LE RACISME COMME DÉTERMINANT DE LA SANTÉ DES IMMIGRANTS

ILENE HYMAN, PH. D.

Le présent document d'orientation a été commandé et financé par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI) de l'Agence de la santé publique du Canada.
La DISI et le Projet Metropolis ont appuyé son élaboration. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ni de Metropolis.

Présenté le 30 mars 2009

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 3
1.0 INTRODUCTION 4
2.0 COMPRENDRE LES NOTIONS DE RACE, DE RACISME ET DE RACIALISATION : DÉFINITIONS ET CONCEPTS 4
3.0 RACISME ET RACIALISATION AU CANADA 6
4.0 INÉGALITÉS RACIALES ET ETHNIQUES EN MATIÈRE D'ÉTAT DE SANTÉ ... 7
5.0 INÉGALITÉS RACIALISÉES EN MATIÈRE D'ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ 8
6.0 INÉGALITÉS RACIALISÉES EN MATIÈRE DE QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ 8
7.0 LE RACISME ET LA SANTÉ 9
8.0 LE RACISME ET SES EFFETS DIRECTS SUR LA SANTÉ 10
9.0 LE RACISME ET SES EFFETS INDIRECTS SUR LA SANTÉ 11
10.0 SOMMAIRE DES POINTS PRINCIPAUX 12
11.0 INITIATIVES RECOMMANDÉES 12
RÉFÉRENCES 15

REMERCIEMENTS

L'auteur souhaite remercier le Groupe de travail sur l'accès aux soins de santé pour les personnes racialisées (formé sous l'égide du Regent Park CHC et d'Access Alliance Multicultural Health & Community Services) pour sa participation, et, plus particulièrement, le Dr Kwame McKenzie, pour ses précieuses idées et contributions.

LE RACISME COMME DÉTERMINANT DE LA SANTÉ : DOSSIER D'ORIENTATION

1.0 INTRODUCTION

Le droit à un traitement égal est un droit humain fondamental, comme le précise la *Loi canadienne sur les droits de la personne* (ministère de la Justice, 1985). Malgré cela, le fait que la discrimination raciale persiste dans toutes les sphères de la société canadienne n'est pas reconnu actuellement et ne l'a pas été dans le passé (Fondation canadienne des relations raciales (FCRR), 2008). Cela est dû, en partie, au fait que le racisme est généralement compris au sens individuel plutôt que comme des gestes et des attitudes systémiques. En d'autres mots, alors que la plupart des personnes s'opposeront immédiatement à des manifestations directes de racisme, elles toléreront ou feront peu de cas des moyens fondamentaux par lesquels les institutions politiques, économiques et sociales d'une société contribuent à la création de disparités sociales et en santé entre les groupes marginalisés race, à cause de leur race, de leur origine ethnique, de leur religion, de leur statut socioéconomique, de leur capacité ou incapacité, de leur genre, de leur orientation sexuelle et de leur compétence linguistique.

Selon le cadre pour l'amélioration de la santé de la population du Canada, de nombreux déterminants influencent la santé de tous les Canadiens, notamment le genre/sexe, le revenu, le statut social, l'emploi et les conditions de travail, l'hygiène de vie, les environnements sociaux et physiques et la culture (Santé Canada, 1994). Raphael (2004) a défini onze déterminants sociaux de la santé (DSS), y compris l'appartenance à la population autochtone, la petite enfance, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, les soins de santé, le logement, le revenu et la répartition des revenus, le filet de sécurité sociale, l'exclusion sociale, le chômage et la sécurité d'emploi. Le racisme est considéré comme une importante forme d'exclusion sociale. La récente commission de l'ONU sur les DSS (ONU, 2007) a explicitement reconnu le racisme à titre de facteur du statut socioéconomique, un déterminant structural clé de la santé. En matière de santé, Weber et Fore (2007) soutiennent que le racisme peut être considéré comme une question de vie et de mort. Le présent document d'orientation propose d'ajouter le racisme au nombre des déterminants sociaux de la santé (DSS) du cadre d'amélioration de la santé de la population du Canada.

La première partie du document est consacrée aux définitions du racisme, compte tenu du fait que la terminologie et les concepts relatifs aux discours sur la race et le racisme ont évolué avec le temps. Nous présenterons ensuite des données sur les inégalités qui existent en matière de santé et d'accès aux principaux services de santé entre les personnes racialisées au Canada et ailleurs dans le monde, puis sur le racisme à titre de déterminant de la santé. Finalement, nous présenterons les initiatives et les recherches qui s'attaquent au racisme et qui permettent de réduire les inégalités en matière de santé.

2.0 COMPRENDRE LES NOTIONS DE RACE, DE RACISME ET DE RACIALISATION : DÉFINITIONS ET CONCEPTS

La race et le racisme sont des sujets délicats pour beaucoup de personnes et bien que la controverse ne doive pas décourager les discussions formelles et franches sur les enjeux sociaux sérieux, il est essentiel de définir clairement ces termes et concepts clés dès le départ.

