (2017).

61. Centers for Disease Control and Prevention. CDC: 1 in 3 antibiotic prescriptions unnecessary. (2016).

62. Government of Canada. Canada's Changing Climate Report. (2019).

63. Berry, P., Clarke, K., Fleury, M. D. & Parker, S. *Human Health in Canada in a Changing Climate: Sector Perspectives on Impacts and Adaptations* (eds Warren, F. J. & Lemmen, D. S.) 191-232 (Government of Canada, Ottawa, ON, 2014).

64. Environment and Climate Change Canada. Working Group on Adaptation and Climate Resilience: Final Report.

65. Council of Canadian Academies. Canada's Top Climate Change Risks. (2019).

66. Howard, C. e. a. Lancet Countdown 2018 Report: Briefing for Canadian Policymakers. (2018).

67. Cunsolo Willox, A. *et al.* "From this place and of this place:" Climate change, sense of place, and health in Nunatsiavut, Canada. *Soc. Sci. Med.* 75, 538-547 (2012).

68. Bouchard, C. *et al.* Increased risk of tick-borne diseases with climate and environmental changes. *Can Commun Dis Rep* 45, 83-89 (2019).

69. Government of Canada. Surveillance of Lyme disease. (2018).

70. Smith, B. A. & Fazil, A. How will climate change impact microbial foodborne disease in Canada? *Can Commun Dis Rep* 45, 108-113 (2019).

71. Ludwig, A. *et al.* Increased risk of endemic mosquito-borne diseases in Canada due to climate change. *Can Commun Dis Rep* 45, 91-97 (2019).

72. Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L. & Jayaraman, G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *HPCDP* 36, 1-10 (2016).

73. First Nations Information Governance Centre. National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two. (2018).

74. Statistics Canada. Table 14-10-0118-01 Labour force characteristics by educational degree, annual. (2019).

75. Statistics Canada. Table 11-10-0135-01 Low income statistics by age, sex and economic family type.

76. Beedie, N., Macdonald, D. & Wilson, D. Towards Justice: Tackling Indigenous Child Poverty in Canada. (2019).

77. Clair, M. in *Core Concepts in Sociology* (ed Ryan, J. M.) 318-322 (John Wiley & Sons Ltd., 2019).

78. Pachankis, J. E. *et al.* The Burden of Stigma on Health and Well-Being: A Taxonomy of Concealment, Course, Disruptiveness, Aesthetics, Origin, and Peril Across 93 Stigmas. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 44, 451-474 (2018).

79. Link, B. G. & Phelan, J. C. Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27, 363-385 (2001).

80. Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc. Sci. Med*. 67, 358-367 (2008).

81. Godley, J. Everyday Discrimination in Canada: Prevalence and Patterns. *Canadian Journal of Sociology* 43, 111-142 (2018).

82. Siddiqi, A., Shahidi, F. V., Ramraj, C. & Williams, D. R. Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. *Soc. Sci. Med.* 194, 135-141 (2017).

83. Statistics Canada. Infographic: Police-reported hate crime in Canada, 2017. (2018).

84. Veale J. *et al.* Being Safe, Being Me: Results of the Canadian Trans Youth Health Survey. (2015).

85. Centre for Chronic Disease Prevention, Public Health Agency of Canada. Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework: Quick Statistics, adults (18 years of age and older), Canada, 2016 Edition. (2016).

86. Burczycka, M. Violent victimization of Canadians with mental health-related disabilities, 2014. (2018).

87. McQuaid, R. J. *et al.* Life in Recovery from Addiction in Canada. (2017).

88. Elias, A. & Paradies, Y. Estimating the mental health costs of racial discrimination. *BMC Public Health* 16, 1205 (2016).

89. van Brakel, W. H. *et al.* Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention. *BMC Medicine* 17, 13 (2019).

90. Brent, R. J. The value of reducing HIV stigma. *Soc. Sci. Med.* 151, 233-240 (2016).

91. Monette, L. E. *et al*. Inequalities in determinants of health among Aboriginal and Caucasian persons living with HIV/AIDS in Ontario: results from the Positive Spaces, Healthy Places Study. *Can. J. Public Health* 102, 215-219 (2011).

