

Table D2 – Coverage of HC Grants and Contributions Programs⁵

Name of transfer payment program	Program	G&Cs portion of DPS (\$)	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24	Scoped in Evaluation Project
Canada Health Infoway	Digital Health	75,000,000					4.96%	Pan-Canadian Health Organizations
Canada's Organ and Tissue Donation and Transplantation (OTDT) System	Blood Systems, Organs, Tissue and Transplantation	3,580,000				0.24%		Canadian Blood Services Contribution Programs
Canadian Agency for Drugs and Technology in Health	Access, Affordability and Appropriate Use of Drugs and Medical Devices	23,058,769					1.53%	Pan-Canadian Health Organizations
Canadian Blood Services	Blood Systems, Organs, Tissue and Transplantation	5,000,000				0.33%		Canadian Blood Services Contribution Programs
Canadian Institute for Health Information (CIHI)	Health Information	87,658,979					5.80%	Pan-Canadian Health Organizations
Canadian Partnership Against Cancer Control	Cancer Control	51,000,000					3.37%	Pan-Canadian Health Organizations
Canadian Patient Safety Institute	Patient Safety	7,600,000					0.50%	Pan-Canadian Health Organizations
Cannabis Public Education and Awareness	Substance Use and Addictions	100,000				0.01%		Cannabis Program
Climate Change and Health Adaptation	Climate Change	1,500,000			0.10%			Adapting to Impacts of Climate Change
Funding to the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI)	Health Care Systems Analysis and Policy	17,000,000					1.12%	Pan-Canadian Health Organizations
Health Care Policy Contribution Program	Health Care Systems Analysis and Policy	27,118,000					1.79%	Health Care Policy Contribution Program

⁵ To obtain detailed estimates on program budgets in line with the Program Inventory, annual program budget data for 2019-20 is presented. This financial data was extracted by the Chief Financial Officer Branch as of January 22, 2019. As a result, these budget figures may not fully align with those found in other corporate reporting documents such as the Departmental Plan, the Departmental Performance Report or the Three-Year Transfer Payment Program Plan.

Name of transfer payment program	Program	G&Cs portion of DPS (\$)	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24	Scoped in Evaluation Project
Home Care and Mental Health	Home, community, and palliative care	650,000,000			43.00%			Home Care and Mental Health Services Initiative
	Mental Health	450,000,000			29.77%			Home Care and Mental Health Services Initiative
Mental Health Commission of Canada	Mental Health	14,250,000					0.94%	Pan-Canadian Health Organizations
Microgrants to Support Tobacco Strategy	Substance Use and Addictions	100,000			0.01%			HC's Tobacco Activities
Official Languages Health Contribution Program	Promoting Minority Official Languages in the Health Care System	37,330,000			2.47%			Roadmap to Canada's Official Languages
Official Languages in Minority Communities	Promoting Minority Official Languages in the Health Care System	50,000			0.00%			Roadmap to Canada's Official Languages
Radon Outreach	Radiation Protection	100,000		0.01%				Radiation Protection Activities
Substance Use and Addictions Program	Substance Use and Addictions	52,398,985			3.47%			Canadian Drugs and Substances Strategy
Thalidomide Survivors Contribution Program	Thalidomide	8,659,457	0.57%					Thalidomide Survivors Contribution Program
Total G&Cs \$:		1,511,504,190						
% of G&Cs spending 2019-20 to 2023-24:		100.00%	0.57%	0.01%	78.82%	0.57%	20.03%	
							100.00%	

Appendix E – Evaluation Exclusions

The following tables identify PHAC and HC programming that has not been included in the 2019-20 to 2023-24 Departmental Evaluation Plan (DEP). Evaluation exclusions will be re-assessed on an annual basis, as part of the regular planning process. Decisions will be made in respect to need, priority, and risk, and in consultation with program management and central agency representatives.

Table E1 – PHAC Evaluation Exclusions

Program Name	Branch	Rationale(s)
Oral Health	Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch	Low Need: Evaluation conducted within last seven years (2016-17). Low Risk: Low materiality.
Nutrition North Canada	Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch	Low Need: These activities are part of the broader horizontal initiative, led by Indigenous Services Canada. There is low utility to assessing in isolation, but there is the potential that ISC will cover these activities as part of a broader horizontal evaluation, which will be determined in year 3 or 4 of this plan. Low Risk: Low materiality associated with this program (\$500K).

Table E2 – HC Evaluation Exclusions

Program Name	Branch	Rationale for Exclusion
Specialized Health Services	Regulatory Operations and Regions Branch; Corporate Services Branch	Low Need: No requirement to inform major policy or spending decisions. Low Risk: Low enterprise risk. For one program component, Health Canada is the delivery agent rather than program owner (Employee Assistance Services - EAS). EAS has been accredited with the highest quality standard (gold) of the industry as set out by the Employee Assistance Society of North America (EASNA) as the Council of Accreditation (COA) carries out in-depth assessments of EAS' compliance with best practices in the industry.
Brain Health	Strategic Policy Branch	Low Need: Last evaluation conducted in 2016-17; currently scheduled to sunset.
Canada Health Act Administration	Strategic Policy Branch	Low Need: Health Canada's activities have focused on the administration of the <i>Act</i> , such as monitoring for compliance. On an annual basis, the federal Minister of Health is required to report to Parliament on the administration and operation of the <i>Canada Health Act</i> , which provides good oversight on this activity. Low Risk: Low materiality associated with activities (\$1.6M)
Medical Assistance in Dying	Strategic Policy Branch	Low Need: Program has been recently implemented. Furthermore, while the potential for conducting an evaluation will be examined in the future, parliamentary reporting requirements provide good oversight on this activity at this time.
Territorial Health Investment Fund	Strategic Policy Branch	Low Need: Program will be sunsetting in 2020-21. An evaluation was completed in 2018-19.

Appendix F – Evaluations and Audits by Branch and Fiscal Year of Completion (Crosswalk) for PHAC and HC

The following table provides an overview of all OAE oversight activities for PHAC and Health Canada, segmented by branch for ease of use.

Table F1 – Proposed Public Health Agency of Canada Evaluations and Audits by Branch and Fiscal Year of Completion (as of March 11, 2019)

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
<p>Underline text = evaluations on a fixed schedule due to Financial Administration Act (FAA) and/or Treasury Board (TB) submissions Bold text = Horizontal evaluations. Italicized text = horizontal evaluations led by another Department (Date) = date the Deputy Head approval is required by to be compliant with FAA / TB sub requirement Grey highlight = Audits. Audit planning runs on a three-year cycle, therefore information is provided for years one through three only. Year four audits have been shown when they begin in year three. Light Grey Highlight = Advisory / Consulting engagements Green Highlight - Joint Audit and Evaluations</p>					
Infectious Disease Prevention and Control	Public Health Laboratories Mar 2019 - Dec 2019	PHAC Component Evaluation for Adapting to Climate Change Dec 2019 - Sep 2020	Tuberculosis Jul 2020 - Jun 2021	Health Care-Associated Infections Apr 2022 - Mar 2023	
	Surveillance Activities Sep 2018 - Nov 2019	Immunization and Respiratory Infectious Diseases (Oct 2021) Jan 2020 - Feb 2021	<u>Canadian Drug and Substances Strategy</u> (Mar 2022) Dec 2020 - Mar 2022	Foodborne and Zoonotic Diseases Apr 2022 - Mar 2023	<u>Federal Initiative to Address HIV in Canada (including STBBI activities)</u> (Mar 2024) Jan 2023 - Mar 2024
		Management of Scientific Research Jan 2020 - Feb 2021	<u>Adapting to Impacts of Climate Change</u> (ECCC-led) Jan 2020 - Jun 2021	<u>Canadian Food Safety Information Network</u> (CFIA-led) Apr 2022 - Mar 2023	National Collaborating Centres (Mar 2024) Apr 2023 - Mar 2024

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
Health Promotion and Chronic Disease Prevention	Multisectoral Partnerships (Mar 2020) Jun 2018 - Sep 2019	<u>Children's Programs</u> (CAPC, CPNP, FASD) (Mar 2021) Jan 2020 - Dec 2020	<u>Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities</u> (Mar 2022) Sep 2020 - Dec 2021		
	<u>Canadian Centre for Aging and Brain Health Innovation Contribution Program</u> Dec 2018 - Dec 2019	<u>Strategy to Prevent and Address Gender-based Violence</u> (SWC-led) Mar 2019 - Sep 2020	PHAC's Tobacco Activities Jun 2020 - Jun 2021		
	Innovation Strategy (Mar 2020) Sep 2018 - Sep 2019		Evidence for Health Promotion, Chronic Disease and Injury (including CPHO Report, CCDR) Jan 2021 - Dec 2021		<u>Strategy to Prevent and Address Gender-based Violence</u> (SWC-led) Apr 2023 - Mar 2024
	Family Violence Investment (Mar 2020) Sep 2018 - Sep 2019		<u>Roadmap for Canada's Official Languages: Education Immigration Communities</u> (PCH-led) Sep 2020 - Mar 2022		
	Surveillance Activities Sep 2018 - Nov 2019				
Health Security Infrastructure		Biosecurity Jan 2020 - Dec 2020	Border and Travel Health Program Jan 2021 - Dec 2021	Emergency Preparedness and Response Sep 2021 - Sep 2022	
		<u>Single Window Initiative</u> (CBSA-led) Jun 2018 - May 2020	Potable Water Jan 2021 - Feb 2022		

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
		National Emergency Strategic Stockpile Feb 2020 - Mar 2021			
Office of International Affairs	Shared Services Partnership Agreement May 2019 - Dec 2019		PHACs Tobacco Activities Jun 2020 - Jun 2021		
Office of Strategic Policy and Planning			Investment Planning Sep 2020 - Oct 2021	Project Management Nov 2021 - Dec 2022	
Office of the Chief Financial Officer	Shared Services Partnership Agreement May 2019 - Dec 2019	Costing Information for Decision Making Jun 2019 – Jul 2020			

Proposed Health Canada Evaluations and Audits by Branch and Fiscal Year of Completion (as of March 11, 2019)

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
<p><u>Underline text</u> = evaluations on a fixed schedule due to <i>Financial Administration Act</i> (FAA) and/or Treasury Board (TB) submissions Bold text = horizontal evaluations. <i>Italicized text</i> = horizontal evaluations led by another Department (Date) = date the Deputy Head approval is required by to be compliant with FAA / TB sub requirement Grey highlight = Audits. Audit planning runs on a three-year cycle, therefore information is provided for years one through three only. Light grey highlight = Advisory/Consulting engagements Green highlight = Joint Audit and Evaluations</p>					
Healthy Environments and Consumer Safety Branch	<p><u>Chemicals Management Plan (including water quality)</u> (HC-led) (Sept 2019) Aug 2018 - Sep 2019</p>	<p><i>Taking Action on Air Pollution</i> (ECCC-led) Jan 2019 – Jun 2020</p>	<p><i>Adapting to Impacts of Climate Change</i> (ECCC-led) Jan 2020 – Jun 2021</p>	<p>Consumer Product Safety Jun 2021 - Jun 2022</p>	<p><i>Federal Contaminated Sites</i> (ECCC-led) Jan 2023 – Sept 2024</p>
	<p>Workplace Hazardous Products Apr 2019 - Mar 2020</p>	<p>Single Window Initiative (CBSA-led) Jun 2018 – May 2020</p>	<p>Radiation Protection Activities Feb 2021 – Feb 2022</p>	<p>Impact Assessment and Regulatory Processes (CEAA-led) Jan 2021 – Jun 2022</p>	
		<p>HC Component Evaluation for Climate Change (Mar 2021) Dec 2019 - Sept 2020</p>			
			<p>Management of Scientific Research Jan 2020 – Feb 2021</p>		
Controlled Substances and Cannabis Branch	<p>Consulting Engagement – Implementation Program Implementation of the Cannabis Act April 2019 – July 2019</p>	<p>Single Window Initiative (CBSA-led) Jun 2018 – May 2020</p>	<p><u>Canadian Drugs and Substances Strategy</u> (HC-led) (Mar 2022) Dec 2020 - Mar 2022</p>	<p>Cannabis Program (HC-led) Sept 2021 – March 2023</p>	

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
	Controlled Substances Oct 2018 – Dec 2019		HCs Tobacco Activities Jun 2020 - Jun 2021		
Health Products and Food Branch	<u>Chemicals Management Plan (including water quality)</u> (HC-led) (Sept 2019) Aug 2018 - Sep 2019	Management of Scientific Research Jan 2020 – Feb 2021	Veterinary Drugs Apr 2021 – Mar 2022	Canadian Food Safety Information Network (CFIA-Led) (Dec 2022)	Food and Nutrition Program – Food Safety Apr 2023 – Mar 2024
	Medical Devices Mar 2019 - Mar 2020	Natural Health Products Program Apr 2020 – Mar 2021	Regulatory Nutrition Labelling Feb 2021 – Mar 2022	Human Drugs Apr 2022 – Mar 2023	Biologics and Radiopharmaceuticals Program Jan 2023 – Dec 2023
	<u>Drug Safety and Effectiveness Network (DSEN)</u> (HC-led) (Mar 2020) Dec 2018 - Dec 2019		<u>Canadian Drugs and Substances Strategy</u> (HC-led) (Mar 2022) Dec 2020 - Mar 2022	Impact Assessment and Regulatory Processes (IARP) Horizontal Initiative CEAA-led (Jan 2021-Jun 2023)	
				Food and Nutrition Program – Nutrition Policy Sep 2021 – Sep 2022	
Pest Management Regulatory Agency	<u>Chemicals Management Plan (including water quality)</u> (HC-led) (Sep 2019) Aug 2018 - Sep 2019	Pesticides Program Oct 2019 - Oct 2020			
		Single Window Initiative (CBSA-led) Jun 2018 - May 2020			

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
		National Pesticide Compliance Program Oct 2019 - Nov 2020			
Regulatory Operations and Enforcement Branch	<u>Chemicals Management Plan (including water quality)</u> (HC-led) (Sep 2019) Aug 2018 - Sep 2019	Pesticides Program Oct 2019 - Sep 2020	Veterinary Drugs Apr 2021 - Mar 2022	Consumer Product Safety Jun 2021 - Jun 2022	Food and Nutrition Program – Food Safety Apr 2023 - Mar 2024
	Medical Devices Mar 2019 - Mar 2020	<i>Single Window Initiative</i> (CBSA-led) Jun 2018 - May 2020	<u>Canadian Drugs and Substances Strategy</u> (HC-led) (Mar 2022) Dec 2020 - Mar 2022	Human Drugs Apr 2022 - Mar 2023	Biologics and Radiopharmaceuticals Program Jan 2023 - Dec 2023
	Inspection Activities Apr 2018 - Sep 2019	<i>Taking Action on Air Pollution</i> (ECCC-led) Jan 2019 - Jun 2020	HC's Tobacco Activities Jun 2020 - Jun 2021	<u>Canadian Food Safety Information Network</u> (CFIA-Led) Apr 2022 - Mar 2023	
		Natural Health Products Program April 2020 - Mar 2021	Regulatory Nutrition Labelling Feb 2021 – Mar 2022	<u>Cannabis Program</u> (HC-led) Sep 2021 - Mar 2023	
			Radiation Protection Activities Feb 2021 – Feb 2022	<u>Impact Assessment and Regulatory Processes (IARP)</u> (CEAA led) Jan 2021 - Jun 2022	
				Food and Nutrition Program – Nutrition Policy Sep 2021 - Sep 2022	