- Le terme *racisme* désigne une idéologie fondée sur la croyance que la race est le premier déterminant des traits et des capacités de l'humain et qui repose sur le postulat de la supériorité inhérente d'un groupe racial par rapport aux autres (traduction libre d'après la définition du *Merriam-Webster Dictionary*, 2008). La FCRR définit le *racisme* non seulement comme une attitude, mais aussi comme les actions spécifiques qui résultent de cette attitude et qui ont des répercussions sur certaines personnes, les marginalisent et les oppriment (Abella, 1984).
- Le racisme porte non seulement atteinte aux individus sur le plan interpersonnel, mais également par l'entremise des structures plus générales de la société, dont principalement les systèmes d'éducation, de droit, des médias, du maintien de l'ordre, de l'immigration et de l'emploi, de même que par l'entremise des activités motivées par la haine et des politiques gouvernementales (FCRR, 2008).
- Le racisme se manifeste sous de nombreuses formes, même s'il est généralement compris au sens interpersonnel, soit les interactions discriminatoires, conscientes et inconscientes, entre les individus (Karlsen et Nazroo, 2002). En revanche, le racisme systématique ou institutionnel, renvoie au « défaut collectif d'une organisation ou d'une structure sociale de fournir un service adéquat et professionnel à des individus en raison de la couleur de leur peau, de leur culture ou de leur origine ethnique. Cette forme de racisme passe plus inaperçue, bien qu'il soit possible de la détecter dans certains processus, attitudes et comportements qui traduisent la discrimination par des préjugés involontaires, par l'ignorance, par la désobligeance, et par des stéréotypes racistes qui désavantagent les personnes appartenant à certains groupes ethniques minoritaires » (traduction libre d'après Macpherson, 1999). Le racisme institutionnel survient aussi au sein d'organisations où les politiques, les pratiques et les procédures (p. ex. les exigences d'emploi, les pratiques d'embauche, les procédures d'avancement, etc.) excluent les groupes racialisés ou constituent un obstacle pour eux (FCRR, 2008).
- Au même titre que le racisme, le terme *race* est pris ici comme un concept social. Trop souvent, les définitions et les discussions portant sur le racisme considèrent le concept de race comme admis, laissant l'impression que les étiquettes « Caucasien », « Noir », « Asiatique », etc. reflètent des catégories innées et génétiquement distinctes. Toutefois, ce point de vue a été réfuté par une somme grandissante de données probantes provenant de la génétique et des sciences sociales, qui démontrent plutôt que la race, bien qu'elle fasse référence à des traits biologiques réels, est un schéma de classification social dans son origine et dans son entretien.
- Le concept de la « racialisation » lie la notion de race à la réalité du racisme, et se rapporte au *processus* social par lequel certains groupes sont désignés comme différents si bien qu'ils sont traités d'une manière différente et inégale (Galabuzi, 2004; 2006). Le manque d'accès à certaines possibilités, la marginalisation et l'exclusion parmi ces groupes, donnent à penser que leur appartenance présumée à un groupe racial joue un rôle important dans le

façonnement de leur expérience collective, c'est-à-dire qu'il s'agit de groupes *racialisés*, plutôt que « purement » *raciaux*. À la différence de l'expression « membre d'une minorité visible » que la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* du Canada définit comme « une personne qui n'est pas de couleur ou de race blanche », l'expression « groupes racialisés » établit clairement que la race n'est pas un fait biologique objectif, mais un concept social et culturel qui est susceptible d'exposer les individus au racisme.

L'application du concept de racialisation au domaine de la santé publique aide à clarifier un certain nombre de questions essentielles, et plus particulièrement la suivante : « Si les catégories raciales sont un produit social plutôt qu'un fait biologique, alors comment pouvons-nous expliquer les réelles différences dans les résultats de santé observés parmi les groupes ethnoraciaux? » Selon Krieger (2003), les disparités observées en matière de santé entre les différents groupes (tel que discuté ci-dessous) doivent être interprétés non pas comme le reflet de différences biologiques sous-jacentes et statiques, mais comme les manifestations biologiques dynamiques des relations entre les races.

La définition des concepts de race, de racisme et de racialisation ne vise pas à rejeter l'utilisation de catégories de groupes racialisés dans la recherche et la pratique en santé publique, étant donné que ces étiquettes constituent des paramètres stratégiques pour identifier certains groupes de population, par exemple dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions ciblées. Toutefois, la compréhension du rôle central de la racialisation dans la création de groupements raciaux qui semblent « naturels » nous aide à nous rappeler que ces groupements ne le sont pas du tout, mais qu'ils sont plutôt le produit d'un processus social.

3.0 RACISME ET RACIALISATION AU CANADA

Examinons, par exemple, les fait suivants concernant les expériences de groupes racialisés au Canada :

- Les groupes ethnoraciaux représentent environ 13 % de la population du Canada. D'ici à 2017, cette proportion augmentera à 20 % (Statistique Canada, 2005). Il a été estimé que 75 % des immigrants récents du Canada appartiennent à des groupes racialisés, et il s'agit sans doute d'une sous-évaluation en raison d'une sous-déclaration du statut de minorité visible dans les enquêtes gouvernementales.

- Dans les centres urbains du Canada, les personnes racialisées sont deux ou trois fois plus susceptibles d'être pauvres que les autres Canadiens. Cette exposition disproportionnée et persistante à la pauvreté chez les groupes racialisés a été qualifiée de racialisation de la pauvreté (Galabuzi, 2006).

- Malgré des niveaux de scolarité plus élevés, les groupes racialisés du Canada sont davantage susceptibles d'être en chômage ou d'occuper un emploi précaire (défini comme des contrats d'emploi atypiques, offrant des avantages sociaux limités, peu de droits en vertu de la loi, de l'insécurité, de courte durée et une rémunération faible) que les Canadiens non racialisés (Galabuzi, 2006).

- Les taux de chômage en 2001 pour l'ensemble de la population active, à 6,7 %, comparativement à 12,1 % pour les immigrants récents et 12,6 % pour les membres de minorités visibles, révèlent un accès nettement différent au marché du travail (Teelucksingh et Galabuzi, 2005). Il faut beaucoup plus de temps aux immigrants racialisés pour rattraper les autres Canadiens comparativement aux immigrants d'origine européenne.

- Selon l'Enquête canadienne sur la diversité ethnique de 2002, environ 20 % des minorités visibles, par rapport à 5 % des minorités non visibles, ont déclaré avoir parfois été victimes de discrimination ou de traitement inégal au cours des cinq années précédent l'enquête (Enquête canadienne sur la diversité ethnique, 2003).