92. Mallory, C., Sears, B., Wright, E. & Conron, K. The Economic Impact of Stigma and Discrimination against LGBT People in Georgia. *The Williams Institute*, 1-69 (2017).

93. Evans-Lacko S. *et al.* How much does mental health discrimination cost: Valuing experienced discrimination in relation to healthcare care costs and community participation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 24, 423-434 (2014).

94. Kulesza, M., Larimer, M. E. & Rao, D. Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *Journal of addictive behaviors, therapy & rehabilitation* 2, 782 (2013).

95. Stepanikova, I. & Oates, G. R. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. *Am. J. Prev. Med*. 52, S86-S94 (2017).

96. Romeo, R., McCroneGraham, P. & Thornicroft, G. The Economic Impact of Mental Health Stigma. *Mental Health Economics* 19(3), 401-414 (2017).

97. Dewa, C. & Hoch, J. When Could a Stigma Program to Address Mental Illness in the Workplace Break Even? *Canadian Journal of Psychiatry* 59, 34-39 (2014).

98. Stangl, A. L. *et al.* The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine* 17, 31 (2019).

99. Turan, J. M. *et al.* Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med.* 17, 7-018-1246-9 (2019).

100. Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G. & Calabrese, S. K. Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview in *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* (eds Major, B., Dovidio, J. F. & Link, B. G.) (Oxford University Press, 2018).

101. Grollman, E. A. Multiple disadvantaged statuses and health: the role of multiple forms of discrimination. *Journal of Health & Social Behavior* 55, 3-19 (2014).

102. Bauer, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc. Sci. Med.* 110, 10-17 (2014).

103. Staats, C. Understanding Implicit Bias: What Educators Should Know. *American Educator* 39, 29-33 (2016).

104. Kelly, J. & Westerhoff, C. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int. J. Drug Policy* 21, 202-207 (2010).

105. White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc. Sci. Med.* 147, 222-231 (2015).

106. Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M. & Hasin, D. S. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry* 30, 378-388 (2017).

107. Knaak, S., Mantler, E. & Szeto, A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum* 30, 111-116 (2017).

108. Bailey, Z. D. *et al.* Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 389, 1453-1463 (2017).

109. Nelson, S. E. & Wilson, K. Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. Soc. Sci. Med. 218, 21-27 (2018).

110. Wylie, L. & McConkey, S. Insiders' Insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the Eyes of Health Care Professionals. *J. Racial Ethn. Health. Disparities* 6, 37-45 (2019).

111. Alencar Albuquerque, G. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health & Human Rights* 16, 2 (2016).

112. Nyblade, L. *et al.* Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine* 17, 25 (2019).

113. James, C. *et al.* in *Race & Well-being: The Lives, Hopes, and Activism of African Canadians* (Brunswick Books, 2010).

114. Loppie, S., Reading, C. & de Leeuw, S. Aboriginal Experiences with Racism and its Impacts. *National Collaborating Centre for Aboriginal Health* (2014).

115. Palad, C. J., Yarlagadda, S. & Stanford, F. C. Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity* 26, 19-24 (2019).

116. Inuit Tapiriit Kanatami. Social Determinants of Inuit Health in Canada. *Inuit Tapiriit Kanatami* (2014).

117. Reading, C. L. & Wien, F. Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health. *National Collaborating Centre for Aboriginal Health* (2009).

118. Alberga, A. S., McLaren, L., Russell-Mayhew, S. & Von Ranson, K. M. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *Journal of Obesity* 2018 (2018).

119. Bombay, A., Matheson, K. A. & Anisman, H. Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health* 5, 6-47 (2009).

120. Feagin, J. & Bennefield, Z. Systemic racism and U.S. health care. *Soc. Sci. Med.* 103, 7-14 (2014).

121. National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. Reclaiming Power and Place: The Final Report of the National Inquiry Into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. (2019).