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
Strategic Policy Branch	<u>Thalidomide Survivors Contribution Program</u> (Mar 2020) TBC		<u>Home Care and Mental Health Services Initiative</u> (Mar 2022) Oct 2020 - Sep 2021	<u>Canadian Blood Services Contribution Programs</u> (Dec 2022) Jan 2022 - Dec 2022	<u>Pan-Canadian Health Organizations</u> (March 2024) Oct 2022 - Dec 2023
	<u>Drug Safety and Effectiveness Network (DSEN)</u> (HC-led) (Mar 2020) Dec 2018 - Dec 2019		Sex and Gender Based Analysis Sep 2020 - Jun 2021		<u>Health Care Policy Contribution Program</u> (Oct 2023) Oct 2022 - Sept 2023
			Roadmap for Canada's Official Languages: Education Immigration Communities (PCH-led) Sept 2020 - Mar 2022		
Communications and Public Affairs Branch	Shared Services Partnership Agreement May 2019 - Dec 2019	Corporate Communications Function Oct 2019 - Nov 2020	<u>Canadian Drugs and Substances Strategy</u> (HC-led) (Mar 2022) Dec 2020 - Mar 2022		
			Health Canada's Tobacco Activities Jun 2020 - Jun 2021		
Chief Financial Officer Branch	Shared Services Partnership Agreement May 2019 - Dec 2019	Costing Information for Decision Making Jun 2019 – Jul 2020	Investment Planning Sep 2020 - Oct 2021	Project Management Nov 2021 - Dec 2022	
	Asset Management Dec 2018 - Jan 2020				

BRANCH	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
Corporate Services Branch	IT Systems Development Aug 2018 - Nov 2019	Staffing Practices and Service Delivery Aug 2019 - Sep 2020	Personnel Security May 2020 - May 2021		
	Management of Privacy Practices Jan 2019 - Feb 2020	Pay and Benefits Oct 2020 - Mar 2021	Real Property April 2021 - May 2022		
	Shared Services Partnership Agreement May 2019 - Dec 2019	OCG Horizontal Audit of Human Resource Planning TBD			
	Asset Management Dec 2018 - Feb 2020				

Table F2 – Total Proposed Health Canada and PHAC Evaluations and Audits by Fiscal Year of Completion

The following table represents the total planned number of oversight activities (audits and evaluations) for both organizations over a five-year period.

	YEAR 1 2019-20	YEAR 2 2020-21	YEAR 3 2021-22	YEAR 4 2022-23	YEAR 5 2023-24
PHAC	5	4	5 ⁶	3	2
HC	5	3	6	5	4
Horizontal OGD led	-	3	2	2	2
Total	10	10	13	10	8
Total Evaluations for PHAC and HC	10	10	13	10	8
Total Audits for PHAC	2	2	1		
Total Audits ⁷ for HC	4	2	2		
Total Concurrent Audits	0	2	2		
Shared Service Audits	4	2	2		
Total Audits for both Health Canada and PHAC	10	8	7		

⁶ The evaluation of Canada's Tobacco Strategy is currently counted as two evaluations; one covering Health Canada's activities and the other covering PHAC's activities. At the time of scoping the evaluation, these evaluations may be merged into one.

⁷ Includes consulting engagements

Request for Meeting with the CPHO / Demande pour une reunion avec l'Administratrice en chef de la santé publique	
Subject of meeting: Sujet de la réunion:	Consultation on the HC/PHAC Departmental Evaluation Plan and Risk-based Audit Plan
Participants : Les participants :	Dr. Theresa Tam, Shelley Borys, Darren Horne, Amanda Hayne-Farrell, Julie Bouchard
Duration of meeting : Durée de la réunion :	30 minutes
Proposed dates : Dates proposées :	No specific dates – work with the CPHO’s availabilities for January 2020. (Shelley will be at Colonnade on the following dates: Jan. 15 - could meet at 12 pm, Jan. 16 – could meet at 10:30 am, Jan. 29 – at 12 pm.)
Do not schedule on the following dates : Ne pas céduer aux dates suivantes:	Please confirm with Doris, at 960-0242, to ensure it’s not in conflict with a meeting with the HC DM.
Teleconference required : Téléconférence nécessaire :	No
Documents required / name of person who will provide them and the date : Documents nécessaires / nom de la personne qui va les soumettre et la date :	Three documents are attached in the email.
Meeting requested by : Réunion demandée par :	Shelley Borys
Additional comments: Commentaires supplémentaires:	When Shelley and senior members of OAE met with the President on December 18, 2019, she mentioned that it would be valuable to obtain the CPHO’s perspectives on areas of concerns, risk and upcoming strategic direction.

PHAC— Audit and Evaluation Assurance Map

Program Inventory	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24
Health Promotion	Maternal and Child Health Programs	Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities	Grants and Contributions		Innovation Strategy (Sep 2018-Sep 2019)	Children's Programs (CAPC, CPNP, FASD) (Jan 2020-Dec 2020)	Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (Jan 2021 – Dec 2021)		Vaping and Tobacco (OAG) (TBC)
			Review of Regional Operations		Family Violence Investment (Sep 2018 – Sep 2019)				
	Mental Health and Mental Illness		Horizontal Coordination Function of the Family Violence Initiative		Centre for Aging and Brian Health Innovation (Dec 2018 – Dec 2019)				
	Office of Chief Dental Officer (OCDO)								
Chronic Disease Prevention		Federal Tobacco Control Strategy (HC)	Grants and Contributions		Multisectorial Partnerships (June 2018 – Dec 2019)				
			Review of Regional Operations						
Evidence for Health Promotion, and Chronic Disease and Injury	Maternal and Child Health Programs		Grants and Contributions		Surveillance Activities (Sep 2018 -Sep 2019)	Problematic Substance Use (OAG) (TBC)	Evidence for Health Promotion, Chronic Disease and Injury (including CPHO Report, CCDR) (Jan 2021 – Dec 2021)		
	Mental Health and Mental Illness Activities		Review of Regional Operations						

Evaluations
 Audit
 OAG/ CESD/PSC
 Joint Eval/Audit Projects
 OCG

Program Inventory	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24
Laboratory Science Leadership and Services	Tuberculosis Activities	Genomics Research and Development Initiative (NRC-led)	Healthcare-Associated Infections Activities	Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada (December 2017-February 2019) (March 2019 posting)	Public Health Laboratories (Mar 2019 – Dec 2019)	Management of Scientific Research (Jan 2020 – Feb 2021)			National Collaboration Centres (Apr 2023 – Mar 2024)
	HIV Vaccine Initiative								
	Non-Enteric Zoonotic Infectious Disease Activities		Foodborne and Waterborne Enteric Illness Activities	Coordination of Antimicrobial Resistance Activities April 2018-March 2019					
Communicable Disease and Infection Control	Tuberculosis Activities		Grants and Contributions	Federal Initiative HIV/AIDS in Canada (December 2017 – December 2018) (March 2019 posting)	Surveillance Activities (Sep 2018 -Sep 2019)	Antimicrobial Resistance (OAG) (TBC)	Tuberculosis (Jul 2020 – Jun 2021)	Health Care Associated Infections (Apr 2022 – Mar 2023)	Federal Initiatives for HIV/AIDS in Canada (Including STBBIs) (Jan 2023 – Mar 2024)
	Antimicrobial Resistance Activities (AMR)		Health Care-Associated Infections Activities	Coordination of Antimicrobial Resistance Activities April 2018-March 2019					
			Viral Hepatitis & Sexually Transmitted Infections (STI) Activities March 2018-February 2019						
Immunization		Immunization & Respiratory Infectious Disease Activities	Grants and Contributions		Surveillance Activities (Sep 2018 -Sep 2019)	Immunization and Respiratory Infectious Disease (Feb 2020 – Jan 2021)			
Foodborne and Zoonotic Diseases	Non-Enteric Zoonotic Infectious Disease Activities	Non-Enteric Zoonotic Infectious Disease Activities	Clean Air Agenda Adaptation Theme (ECCC)		Surveillance Activities (Sep 2018 -Sep 2019)	PHAC Component Evaluation for Adapting to Climate Change (Dec 2019 – Sep 2020)	Adapting to Impacts of Climate Change (ECCC-led) (March 2022 posting)	Foodborne and Waterborne Enteric Diseases (Apr 2022 – Mar 2023)	
			CESD Climate Change						
			Foodborne and Waterborne Enteric Illness Activities						

Program Inventory	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24
Emergency Preparedness and Response		Public Health Workforce Development Activities	Emergency Preparedness and Response (incl. supplies)	Review of the Joint External Evaluation Process September 2017-June 2018		National Emergency Strategic Stockpile (Feb 2020 - Mar 2021)		Emergency Preparedness and Response (Sep 2021 - Sep 2022)	
Biosecurity				Biosecurity Program April 2018-January 2019		Biosecurity Program (Jan 2020-Dec 2020)			
Border and Travel Health				Review of the Global Public Health Initiative December 2017-June 2018			Potable Water (Jan 2021 – Feb 2022) Border and Travel Health Program (Jan 2021 – Dec 2021)		
Internal Service	Risk Management Framework			Office of International Affairs July 2017-September 2018	Management of Privacy Practices (Jan 2019 – Feb 2020)				
Internal Service (Management and Oversight)	Project Management Framework Shared Accountability in Interdepartmental Service Arrangements		CESD Progress in Implementing Sustainable Development Strategies	CESD Progress in Implementing Sustainable Development Strategies			Departmental Performance Measurement		

Evaluations
 Audit
 OAG/ CESD/PSC
 Joint Eval/Audit Projects
 OCG

Program Inventory	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24
Communication Services						Corporate Communications Function (Oct 2019 – Nov 2020)			
Legal Services									
Human Resources Management Services		PSC - Informal Staffing Assessment		PSC Horizontal Credential Validation		Staffing Practices and Service Delivery (Aug 2019 – Sep 2020)			
			OAG – Payroll Management		Pay and Benefits (Oct 2020 – Mar 2021)				
Financial Management Services	Key Financial Controls Year 2 (CFOB)	Key Financial Controls at PHAC, 2015-16 (CFOB)	Internal Control over Financial Reporting (PHAC) (CFOB)	Fraud Risk Assessment September 2017-June 2018	Asset Management (Dec 2018 – Feb 2020)	Costing Information for Decision Making (Jun 2019 – Jul 2020)	Investment Planning (Sep 2020 – Oct 2021)		
	Key Financial Controls, Year 3 (CFOB)		Grants and Contributions					Acquisition Cards June 2018-January 2019	Project Management (Nov 2021 – Dec 2022)
			Accounts Receivable (CFOB)	OAG – Payroll Management					
Information Management Services					Management of Privacy Practices (Jan 2019 – Feb 2020)	Departmental Implementation of Digital Standards			
Information Technology Services		IT Continuity Planning for Mission Critical Systems/ Applications (CSB)			IT Systems Development (Aug 2018 – Nov 2019)				
		IT Security (CSB)							

Evaluations
 Audit
 OAG/ CESD/PSC
 Joint Eval/Audit Projects
 OCG

Program Inventory	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24
Real Property and Security Services		Physical Security					Personnel Security (May 2020 – May 2021)		
		OAG - Science Facility Audit (Management Letter)					Real Property (Apr 2021 – April 2022)		
Materiel Services					Asset Management (Dec 2018 – Feb 2020)				
Acquisition Services				Procurement and Contracting May 2018-January 2019					

From: Thornton, Sally (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-12-24 1:06 PM

To: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)

Subject: Contact info

Hi Theresa - look forward to reading draft, but wont be until later this week. Sally

Contact info:

>

> HEMD for [REDACTED] is [REDACTED] email below.

>

>

>>

>> The HEMD for the [REDACTED] is [REDACTED] email below.

>>

>>

>>

>>

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-04 11:47 AM
To: MacKenzie, Sara (HC/SC); Russo, Laura (HC/SC); Duhaime2, Marc (PHAC/ASPC)
Cc: Bell, Tammy (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC)
Subject: CPHO messages around Christmas on Cannabis

I haven't seen the comms plan but cognizant that we are heading into the next phase of cannabis legalization so assume I will be amplifying the start low, go slow type. messages.

There will be gummies, cookies for Christmas...

If I get interviewed post report I may get asked about this too.

TT

Sent from my iPhone

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-16 7:31 PM
To: [Rendall, Jennifer \(PHAC/ASPC\)](#); [Bell, Tammy \(PHAC/ASPC\)](#)
Subject: CPHO Participation at NHLC

Thanks Jen for preparing something for the organisers to consider.

Not knowing anything about the content of their program, I thought we could use the theme of the conference to better frame my potential contributions. I also thought that we need to bring focus on what I can speak on ie stigma and health equity.

Since I am not an expert on adaptive leadership I found a fairly simple diagram (below) that helped me think through what I can offer this conference. In fact the adaptive leadership approach fits very nicely with what is needed to reduce stigma through out the health system. Here are a few points which I thought you could use to shorten and reframe my contributions.

Adaptive Leadership in complex times - Integrated and inclusive system for all

Considerations for CPHO participation

The CPHO is a champion for health equity. Stigma as fundamental cause of health inequity, as it impacts mental and physical health and is a barrier to accessing health and other resources.

Adaptive leadership is needed to address stigma and build a more inclusive health system. The latest CPHO annual report offers a new Action Framework for an inclusive health system that takes into account the complexity of intersecting stigmas. Actions for health systems could include implementing cultural safety, trauma and violence informed care, better engagement of communities/persons with lived and living experience, hiring a diverse work force .

Dr. Tam can speak to the impact of stigma on health and how adaptive leadership (self awareness, social awareness, relationship management, lifelong learning...) is important to reducing barriers to access health and other resources. While technological advancements and biomedical solutions will continue to offer new opportunities, it is important for health leaders to integrate humanity and compassion into our health systems.

Dr. Tam can also offer some insights into the social and behavioural factors underlying many health challenges (e.g. why do we prescribe unnecessary antibiotics), in addition to the biomedical solutions of the future.

Incentivising health promotion and wellness is important to the sustainability of health systems. Dr. Tam could speak to how adaptive leadership can contribute to a better integration of wellness incentives into the health care delivery model. Health care organizations are also trying to consider the broader social determinants of health in providing better care to their patients (eg social paediatrics; University Health Network’s innovative housing plan); Dr. Tam could be part of a discussion that looks at innovations in this more holistic approach to health care.

This last topic may be too much to include if I want to focus on stigma and health equity but I was trying to reframe your 4th paragraph on being more inclusive of public health approaches in health care (note it is very sensitive to talk about “integrating” public health and health care). There is a lot of talk about virtual health care and access to primary care so this may be an area they will get into in their program.

You could shorten/move the details on my areas of focus/priorities as background with my bio and provide a link to the website.

Thoughts on whether this is a good approach and whether you will be able to work with these points?