4.0 INÉGALITÉS RACIALES ET ETHNIQUES EN MATIÈRE D'ÉTAT DE SANTÉ

La dernière décennie a été marquée par l'augmentation de la recherche axée sur les disparités en matière de santé. Un grand nombre de recherches publiées indiquent que les disparités en santé fondées sur le statut d'immigrant, la race et l'ethnicité persistent, même après les ajustements liés à l'âge, au genre, au niveau d'éducation, au revenu, à la gravité de la maladie et d'autres variables (American College of Physicians, 2004; Lasser, 2006; Smedley, Stith, et Nelson, 2003; Karlsen et Nazroo, 2002). Ces disparités et d'autres disparités en matière de santé ont aussi été documentées dans des pays (comme le Canada) qui bénéficient d'un système « universel » de soins de santé (Ali et coll., 2004; Chen, Ng et Wilkins, 1996; Dunn et Dyck, 1998; Hyman, 2001; Kinnon, 1999; Wu et Schimmele, 2005).

Au Canada, le statut de groupe racialisé n'entraîne pas automatiquement un état de santé inférieur (Wu et coll., 2003) et peut même constituer un avantage en matière de santé pour certains groupes (Prus et Lin, 2005; Wu et Schimmele, 2005; Kopec et coll., 2001). Un récent examen de l'étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991-2001 a montré que les groupes de minorités visibles affichaient des taux de mortalité normalisés selon l'âge moins élevés que leurs homologues appartenant à des groupes de minorités non visibles (Wilkins et coll., 2008).

Il y a des exceptions toutefois qui semblent révéler des intersections importantes entre la race, l'immigration, le genre, la pauvreté et la santé. Dans sa recension exhaustive des écrits sur les besoins en santé de femmes de race noire en Nouvelle-Écosse, Enang (2001) a recensé le diabète, la maladie cardiovasculaire, le VIH/sida et la santé mentale parmi les préoccupations dominantes. Les réfugiés continuent d'être exposés à un risque accru de mortalité et de problèmes de santé mentale (Beiser, 2006; Rousseau et Drapeau, 2004; Beiser et coll., 2002). Les inégalités raciales et ethniques en matière de santé sont de plus en plus corroborées dans les cohortes récentes d'immigrants racialisés. Les immigrants provenant de pays non européens, surtout d'Asie, sont deux fois plus susceptibles de déclarer une dégradation de leur santé que ceux qui proviennent de pays européens. Les immigrants à faible revenu et les immigrants récents qui appartiennent à un groupe racialisé courent un risque plus élevé de voir leur état de santé se dégrader au fil du temps (Ng et coll., 2005).

Les inégalités raciales et ethniques en matière d'état de santé ont été expliquées dans le passé au moyen de théories misant sur les privations et les privilèges, puisque beaucoup de personnes

racialisées vivent dans la pauvreté ou ont été exposées de façon disproportionnée à des risques pour la santé et aux conséquences de leurs environnements économiques, physiques et sociaux (Fine, 2005; Kelaher et coll., 2008). Toutefois, certains chercheurs, dont Nancy Krieger (2001), sont d'avis que le racisme contribue aux multiples processus intimement liés qui se répercutent sur l'état de santé. Par conséquent, l'accumulation de désavantages au cours de l'existence, les différences en matière d'exposition et de possibilités par race et les explications psychosociales doivent toutes être prises en compte dans le cadre de la recherche sur la race et la santé (Jones, 2003; Weber et Fore, 2007; Nazroo, 2003; Gee et coll., 2006). Nous discuterons plus à fond de ces processus proposés dans les sections 8 et 9.

5.0 INÉGALITÉS RACIALISÉES EN MATIÈRE D'ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ

Des données solides montrent qu'aux États-Unis, les patients racialisés ne jouissent pas d'un accès égal à des soins de santé et qu'ils ont davantage de besoins non satisfaits (American College of Physicians, 2004; Bhugra, Harding et Lippett, 2004; Haas et coll., 2004; Fiscella et coll., 2002). Au Canada, on ne collecte pas systématiquement des données sur l'accès aux soins de santé selon la race ou le groupe ethnique. Néanmoins, malgré les politiques de soins de santé universelles du Canada, des preuves montrent que les groupes racialisés n'ont pas un accès égal aux soins de santé et qu'un plus grand nombre de leurs besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits par rapport aux groupes non racialisés. Une étude examinant les variations ethniques relativement aux taux de consultations auprès de médecins et d'hospitalisations a montré que les membres de groupes racialisés étaient moins susceptibles d'être hospitalisés que leurs homologues appartenant à des groupes non racialisés, bien qu'ils étaient plus susceptibles de consulter un médecin généraliste ainsi que des spécialistes (Quan et coll., 2006). Dans la même veine, les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, indiquent que les immigrants récents sont beaucoup moins susceptibles d'avoir un médecin de famille par rapport aux immigrants de plus longue date et aux Canadiens d'origine (Statistique Canada, 2008). Plusieurs études ont laissé entendre que les immigrants et les membres de groupes racialisés étaient moins enclins à utiliser les services de prévention de dépistage du cancer (Quan et coll., 2006) et les services de santé mentale (Steele et coll., 2006; Gadalla, 2008). L'incapacité d'accéder à des services de santé, surtout ceux destinés à maintenir et à promouvoir la santé de même qu'à prévenir les maladies, augmente les risques pour la santé et est associée aux résultats négatifs sur cette dernière, et ce, plus particulièrement au fil du temps.

6.0 INÉGALITÉS RACIALISÉES EN MATIÈRE DE QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

Des preuves en provenance des États-Unis et d'ailleurs corroborent le postulat selon lequel les groupes racialisés reçoivent des soins de qualité et d'intensité inférieures, et les perçoivent comme tels, comparativement aux groupes non racialisés, parmi une vaste gamme de services de santé (Washington et coll., 2008; Gonzales-Espada et coll., 2006; Napoles-Springer et coll., 2005; Blanchard et Lurie, 2004; Bhugra et coll., 2004; Ngo-Metzer et coll., 2004; Corbi-Smith et coll., 2002; Smedley et coll., 2003). Pour de nombreux groupes racialisés, les barrières linguistiques constituent un facteur important de ces expériences différentielles, notamment : erreurs de diagnostic, effets défavorables, examens excessifs ou inutiles, hospitalisations prolongées et utilisation non appropriée des services d'urgence (Wilson-Stronks et coll., 2007; Divi et coll., 2007; Gonzales-Espada et coll., 2006).