122. Courtwright, A. & Turner, A. N. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep.* 125 Suppl 4, 34-42 (2010).

123. Mahajan, A. P. et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS* 22, S67-S79 (2008).

124. Macpherson, D. W., Gushulak, B. D. & Macdonald, L. Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. *Bull. World Health Organ.* 85, 200-206 (2007).

125. Schabas, R. Is the Quarantine Act relevant? *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 176, 1840-1842 (2007).

126. Craig, G. M., Daftary, A., Engel, N., O'Driscoll, S. & Ioannaki, A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int. J. Infect. Dis.* 56, 90-100 (2017).

127. Daftary, A., Frick, M., Venkatesan, N. & Pai, M. Fighting TB stigma: we need to apply lessons learnt from HIV activism. *BMJ Glob. Health*. 2, e000515 (2017).

128. Donnelly, L. R. *et al.* Stigma Experiences in Marginalized People Living With HIV Seeking Health Services and Resources in Canada. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 27, 768-783 (2016).

129. Jackson-Best, F. & Edwards, N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health* 18, 919 (2018).

130. Boksa, P., Joober, R. & Kirmayer, L. J. Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: striving toward reconciliation. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN* 40, 363-365 (2015).

131. Lyons, T. *et al.* A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, & Policy* 10, 17 (2015).

132. Henderson, C. *et al.* Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry* 1, 467-482 (2014).

133. Stockton, M. A., Giger, K. & Nyblade, L. A scoping review of the role of HIV-related stigma and discrimination in noncommunicable disease care. *PloS one* 13, e0199602 (2018).

134. Reisner, S. L. *et al.* Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults. *Lgbt Health* 2, 324-332 (2015).

135. Lyons, T. *et al.* Experiences of Trans Women and Two-Spirit Persons Accessing Women-Specific Health and Housing Services in a Downtown Neighborhood of Vancouver, Canada. *Lgbt Health* 3, 373-378 (2016).

136. Geter, A., Herron, A. R. & Sutton, M. Y. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care & Stds* 32, 418-424 (2018).

137. Kennedy-Hendricks, A. *et al.* Social Stigma Toward Persons With Prescription Opioid Use Disorder: Associations With Public Support for Punitive and Public Health-Oriented Policies. *Psychiatric Services* 68, 462-469 (2017).

138. Argento, E., Goldenberg, S. & Shannon, K. Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. *BMC infectious diseases* 19, 212 (2019).

139. Monteiro, S. S., Villela, W. V. & Soares, P. S. The interaction between axes of inequality in studies on discrimination, stigma and HIV/AIDS: contributions to the recent international literature. *Global public health* 8, 519-33 (2013).

140. Goldman, M., W-Y Shih, A., O'Brien, S. F. & Devine, D. Donor deferral policies for men who have sex with men: past, present and future. *Vox Sang*. 113, 95-103 (2018).

141. Paradies, Y. *et al.* Racism as a determinant of health: a protocol for conducting a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2 (2013).

142. Ylioja, T. & Craig, S. L. Exclusionary health policy: responding to the risk of poor health among sexual minority youth in Canada. *Social Work in Public Health* 29, 81-86 (2013).

143. Williams, D. R., Lawrence, J. A. & Davis, B. A. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu. Rev. Public Health* 40, 105-125 (2019).

144. Storla, D. G., Yimer, S. & Bjune, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 8, 15 (2008).

145. Katz, I. T. *et al.* Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society* 16, 18640-18640 (2013).

146. Meyer, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.* 129, 674-697 (2003).

147. Shepherd, C. C. J., Li, J., Cooper, M. N., Hopkins, K. D. & Farrant, B. M. The impact of racial discrimination on the health of Australian Indigenous children aged 5-10 years: analysis of national longitudinal data. *International Journal for Equity in Health* 16 (2017).

148. McEwen, B. S. Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 840, 33-44 (1998).

149. Paradies, Y., Bastos, J. L. & Priest, N. in *The Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice* 559-581 (Cambridge University Press, 2016).