TT

CORE LEADERSHIP

STRATEGY	ACTION	RESULTS
Vision Acumen Planning Courage to Lead	Decision Making Communication Mobilizing Others	Risk Taking Results Focus Agility

ADAPTIVE LEADERSHIP

EMOTIONAL INTELLIGENCE	ORGANIZATIONAL JUSTICE	CHARACTER	DEVELOPMENT
Self-Awareness Self-Management Social Awareness Relationship Management	Decision Fairness Information Sharing Outcome Concern	Integrity Credibility Values Differences	Lifelong Learning Developing Others

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC
Chief Public Health Officer of Canada
Public Health Agency of Canada

[REDACTED]
Follow me on [Twitter](#)

Administratrice en chef de la santé publique du Canada
Agence de la santé publique du Canada

[REDACTED]
suivez-moi sur [Twitter](#)

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-17 2:08 PM
To: Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC)
Subject: Fwd: CPHO Participation at NHLC

Sent from my iPhone

Begin forwarded message:

From: "Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)" [REDACTED]
Date: December 16, 2019 at 19:31:03 EST
To: "Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC)" <jennifer.rendall@canada.ca>, "Bell, Tammy (PHAC/ASPC)" <tammy.bell@canada.ca>
Subject: CPHO Participation at NHLC

Thanks Jen for preparing something for the organisers to consider. Not knowing anything about the content of their program, I thought we could use the theme of the conference to better frame my potential contributions. I also thought that we need to bring focus on what I can speak on ie stigma and health equity. Since I am not an expert on adaptive leadership I found a fairly simple diagram (below) that helped me think through what I can offer this conference. In fact the adaptive leadership approach fits very nicely with what is needed to reduce stigma through out the health system. Here are a few points which I thought you could use to shorten and reframe my contributions.

Adaptive Leadership in complex times - Integrated and inclusive system for all

Considerations for CPHO participation

The CPHO is a champion for health equity. Stigma as fundamental cause of health inequity, as it impacts mental and physical health and is a barrier to accessing health and other resources.

Adaptive leadership is needed to address stigma and build a more inclusive health system. The latest CPHO annual report offers a new Action Framework for an inclusive health system that takes into account the complexity of intersecting stigmas. Actions for health systems could include implementing cultural safety, trauma and violence informed care, better engagement of communities/persons with lived and living experience, hiring a diverse work force.

Dr. Tam can speak to the impact of stigma on health and how adaptive leadership (self awareness, social awareness, relationship management, lifelong learning...) is important to reducing barriers to access health and other resources. While technological advancements and biomedical solutions will continue to offer new opportunities, it is important for health leaders to integrate humanity and compassion into our health systems.

Dr. Tam can also offer some insights into the social and behavioural factors underlying many health challenges (e.g. why do we prescribe unnecessary antibiotics), in addition to the biomedical solutions of the future.

Incentivising health promotion and wellness is important to the sustainability of health systems. Dr. Tam could speak to how adaptive leadership can contribute to a better

integration of wellness incentives into the health care delivery model. Health care organizations are also trying to consider the broader social determinants of health in providing better care to their patients (eg social paediatrics; University Health Network’s innovative housing plan); Dr. Tam could be part of a discussion that looks at innovations in this more holistic approach to health care.

This last topic may be too much to include if I want to focus on stigma and health equity but I was trying to reframe your 4th paragraph on being more inclusive of public health approaches in health care (note it is very sensitive to talk about “integrating” public health and health care). There is a lot of talk about virtual health care and access to primary care so this may be an area they will get into in their program.

You could shorten/move the details on my areas of focus/priorities as background with my bio and provide a link to the website.

Thoughts on whether this is a good approach and whether you will be able to work with these points?

TT

CORE LEADERSHIP

STRATEGY	ACTION	RESULTS
<p>Vision</p> <p>Acumen</p> <p>Planning</p> <p>Courage to Lead</p>	<p>Decision Making</p> <p>Communication</p> <p>Mobilizing Others</p>	<p>Risk Taking</p> <p>Results Focus</p> <p>Agility</p>

ADAPTIVE LEADERSHIP

EMOTIONAL INTELLIGENCE	ORGANIZATIONAL JUSTICE	CHARACTER	DEVELOPMENT
<p>Self-Awareness</p> <p>Self-Management</p> <p>Social Awareness</p> <p>Relationship Management</p>	<p>Decision Fairness</p> <p>Information Sharing</p> <p>Outcome Concern</p>	<p>Integrity</p> <p>Credibility</p> <p>Values Differences</p>	<p>Lifelong Learning</p> <p>Developing Others</p>

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC
 Chief Public Health Officer of Canada
 Public Health Agency of Canada

Follow me on [Twitter](#)
 Administratrice en chef de la santé publique du Canada
 Agence de la santé publique du Canada

Suivez-moi sur [Twitter](#)

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-20 5:00 PM
To: [REDACTED]
Subject: RE: CPHO report - Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System

Hi [REDACTED]

Thank you so much for taking the time to give me some feedback. The process for getting the report done was very interesting and I learned a lot. I will be posting an evidence summary that is more technical soon, as well as a video “voices for inclusion”, which pulls together the comments from participants during my engagements.

If you hear any feedback from others, please pass them on as I will adjust how I do things based on comments.

Have a wonderful holiday season and an inspiring 2020.

TT

From: [REDACTED]
Sent: 2019-12-20 1:48 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Subject: FW: CPHO report - Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System

Hello

Just wanted to pass on some very appreciative feedback about the CPHO report on stigma - [REDACTED] is one of the leading qualitative researchers in Canada – and arguably globally – on the impact of stigma in HIV and TB [REDACTED]

I think the stigma report is excellent too! Very thoughtful, and also a very welcome perspective coming in the middle of all the health care system changes happening in Ontario and elsewhere... Very best wishes for the holidays and the new year – thanks for all your support for TB work in Canada!

[REDACTED]

From: [REDACTED]
Sent: December-18-19 8:50 PM
To: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Subject: Re: CPHO report - Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System

Thanks [REDACTED] Really impressive to see this level of acknowledgment on stigma and social inequity from our Government. I shall tweet (if I remember how to...!)

Happy holidays to you all

On Dec 18, 2019, at 2:41 PM, [REDACTED] wrote:

Hi there

Passing on this annual report from the Chief Public Health Officer of Canada – link below

Best wishes for the holidays and the new year to all of you!

From: CPHO Report / Rapport ACSP (PHAC/ASPC) [<mailto:phac.cpho.report-rapport.acsp.aspc@canada.ca>]
Sent: December-18-19 2:11 PM
To: CPHO Report / Rapport ACSP (PHAC/ASPC) <phac.cpho.report-rapport.acsp.aspc@canada.ca>
Cc: Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC) <jennifer.rendall@canada.ca>; Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC) <bonnie.hostrawser@canada.ca>
Subject: CPHO's Annual Report Available Now: Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System/ Le Rapport annuel de l'ACSP est maintenant disponible: Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif

(Le français suit)

Dear colleagues,

Today, the Chief Public Health Officer of Canada, Dr. Theresa Tam, released her annual report on the State of Public Health in Canada 2019, *Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System*.

This report provides a snapshot of key public health trends in Canada and focuses on the impact of stigma and actions to address it across health systems.

Canadians continue to be among the healthiest people in the world. However, persistent health inequities prevent many people from being able to achieve their full potential. Often these differences can only be explained by how people are treated.

The report offers an action framework outlining how we – as individuals, institutions and as a population – can take steps to address stigma to build an inclusive health system.

The report and accompanying materials are available at the link below. Thank you in advance for your support amplifying the key messages and catalyzing action.

[www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-toward-more-inclusive-health-system.html?
utm_medium=email&utm_source=stakeholder&utm_campaign=cpho-19](http://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-toward-more-inclusive-health-system.html?utm_medium=email&utm_source=stakeholder&utm_campaign=cpho-19)

Sincerely,

Bonnie Hostrawser
Director, CPHO Reports/Directrice des rapports de l'ASPC
Office of the Chief Public Health Officer / Bureau de l'Administratrice en chef de la
santé publique
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
613-668-1601

Cher(ères) collègues,

L'administratrice en chef de la santé publique, la D^{re} Theresa Tam, a publié son
Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2019, *Lutte contre la
stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*.

Ce rapport annuel donne un aperçu des principales tendances en matière de santé
publique et met l'accent sur les effets de la stigmatisation et les interventions pour
lutter contre celle-ci dans les systèmes de santé.

Les Canadiens demeurent l'un des peuples les plus en santé au monde. Toutefois, les
iniquités persistantes en matière de santé empêchent de nombreuses personnes
d'atteindre leur plein potentiel. Dans bien des cas, seul le traitement réservé aux
personnes permet d'expliquer ces différences.

Le rapport fournit un cadre d'action qui souligne la manière dont nous, en tant que
personnes, établissements et population, pouvons prendre des mesures afin de
lutter contre la stigmatisation pour bâtir un système de santé inclusif.

Vous trouverez le rapport et les documents accompagnateurs en suivant le lien ci-
dessous. Je vous remercie à l'avance de votre soutien pour amplifier les messages
clés et catalyser les actions.

[www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-
publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-
vers-systeme-sante-plus-inclusif.html?
utm_medium=email&utm_source=stakeholder&utm_campaign=cpho-19](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html?utm_medium=email&utm_source=stakeholder&utm_campaign=cpho-19)

Cordialement,

Bonnie Hostrawser
Director, CPHO Reports/Directrice des rapports de l'ASPC
Office of the Chief Public Health Officer / Bureau de l'Administratrice en chef de la
santé publique
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada
613-668-1601

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-16 8:38 PM
To: Hollington, Jennifer (HC/SC)
Cc: MacKenzie, Sara (HC/SC); Bell, Tammy (PHAC/ASPC)
Subject: RE: CPHO report engagement

Any updates on timing?

The report could get crowded out by the attention on vaping on Thursday. I am OK with going out Wednesday but I think we should do another proactive push in the New Year on a retrospective on what happened in 2019 + forward looking piece for 2020.

From: Hollington, Jennifer (HC/SC)
Sent: 2019-12-16 12:24 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Cc: MacKenzie, Sara (HC/SC) ; Bell, Tammy (PHAC/ASPC)
Subject: RE: CPHO report engagement

Theresa,

We are now hearing from PCO that the vaping news release may go on Thursday, so we should be ready to go on Wednesday, as per the original plan. We'll confirm as soon as we get clarity from downtown.

Jen

Jennifer Hollington
jennifer.hollington@canada.ca | TEL: 613-960-2176 | CEL: 613-816-6073

From: Hollington, Jennifer (HC/SC)
Sent: 2019-12-12 21:25
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
Subject: RE: CPHO report engagement

Hi Theresa,

Yes, stigma is definitely entering the public discourse more and more. Makes your report that much more timely. I agree completely on the cannabis background that we'll want to provide you. Also, I saw your other email on a CCMOH statement re cannabis. Will have a look at that once I get through some of my more pressing homework.

On your report, I understand that our teams touched base this afternoon and discussed the option whereby the media pitch along with a copy of the report would go out the morning of December 19, at the same time that the report is publicly released and the news release is issued. I am supportive of that approach as well.

Jen

Jennifer Hollington
jennifer.hollington@canada.ca | TEL: 613-960-2176 | CEL: 613-816-6073

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC [REDACTED])
Sent: 2019-12-12 18:23
To: Hollington, Jennifer (HC/SC) <jennifer.hollington@canada.ca>
Subject: RE: CPHO report engagement

Sounds good. Interestingly there has been a large number of media articles of late on racism and on a range of other stigma.

Getting info on the Cannabis edibles would be great. I think "start low and go slow" type key messages would be what I would focus on.

I need to be prepared to answer questions on vaping Cannabis products ie why is the GoC allowing this in spite of the lung illnesses reported....

Incidentally the CCMOH is now planning a second statement on vaping Cannabis, in addition to the one on youth vaping and regs.

TT

From: Hollington, Jennifer (HC/SC) <jennifer.hollington@canada.ca>
Sent: 2019-12-12 1:42 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC [REDACTED])
Subject: RE: CPHO report engagement

Hi Theresa,

We discussed the impacts of the vaping announcement on the communications related to the release of your report. We agree that going out proactively on the same day as a fairly significant announcement on vaping would not be ideal. We do want to ensure that you are available to media upon issuing the news release.

That said, we heard this morning that there is still a question mark around the timing of the announcement on vaping. If the vaping announcement moves off Dec 18, we will proceed as planned on that date.

However, should the vaping announcement proceed on Dec 18, we would recommend pushing your news release to Dec 19, the day after the tabling. It is unlikely that pushing the release by one day will impact pick-up. We would aim to send the media pitch and an embargoed copy of the report to targeted media on Dec 17, and line up any interview requests for Dec 19.

We expect that you will get asked about vaping and potentially cannabis edibles during interviews next week, regardless of timing. My team is aware and will ensure that you are prepared to respond on this topic in addition to your report.

Please let me know if you agree with this approach.

Jen

Jennifer Hollington
jennifer.hollington@canada.ca | TEL: 613-960-2176 | CEL: 613-816-6073

From: Hollington, Jennifer (HC/SC) <jennifer.hollington@canada.ca>
Sent: 2019-12-11 18:59
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
Subject: RE: CPHO report engagement

Hi Theresa, yes that's correct. As it stands now, HC will announce the package of measures relating to youth vaping on Dec 18. We didn't pick that date (and wouldn't have given the conflict with the tabling of your report). Sara and I had a discussion earlier today about some options for your report. One of the things we're trying to chase down is whether the fact that your report has been tabled in Parliament will be made public and, if so, how. We'll look at the options, pros and cons, and I'll get back to you.

Jen

Jennifer Hollington
jennifer.hollington@canada.ca | Tel: [613-960-2176](tel:613-960-2176) | Cel: [613-816-6073](tel:613-816-6073)

----- Original message -----

From: "Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)" [REDACTED]
Date: 2019-12-11 5:15 PM (GMT-05:00)
To: "Hollington, Jennifer (HC/SC)" <jennifer.hollington@canada.ca>
Subject: CPHO report engagement

I heard that some announcements may occur on the day of tabling of my report, Dec 18th.

My take is that I should not do any proactive media on the same day as announcements. I can push the media outreach to Dec 19.

Let me know your advice and I can adapt.

TT

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC
Chief Public Health Officer of Canada
Public Health Agency of Canada
[REDACTED]

Follow me on [Twitter](#)

Administratrice en chef de la santé publique du Canada
Agence de la santé publique du Canada
[REDACTED]

Suivez-moi sur [Twitter](#)

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-06 12:20 PM
To: Bell, Tammy (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie
(PHAC/ASPC)
Subject: CPHO report to Siddika

Just making sure the President of CFIA is on the list of people getting the report. She asked for it today 😊

Sent from my iPhone

From: Duhaime2, Marc (PHAC/ASPC)

Sent:

2019-12-06 2:48 PM

To:

Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Cc:

aocc / sacm (HC/SC); CPAB Social Media / Medias Sociaux DGCAP (HC/SC); Russo, Laura (HC/SC); Bruneau, Véronique (HC/SC); Filippis2, Lisa (HC/SC); Glaude, Eric (HC/SC); Hinds, Chris (HC/SC); Mcleod, Kathleen (HC/SC); Earley, Jaimie (HC/SC); Kenney, Katie (HC/SC); Lafkas, Cathy (HC/SC); Magee, Heather (HC/SC); HC.F SCD DGO / BDG DCS F.SC; Dixon, Crystal (HC/SC); Graham, Marjorie (HC/SC); Leung, Blossom (HC/SC); MacKenzie, Sara (HC/SC); Denne, Darrin (HC/SC); Kemp, Janet (HC/SC); Stacey, Heather (HC/SC); Verma, Priya (HC/SC); Malhotra, Shelly (HC/SC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Chia, Marie (PHAC/ASPC); Dufresne, Carine (PHAC/ASPC); Lepage3, Jessica (PHAC/ASPC); Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC); Gardam, Kevin (PHAC/ASPC); Bland-Lasso, Laura (PHAC/ASPC); Tafaghod, Marzieh (HC/SC); Johnstone, Marnie (PHAC/ASPC); Killen, Marita (PHAC/ASPC); Mead, Jobina (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC); McLeod, Robyn (PHAC/ASPC); Barrie, Alyssa (HC/SC); Manigat, Rose (HC/SC); Stevenson, Corey (HC/SC); Tipman, Kristen (HC/SC)

Subject:

CPHO social media forward editorial calendar - weekly update

Attachments:

CPHO Briefing Calendar_Dec1-2019-Jan30-2020.docx

Dr. Tam,

Please find attached this week's social media editorial calendar outlook for your Twitter accounts.