La documentation canadienne sur les inégalités raciales et ethniques en matière de qualité des soins de santé est plutôt mince. Certaines recherches ont fait ressortir des enjeux individuels et structuraux qui influent sur la qualité des soins, comme les politiques organisationnelles (p. ex. manque de reconnaissance des immigrants non inscrits, manque de services d'interprétation), les barrières financières, les valeurs à l'égard de la santé qui sont contraires à l'idéologie dominante du système de santé et qui alimentent des malentendus concernant la signification de la maladie, sa terminologie et son traitement adéquat (Shahsiah et Yee, 2006; Oxman-Martinez et Hanley, 2005; Access Alliance, 2005; Whitley et coll., 2006; Hrycak et Jacubec, 2006; Benjamin et David, 2003; Enang, 2001).

7.0 LE RACISME ET LA SANTÉ

La race est parfois désignée comme un risque pour la santé, mais un nombre important et grandissant de recherches font désormais un lien entre le racisme et un mauvais état de santé (Paradies, 2006). La plupart des recherches sur le racisme et l'état de santé proviennent des États-Unis et du Royaume-Uni, où les associations négatives entre le racisme et la santé mentale, la santé physique (p. ex. : l'hypertension, l'autodéclaration de l'état de santé, les maladies du cœur, la douleur, les problèmes respiratoires) et les comportements à risque pour la santé ont été documentées (Kelaher et coll., 2008; Larson et coll., 2007; Schultz et coll., 2006; Williams et coll., 2003; Brondolo et coll., 2003; Krieger et coll., 2005; Gee et coll., 2006; Harris et coll., 2006a, 2006b). Un examen récent de 138 études fondées sur les populations a fait ressortir des associations entre l'autodéclaration de racisme et de l'état de santé des groupes racialisés opprimés, même après l'ajustement de variables confusionnelles comme l'âge, le statut socioéconomique, l'appartenance à un groupe racial ou ethnique, le stress relatif aux comportements liés à la santé, et le soutien social (Paradies, 2006). Les constatations les plus solides et cohérentes se rapportent à la santé mentale, bien que des liens avec la santé autoévaluée et la santé physique aient aussi été observés. Les études récentes suggérant que les perceptions et les expériences de discrimination augmentent avec la durée de séjour en raison d'un plus grand repérage des comportements discriminatoires ainsi que de l'exposition accrue à la discrimination au fil du temps (Gee et coll., 2006) s'avèrent particulièrement préoccupantes en ce qui a trait aux immigrants. Certaines recherches laissent entendre que le lien entre la discrimination et la santé mentale est plus fort chez les immigrants de longue date que chez les immigrants récents (Gee et coll., 2007).

Peu d'études canadiennes ont porté sur le racisme et la santé, mais un récent rapport fédéral a reconnu que la santé mentale est associée aux enjeux sociaux tels que le racisme et la discrimination (Gouvernement du Canada, 2006). De plus, des données du Korean Health Study de Toronto ont montré que 85 % des répondants ont été victimes de discrimination raciale et que, une fois d'autres variables contrôlées, la discrimination perçue était associée à des symptômes de dépression (Noh et Kaspar 2003). Cela s'est avéré autant pour les formes de discrimination manifestes que subtiles (Noh et coll., 2007). En utilisant les données du Southeast Asian Refugee Project, Beiser (2006) a déterminé que la discrimination raciale était un prédicteur de la dépression chez les réfugiés de l'Asie du Sud-Est au Canada; toutefois, une intégration rapide atténue les risques de discrimination et de dépression. Des participants à l'étude qualitative menée par Etowa (2007) sur la santé des femmes de race noire en Nouvelle-

Écosse ont décrit le racisme comme une grande source de stress ainsi qu'un problème de santé majeur touchant leur famille et leur collectivité.

La cohérence des constatations parmi les divers groupes ethniques minoritaires souligne l'importance de l'influence de la discrimination raciale sur la santé des groupes racialisés (Landrine et coll., 2006).

L'une des rares études canadiennes sur l'effet du racisme sur la qualité des soins a été exécutée par le Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (Women's Health in Women's Hands (WHIWH), 2003). Près de 1 participante sur 5 (N = 81) a déclaré avoir été victime de racisme au sein du système de soins de santé (y compris d'injures et de propos racistes); 8,6 % des répondantes ont jugé que les médecins ne tenaient pas compte des différences culturelles ou les ignoraient et 6,2 % ont déclaré recevoir des soins de qualité inférieure. Voici le commentaire d'une participante :

> [Traduction]
> « Ils venaient d'une culture complètement différente… Ils ne comprenaient pas ma culture et ne semblaient pas faire d'efforts pour le faire. Ils me disaient plutôt « ce ne devrait pas être comme ça », et j'ai senti que ma propre culture était rabaissée ». (WHIWH, 2003, p. 28)

D'autres chercheurs canadiens ont recensé les politiques, processus et pratiques (c.-à-d. le racisme institutionnel) qui empêchent des Canadiens racialisés de réclamer et de recevoir des soins de santé de qualité, par exemple : le manque de reconnaissance des immigrants sans statut, le manque de personnel et d'intervenants de même origine raciale ou ethnique, le manque de formation et de compétences du personnel en matière de prestation de soins adaptés au plan culturel. En outre, on fait souvent état de perceptions de racisme, comme le fait d'être traités de manière inégale ou inéquitable, de ne pas se sentir confortables, bienvenus ou acceptés, de ne pas être traités avec respect et dignité ni d'une manière culturellement acceptable et d'être exposés à une insensibilité à l'égard de leur héritage historique ou culturel et de leur système de valeurs différent en matière de santé. La prestation de services d'interprétation professionnels est essentielle à la prestation de soins de santé « d'excellente qualité » (Shahsiah et Yee, 2006; Etowa et coll., 2007; Hyman, à venir; AAMCHC, 2005; Benjamin et Este, 2003).