150. Berger, M. & Sarnyai, Z. "More than skin deep": stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress* 18, 1-10 (2015).

151. Pascoe, E. A. & Smart Richman, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 135, 531-554 (2009).

152. Gee, G. C. & Ford, C. L. Strcutural Racism and Health Inequities. *Du Bois Rev.* 8, 115-132 (2011).

153. Saewyc, E. *et al*. Hazards of stigma: the sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the U.S. and Canada. *Child Welfare* 85, 195-213 (2006).

154. Shannon, C.,A., Rospenda, K.,M., Richman, J.,A. & Minich, L.,M. Race, Racial Discrimination, and the Risk of Work-Related Illness, Injury or Assault: Findings from a National Study. *J Occup Environ Med* 51, 441-448 (2009).

155. Paine, S., Harris, R., Cormack, D. & Stanley, J. Racial Discrimination and Ethnic Disparities in Sleep Disturbance: the 2002/03 New Zealand Health Survey. *Sleep* 39, 477-485 (2016).

156. Krieger, N. Discrimination and health inequities. *Int. J. Health Serv.* 44, 643-710 (2014).

157. Rueda, S. *et al.* Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* 6, e011453 (2016).

158. McCann, E. & Brown, M. Homelessness among youth who identify as LGBTQ+: A systematic review. *J Clin Nurs* 28, 2061-2072 (2019).

159. Paradies, Y. & et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10, e0138511 (2015).

160. Lukachko, A., Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. Structural racism and myocardial infarction in the United States. *Soc. Sci. Med.* 103, 42-50 (2014).

161. Brondolo, E., Love, E. E., Pencille, M., Schoenthaler, A. & Ogedegbe, G. Racism and Hypertension: A Review of the Empirical Evidence and Implications for Clinical Practice. *Am J Hypertens* 24, 518-529 (2011).

162. Wallace, M., Crear-Perry, J., Richardson, L., Tarver, M. & Theall, K. Separate and unequal: Structural racism and infant mortality in the US. *Health Place* 45, 140-144 (2017).

163. Prather, C. *et al.* Racism, African American Women, and Their Sexual and Reproductive Health: A Review of Historical and Contemporary Evidence and Implications for Health Equity. *Health Equity* 2, 249-259 (2018).

164. Thoits, P. Resisting the Stigma of Mental illness. *Social psychology quarterly* 74, 6-28 (2011).

165. Shih, M. Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma. *Annals of the American Academy* 591, 175-185 (2004).

166. Obermeyer, C. M., Baijal, P. & Pegurri, E. Facilitating HIV disclosure across diverse settings: A Review. *Am J Public Health* 101(6), 1011-1023 (2011).

167. Rennick-Egglestone, S. & et al. Mental Health Recovery Narratives and Their Impact on Recipients: Systematic Review and Narrative Synthesis. *The Canadian Journal of Psychiatry* (2019).

168. Poindexter, C. C. & Shippy, R. A. HIV diagnosis disclosure: stigma management and stigma resistance. *J. Gerontol. Soc. Work.* 53, 366-381 (2010).

169. Veenstra, G. & Patterson, A. C. Black-White Health Inequalities in Canada. *J. Immigr Minor. Health.* 18, 51-57 (2016).

170. Veenstra, G. Black, White, Black and White: mixed race and health in Canada. *Ethn. Health* 24, 113-124 (2019).

171. Keyes, C. L. M. The Black-White Paradox in Health: Flourishing in the Face of Social Inequality and Discrimination. *Journal of Personality* 77, 1677-1705 (2009).

172. Chandler, M. J. & Lalonde, C. E. in *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (eds Kirmayer, L. & Valaskakis, G.) 221-248 (University of British Columbia Press, 2008).

173. Auger, M., Howell, T. & Gomes, T. Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Can. J. Public Health* 107, e393-e398 (2016).

174. Tu, D. *et al.* Partnering with Indigenous elders in primary care improves mental health outcomes of inner-city. *Canadian Family Physician/Le Médecin de Famille Canadien* 65, 274-281 (2019).