Please feel free to be in touch with Corey Stevenson or Rose Manigat in my absence, until January 6, 2020, should you have any questions or comments.

Thank you and wishing you an excellent weekend.

Marc

Marc Duhaime

Communications Executive / Gestionnaire des communications

Public Health Communications Division / Direction des communications en santé publique

Communications and Public Affairs Branch / Direction générale des affaires publiques et des communications

Health Canada / Santé Canada

Tel / tél. 613-618-1870

Tel (when working remotely) / tél. (lorsqu'à l'extérieur du bureau). 613-806-6475

Email / courriel. Marc.duhaime2@canada.ca

Pin : 2BF1E261



DECEMBER 2019

Highlights: 16 Days of Activism Against Gender Based Violence (Nov 25 – Dec 10); World Aids Awareness Day (Dec 1),

Announcements: Opioids data release (Dec 11), CPHO 2019 Annual report (Dec 12 TBC), Vaping Regulatory Announcement (Dec 13 or Dec 16 TBC)

On-going organic social media plans: #FluWatch weekly report, #HolidayHealth, youth vaping (if regulations' proposals are announced on Dec 13) – will be added to the calendar in subsequent editions

MON	TUES	WED	THUR	FRI	SAT	SUN
2	3	4	5	6	7	8
<p>WAD 2019 – 4 tweets and 4 RTs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aboriginal AIDS Awareness Day - Flag Raising Ceremony - Parliamentary reception - Stories of those living with AIDS <p>1 QT, 4 RTs from GovCanHealth</p> <p>FluWatch - update</p>		<p>Youth Sleep infographic – promotion of new youth sleep infographic</p>		<p>16 days of activism – École Polytechnique remembrance /end partner violence</p> <p>September MediaSmarts – vaccine misinformation</p> <p>FluWatch – weekly update</p> <p>Vaccines – new WHO/CCD report</p>	<p>#WeekendReads – CCDR report on HIV</p>	<p>16 days of activism – find out how you can help end violence</p>
9	10 Human Rights Day	11	12	13	14	15
	<p>16 days of activism/Human Rights Day – Every human has a right to feel loved and protected.</p> <p>Canadian Cannabis Survey -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pleased that Canadians understand the risk - Healthcare providers – cannabis literacy 	<p>Special Advisory Committee – Opioids Statement and release of new opioids data – messaging related to statement and new data</p>	<p>CPHO Report</p>	<p>CPHO Report</p> <p>Vaping regulations – acknowledging proposed regulations (TBC)</p> <p>#WeekendReads- HPCDP Journal – focus on “At-a-glance – the local response to the Canadian opioid epidemic in the Kingston, Frontenac, and Lennox and Addington communities”</p>	<p>CPHO Report</p> <p>Opioids – availability of naloxone kits</p>	<p>CPHO Report</p> <p>Launch of #Holiday Health Tweets - Christmas light safety</p>
16	17	18	19	20	21	22
<p>CPHO report</p> <p>#HolidayHealth – flu shot</p> <p>Common Vision – finalists for Common Vision re: physical activity</p> <p>FluWatch – weekly update</p>	<p>CPHO report</p> <p>#HolidayHealth – mental health during the holidays</p> <p>Cannabis – public health messaging on edible cannabis consumption</p>	<p>CPHO report</p> <p>#HolidayHealth - responsible drinking for expecting and new mothers</p>	<p>CPHO report</p> <p>Holiday Health – tobacco cessation</p>	<p>CPHO Report</p> <p>#HolidayHealth – physical activity for kids during the holidays</p> <p>#WeekendReads – messaging TBC</p>	<p>#HolidayHealth – responsible cannabis use</p>	<p>#HolidayHealth – handwashing to prevent spread of bacteria</p>
23	24	25 Christmas	26	27	28	29
<p>#HolidayHealth – food safety (turkey)</p> <p>FluWatch – weekly update</p>	<p>#HolidayHealth – drink responsibly</p>	<p>#HolidayHealth - healthy eating</p>	<p>#Holiday Health - TBC</p>	<p>HolidayHealth – TBC</p> <p>#WeekendReads – messaging TBC</p>		
30	31					
<p>Fluwatch – weekly update</p>	<p>New Year’s Eve message – enjoy the new year; consume alcohol and cannabis responsibly</p>					

LEGEND: **Approved** **In Approvals** **In Drafting** **For Consideration** **Tentative**

JANUARY 2020

Highlights: CPHO 2019 Report re-engagement plan on social media; Best Brains Exchange – LGBTQ2S health (Jan 16 TBC); Bell Let’s Talk (Jan 29)

Announcements: n/a

On-going social media plans: Weekly FluWatch report; organic social media plan on opioids; youth vaping (if regulations’ proposals are announced on Dec 13) – will be added to the calendar in subsequent editions

MON	TUES	WED	THUR	FRI	SAT	SUN
		1	2	3	4	5
		New Year’s Message		#WeekendReads - TBC		
6	7	8	9	10	11	12
CPHO Report	CPHO Report			#WeekendReads – CPHO Report		
13	14	15	16	17	18	19
CPHO Report – part of re-engagement plan; messaging TBC	CPHO Report – part of re-engagement plan; messaging TBC	CPHO Report – part of re-engagement plan; messaging TBC	Best Brains Exchange – LGBTQ2S Health CPHO Report – part of re-engagement plan	CPHO Report – part of re-engagement plan #Weekend Reads – new products from CPHO Report		
20	21	22	23	24	25	26
				#WeekendReads - TBC		
27	28	29	30			
	Bell Let’s Talk Day – messaging TBC	Bell Let’s Talk Day – messaging TBC				

LEGEND: **Approved** **In Approvals** **In Drafting** **For Consideration** **Tentative**

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-21 11:49 AM
To: [Manigat, Rose \(HC/SC\)](#)
Cc: [aocc / sacm-del \(HC/SC\)](#); [CPAB Social Media / Medias Sociaux DGCAP \(HC/SC\)](#); [Russo, Laura \(HC/SC\)](#); [Bruneau, Veronique \(HC/SC\)](#); [Filipps, Lisa \(HC/SC\)](#); [Glaude, Eric \(HC/SC\)](#); [Hinds, Chris \(HC/SC\)](#); [McLeod, Kathleen \(HC/SC\)](#); [Earley, Jaimie \(HC/SC\)](#); [Kenney, Katie \(HC/SC\)](#); [Lafkas, Cathy \(HC/SC\)](#); [Magee, Heather \(HC/SC\)](#); [HC.F SCD DGO / BDG DCS F.SC](#); [Dixon, Crystal \(HC/SC\)](#); [Graham, Marjorie \(HC/SC\)](#); [Leung, Blossom \(HC/SC\)](#); [Mackenzie, Sara \(HC/SC\)](#); [Denne, Darrin \(HC/SC\)](#); [Kemp, Janet \(HC/SC\)](#); [Stacey, Heather \(HC/SC\)](#); [Malhotra, Shelly \(HC/SC\)](#); [Hostrawser, Bonnie \(PHAC/ASPC\)](#); [Chia, Marie \(PHAC/ASPC\)](#); [Dufresne, Carine \(PHAC/ASPC\)](#); [Lepage, Jessica \(PHAC/ASPC\)](#); [Rendall, Jennifer \(PHAC/ASPC\)](#); [Gardam, Kevin \(PHAC/ASPC\)](#); [Bland-Lasso, Laura \(PHAC/ASPC\)](#); [Tafaghod, Marzieh \(HC/SC\)](#); [Johnstone, Marnie \(PHAC/ASPC\)](#); [Killen, Marita \(PHAC/ASPC\)](#); [Mead, Jobina \(PHAC/ASPC\)](#); [Duhaime, Marc \(PHAC/ASPC\)](#); [Macey, Jeannette \(PHAC/ASPC\)](#); [McLeod, Robyn \(PHAC/ASPC\)](#); [Barrie, Alyssa \(HC/SC\)](#); [Stevenson, Corey \(HC/SC\)](#); [Tipman, Kristen \(HC/SC\)](#); [Chartier, Anne \(PHAC/ASPC\)](#)
Subject: Re: CPHO social media forward editorial calendar - weekly update

Thanks Rose.

A happy salmonella and flu free holiday season to the Comms team!

Have a wonderful time with friends and family.

I look forward to working with you in 2020, getting out impactful public health messages to change our cultural landscape for better health equity!

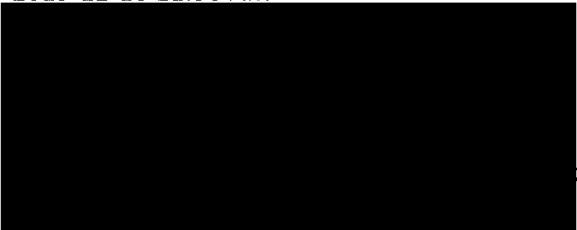
TT

Sent from my iPhone

On Dec 20, 2019, at 17:11, [Manigat, Rose \(HC/SC\)](#) wrote:

Dr. Tam,
Please find attached the weekly update to the forward-looking social media editorial calendar for your Twitter accounts.
Feel free get in touch with myself or Corey Stevenson should you have any questions or comments.
Happy Holidays!
Rose Manigat
Social Media Advisor | Conseillère en médias sociaux

Communications and Public Affairs Branch | Direction des communications et des affaires publiques
Health Canada | Santé Canada
Cell: 613-327-1663
rose.manigat@canada.ca

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-18 11:50 AM
To: 
Cc: Hoffman, Abby (HC/SC)
Bcc: Maika, Christine (PHAC/ASPC); Bland-Lasso, Laura (PHAC/ASPC); Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC)
Subject: CPHO's Annual Report Available Now: Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System

(Le français suit)

Today, I released my annual report on the State of Public Health in Canada 2019, *Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System*.

This report provides a snapshot of key public health trends in Canada and focuses on the impact of stigma and actions to address it across health systems.

Canadians continue to be among the healthiest people in the world. However, persistent health inequities prevent many people from being able to achieve their full potential. Often these differences can only be explained by how people are treated.

The report offers an action framework outlining how we – as individuals and as a collective – can take steps to address stigma to build an inclusive health system.

Stigma affects us all. Please help to raise awareness and catalyze action by sharing the report and accompanying materials across your networks:

- **Annual report**: Read more on the state of health of Canadians and how stigma can lead to health inequities.
- **What We Heard Report**: Learn more about the drivers and experiences of stigma as well as actions to address it from community-based organizations, service providers, policymakers, researchers, individuals with those lived and living experience who participated in discussion groups and key informant interviews.
- **Action framework poster**: Use and share this poster to stimulate discussion and guide your actions to address stigma.

I am enclosing a link to the **stakeholder kit**, which provides customizable messages should you wish to share across your networks on Facebook, LinkedIn and Twitter. Access the kit [here](#).

As part of continuous learning and improvement, we will be sending out a feedback survey at a later date on the report and would be grateful for your input.

Sincerely,

Theresa

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC

Chief Public Health Officer

Public Health Agency of Canada

Aujourd'hui j'ai publié mon Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2019, *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*.

Ce rapport annuel donne un aperçu des principales tendances en matière de santé publique et met l'accent sur les effets de la stigmatisation et les interventions pour lutter contre celle-ci dans les systèmes de santé.

Les Canadiens demeurent l'un des peuples les plus en santé au monde. Toutefois, les iniquités persistantes en matière de santé empêchent de nombreuses personnes d'atteindre leur plein potentiel. Dans bien des cas, seul le traitement réservé aux personnes permet d'expliquer ces différences.

Le rapport fournit un cadre d'action qui souligne la manière dont nous, en tant que personnes, établissements et population, pouvons prendre des mesures afin de lutter contre la stigmatisation pour bâtir un système de santé inclusif.

La stigmatisation nous concerne tous. Veuillez nous aider à accroître la sensibilisation et à catalyser l'intervention en partageant le rapport et les documents connexes :

- **Rapport annuel** : Apprenez-en davantage sur l'état de santé des Canadiens et comment la stigmatisation peut mener à des inégalités en santé.
- **Rapport sur ce que nous avons entendu** : Apprenez-en davantage sur les facteurs favorisant la stigmatisation et les expériences de celle-ci, ainsi que sur les mesures pour lutter contre la stigmatisation des organismes communautaires, des fournisseurs de services, des décideurs politiques, des chercheurs et des personnes ayant de l'expérience vécue qui ont pris part aux groupes de discussion et aux entrevues menées auprès d'informateurs clés.
- **Affiche sur le cadre d'action** : Utilisez et partagez cette affiche pour encourager la discussion et orienter votre intervention dans la lutte contre la stigmatisation.

Je joins un lien vers la **trousse des intervenants** qui fournit des messages personnalisables si vous souhaitez les partager parmi vos réseaux sur Facebook, LinkedIn et Twitter. Vous pouvez accéder à la trousse [ici](#).

Dans le cadre de nos efforts de formation et d'amélioration continues, nous vous enverrons un sondage sollicitant votre rétroaction concernant le rapport à une date ultérieure. Nous vous serions reconnaissants de nous faire part de vos commentaires.

Cordialement,

Theresa

D^{re} Theresa Tam, BMBS (R.-U.), FRCPC
Administratrice en chef de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-17 2:41 PM
To: [Macey, Jeannette \(PHAC/ASPC\)](#); [Killen, Marita \(PHAC/ASPC\)](#)
Subject: Fwd: CTV News: As grocery prices rise, here's what Canadians are cutting back on in 2020

Reducing food waste is such a great resolution. Very sensible Canadians.

Cooking at home, eating out less also great strategy but definitely not the trend with the Uber Eats!

Sent from my iPhone

Begin forwarded message:

From: "Media Monitoring / Suivi des Medias (HC/SC)" <hc.media.monitoring-suivi.des.medias.sc@canada.ca>
Date: December 17, 2019 at 12:18:47 EST
Subject: CTV News: As grocery prices rise, here's what Canadians are cutting back on in 2020

Dist: HC.F PEIA Health Promotion / Promotion de la sante AREP F.SC >; HC.F PEIA Nutrition and Food Safety / Salubrite des aliments AREP F.SC
December 17, 2019

As grocery prices rise, here's what Canadians are cutting back on in 2020

Source: ctvnews.ca

Most Canadians are concerned about rising prices of vegetables, fruit and meat as the cost of basic groceries is expected to go up in 2020, a survey found.

The report, conducted by Angus Reid and released by Dalhousie University, surveyed 1,507 Canadians in early December. Sixty-nine per cent of respondents said they're worried about vegetable prices, with another 60 per cent concerned about the cost of fruit, and 54 per cent concerned about how much they're paying for meat.

Eighty-seven per cent of respondents agreed that food prices are rising faster than their household incomes. The most recent inflation rate, in October, was 1.9 per cent, compared with a 3.7 per cent rise in food prices this year. Vegetable prices alone rose a staggering 12 per cent in 2019.