8.0 LE RACISME ET SES EFFETS DIRECTS SUR LA SANTÉ

Certains ont émis l'hypothèse selon laquelle le racisme agirait *directement* sur la santé et les comportements liés à la santé en raison d'une stimulation accrue et prolongée de la réaction physiologique du corps humain au stress (Williams et coll., 2003; Harris et coll., 2006a; Harris et coll., 2006b; Brondolo et coll., 2003). Les ouvrages portant sur le stress et la santé postulent que les éléments de stress influent sur la santé physique principalement en provoquant des états émotionnels négatifs comme l'anxiété, la dépression et une faible estime de soi ou identité qui, en retour, sont susceptibles d'avoir des conséquences directes sur les processus biologiques notamment le système immunitaire ou les types de comportement et, donc, d'augmenter les risques de maladies (Kubzansky et Kawachi, 2000; Williams et coll., 2003; Harris, 2006a). Le

racisme a des effets directs sur les comportements à l'égard de la santé, notamment : adopter des comportements présentant un risque élevé pour la santé, dont la toxicomanie et l'automutilation et d'autres réponses d'adaptation négatives, ainsi que le fait de tarder à demander des soins de santé.

Il y a des interactions entre le racisme et la pauvreté, mais les études sur les effets synergiques de ces variables sur le stress demeurent assez limitées. Selon l'OMS (2003), le fait de vivre au quotidien comme une personne racialisée dans la pauvreté cause une détresse psychologique chronique qui peut rendre malade, soit par des processus biologiques (par exemple en agissant sur le système endocrinien ou immunitaire) ou par des processus comportementaux (par exemple en induisant un comportement risqué). Lorsque ce stress est éprouvé sur une longue période, il peut avoir des effets néfastes sur les systèmes cardiovasculaire et immunitaire et augmenter la vulnérabilité aux infections, au diabète, à l'hypertension artérielle, aux crises cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, à la dépression et à l'agressivité.

9.0 LE RACISME ET SES EFFETS INDIRECTS SUR LA SANTÉ

Le racisme agit indirectement sur la santé en raison des expositions et des possibilités différentielles liées à d'autres déterminants de la santé, par exemple l'éducation et l'emploi. Krieger (2001) a postulé des processus interreliés sur plusieurs niveaux qui unissent le racisme et l'état de santé tout au long de la vie, notamment les privations économiques et sociales, les expositions à des substances toxiques et à des conditions dangereuses, des traumatismes d'origine sociale, la mise en marché ciblée de produits à des groupes racialisés, des soins de santé inadéquats ainsi que la sensibilisation et l'intervention de la collectivité pour lutter contre le racisme. Il est bien connu que les personnes racialisées au Canada sont exposées de façon disproportionnée à la pauvreté, à un logement inadéquat, à des substances dangereuses, à des obstacles à l'accès à des services de santé de qualité et à l'exclusion sociale, un autre déterminant social important de la santé (Hyman, 2001; Galabuzi, 2004; Kazemipur et Halli, 2003; Ornstein, 2001; Colour of Poverty, 2008).

En outre, Galabuzi (2004) est d'avis qu'il faut prendre en compte les effets du racisme institutionnel sur la santé, par exemple l'accès inégal à des systèmes sociaux, économiques, politiques et culturels qui déterminent la répartition des ressources de la société en raison de caractéristiques raciales ou ethniques. Ainsi, les pratiques systémiques discriminatoires fondées sur la race, par exemple le traitement différentiel dans des processus de recrutement, d'embauche et de promotion; l'utilisation étendue de formes de recrutement non transparentes, comme le bouche à oreille, qui reproduisent et renforcent les réseaux existants; la valorisation différentielle (ou la dévalorisation concrète) de titres de compétences obtenus à l'étranger et l'utilisation du statut d'immigrant comme indicateur d'une qualité inférieure du capital humain, contribuent à des résultats différentiels sur le marché du travail (Galabuzi & Teelucksingh, à venir). La lutte contre le racisme institutionnel dans le secteur des soins de santé nécessite un engagement envers cette lutte, la diversité et la compétence culturelles, notamment l'élimination des obstacles financiers, culturels et linguistiques à l'accès aux soins de santé et le renforcement des capacités de la collectivité. Il en sera question plus en détail dans la section 11.

10.0 SOMMAIRE DES POINTS PRINCIPAUX

- Des inégalités raciales et ethniques relatives à l'état de santé, à l'accès aux soins de santé et à la qualité de ceux-ci existent au Canada et ailleurs.

- Le racisme et la discrimination sont des concepts sociaux qui contribuent aux inégalités en matière de santé.

- Le racisme porte directement atteinte à la santé, surtout par l'effet de la réaction du corps à un stress physiologique.

- Le racisme porte indirectement atteinte à la santé par suite des expositions et des possibilités différentielles liées à d'autres déterminants de la santé.

- Les politiques et les pratiques institutionnelles contribuent à la persistance des inégalités raciales et ethniques en matière de santé en plus de faire obstacle à l'accès à des soins de santé de même qu'à leur qualité.

11.0 INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

Le racisme influe sur l'environnement dans lequel vivent les Canadiens racialisés et sur les facteurs intermédiaires qui ont une incidence sur la santé, y compris les comportements liés à la santé, le stress, les privations et l'accès à des soins de santé de qualité. La reconnaissance du racisme comme DSS est une première étape importante envers son élimination et la réduction des inégalités en matière de santé entre les groupes racialisés et non racialisés. Cela permet d'étendre les discussions au-delà de l'accès au système de soins de santé et du recrutement dans le domaine de la santé vers la prévention et l'effet des structures sociétales sur la santé (McKenzie, 2003).