175. Chambers, L. A. *et al.* Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health* 15, 848-848 (2015).

176. Epstein, S. in *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge* 480 (University of California Press, Berkeley, 1998).

177. Parsons, A., Reichl, A. & Pedersen, C. Gendered Ableism: Media Representations and Gender Role Beliefs' Effect on Perceptions of Disability and Sexuality. *Sexuality and Disability* 35, 207-225 (2017).

178. Dyck, E. Dismantling the asylum and charting new pathways into the community: mental health care in twentieth century Canada. *Histoire Soc*. 44, 181-196 (2011).

179. Sealy, P. A. The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: an increase in accessing of health professionals for mental health concerns. *Soc. Work. Public. Health*. 27, 229-237 (2012).

180. Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R. & Strike, C. Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy.* 12, 41 (2017).

181. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. (2008).

182. Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H. & Busch, J. T. A. Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Soc. Sci. Med.* 103, 101-109 (2014).

183. Cummings, J. R., Lucas, S. M. & Druss, B. G. Addressing public stigma and disparities among persons with mental illness: the role of federal policy. *Am. J. Public Health* 103, 781-785 (2013).

184. Earnshaw, V. A. *et al.* Stigma-Based Bullying Interventions: A Systematic Review. *Developmental review : DR* 48, 178-200 (2018).

185. Hatzenbuehler, M. L. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am. Psychol.* 71, 742-751 (2016).

186. Parker, C. M., Hirsch, J. S., Philbin, M. M. & Parker, R. G. The Urgent Need for Research and Interventions to Address Family-Based Stigma and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth. *Journal of Adolescent Health* 63, 383-393 (2018).

187. Rao, D. *et al.* A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC medicine* 17 (2019).

188. Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E. & Corrigan, P. W. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *PS* 63, 974-981 (2012).

189. Büchter, R. & Messer, M. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: A systematic review of randomized controlled trials. *Ger Med Sci* 15 (2017).

190. Ma, P. H. X., Chan, Z. C. Y. & Loke, A. Y. Self-Stigma Reduction Interventions for People Living with HIV/AIDS and Their Families: A Systematic Review. *AIDS and Behavior* 23, 707-741 (2019).

191. Tsang, H. W. *et al.* Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 173, 45-53 (2016).

192. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L. & Amari, E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* 107, 39-50 (2012).

193. Thornicroft, G. *et al.* Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* 387, 1123-1132 (2016).

194. Chaudoir, S. R., Wang, K. & Pachankis, J. E. What Reduces Sexual Minority Stress? A Review of the Intervention "Toolkit". *Journal of Social Issues* 73, 586-617 (2017).

195. Mehta, N. *et al.* Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 207, 377-384 (2015).

196. Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S. & Jorm, A. F. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Res.* 103, 120-133 (2018).

197. Mak, W. W. S., Mo, P. K. H., Ma, G. Y. K. & Lam, M. Y. Y. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Soc. Sci. Med.* 188, 30-40 (2017).

198. Stangl, A. L., Lloyd, J. K., Brady, L. M., Holland, C. E. & Baral, S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society* 16, 18734 (2013).

199. Gronholm, P. C., Thornicroft, G., Laurens, K. R. & Evans-Lacko, S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol. Med.* 47, 1-13 (2017).

200. National Academies of Sciences. *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change* (The National Academies Press, 2016).

201. Wong, J. P., Fung, K. P. & Li, A. T. Integrative strategies to address complex HIV and mental health syndemic challenges in racialized communities: Insights from the CHAMP project. *Canadian Journal of Community Mental Health* 36, 65-70 (2017).

202. Clifford, A., McCalman, J., Bainbridge, R. & Tsey, K. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 27, 89-98 (2015).

203. Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research* 14, 99 (2014).

204. Browne, A. J. *et al.* Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research* 16, 544 (2016).

205. Browne, A. J. et al. Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International journal for equity in health* 17, 154-154 (2018).

206. Butler, M. *et al.* Improving Cultural Competence To Reduce Health Disparities. Comparative Effectiveness Review No. 170. *Agency for Healthcare Research and Quality* (2016).