A report by researchers from Dalhousie and the University of Guelph released earlier this month suggested that, next year, the typical family will pay an extra \$487 for food.

Researchers described challenges related to climate change, such as droughts and forest fires, as "the elephant in the room" for 2020 grocery prices.

To save money, it may be time to consider stockpiling the freezer, according to Sylvain Charlebois, senior director of Dalhousie University's Agri-Food Analytics Lab.

"So people, when they're spending time on the periphery (of the grocery store), they're exposed to high inflation rates. So the one thing I would recommend ... is perhaps to go and visit that freezer aisle once in a while because (in) that freezer aisle, prices don't fluctuate as much. Those products are somewhat immune to food inflation a little bit," he said.

Canadians are increasingly concerned about cutting back on food waste too. The top food resolution among Canadians for 2020 was to cut back on waste, with fifty-three per cent of respondents making it a priority, followed by 46 per cent focusing on eating more fruits and vegetable. Another 44 per cent plan to cook more.

Charlebois called those results a surprise.

“We were expecting a different diet or cooking, but the number one choice by Canadians is actually to reduce food waste. And of course, if you reduce food waste, you will save money,” he said.

Shopping habits are set to change, too. Six in 10 respondents said they plan to eat out less – a plan Charlebois said isn’t entirely convinced Canadians will follow through on.

“I’m not sure if that’s going to happen because of our modern lifestyle. We travel, let’s face it, we do go out more,” he said.

The survey also found that 49 per cent of shoppers plan on using more flyers and coupons and looking for discounts, 41 per cent plan to buy in bulk, and another 31 per cent will focus on shopping for plant-based food.

<https://www.ctvnews.ca/business/as-grocery-prices-rise-here-s-what-canadians-are-cutting-back-on-in-2020-1.4733542>

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-16 8:08 PM
To: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC)
Subject: FW: CTV News: Lessons for Canada after Samoa's deadly measles outbreak

Would like to discuss in the context of "MTP". Just us.

TT

From: Cammock, Adelaide (HC/SC) **On Behalf Of** Media Monitoring / Suivi des Medias (HC/SC)
Sent: 2019-12-16 3:57 PM
Subject: CTV News: Lessons for Canada after Samoa's deadly measles outbreak

Distribution group/Groupe de distribution: HC.F PEIA Infectious Diseases / Maladies infectieuses AREP F.SC

December 16, 2019

Lessons for Canada after Samoa's deadly measles outbreak

CTV News, Jonathan Forani

TORONTO -- A deadly measles outbreak in the South Pacific could serve as a renewed warning for Canada after a year that saw a surge in cases, said one Toronto-based infectious disease specialist.

While the numbers are far more dramatic on the small island of Samoa -- 72 dead among nearly 5,000 infected -- Canada has experienced a spike in reported cases. In 2018, there were fewer than 30 cases of measles nationally. This year, there were more than 100, an increase that illustrates the impact of the anti-vaccination movement.

"The pendulum unfortunately is slowly, potentially, swinging towards people choosing not to vaccinate themselves and others," said Isaac Bogoch, an infectious disease specialist at Toronto General Hospital, on CTV News Channel Monday. "Although we're doing a lot better, we're by no means perfect, and we really need to keep the foot on the gas pedal to make sure that people are vaccinated so we can prevent these infections."

Measles outbreaks have surged this year all around the world. During the first seven months of the year, 182 countries reported more than 364,000 measles cases to the World Health Organization. In Samoa, which has a population of about 201,000, the September outbreak began after a major drop in vaccination rates. After two children reportedly received the wrong vaccine, trust in vaccine safety plummeted. In 2012, 72 per cent were vaccinated, but by 2018, the rates had dropped to 31 per cent.

After the outbreak, health officials began going door to door on the island bringing vaccines to people's homes. Now 93 per cent of the population has received the vaccination, officials confirmed online Sunday.

Bogoch said that while it can be easier to quickly ensure a small island gets vaccinated, measles spreads very easily. The outbreak has already reached nearby islands, including Fiji and Tonga.

"When a case of measles is inevitably imported from somewhere else, it just can take off like wildfire and spread like wildfire. And that's exactly what happened. Now we're seeing the tragic outcomes of that," said Bogoch. "It's tragic."

Government of Samoa @samoagovt

Latest update: 5,267 measles cases have been reported since the outbreak with 57 recorded in the last 24 hours.

To date, 73 measles related deaths have been recorded.

VACCINATION UPDATE: As of 15 Dec, 93% of population have been vaccinated.

Government of Samoa@samoagovt

Extension to the State of Emergency effective immediately until 12am - 29 Dec 2019.

Orders issued include conditions on:

- PUBLIC GATHERINGS
- INTER ISLAND TRAVEL
- EXAMINATIONS
- OTHER ORDERS

Read full orders: <http://facebook.com/samoagovt/>

<https://www.ctvnews.ca/health/lessons-for-canada-after-samoa-s-deadly-measles-outbreak-1.4731825>

You are receiving this e-mail because you are subscribed to the distribution group identified at the top of this e-mail message. If you wish to unsubscribe from this group, please reply to this message or send a request to HC.media.monitoring-suivi.des.medias.SC@canada.ca.

Thank you,
Media Monitoring Team
HC/SC - PHAC/ASPC

Vous recevez ce courriel parce que vous faites partie du groupe de distribution qui apparaît en haut du présent courriel. Si vous désirez que votre nom soit retiré de ce groupe, veuillez répondre à ce courriel et demander que votre nom soit retiré ou envoyer une demande à HC.media.monitoring-suivi.des.medias.SC@canada.ca.

Merci,
L'Équipe de surveillance des médias
HC/SC - PHAC/ASPC

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-24 12:00 PM
To: Borys, Shelley (PHAC/ASPC); Archambault, Natalie (PHAC/ASPC)
Cc: McLeod, Robyn (PHAC/ASPC); Bell, Tammy (PHAC/ASPC)
Subject: RE: DAC RoD and the forward agenda action item

As a follow up to the last meeting, you could send to DAC members the link to my latest report which has been tabled to parliament and posted.

<https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada.html>

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique.html>

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-24 11:57 AM
To: Borys, Shelley (PHAC/ASPC) ; Archambault, Natalie (PHAC/ASPC)
Cc: McLeod, Robyn (PHAC/ASPC) ; Bell, Tammy (PHAC/ASPC)
Subject: DAC RoD and the forward agenda action item

Hi Shelley and Natalie,

The only issue I had with the RoD is that I do not recall the discussion on the performance indicators used by the Agency to report on its contribution to address climate change. If I said anything it would have been on vector borne diseases.

The other points seem OK.

On the action item to schedule a presentation on social media presence in the next DAC, you were going to engage CPAB and CPHO. I just want to clarify that this will be on the whole of PHAC social media presence and not just CPHO social media – correct? You can contact Tammy Bell in my office on further discussions on this item.

Have a happy and healthy 2020!

TT

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC
 Chief Public Health Officer of Canada
 Public Health Agency of Canada

Follow me on [Twitter](#)

Administratrice en chef de la santé publique du Canada
 Agence de la santé publique du Canada

Suivez-moi sur [Twitter](#)

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-02 9:17 AM
To: CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC)
Cc: Bent, Stephen (PHAC/ASPC); Robinson, Kerry (PHAC/ASPC); Auger, Julie A (PHAC/ASPC); Denis, Joel (PHAC/ASPC); PHN Secretariat / RSP (PHAC/ASPC)
Subject: Re: Dec 12 call

I am OK with this approach.

Sent from my iPhone

> On Dec 2, 2019, at 09:03, CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC) <phac.ccmoh.secretariat-cmhc.aspc@canada.ca> wrote:
>
> Good morning Dr. Tam,
>
> We have framed the agenda so that you will open the call and chair the discussion with DM Lucas, and then alternate chairing the remainder of the PHNC items with [REDACTED] will chair the 2 CCMOH items, vaping and lead, [REDACTED] will not be able to attend the meeting). Are you comfortable with this approach?
>
> Early last week [REDACTED] indicated that the small group was working on a draft statement to bring forward on December 12th. The Secretariat will reach out again to inquire if there are plans to share a draft beforehand.
>
> Thank you,
>
> CCMOH Secretariat
>
>
>
>
> -----Original Message-----
> From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
> Sent: 2019-11-29 6:48 PM
> To: CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC) <phac.ccmoh.secretariat-cmhc.aspc@canada.ca>; Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>; Robinson, Kerry (PHAC/ASPC) <kerry.robinson@canada.ca>
> Cc: Auger, Julie (PHAC/ASPC) <juliea.auger@canada.ca>; Denis, Joel (PHAC/ASPC) <joel.denis@canada.ca>
> Subject: RE: Dec 12 call
>
> Thanks for the reminder and clarification. I think the agenda looks OK. I would prefer not to chair the vaping agenda item.
>
> Will we get a draft of the CCMOH vaping statement beforehand?
>
>

> TT

>

> -----Original Message-----

> From: McDonald, Alexa (HC/SC) <alexa.mcdonald@canada.ca> On Behalf Of CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC)

> Sent: 2019-11-29 12:16 PM

> To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED] Bent, Stephen (PHAC/ASPC)

> <stephen.bent@canada.ca>; Robinson, Kerry (PHAC/ASPC) <kerry.robinson@canada.ca>

> Cc: Auger, Julie (PHAC/ASPC) <juliea.auger@canada.ca>; Denis, Joel (PHAC/ASPC)

> <joel.denis@canada.ca>

> Subject: RE: Dec 12 call

>

> Hello Dr. Tam,

>

> The December 12th call was originally scheduled as a back to back PHNC-CCMOH call, with PHNC scheduled from 1 - 2 pm EST, and CCMOH scheduled from 2 - 3:30 pm EST. Should DM Lucas attend, we are now proposing a joint PHNC-CCMOH meeting. A revised draft agenda is attached for your consideration.

>

> Thank you

>

> CCMOH Secretariat

>

>

>

> -----Original Message-----

> From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]

> Sent: 2019-11-29 11:46 AM

> To: CCMOH SECRETARIAT / CMHC (PHAC/ASPC) <phac.ccmoh.secretariat-cmhc.aspc@canada.ca>;

> Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>; Robinson, Kerry (PHAC/ASPC)

> <kerry.robinson@canada.ca>

> Subject: Dec 12 call

>

> Can someone confirm that this is a CCMOH call and not PHNC.

>

>

> Sent from my iPhone

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-05 4:27 PM
To: [Taylor8, James \(PHAC/ASPC\)](#)
Cc: [Rendall, Jennifer \(PHAC/ASPC\)](#)
Subject: RE: Dentists voice concern over vaping

Thanks James. I saw the CBC report but have not heard of/could not recall the evidence review you mentioned. Great that you are linked with Gerry.

From: Taylor8, James (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-05 3:57 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Cc: Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC)
Subject: Dentists voice concern over vaping

Theresa,

I suspect you saw this one this morning:

[Dentists voice concern over vaping](#)

[CBC.ca \(Cuttler\)](#)

*CBC News continued its **Vape Fail series**. According to CBC News, while lung injuries related to vaping continue to raise concerns among doctors, many people don't know **the impact vaping can have on your teeth and mouth**. And it's alarming dentists. That's because nicotine is the main ingredient found in e-juices. While the amounts can vary among different products, e-juices also contain chemicals. When mixed and heated, the juices becomes an aerosol that experts say can be toxic to your teeth. In a paper published in the **Journal of Cellular Physiology** in 2016, **Prof. Mahmoud Rouabhia, an immunologist in the faculty of dentistry at Laval University in Quebec City**, and his researchers, took cells from a healthy mouth and exposed them to e-cigarettes or vape products. At the time, he thought that vaping would be much less harmful than smoking. But he has discovered that the vapour from e-cigarettes led to cell death in gum tissue after just two exposures.*

Mahmoud Rouabhia was the person that OCDO commissioned to do the evidence review on this area this Spring, then we worked with the relevant Health Canada folks to generate an evidence synthesis from that. We disseminated that synthesis to our federal and PT tables this summer, along with the relevant national professional associations and the Deans, as the oral health provider community had been seeking it in order to advise their patients.

New we're focusing our activities in this domain in support of Gerry's task force. Just an FYI, since the oral health piece of the vaping conversation now seems to have caught the interest to the media.

Cheers,
James

Dr. James Taylor

Chief Dental Officer of Canada
Public Health Agency of Canada
Government of Canada

There is no health without oral health

Dentiste en chef du Canada
Agence de la santé publique du Canada
Gouvernement du Canada

Il n'y a pas de santé sans la santé buccodentaire

From: Elmslie, Kim (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-17 11:58 AM
To: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC); Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Subject: Digital Health

Just circled back to Marcel Saulnier at HC regarding our involvement in this initiative. As was clear from yesterday's discussion, the scoping and critical path for the work remains to be laid out and will be the first order of business for the new "task team".

With the central focus on healthcare, Marcel and I agreed that, at this stage, a virtual team member from PHAC would make sense. This is also the approach CIHR will take. CIHI and StatsCan will second staff to work full time.

Our staff member will participate in project planning to scope in public health data and ensure that our data relationships with P/Ts are well captured, including issues of P/T capacity in areas of data collection and analytics. We will assess the need for full time presence on the Task Team post DM discussion in mid-February when scope should be defined.

I am also conscious of our data strategy work requirements and would prefer to adjust our involvement in the digital initiative over time rather than start with a full time secondment.

Does this work for you?

Kim

Kimberly Elmslie
Vice-President/vice-président
Infectious Disease Prevention and Control Branch/Direction-générale de la prévention et du
contrôlée des maladies infectieuses Public Health Agency of Canada/L'agence de la santé publique
du Canada

Sent from my iPhone

Subject: Discussion RE: Cannabis Testing

Location:

Room 146B - Dial-in - [REDACTED]

Conference ID [REDACTED]

Start:

Tue 2019-12-17 12:30 PM

End:

Tue 2019-12-17 1:00 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence:

(none)

Meeting Status:

Not yet responded

Organizer:

Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: MacKenzie, Sara (HC/SC); Johnson, Sonia (HC/SC); Abramovici, Hanan (HC/SC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC); Graham, Marjorie (HC/SC)

Subject: Discussion RE: Cannabis Testing

Location:

Room 146B - Dial-in [REDACTED]

Conference ID [REDACTED]

Start:

Tue 2019-12-17 4:30 PM

End:

Tue 2019-12-17 5:00 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence:

(none)

Meeting Status:

Not yet responded

Organizer:

Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: MacKenzie, Sara (HC/SC); Johnson, Sonia (HC/SC); Abramovici, Hanan (HC/SC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC); Graham, Marjorie (HC/SC)

From: Orpana, Heather (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-04 6:46 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC);
Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Macey,
Jeannette (PHAC/ASPC)
Subject: RE: Discussion RE: GBD Study

Good evening,

Thanks for your understanding,

Heather.

-----Original Appointment-----

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-11-18 11:03 AM

To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC); Orpana, Heather (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC)

Subject: Discussion RE: GBD Study

When: 2019-12-05 10:00 AM-10:30 AM (UTC-05:00) Eastern Time (US & Canada).

Where: Room 146B

From: Orpana, Heather (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-10-31 3:01 PM

To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC)

Subject: relative burden

Dear Dr. Tam,

You mentioned briefly the relative contribution of alcohol vs. smoking. I agree that certainly this changes over time. If you need a quick, comparable estimate relative assessment of health loss due to a large (but not exhaustive) set of risk factors, the GBD Study, which I participate in, has these estimates.