Les six initiatives qui en découlent abordent les facteurs clés ciblés dans le présent document d'orientation contribuant à la création d'inégalités ethniques et raciales en matière de santé au Canada. Elles font écho aux recommandations émises dans d'autres rapports, tels que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2001), le Forum sur la politique concernant la santé multiculturelle (2005) et le Congrès national de santé transculturelle (2007), et étendent leur portée.

L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies destinées à traiter de ces initiatives de politiques nécessiteront des mesures intersectorielles dans l'ensemble des ordres du gouvernement. Voici quelques exemples d'initiatives de politiques et de programme recommandées :

1. **Accroître la sensibilisation du public au racisme et à ses répercussions sur la santé, sur l'accès aux soins de santé et sur la qualité de ceux-ci**
   - Redéfinir la santé comme une question de droits de la personne.
   - Travailler à l'élaboration de solutions structurales et le changement social, c.-à-d. « une politique sociale est une politique en matière de santé ».
   - Favoriser les partenariats, alliances et coalitions professionnels et communautaires afin de nommer, de comprendre et d'éliminer le racisme.

- Soutenir les politiques et les programmes locaux et régionaux qui s'attaquent au racisme.

2. Mettre en place et renforcer des politiques et des procédures en vue d'éliminer le racisme institutionnel dans tous les secteurs

- Augmenter la représentation des groupes racialisés dans l'ensemble de l'organisation.
- Faire en sorte que les processus de prises de décisions n'excluent ou ne marginalisent pas certains groupes.

3. Éliminer le racisme institutionnel dans les politiques, l'administration et les pratiques relatives à la santé

- Viser le recrutement et le maintien en poste d'employés professionnels qui reflètent la diversité de la société canadienne et qui comprennent les antécédents ethniques et culturels des populations qu'ils desservent.
- Intégrer la compétence culturelle et les perspectives de lutte contre le racisme dans la gouvernance, les politiques organisationnelles et le recrutement de personnel.
- Appuyer la formation de professionnels de la santé en ce qui a trait à la prestation de soins de santé inclusifs et non discriminatoires.
- Assurer la disponibilité de services professionnels d'interprétation linguistique et culturelle dans tous les établissements de soins de santé.
- Traduire le matériel promotionnel sur la santé dans les deux langues officielles et dans d'autres langues.
- Mettre en place des systèmes de surveillance pour recueillir les données sur l'accès aux soins et sur la qualité des soins reçus par les consommateurs de soins de santé racialisés et non racialisés.

4. Réduire les conséquences négatives du racisme sur la santé

- Réclamer des réformes des politiques officielles qui nuisent à la santé des Canadiens racialisés.
- Accroître la capacité des consommateurs de soins de santé d'exercer leurs droits de protester contre le racisme et d'y réagir de façon proactive.
- Accroître la capacité des consommateurs de soins de santé de participer au transfert des connaissances et à des activités d'échange axées sur l'amélioration des pratiques de soins de santé et la promotion de changements institutionnels.
- Appuyer les programmes de lutte contre le racisme et ceux axés sur l'inclusion sociale dans les écoles et les collectivités.
- Soutenir les programmes scolaires et communautaires qui favorisent l'identité ethnique et la cohésion communautaire.

5. Financer les activités de recherche et de surveillance

- Élaborer des indicateurs de discrimination pour les besoins d'enquêtes sur la santé provinciales et nationales.
- Amorcer des discussions avec le gouvernement et les intervenants communautaires concernant l'inclusion des variables liées à l'immigration ainsi qu'à la race et à l'ethnicité dans les bases de donnés à des fins de planification de la santé et de surveillance.

- Appuyer les recherches sur le racisme pour comprendre et documenter les multiples et complexes manières dont les groupes racialisés sont touchés par le racisme ainsi que ses conséquences sur la santé, sur l'accès aux soins de santé et sur la qualité de ceux-ci.
- Établir des systèmes nationaux, régionaux et locaux en vue de surveiller les inégalités en matière de santé de même que d'évaluer les politiques et les procédures conçues pour éliminer le racisme et réduire les inégalités en matière de santé.

6. Examiner la création d'un comité permanent, semblable à la Commission for Racial Equality au Royaume-Uni.

RÉFÉRENCES

Abella, R.S. (1984). Égalité en matière d'emploi : rapport d'une Commission royale. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Access Alliance Multicultural Health and Community Services. (2005). Racialized Groups and Health Status: A Literature Review Exploring Poverty, Housing, Race-Based Discrimination and Access to Health Care as Determinants of Health for Racialized Groups, Toronto. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] http://www.accessalliance.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=39

Ali, J.S., McDermott, S. et Gravel, R.G. (2004). Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health, 95*(3), 9-13.

American College of Physicians. (2004). Racial and Ethnic Disparities in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, (141): 226-228.

Beiser, M. (2006). Longitudinal research to promote effective refugee resettlement. *Transcultural Psychiatry*, 43(1):56-71.

Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. et Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *Am J Public Health, 92*(2): 220-7.

Benjamin, A. et Este, D. (2003). Racism, violence and health project. Making the connections conference proceedings. Retrieved May 2009 from: http://rvh.socialwork.dal.ca/06%20Making%20the%20Connections/makingconnections.

Bhugra, D., Harding C., Lippett, R. (2004). Pathways into care and satisfaction with primary care for black patients in South London. *Journal of Mental Health* (UK), 13(2): 171-183.

Blanchard, J., Lurie, N. (2004). RESPECT: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impacts on care. *Journal of Family Practice*, 53(9): 721-730.