207. Chapman, E. N., Kaatz, A. & Carnes, M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of general internal medicine* 28, 1504-1510 (2013).

208. Maina I.W., Belton T.D., Ginzberg S., Singh A. & Johnson T.J. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science and Medicine* 199, 219-229 (2018).

209. Zestcott, C. A., Blair, I. V. & Stone, J. Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group processes & intergroup relations : GPIR* 19, 528-542 (2016).

210. Merino, Y., Adams, L. & Hall, W. J. Implicit Bias and Mental Health Professionals: Priorities and Directions for Research. *PS* 69, 723-725 (2018).

211. Sabin, J. A., Riskind, R. G. & Nosek, B. A. Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *Am. J. Public Health* 105, 1831-1841 (2015).

212. Knaak, S. *et al.* Understanding Stigma: A Pooled Analysis of a National Program Aimed at Health Care Providers to Reduce Stigma towards Patients with a Mental Illness. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing* 1, 19-29 (2017).

213. Knaak, S., Modgill, G. & Patten, S. Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies. *Can J Psychiatry* 59, S19-26 (2014).

214. Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A. & Jolly, K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society* 20, 21624-21624 (2017).

215. McCalman, J., Jongen, C. & Bainbridge, R. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *International Journal for Equity in Health* 16, 78 (2017).

216. Ungar, T., Knaak, S. & Szeto, A. C. H. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment. Health J.* 52, 262-271 (2016).

217. Marcellus, L., MacKinnon, K., Benoit, C., Phillips, R. & Stengel, C. Reenvisioning Success for Programs Supporting Pregnant Women With Problematic Substance Use. *Qual. Health Res.* 25, 500-512 (2015).

218. Jongen, C., McCalman, J. & Bainbridge, R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research* 18, 232 (2018).

219. Berg, K. et al. Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing* 43, 133-140 (2019).

220. Brooks-Cleator, L., Phillipps, B. & Giles, A. Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *Can. J. Nurs. Res.* 50, 202-213 (2018).

221. First Nations Health Authority. Cultural Humility. First Nations Health Authority (2019).

222. Kellett, P. & Fitton, C. Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nurs. Inq.* 24, e12146 (2017).

223. Masinde, W. M. A report on the impact of an integrated cultural safety and antidiscrimination training process on staff working in two primary Health Care Centres. [Graduating Project]. (2017).

224. Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N. & EQUIP, R. T. EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *Int J Equity Health* 14, 152 (2015).

225. Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. & Gillard, S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Adv.* 24, 319-333 (2018).

226. EQUIP Health Care. Trauma-and-Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations and Providers. *EQUIP Health Care* (2017).

227. Lavoie, J. G., Varcoe, C., Wathen, C. N., Ford-Gilboe, M. & Browne, A. J. Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. BMC Health Services Research 18, 705 (2018).

228. Hasnain-Wynia, R. & Baker, D. W. Obtaining Data on Patient Race, Ethnicity, and Primary Language in Health Care Organizations: Current Challenges and Proposed Solutions. *Health Serv Res* 41, 1501-1518 (2006).

229. Chin, M. H. Using Patient Race, Ethnicity, and Language Data to Achieve Health Equity. *J Gen Intern Med* 30, 703-705 (2015).

230. Wray, R. *et al.* We ask because we care: The Tri-Hospital + TPH health equity data collection research project: Summary Report. (2013).

231. Malena-Chan, R., Kewistep, N. & Neudorf, C. Reconciliation: A Population Public Health Responsibility. (2017).

232. Hadjipavlou, G. *et al.* "All my relations": experiences and perceptions of Indigenous patients connecting with Indigenous Elders in an inner city primary care partnership for mental health and well-being. *CMAJ* 190, E608-615 (2018).

233. Ford-Gilboe, M. *et al.* How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *The Milbank Quarterly* 96, 635-671 (2018).

234. Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T. & Thornicroft, G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52, 249-258 (2017).