Here is a link to the Level 2 ranked risk factor-attributable DALYs for Canada for 1990 and 2017. Of course, there are limitations, which I'd be happy to discuss.

<http://ihmeuw.org/4yi5>

One of my goals now that I sit on the Scientific Council of the study is to promote the inclusion of evidence based psychosocial risk factors.

Thanks again for your leadership and support of social/behavioural sciences. It is really motivating!

Heather.

Subject: Discussion RE: GBD Study

Location: Room 146B

Start: Tue 2019-12-17 1:15 PM

End: Tue 2019-12-17 1:45 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: Orpana, Heather (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC)

From: Orpana, Heather (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-10-31 3:01 PM

To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC)

Subject: relative burden

Dear Dr. Tam,

You mentioned briefly the relative contribution of alcohol vs. smoking. I agree that certainly this changes over time. If you need a quick, comparable estimate relative assessment of health loss due to a large (but not exhaustive) set of risk factors, the GBD Study, which I participate in, has these estimates.

Here is a link to the Level 2 ranked risk factor-attributable DALYs for Canada for 1990 and 2017. Of course, there are limitations, which I'd be happy to discuss.

<http://ihmeuw.org/4yi5>

One of my goals now that I sit on the Scientific Council of the study is to promote the inclusion of evidence based psychosocial risk factors.

Thanks again for your leadership and support of social/behavioural sciences. It is really motivating!

Heather.

Subject: Discussion RE: GBD Study

Location: Room 146B

Start: Tue 2019-12-17 1:30 PM

End: Tue 2019-12-17 2:00 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: Orpana, Heather (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC)

From: Orpana, Heather (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-10-31 3:01 PM

To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC)

Subject: relative burden

Dear Dr. Tam,

You mentioned briefly the relative contribution of alcohol vs. smoking. I agree that certainly this changes over time. If you need a quick, comparable estimate relative assessment of health loss due to a large (but not exhaustive) set of risk factors, the GBD Study, which I participate in, has these estimates.

Here is a link to the Level 2 ranked risk factor-attributable DALYs for Canada for 1990 and 2017. Of course, there are limitations, which I'd be happy to discuss.

<http://ihmeuw.org/4yi5>

One of my goals now that I sit on the Scientific Council of the study is to promote the inclusion of evidence based psychosocial risk factors.

Thanks again for your leadership and support of social/behavioural sciences. It is really motivating!

Heather.

Subject: Discussion RE: GBD Study

Location: Room 146B

Start: Mon 2020-01-06 2:00 PM

End: Mon 2020-01-06 2:30 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: Orpana, Heather (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC); Macey, Jeannette (PHAC/ASPC)

From: Orpana, Heather (PHAC/ASPC)

Sent: 2019-10-31 3:01 PM

To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC); Hostrawser, Bonnie (PHAC/ASPC)

Subject: relative burden

Dear Dr. Tam,

You mentioned briefly the relative contribution of alcohol vs. smoking. I agree that certainly this changes over time. If you need a quick, comparable estimate relative assessment of health loss due to a large (but not exhaustive) set of risk factors, the GBD Study, which I participate in, has these estimates.

Here is a link to the Level 2 ranked risk factor-attributable DALYs for Canada for 1990 and 2017. Of course, there are limitations, which I'd be happy to discuss.

<http://ihmeuw.org/4yi5>

One of my goals now that I sit on the Scientific Council of the study is to promote the inclusion of evidence based psychosocial risk factors.

Thanks again for your leadership and support of social/behavioural sciences. It is really motivating!

Heather.

Subject: Discussion RE: Indigenous Health Conference

Location: Room 146B

Start: Tue 2020-01-07 1:00 PM

End: Tue 2020-01-07 1:30 PM

Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: Bent, Stephen (PHAC/ASPC); Denis, Joel (PHAC/ASPC); Tafaghod, Marzieh (HC/SC); Lavigneur, Anne (PHAC/ASPC); Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC); Johnstone, Marnie (PHAC/ASPC)

Subject: Discussion w/ Kim (follow-up to briefing Dec 5th)

Location: Room 146B

Start: Wed 2020-01-08 9:30 AM

End: Wed 2020-01-08 10:00 AM

Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

Required Attendees: Kim Elmslie (kim.elmslie@phac-aspc.gc.ca);
Sternthal, Steven (PHAC/ASPC); Doering, Lesley
(PHAC/ASPC); Patrice, France (PHAC/ASPC);
Macey, Jeannette (PHAC/ASPC); Killen, Marita
(PHAC/ASPC)

Optional Attendees: Elmslie, Kim (PHAC/ASPC)

From: [REDACTED]
Sent: 2019-12-19 5:46 PM
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Cc: Spowart, Michael (PHAC/ASPC) [REDACTED]
Subject: FW: Draft to Theresa Tam

Dear Theresa,

I hope this message finds you well.

In the spirit of nurturing the relationship between PHAC and SPPH [REDACTED] (copied) and his team from the Western Region came to meet with us this week. We had a fruitful discussion that led to a number of concrete next steps, one of which involves me getting in touch with you!

[REDACTED] mentioned that you will be making the cross-country rounds in February, and that you may be open to stopping off at UBC. If so, SPPH would like to cordially invite you to be the keynote at our February Voices in Health seminar. [Voices in Health](#) brings outside experts to UBC to discuss areas of public interest, with a focus on interdisciplinary public health issues. For example, our first Voices in Health seminar in September was entitled, "[Public Health, Law and Climate Change: Legal Approaches to Protecting Children's Health in a Warming World](#)" and brought in lawyers from the Centre for Environmental Law and Litigation (CELL) and Our Children's Trust to discuss the Juliana v. U.S. case. Shortly after, CELL supported Canadian youth in filing their similar lawsuit against the Canadian government.

Please let me know if you are interested in speaking. We usually hold these sessions 4-6p on Mondays, but we could work with [REDACTED] and try to fit your schedule. I would also be happy to meet with you in another capacity if the timing doesn't work out.

I look forward to hearing from you. Until then, happy holidays, and best wishes for a safe and happy new year.

[REDACTED]

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-18 1:06 PM
To: Wong, Tom (SAC/ISC)
Subject: Re: Draft vaping statement and HC

I am already linked with Jacqui Bogden and Jen Hollington. I have not linked with Supriya but can bring her in.

The process is odd because PTs did not bring us in at the outset.

Sent from my iPhone

On Dec 18, 2019, at 12:58, Wong, Tom (SAC/ISC) <tom.wong@canada.ca> wrote:

Theresa, would your office be able to set up a call with Supriya? T

Sent from my BlackBerry 10 smartphone on the Bell network.

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-07 8:35 PM
To: Elmslie, Kim (PHAC/ASPC)
Cc: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC); Mead, Jobina (PHAC/ASPC); Tafaghod, Marzieh (HC/SC); Hartigan, Maureen (HC/SC); Sternthal, Steven (PHAC/ASPC)
Subject: Re: E. Coli Outbreak Update

Thanks Kim. Will keep an eye on the risk assessment.

Sent from my iPhone

On Dec 7, 2019, at 18:29, Elmslie, Kim (PHAC/ASPC) <kim.elmslie@canada.ca> wrote:

Further to the report given on Friday at Daily, the current situation is summarized below. A HC risk assessment is expected this evening.

Overview of Outbreak

A multi-jurisdictional foodborne illness outbreak of *E. coli* O157 is occurring in Ontario, Quebec, New Brunswick, Nova Scotia and Newfoundland and Labrador. An outbreak investigation coordination committee was activated on December 6, 2019 and the investigation is ongoing.

There are currently 16 *E. coli* O157 cases (ON=10, QC=1, N=3, NS=1, NL=1) that are related by whole genome sequencing.

- Illness onset dates range from November 5 to November 22, 2019.
- Cases range in age from 11 to 73 years with a median age of 43 years.
- 62% of outbreak cases are female.
- 4 of 13 cases were hospitalized. No cases of HUS have been reported. No deaths have been reported.
- The cluster is not genetically related to the active *E. coli* outbreak investigation associated with romaine lettuce harvested in Salinas, California, which indicates a different source of contamination.
- Six of twelve cases reported consuming Fresh Express brand Sunflower Crisp Chopped Salad Kit purchased at a Walmart Canada location prior to illness. This is strong epidemiologic evidence that this prepackaged salad is a source of the outbreak.

The US CDC is also investigating a cluster of 7 *E. coli*O157 cases that are genetically related to the Canadian cases.

- American case illness onsets range from November 8 to November 16, 2019.
- Six of the seven American cases report consuming Fresh Express brand Sunflower Crisp Chopped Salad Kit prior to illness.

Key Actions Taken

- On December 6 at 16:30 federal partners (PHAC, HC, CFIA) met with representatives from Fresh Express USA (produce of the implicated prepackaged salad kits) along with US counterparts (US CDC and US FDA).
 - o PHAC and US CDC provided overviews of the Canadian and American outbreaks. Both indicated that there is strong evidence for Fresh Express brand Sunflower Crisp Chopped Salad Kit as a source of the outbreak.
- On December 6 at 16:30 PHAC submitted an epidemiologic assessment of the available data to HC and CFIA. The conclusion was that there is strong epidemiologic evidence for Fresh Express brand Sunflower Crisp Chopped Salad Kit as a source of the outbreak.
- On December 7 at 11:30 CFIA submitted a Health Risk Assessment request to HC for Fresh Express brand Sunflower Crisp Chopped Salad Kits.
- PHAC-Communications has drafted a Public Health Notice in the event that a food recall warning is issued.

Next Steps

- The Health Risk Assessment is under review; results are anticipated the evening of December 7.

Kimberly Elmslie

Vice-President/vice-président

Infectious Disease Prevention and Control Branch/Direction-générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

Public Health Agency of Canada/L'agence de la santé publique du Canada

Sent from my iPhone

Subject: Early PREP RE: Best Brains Exchange (Feb 28th)
Location: Room 146B

Start: Mon 2020-01-27 10:00 AM
End: Mon 2020-01-27 10:45 AM
Show Time As: Tentative

Recurrence: (none)

Meeting Status: Not yet responded

Organizer: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Required Attendees: Rendall, Jennifer (PHAC/ASPC); Bell, Tammy (PHAC/ASPC)

Best Brains Exchange

Measuring structural stigma related to substance use within Canadian health systems

Pre-Meeting Networking Reception
Thursday, February 27, 2020, 5pm – 7pm
Ottawa Art Gallery
 50 King, Ottawa, ON

**hors d'oeuvres will be served and a cash bar will be available*

Best Brains Exchange
Friday, February 28, 2020, 8:00am – 4:00pm
Canadian Institutes of Health Research (Room 9-101)
 160 Elgin Street (9th floor boardroom), Ottawa, ON

OBJECTIVES

1. What are best practices for identifying and measuring experiences of structural stigma among people who use substances, and their associates, as they navigate health systems?
2. What are best practices for identifying and measuring health outcomes related to structural stigma among people who use substances, and their associates, as they navigate health systems?
3. How can we foster shared understanding and partnerships between stakeholders to support progress on this issue?

AGENDA

Time	Item	Presenter
8:00 – 8:30	<i>Light Breakfast</i>	
8:30 – 9:00	Welcome & Opening Remarks <ul style="list-style-type: none"> • Roundtable of Introductions • Overview of the Day 	Facilitator Theresa Tam
9:00 – 9:15	Scene Setting Presentation	TBD
9:15 – 10:00	Primer on structural stigma: what it is, what impact does it have, and what interventions are known to be effective <i>(15 min presentation + 30 min Q&A period)</i>	Carmen Logie

AGENDA		
Time	Item	Presenter
10:00 – 10:15	<i>Health Break (15 min)</i>	
10:15 – 11:15	<p>Panel 1:</p> <p>What are best practices for identifying and measuring experiences of structural stigma among people who use substances, and their associates, as they navigate health systems?</p> <p><i>(2x15 min presentations + 15 min Q&A period)</i></p>	<p>[REDACTED]</p> <p>Karen Urbanosky</p>
11:15 – 12:15	<p>Panel 2:</p> <p>What are best practices for identifying health outcomes related to structural stigma among people who use substances, and their associates, as they navigate health systems?</p> <p><i>(2x15 min presentations + 15 min Q&A period)</i></p>	<p>TBD</p> <p>Annette Browne</p>
12:15 – 13:00	<i>Networking Lunch (60 min)</i>	
13:00 – 13:15	<p>Summary of morning sessions</p> <p><i>(15 min)</i></p>	Facilitator
13:15 – 14:00	<p>Roundtable Discussion 1:</p> <p><i>(45 min plenary discussion)</i></p>	Facilitator
14:00 – 14:45	<p>Roundtable Discussion 2:</p> <p><i>(45 min plenary discussion)</i></p>	Facilitator
14:45 – 15:00	<i>Health Break (15 min)</i>	
15:00 – 15:45	<p>Plenary Roundtable 3:</p> <p><i>(45 min plenary discussion)</i></p>	Facilitator
15:45 – 16:00	<p>Closing Remarks and Evaluation</p> <p><i>(15 min)</i></p>	Facilitator and partners

From:

[Redacted]

Sent:

2019-12-04 11:42 AM

To:

[Redacted]

Tam, Dr Theresa

(PHAC/ASPC)

Co:

[Redacted]

Subject:

RE

Attachments:

Lastes draft [Redacted] with grg edits.docx

[Redacted] I approve of these version – it is stronger and better organized. I have made some very minor edits which I have entered as track changes on the attached document.

Thanks!

[Redacted]

From:

[Redacted]

Sent: Wednesday, December 4, 2019 10:46 AM

To:

Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)

[Redacted]

Subject:

review and clearance

Dear [Redacted]

Thank you all very much for your edits and comments on the [Redacted]. I have incorporated your feedback and attached the revised draft report in both the clean version and with amendment in track changes.

The attached report contains the edits suggested by [Redacted] Theresa and [Redacted] and also inputs from [Redacted] on the [Redacted]. I have tried to capture also [Redacted] feedback:

- [Redacted]
- [Redacted]

[Redacted]

Kindly note that I am following up with the [Redacted] to update the figures as appropriate. I am available for clarifications and discussions.

Grateful if you could review this latest draft and sign off if you have no further comments.

May I remind you the submission to the [Redacted] is due 9 December.

Thank you very much for your great support and guidance

[Redacted]

From: [Redacted]
Sent: 02 December 2019 21:13
To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [Redacted]
 [Redacted]

Subject: RE: For your review - [Redacted]

My edits attached, on top of Theresa's and [Redacted]

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [Redacted]
Sent: Friday, November 29, 2019 6:29 PM
To: [Redacted]
 [Redacted]

Subject: RE: For your review - [Redacted]

Great job [Redacted]

Added a few more suggestions. TT

From: [Redacted]
Sent: 2019-11-29 11:04 AM
To: [Redacted]
 Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
 [Redacted]

Subject: RE: For your review - [Redacted]

I agree with [redacted] you have done a terrific job with this [redacted] Thank you. I have made some minor edits on the version that has [redacted] edits – they are really quite minor. And I have highlighted in yellow data points that still need to be filled in or confirmed, so that we don't miss them.

Thank you, again!



From: [redacted]

Sent: Friday, November 29, 2019 6:46 AM

To: [redacted]
[redacted] Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
[redacted]

Subject: Re: For your review [redacted]

Dear [redacted] and colleagues,
First let me say that we should congratulate [redacted] on an excellent [redacted] the best yet. I fully agree with [redacted]

I have flagged literally one or two questions only as to whether we add a couple of words here or there. But this is excellent.