Brondolo, E., R. Rieppi, K. P. Kelly, and W. Gerin. (2003). Perceived racism and blood pressure: A review of the literature and conceptual and methodological critique. *Annals of Behavioral Medicine* 25(1):55-65.

Enquête sur la diversité ethnique. (2003). Enquête sur la diversité ethnique 2002. Statistique Canada, *Le Quotidien*. Disponible à l'adresse suivante **:** www.statcan.ca/Daily/English/030929/d030929.pdf

Fondation canadienne des relations raciales. Consulté le 11 mars 2008 **:** http://www.crr.ca/component/option,com_glossary/task,list/glossid,70/letter,F/lang,french/

Chen, J., Ng, E. et Wilkins, R. (1996). La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. *Rapports sur la santé, 7*(4), 37-50.

Chen, J., Wilkins, R. et Ng, E. (1996). Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. *Rapports sur la santé, 8*(3) : 31-41.

Colour of Poverty (2008). Fact Sheets. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.colourofpoverty.ca/

Corbie-Smith, G., Flagg, E. W., Doyle, J. P. et O'Brien, M. (2002). Influence of usual source of care on differences by race/ethnicity in receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine,* 17(6):458-464.

Ministère de la Justice (1985). *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Disponible à l'adresse suivante :
http://lois.justice.gc.ca/fr/H-6/index.html

Dunn, J. R. et Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science et Medicine, 51*(11), 1573-1593.

Enang, J. (2001). *Black women's health: A synthesis of health research relevant to Black Nova Scotians.* Nova Scotia: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.
http://www.acewh.dal.ca/eng/reports/BWHNFinal.pdf

Etowa, J., Wiens, J., Thomas Bernard, W. et Clow, B. (2007). Determinants of Black Women's Health in Rural and Remote Communities. Canadian Journal of Nursing Research, 39:56-76.

Fine M.J. (2005). The role of race and genetics in health disparities research. *American Journal of Public Health*, 95(12): 2125-2128.

Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M. P. et Saver, B. G. (2002). Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: Findings from a national sample. *Medical Care, 40*(1), 52-59.

Gadalla, T.M. (2008). Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women et Health*, 47(1).

Galabuzi, G.E. (2004). Social Exclusion. In, D. Raphael (ed.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press, Inc. pp235-251

Galabuzi, G.E. (2006). *Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century*. Toronto: Canadian Scholar's Press.

Galabuzi, G.E., Teelucksingh, C. (à venir). Social cohesion, Social exclusion, Social capital. Regional Municipality of Peel.

Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J. et Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *American Journal of Public Health, 96*(10):1821-1828.

Gee, G. C., Spencer, M. S., Chen, J. et Takeuchi, D.(2007). A Nationwide Study of Discrimination and Chronic Health Conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health, 97*(7):1275-1282.

Gonzales-Espada, W.J., Ochoa, E.R., Vargas, P.A. (2006). Perceptions of differential treatment from the viewpoints of attending physicians, residents and Hispanic patients in Arkansas. *Hispanic Health Care International*, 4(3):157-166.

Gouvernement du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006. Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada. N° HP5-19/2006F au catalogue.

Haas, J. S., Phillips, K. A., Sonneborn, D., McCulloch, C. E., Baker, L. C., Kaplan, C. P., et coll. (2004). Variation in access to health care for different racial/ethnic groups by the racial/ethnic composition of an individual's county of residence. *Medical Care, 42*(7): 707-714.

Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S. et Nazroo, J. (2006a). Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *Lancet, 367*(9527): 2005-9.

Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S. et Nazroo, J. (2006b). Racism and health: the relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med, 63*(6):1428-41.

Santé Canada. (1994). Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens. Disponible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/strateg-fra.pdf

Hrycak, N. et Jakubec, S.L. (2006). Écouter les voix différentes. *Infirmière canadienne*, 102 (6): 20-24.

Hyman, I. (2001). *Immigration and Health*. Health Policy Working Paper Series. Working Paper 01-05. Ottawa, Available on-line at: http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html: Health Canada.

Hyman, I. (2001). *Immigration et santé*. La série de documents de travail sur les politiques de santé. Document de travail 01-05. Ottawa, Disponible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2001-0105-immigration/index-fra.php : Santé Canada.

Hyman, I. (à venir). The costs of not providing professional interpretation services. Access Alliance Multicultural Health and Community Services.

Jones, C.P. (2003). Confronting institutional racism. PHYLON. Disponible à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Jones-Confronting-Institutionalized-Racism.pdf

Karlsen, S. et Nazroo, J. Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health, 92*(4): 624-631.

Kazemipur, A. et Halli, S. (2003). Poverty experiences of immigrants: Some reflections. *Canadian Issues*, April, 18-20.

Kelaher, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., Paradies, Y. et Davey Smith, G. (2008). Discrimination and health in an English study. *Social Science et Medicine, 66*(7): 1627-1636.

Kopec, J.A., Williams, J.I., To, T., Austin, P.C. (2001). Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the health utilities index. *Ethnicity et Health*, 6(1):41-50.

Krieger, N. (2001). The ostrich, the albatross, and public health: An ecosocial perspective—or why an explicit focus on health consequences of discrimination and deprivation is vital for good science and public health practice. *Public Health Reports*, 116(5), 419-423.

Krieger, N. (2003). Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *American Journal of Public Health, 93*(2): 194-199.

Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C. et Barbeau, E.M. (2005/10). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science et Medicine, 61*(7):1576-1596.

Kubzansky, L.D., Kawachi, I. (2000). Going to the Heart of the Matter: Negative Emotions and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Research*, 48:323-337.

Landrine, H., Klonoff, E.A., Corral, I., Fernandez, S. et Roesch, S. (2006). Conceptualizing and measuring ethnic discrimination in health research. *Journal of Behavioural Medicine.* 29(1): 79-94.

Larson, A., Gillies, M., Howard, P. J. et Coffin, J. (2007). It's enough to make you sick: the impact of racism on the health of Aboriginal Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31*(4): 322-329.