235. Henderson, C. *et al.* Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015. *Acta Psychiatr Scand* 134, 23-33 (2016).

236. Maiorano, A. et al. Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review. *Can J Psychiatry* 62, 702-715 (2017).

237. Moir, A. Take me to the prom. *Hands Up Films* (2019).

238. Blake, V. K. & Hatzenbuehler, M. L. Legal Remedies to Address Stigma-Based Health Inequalities in the United States: Challenges and Opportunities. *The Milbank Quarterly* 97, 480-504 (2019).

239. Wight, D., Wimbush, E., Jepson, R. & Doi, L. Six steps in quality intervention development. *J. Epidemiol. Community Health* 70, 520 (2016).

240. Wilk, P., Maltby, A. & Cooke, M. Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada – a scoping review. *Public Health Reviews* 38 (2017).

241. Krieger, N., Chen, J. T., Coull, B., Waterman, P. D. & Beckfield, J. The unique impact of abolition of Jim Crow laws on reducing inequities in infant death rates and implications for choice of comparison groups in analyzing societal determinants of health. *Am. J. Public Health* 103, 2234-2244 (2013).

242. Krieger, N. *et al.* Jim Crow and premature mortality among the US Black and White population, 1960-2009: an age-period-cohort analysis. *Epidemiology* 25, 494-504 (2014).

243. Krieger, N., Jahn, J. L. & Waterman, P. D. Jim Crow and estrogen-receptor-negative breast cancer: US-born black and white non-Hispanic women, 1992-2012. *Cancer Causes & Control* 28, 49-59 (2017).

244. Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., Hatzenbuehler, M. L. & Galea, S. Association of State Laws Permitting Denial of Services to Same-Sex Couples With Mental Distress in Sexual Minority Adults: A Difference-in-Difference-in-Differences Analysis. *JAMA psychiatry* 75, 671-677 (2018).

245. Everett, B. G., Hatzenbuehler, M. L. & Hughes, T. L. The impact of civil union legislation on minority stress, depression, and hazardous drinking in a diverse sample of sexual-minority women: A quasi-natural experiment. *Soc. Sci. Med.* 169, 180-190 (2016).

246. Kesler, M. A. *et al.* Prosecution of non-disclosure of HIV status: Potential impact on HIV testing and transmission among HIV-negative men who have sex with men. *PloS one* 13, e0193269-e0193269 (2018).

247. Patterson, S. E. *et al.* The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence. *Journal of the International AIDS Society* 18, 20572-20572 (2015).

248. Corrigan, P. W. & Nieweglowski, K. Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America. *International Journal of Drug Policy* 59, 44-49 (2018).

249. Henry, B. Stopping the Harm: Decriminilization of People who Use Drugs in BC. *Office of the Provincial Health Officer* (2019).

250. de Villa, E. A Public Health Approach to Drug Policy. (2018).

251. Royal Commission on Aboriginal Peoples. People to people, nation to nation: Highlights from the report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996).

252. Aboriginal Affairs and Northern Development Canada. Creating the conditions for economic success on reserve lands: A report on the experiences of 25 First Nation communities. (2013).

253. Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015).

254. Department of Justice Canada. Attorney General of Canada to issue Directive Regarding Prosecutions of HIV Non-Disclosure Cases. (2018).

255. Trapence, G. *et al.* From personal survival to public health: community leadership by men who have sex with men in the response to HIV. *The Lancet* 380, 400-410 (2012).

256. Jozaghi, E., Greer, A. M., Lampkin, H. & Buxton, J. A. Activism and scientific research: 20 years of community action by the Vancouver area network of drug users. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy* 13 (2018).

257. Tam, T. Preventing Problematic Substance Use in Youth – Chief Public Health Officer of Canada's 2018 Annual Report. (2018).

258. Russell, C., Firestone, M., Kelly, L., Mushquash, C. & Fischer, B. Prescription opioid prescribing, use/misuse, harms and treatment among Aboriginal people in Canada: a narrative review of available data and indicators. *Rural and Remote Health* 16, 3974 (2016).