A huge thank you from me. Very well done.

I look forward to colleagues comments.

Best Wishes



[Redacted]

Email: [Redacted]
Mobil [Redacted]

For diary enquiries and arrangements:
please contact [Redacted]
Email: [Redacted]

From [Redacted]

Sent: Friday, November 29, 2019 6:49:23 AM

To: [Redacted]

<[Redacted]>
Theresa (PHAC/ASPC)

Tam, Dr

Subject: RE: For your review [Redacted]

Dear [Redacted]

Let me apologize for this last minute feedback.

Thank you for your continuing hard work for drafting [Redacted] report.
I think that the report is comprehensive and well balanced covering our findings in [Redacted] and
what we discussed in [Redacted]
I have nothing to add/delete.

Best wishes,
[Redacted]

From: [REDACTED]
Sent: Wednesday, November 27, 2019 11:23 PM
To: [REDACTED] Tam, Dr Theresa
(PHAC/ASPC)
[REDACTED]
Subject: FW: For your review - [REDACTED]
Importance: High

Kind reminder and for your quick reference
Look forward to receiving your feedback and thank you for keeping the deadline of 30 November.
Best regards

From: [REDACTED]
Sent: 20 November 2019 16:19
To: [REDACTED] Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
[REDACTED]
Subject: For your review - [REDACTED]
Importance: High

Dear all

Please find attached a [REDACTED] for your kind review.
The draft has been produced on the basis of the desk review (matrix table and ppts submitted by [REDACTED] the deliberations from the face to face meeting on 7-8 November and further guidance from [REDACTED]
Please note that all the figures will be double checked and cleared by the [REDACTED] programme in due course.

I should be grateful if you could review the draft and send your feedback/inputs by 30 November.

Thank you very much for your support

Best regards

[REDACTED]

Email



WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

WITHHELD / RETENUE

Is(Are) exempted and/or excluded pursuant to section(s)
est(sont) exemptée(s) et/ou exclus en vertu de(s)(l')article(s)

13(1)(b)

Subject to subsection (2), the head of a government institution shall refuse to disclose any record requested under this Act that contains information that was obtained in confidence from (b) an international organization of states or an institut

Sous réserve du paragraphe (2), le responsable d'une institution fédérale est tenu de refuser la communication de documents contenant des renseignements obtenus à titre confidentiel : b) des organisations internationales d'États ou de leurs organ

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-02 10:50 AM
To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC)
Subject: RE: EC strategic plan retreat

Thanks for the clarification. I will catch up with Bonnie/tammy.

-----Original Message-----

From: Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>
 Sent: 2019-12-02 10:45 AM
 To: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
 Cc: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC) <tina.namiesniowski@canada.ca>
 Subject: RE: EC strategic plan retreat

Hi Theresa,

I don't think there is an expectation of anything in depth. Bonnie and Tammy attended the update briefing on the strat plan with Tina last week. I haven't envisioned inviting any of the strat plan leads to the retreat - just Branch heads. I can cover/speak to the strat plan initiatives.

On the policy side of the retreat, we do need to have a discussion on comms/reach/impact of Agency + the issue of on-line spaces - which has a link to the work Bonnie has been doing.

-----Original Message-----

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
 Sent: 2019-12-02 10:33 AM
 To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>
 Cc: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC) <tina.namiesniowski@canada.ca>
 Subject: Re: EC strategic plan retreat

Elaine had been doing something on credibility of the Agency. Was that work completed? Any expectations for Tammy to provide comments any of that work up?

Sent from my iPhone

> On Dec 2, 2019, at 10:30, Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca> wrote:

>

> Hi Theresa,

>

> I don't think there is an issue in having her observe/support the same way Craig, Joel and Lisa will given their corporate roles.

>

> I'll defer to Tina for a final decision tho.

>

> Thnx

>

> -----Original Message-----

> From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]
 > Sent: 2019-12-02 10:09 AM
 > To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>; Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC) <tina.namiesniowski@canada.ca>
 > Subject: EC strategic plan retreat

- >
- > Would it be possible to include Tammy Bell in the retreat?
- >
- > Sent from my iPhone

From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC)
Sent: 2019-12-02 2:40 PM
To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC)
Cc: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC)
Subject: Re: EC strategic plan retreat

Thanks Stephen.

That is exactly why I thought it would be good to have Tammy engaged.

Sent from my iPhone

> On Dec 2, 2019, at 12:12, Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca> wrote:

>

> Agreed.

>

> The main thing for me is that Theresa, as CPHO, has set out a range of horizontal priorities to advance - many touching on various program areas. It would be very good to have Tammy there to hear first hand where we start to land on policy priorities to reconcile against the CPHO priorities. A natural question we will get from employees after setting corporate priorities is how they relate to other previously stated priorities, such as the CPHO priorities.

>

>

>

> -----Original Message-----

> From: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC) <tina.namiesniowski@canada.ca>

> Sent: 2019-12-02 12:02 PM

> To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>

> Cc: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]

> Subject: Re: EC strategic plan retreat

>

> Sure. We will just need rationale so we can explain to other ex's why she is included. Joel and Craig have specific roles re priority setting in terms of their day jobs. Wouldn't use observer role since that cd apply to many others. Any thoughts?

>

> Sent from my iPhone

>

>> On Dec 2, 2019, at 10:30 AM, Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca> wrote:

>>

>> Hi Theresa,

>>

>> I don't think there is an issue in having her observe/support the same way Craig, Joel and Lisa will given their corporate roles.

>>

>> I'll defer to Tina for a final decision tho.

>>

>> Thnx

>>

>> -----Original Message-----

>> From: Tam, Dr Theresa (PHAC/ASPC) [REDACTED]

>> Sent: 2019-12-02 10:09 AM

>> To: Bent, Stephen (PHAC/ASPC) <stephen.bent@canada.ca>; Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC) <tina.namiesniowski@canada.ca>
>> Subject: EC strategic plan retreat
>>
>> Would it be possible to include Tammy Bell in the retreat?
>>
>> Sent from my iPhone

From: [Tam, Dr Theresa \(PHAC/ASPC\)](#)
Sent: 2019-12-17 4:28 PM
To: 'Ian.Shugart@pco-bcp.gc.ca'; 'Catherine.Blewett@pco-bcp.gc.ca'
Cc: Namiesniowski, Tina (PHAC/ASPC); [Lucas, Stephen \(HC/SC\)](#)
Bcc: [Rendall, Jennifer \(PHAC/ASPC\)](#); [Maika, Christine \(PHAC/ASPC\)](#); [Bland-Lasso, Laura \(PHAC/ASPC\)](#)
Subject: Embargoed Copy Enclosed: CPHO's Annual Report Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System
Attachments: Embargoed-CPHO-AnnualReport-2019.ENG.pdf; Embargo-RapportAnnuel-ACSP-2019_FR.pdf; Embargo-ACSP-CeQueNousAvonsEntendu-2019.FR.pdf; Embargoed-CPHO-WhatWeHeard-2019.ENG.pdf

(Le français suit)

Dear colleagues,

As you may know, the Public Health Agency of Canada Act requires that I submit an annual report to the Minister of Health on the state of public health in Canada. I am pleased to attach an embargoed copy of my 2019 annual report on the State of Public Health in Canada, *Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System*. The report will be tabled in Parliament on December 18.

This report provides a snapshot of key public health trends in Canada and focuses on the impact of stigma and actions to address it across health systems.

Canadians continue to be among the healthiest people in the world. However, persistent health inequities prevent many people from being able to achieve their full potential. Often these differences can only be explained by how people are treated.

With a topic as complex and personal as stigma, it was important to me to consult and hear from those working in this space as well as those with personal lived and living experiences impacted by stigma. Over 100 health system leaders, including representatives from community-based organizations, service providers, policymakers, researchers, individuals with lived and living experience, provided their input which is included as part of the evidence in the report. I was particularly keen to hear from African, Caribbean, and Black Canadians, Indigenous people, and the LGBTQ2+ people as evidence shows that these groups experience poorer health outcomes, compared to the general public. I am sharing a summary of these conversations in the What We Heard Report (attached).

The report offers an action framework outlining how we – as individuals, institutions and as a population – can take steps to address stigma to build an inclusive health system. Tina and I recognize the important leadership we have in addressing and reducing stigma within our workplace and in our programs at PHAC and are exploring how we can take a proactive role to champion stigma reduction. We would be pleased to share more with you and discuss potential joint efforts across the public service. We would also be very happy to present to Deputies at any time.

I am happy to answer any questions you may have or discuss the content of the report at any time. Please feel free to contact my office if that would be of interest.

Sincerely,

Dr. Theresa Tam, BMBS (UK), FRCPC
Chief Public Health Officer
Public Health Agency of Canada
Cher(ère)s collègues,

Comme vous le savez probablement, l'Agence de la santé publique du Canada exige que je présente un rapport annuel à la ministre de la Santé sur l'état de la santé publique au Canada. Je suis heureuse de joindre un exemplaire sous embargo de mon rapport annuel de 2019 sur l'état de la santé publique au Canada, *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*. Le rapport sera déposé devant le Parlement le 18 décembre.

Ce rapport donne un aperçu des principales tendances en matière de santé publique au Canada et met l'accent sur les effets de la stigmatisation et les interventions pour lutter contre celle-ci dans les systèmes de santé.

Les Canadiens demeurent l'un des peuples les plus en santé au monde. Toutefois, les iniquités persistantes en matière de santé empêchent de nombreuses personnes d'atteindre leur plein potentiel. Dans bien des cas, seul le traitement réservé aux personnes permet d'expliquer ces différences.

Face à un sujet aussi complexe et personnel que la stigmatisation, il était important que je consulte les personnes travaillant dans ce domaine et obtienne leur point de vue, en plus de celui des personnes ayant personnellement vécu des expériences liées à la stigmatisation. Plus de 100 chefs de file du système de santé, y compris les représentants d'organismes communautaires, les fournisseurs de services, les décideurs politiques, les chercheurs et les personnes ayant une expérience vécue de la stigmatisation, ont fourni leurs commentaires qui sont inclus dans les données probantes du rapport. Je tenais particulièrement à solliciter le point de vue des Canadiens d'origine africaine et caribéenne, des Canadiens de race noire, des peuples autochtones et des personnes LGBTQ2+ pour témoigner du fait qu'ils connaissent de pires résultats pour leur santé par rapport au grand public. Je partage présentement un résumé de ces conversations dans le Rapport sur ce que nous avons entendu (ci-joint).

Le rapport fournit un cadre d'action, qui souligne la manière dont nous, en tant que personnes, établissements et population, pouvons prendre des mesures afin de lutter contre la stigmatisation pour bâtir un système de santé inclusif. Tina et moi reconnaissons le rôle de leadership important que nous jouons pour lutter contre la stigmatisation dans notre milieu de travail et dans nos programmes à l'ASPC, et pour la réduire; c'est pourquoi nous étudions comment nous pouvons jouer un rôle proactif pour promouvoir la réduction de la stigmatisation. Nous serions heureuses de vous en dire plus et de discuter des efforts conjoints possibles dans l'ensemble de la fonction publique. Nous serions également ravies de faire une présentation à l'intention des sous-ministres, en tout temps.

À tout moment, je répondrai avec joie à toutes vos questions ou traiterai du contenu du rapport. N'hésitez pas à communiquer avec mon bureau si cela vous intéresse.

Cordialement,

D^{re} Theresa Tam, BMBS (R.-U.), FRCPC
Administratrice en chef de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada

STIG
MA
SATIOM

Ce que nous avons entendu

**Le rapport de l'administratrice en chef de la
santé publique sur l'état de la santé publique
au Canada 2019**

Lutte contre la stigmatisation :
vers un système de santé plus inclusif

Canada

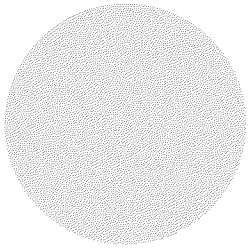


Table des matières

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada	3
--	----------

Sommaire	5
-----------------	----------

Les principaux thèmes	5
-----------------------	---

Introduction	7
---------------------	----------

Aperçu du processus	8
----------------------------	----------

Groupes de discussion en personne	8
-----------------------------------	---

Entrevues avec des informateurs clés	9
--------------------------------------	---

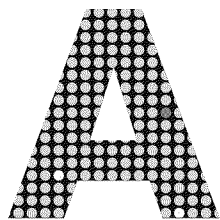
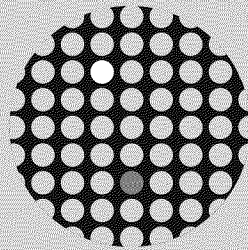
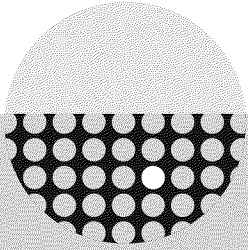
Collecte de données, analyse et rapport	9
---	---

Principales observations	10
---------------------------------	-----------

Qu'est-ce qui maintient la stigmatisation en place?	10
---	----

Comment lutter contre la stigmatisation dans le système de santé?	16
---	----

Conclusion	21
-------------------	-----------



ANNEXE A

Organisations participantes	22
------------------------------------	-----------

Groupe de discussion du Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique	22
---	----

Groupe de discussion préalable à la conférence de l'Association canadienne de santé publique	22
---	----

Groupe de discussion de Montréal	23
----------------------------------	----

Groupe de discussion de Toronto	23
---------------------------------	----

Groupe de discussion de Vancouver	23
-----------------------------------	----

Entrevues auprès d'informateurs clés	23
--------------------------------------	----



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

Chaque année, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada écrit un rapport sur l'état de la santé publique au Canada. Cette année mon rapport annuel donne un aperçu des tendances clés en santé publique au Canada and met en lumière un moteur des iniquités en santé : la stigmatisation. Avec un sujet aussi complexe et personnel que la stigmatisation, il était important pour moi d'écouter ce que les Canadiennes et les Canadiens touchés par la stigmatisation avaient à dire.

Le présent rapport résume les thèmes de cinq groupes de discussion et de huit entrevues menées auprès d'informateurs clés, qui comprennent un éventail de personnes de partout au Canada qui ont de l'expertise et de l'expérience en matière de la stigmatisation dans le système de santé. Les participants comprenaient des personnes travaillant dans le système de santé et des personnes victimes de différents types de stigmatisation, par exemple la stigmatisation liée à la santé, le racisme, la stigmatisation sexuelle et la stigmatisation liée à l'identité de genre.

Je tiens à remercier les personnes qui ont partagé leurs expériences de stigmatisation et de résilience, et leur vision sur la façon dont nous pourrions nous mobiliser collectivement pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé. Vos récits et vos points de vue insufflent de la vie au rapport et viennent ancrer les données dans la réalité. Vos commentaires amplifient la nécessité pour tous les Canadiennes et les Canadiens de travailler en vue d'instaurer un système de santé plus inclusif.

D^e Theresa Tam

Administratrice en chef de la santé publique du Canada

Nous tenons à reconnaître respectueusement que les terres sur lesquelles nous avons élaboré le présent rapport se trouvent sur le territoire traditionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et nous reconnaissons leurs histoires et leurs cultures diversifiées. Nous tenons à mettre en place des partenariats respectueux avec les Autochtones dans le but de paver la voie vers une guérison collective et une réconciliation véritable.