Lasser, K.E. (2006). Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey. *Research and Practice*: 96 (7):1300-1307.

Macpherson, W. (1999). The Stephen Lawrence inquiry. Report of an inquiry by Sir William Macpherson of Cluny. London: Stationery Office.

McKenzie, K. (2003). Racism and Health (editorial). *BMJ*, 326:65-66.

Merriam-Webster Dictionary. Consulté le 15 décembre 2008. http://www.merriam-webster.com/dictionary/racism [en anglais seulement].

Napoles-Springer, A.M., Santoyo, J., Houston, C., Perez-Stable, E.J. et Stewart, A.L. (2005). Patients' Perceptions of Cultural Factors Affecting the Quality of Their Medical Encounters. *Health Expectations*. Vol 8: 4–17.

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

Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F. et Berthelot, J. (2005). *L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population.* N° 82-618-MWF2005002 au catalogue. Statistique Canada.

Ngo-Metzger, Q., Legedza, A.T.R., Phillips, R.S. (2004). Asian Americans' Reports of Their Health Care Experiences: Results of a National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2):111-119

Noh, S. et Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2):232-8.

Noh, S., Kaspar, V. et Wickrama, K. A. S. (2007). Overt and Subtle Racial Discrimination and Mental Health: Preliminary Findings for Korean Immigrants. *American Journal of Public Health,*

Ornstein, M. (2001). Ethno-racial inequality in Toronto: Analysis of the 1996 Census. Toronto, Ontario: Institute for Social Research, York University.

Oxman-Martinez, J. et Hanley, J. (2005). Services sociaux et de santé pour la population multiculturelle du Canada : les enjeux de l'équité. Patrimoine canadien. Disponible à l'adresse suivante : http://www.canadianheritage.gc.ca/progs/multi/canada2017/4_f.cfm

Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology, 35*(4), 888-901.

Picot, G. et Hou, F. (2003). La hausse du taux de faible revenu chez les immigrants au Canada. Direction des études analytiques : documents de recherche, n° 11F0019MIF2003198 au catalogue. Direction des études analytiques. Ottawa. Statistique Canada.

Prus, S. et Lin, Z. (2005). Ethnicity and health: An analysis of physical health differences across twenty-one ethnocultural groups in Canada. SEDAP Social and Economic Dimension of an Aging Population (SEDAP) Research Program. Disponible en ligne à l'adresse suivante [en anglais seulement] : http://socserv2.mcmaster.ca/sedap/p/sedap143.pdf

Quan, H., Fong, A., De Coster, C., Wang, J., Musto, R., Noseworthy, T. W., et coll. (2006). Variation in health services utilization among ethnic populations. JAMC : Journal de

l'Association médicale canadienne = CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 174(6): 787-791.

Raphael D. (Ed.) (2004). Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Rousseau C & Drapeau A. (2004). Premigration exposure to political violence among independent immigrants and its association with emotional distress. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(12):852-6.

Schultz, A.J., Gravlee, C.C., Williams, D.R., Israel, B.A., Mentz, G., & Rowe, Z. (2006). Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: Results from a longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, 96(7): 1265-1270.

Shahsiah, S. et Yee, J.Y. (2006). *Striving for best practices and equitable mental health access for racialized communities in Toronto.* Access Alliance Multicultural Health Centre.

Smedley, B. D., Stith, A. Y. et Nelson, A. R. (Eds.). (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Disponible à l'adresse suivante : http://www.nap.edu/catalog/10260.html [en anglais seulement]

Statistique Canada. (2003). *Le Canada en statistiques : La société : Population*. Tiré du site suivant : http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/popula.htm

Statistique Canada. (2005). Étude : Population des groupes de minorités visibles au Canada en 2017. *Le Quotidien*, 22 mars 2005. http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050322/dq050322b-fra.htm

Statistics Canada (2008). Canadian Community Health Survey. The Daily. June 18, 2008. Retrieved May 2009 from: http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080618/dq080618a-eng.htm

Steele LS, Lemieux-Charles L, Clark JP, Glazier RH. (2002). The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. A qualitative study of service providers' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2):118-22.

Teelucksingh, C. et Galabuzi, GE (2005). Working precariously: The impact of race and immigrants status on employment opportunities in Canada. Canadian Race Relations Foundation. Retrieved May 2009 from: http://www.amillionreasons.ca/WorkingPrecariously.pdf

Walters, V. (2004). The social context of women's health. *BMC Women's Health*, 4, (Suppl 1): S2.

Washington, D.L., Bowles, J., Saha, S., Horowitz, C.R., Moody-Ayers, S., et coll. (2008). Transforming clinical practice to eliminate racial-ethnic disparities in healthcare. *JGIM*, 23(5): 685-691.

Weber, L. and Fore, E.(2007). Race, Ethnicity, and Health: An Intersectional Approach. Pp. 191-218, in Joe Feagin and Hernan Vera, eds., *Handbook of the Sociology of Racial and Ethnic Relations*. New York, NY: Springer.

Whitley, R., Kirmayer, L.J., Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, 51(4):205-9.

Wilkins, R., Tjepkema, M., Mustard, C., et Choinière, R. (2008). Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001. Rapports sur la santé. 19(3): 27-48.

Williams, D. R., Neighbors, H. W. et Jackson, J. S. (2003). Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. *American Journal of Public Health: Racism and Health, 93*(2), 200-208.

Women's Health in Women's Hands Community Health Centre (WHiWH). (2003). *Racial discrimination as a health risk for female youth: Implications for policy and healthcare delivery in Canada.* Toronto: Canadian Race Relations Foundation.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.* Document de travail pour la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève :

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2003). *Social determinants of health: The solid facts.* 2e éd. Copenhague.

Wu, Z. et Schimmele, C.M. (2005). Racial/ethnic variation in functional and self-reported health. *Am J Public Health*, 95(4):710-716.

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