Nous tenons également à reconnaître les territoires dans lesquels nous avons mené les groupes de discussion qui ont grandement contribué au présent rapport :

- Nous reconnaissons que le groupe de discussion d'Ottawa s'est tenu sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin.
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Toronto s'est tenu sur le territoire traditionnel des Wendat, des Anishnaabeg, des Haudenosaunee, des Métis et de la Première Nation des Mississaugas de New Credit.
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Montréal s'est tenu sur le territoire traditionnel non cédé du peuple mohawk.
- Nous reconnaissons que le groupe de discussion de Vancouver s'est tenu 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.

Sommaire

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a lancé un processus de consultation en avril 2019 en vue de recueillir les points de vue et les idées de personnes possédant une expertise en matière de stigmatisation. L'objectif consistait à comprendre comment les personnes sont victimes de stigmatisation et à souligner les moyens que nous pouvons prendre pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé. Une variété de parties prenantes ont donné leurs perspectives, y compris des représentants des Premières Nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, et les personnes LGBTQ2+, ainsi que les personnes victimes de stigmates multiples, comme ceux associés aux états de santé, à la langue et à l'âge. Ces commentaires ont permis d'éclairer le *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019*.

Le processus de consultation comprenait une série de cinq groupes de discussion en personne et des entrevues menées auprès de huit informateurs clés. Au total, 100 intervenants ont participé au processus, dont des professionnels de la santé, des représentants d'organisations communautaires, des fournisseurs de service, des décideurs politiques, des chercheurs, des personnes ayant une expérience vécue et d'autres personnes qui travaillent dans le but d'aider à améliorer la santé de leurs collectivités.

Le présent rapport résume les idées partagées par ces intervenants.

Voici les principaux thèmes que nous avons entendus

1. Qu'est-ce qui maintient la stigmatisation en place? (Facteurs et pratiques de stigmatisation)

- **Injustice culturelle au Canada :** les expériences liées à la stigmatisation illustrent souvent l'histoire de la colonisation et de l'assimilation culturelle du Canada. Le manque de reconnaissance et de compréhension des autres cultures et histoires a fait en sorte que de nombreuses personnes n'ont pas accès à des soins adaptés sur le plan culturel et sont victimes de maltraitance de la part de fournisseurs de soins de santé et des systèmes de santé.
- **Invisibilité de la discrimination structurelle :** de nombreuses personnes sont victimes de stigmatisation au quotidien, car la discrimination est enchâssée dans les structures et les systèmes dans la société. Cependant, cette discrimination demeure largement méconnue de la majorité des Canadiens et fait souvent l'objet d'ignorance par ceux-ci.
- **Politiques et lois désuètes :** la stigmatisation est enchâssée dans les politiques et lois actuelles qui appliquent les valeurs culturelles dominantes, et est façonnée par celles-ci. En outre, elle affecte certains groupes de personnes d'une façon démesurée.
- **Préjugés et stéréotypes :** la stigmatisation est souvent motivée par des attitudes et des croyances qui reflètent des biais et des préjugés enracinés, car de nombreuses personnes ont du mal à comprendre ou craignent les personnes qui sont différentes d'elles. Par conséquent, leurs comportements et leurs actions reposent souvent sur des fausses présomptions.
- **Déséquilibres de pouvoirs et manque d'engagement et de représentation :** de nombreux patients ou clients qui sont victimes de stigmatisation ne sont pas engagés de manière significative par le système de santé – leurs voix ne sont pas entendues et ne sont pas bien représentées. En outre, il existe des déséquilibres de pouvoirs entre les fournisseurs et les patients ou les clients qui constituent un obstacle vers la mise en place d'un système de santé plus inclusif.

- **La stigmatisation et les déterminants sociaux de la santé se recoupent pour exercer un impact sur la santé :** le recoupement de facteurs socioéconomiques, notamment l'éducation, la pauvreté et l'emploi, entraîne de mauvais résultats de santé et façonne les expériences de la stigmatisation des personnes. Ces situations ne sont pas suffisamment bien comprises dans le système de santé.
- **Limitations des pratiques actuelles liées aux connaissances :** l'absence de données de grande qualité perpétue la stigmatisation, car il n'y a pas suffisamment de données sur les expériences et les résultats de santé de certains groupes pour éclairer l'élaboration de programmes, de services et de politiques.

2. Que peut-on faire pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé? (Interventions et initiatives prometteuses)

- **Rendre visible et lutter contre la stigmatisation systémique :** il doit y avoir une reconnaissance générale et fondamentale des enjeux systémiques et historiques – notamment l'héritage légué par la colonisation et les effets continus du colonialisme – qui est sous-jacent aux expériences de nombreuses personnes qui sont victimes de stigmatisation, non seulement en santé, mais à l'échelle de la société canadienne en général.
- **Contrecarrer la stigmatisation à partir des déterminants sociaux :** pour lutter adéquatement contre la stigmatisation, il est nécessaire d'adopter des approches plus holistiques en ciblant les déterminants sociaux de la santé, par exemple l'éducation et l'emploi.
- **Engager les personnes ayant une expérience vécue de façon significative :** les fournisseurs de soins de santé et les organisations doivent toucher et engager les personnes qui sont victimes de stigmatisation et apprendre de leurs expériences. Cela nous permettra d'accroître la sensibilisation sur leurs réalités et pourrait servir à informer la planification et le processus décisionnel liés aux services de santé et des soins personnalisés.
- **Plus grande diversité et inclusion dans le système de santé :** la main d'œuvre du système de santé doit être plus diversifiée et représenter des personnes d'origines différentes et issues de milieux divers. Il sera nécessaire d'augmenter les efforts pour mobiliser les jeunes, assurer des pratiques d'embauche et d'avancement équitables, et revoir les compétences qui sont nécessaires et valorisées, plus particulièrement en ce qui a trait aux postes de direction.
- **Offrir une formation continue aux fournisseurs de soins de santé pour les conscientiser et sensibiliser aux différences :** les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'une formation pertinente et significative en compétence culturelle, qui les aidera à développer une plus grande conscience de leur partialité et les compétences nécessaires pour assurer la prestation de soins de qualité à tous les patients. Cette formation doit être offerte non seulement au début de leur carrière, mais également tout au long de leur profession.
- **Créer des messages de santé publique plus positifs :** une approche positive pourrait aider à lutter contre la stigmatisation dans le système de santé en mettant l'accent sur l'espoir et l'habilitation, sur la communication d'histoires de récupération et de réussites, plutôt que de reposer sur des « tactiques alarmistes ».
- **Augmenter le financement et les ressources pour le travail dans la communauté :** il y a un besoin pour plus de financement et de ressources, notamment dans les organisations communautaires plus petites qui luttent contre la stigmatisation à l'aide de programmes de prévention, de formation, du perfectionnement des capacités, ainsi que de recherches et d'évaluations ciblées.
- **Améliorer les pratiques de production des connaissances :** la collecte de données et la recherche sur la stigmatisation doivent être améliorées afin de mieux comprendre la façon dont les gens éprouvent la stigmatisation et l'impact de la stigmatisation sur leur santé. Cela comprend de mettre en valeur d'autres formes de connaissances et modes de savoir.

Introduction

En avril 2019, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a lancé un processus de consultation afin de recueillir les points de vue d'un éventail de dirigeants et d'intervenants en santé sur la stigmatisation et la santé, en mettant l'accent sur le système de santé. Les données recueillies dans le cadre de ce processus ont été utilisées afin d'éclairer le rapport sur l'état dans la santé publique au Canada de cette année préparé par l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP), la D^{re} Theresa Tam. Ce rapport annuel aide à accroître la visibilité des enjeux en santé publique, à stimuler le dialogue et à catalyser des actions visant à améliorer et à protéger la santé des Canadiens.

Cette année, en mettant l'accent sur la stigmatisation, l'ACSP et ses collègues ont consulté des Canadiens ayant une expertise en stigmatisation, y compris des professionnels de la santé, des représentants d'organismes communautaires, des fournisseurs de services, des décideurs politiques, des chercheurs, des personnes ayant une expérience vécue, et d'autres personnes travaillant dans l'objectif d'améliorer la santé de leurs collectivités. Une série de discussions en personne et d'entrevues menées auprès d'informateurs clés, a permis de pencher sur différentes dimensions de la stigmatisation, y compris des définitions et des concepts, des facteurs et des pratiques en matière de stigmatisation, ainsi que des interventions. On a également mis l'accent sur certains groupes visés par la stigmatisation à différents niveaux, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les personnes LGBTQ2, et les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire. Les groupes de discussions et les entrevues ont également abordé les stigmates liés à la santé (p. ex., stigmatisation

liée à la santé mentale, la stigmatisation liée à l'utilisation de substances, la stigmatisation liée à la tuberculose, la stigmatisation liée à l'obésité).

Le présent rapport *Ce que nous avons entendu* résume les principales observations émanant de ce processus, en mettant l'accent sur la synthèse des idées communes partagées par les intervenants des groupes de discussion en personne et les entrevues menées auprès d'informateurs clés. L'objet du présent rapport est de représenter les voix de tous les participants qui ont consacré de leur temps et de leur énergie pour contribuer de manière significative au rapport annuel. Il convient de noter cependant que l'ensemble des données recueillies dans le cadre de ce processus a fait l'objet d'une analyse et d'une interprétation.

Aperçu du processus

Groupes de discussion en personne

Afin d'engager des intervenants divers, l'ASPC a organisé une série de cinq groupes de discussion en personnes tenus entre avril et juin 2019. Chaque séance portait sur un aspect légèrement différent adaptés aux participants et aux collectivités en question, incluant des professionnels de la santé, des Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, des personnes LGBTQ2+, ainsi que des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ces séances comprenaient également des personnes victimes de stigmates multiples, dont ceux liés à des problèmes de santé, à la langue et à l'âge. Les groupes de discussion se sont déroulés comme suit :

- 1 **le 4 avril, à Ottawa** (dans le cadre du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP);
- 2 **le 29 avril**, à Ottawa (séance préalable à la conférence de l'Association canadienne de santé publique);
- 3 **le 23 mai**, à Montréal (organisée par le réseau de la jeunesse noire DESTA);
- 4 **le 29 mai**, à Toronto (organisée par le YWCA);
- 5 **le 7 juin**, à Vancouver (organisée par la First Nations House of Learning).

L'objectif de ces séances consistait à recueillir les commentaires des intervenants sur les domaines clés suivants :

- 1 **Qu'est-ce qui maintient la stigmatisation en place?** (Facteurs et pratiques en matière de stigmatisation)
- 2 **Comment lutter contre la stigmatisation dans le système de santé?** (Interventions et initiatives prometteuses)

Chaque séance de discussion était d'une durée de 3,5 heures et comprenait une combinaison de présentations, de discussions en petits groupes ainsi qu'un dialogue en plénière. Chaque séance était organisée par l'ACSP ou sa déléguée, des membres de l'unité des rapports du bureau de l'ACSP et des bureaux régionaux de l'ASPC appuyant l'événement (ainsi que le secrétariat du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP). L'ASPC a retenu les services d'un expert-conseil externe, *Hill and Knowlton Strategies*, afin d'appuyer l'animation et la prise de notes pour les séances n^{os} 2 à 5 (voir ci-dessus).

Au total, 92 intervenants ont participé à ces groupes de discussion. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir une liste des organisations participantes.

Entrevues avec des informateurs clés

En plus des groupes de discussion en personne, huit entrevues avec des informateurs clés ont été menées par *Hill and Knowlton Strategies* entre juin et juillet 2019. L'objet de ces entrevues consistait à mobiliser davantage les intervenants représentant des points de vue et une expertise critiques sur la stigmatisation en matière de santé, notamment ceux qui n'étaient pas en mesure de participer aux séances en personne. Les questions d'entrevue étaient similaires à celles débattues dans les groupes de discussion, et couvraient les facteurs et les interventions liés à la stigmatisation. Chaque entrevue était d'une durée d'environ 45 à 60 minutes et était menée par un animateur et un preneur de notes indépendants. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir une liste de toutes les organisations et de tous les points de vue représentés.

Collecte de données, analyse et rapport

Des données qualitatives ont été recueillies au moyen des notes détaillées consignées par un preneur de notes pendant l'ensemble des groupes de discussion en personnes et des entrevues avec les informateurs clés. Les participants ont rempli de feuilles de travail et celles-ci ont été utilisées pour élaborer un compte-rendu sur leurs discussions de groupe. Les notes et les feuilles de travail ont été analysées afin d'élaborer chaque rapport de discussion, ce qui comprenait une synthèse des idées principales.

Pour élaborer le rapport *Ce que nous avons entendu*, le compte-rendu des séances, ainsi que les notes de séance et d'entrevue ont été analysés afin d'identifier les thèmes principaux ressortis dans l'ensemble des consultations. L'accent a été mis sur les thèmes les plus répétitifs (c.-à-d. les thèmes les plus fréquemment abordés). Des citations non identifiées sont reportées dans le présent rapport pour aider à illustrer les points de vue des participants.

Principales observations

Cette section présente une synthèse des principales observations qui ont émergé des groupes de discussion en personnes et des entrevues menées avec les informateurs clés. Les observations sont présentées selon la question et le thème.

Qu'est-ce qui maintient la stigmatisation en place?



Injustice culturelle au Canada : les participants ont souligné que la stigmatisation éprouvée dans le système de santé illustre souvent l'histoire de la colonisation et de l'assimilation culturelle du Canada, dans laquelle les personnes de certains groupes continuent d'être confrontées à de l'injustice et à des traumatismes. En raison des conséquences perturbatrices et permanentes du colonialisme, les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont de longs antécédents de maltraitance de la part de fournisseurs de soins de santé et d'un manque d'accès à des soins dans

leur langue ou adaptés à leur culture. Les participants ont décrit un manque de reconnaissance de la culture et des connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis (y compris les concepts holistiques de la santé, par exemple l'inclusion de la spiritualité ainsi que le rôle et la contribution d'une personne à sa collectivité), aux conséquences de traumatismes historiques, comme les pensionnats indiens et les femmes autochtones disparues et assassinées, et les différences entre et au sein des différents groupes autochtones. Un participant a parlé de la manière dont des enfants

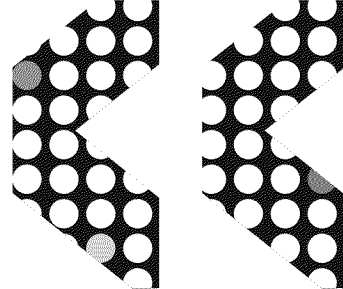
dans sa collectivité ont reçu de mauvais diagnostics et sont décédés à la suite d'un problème de santé grave qui aurait pu être traité, comme l'angine à streptocoque, et de la façon dont certains patients reçoivent des informations insuffisantes sur leurs médicaments ou leurs traitements.

De manière semblable, certains participants ont décrit la nécessité d'accroître la sensibilisation sur l'histoire du Canada concernant le commerce des esclaves transatlantique et de renforcer la compréhension sur la contribution des Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire. Certains participants ont expliqué que certaines personnes ne reconnaissent pas la capacité des personnes appartenant à des groupes victimes de stigmatisation historique, par exemple les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Invisibilité de la discrimination systémique : pour de nombreux participants, la discrimination systémique est ancrée dans les structures et les systèmes, non seulement en santé, mais également dans l'éducation, l'emploi, la justice et le logement. Malgré que de nombreuses personnes ressentent profondément cette stigmatisation, leur expérience est largement inconnue et ignorée. Par exemple, un participant a décrit l'expérience de « vivre en étant noir » [traduction] : « 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. »

Certains participants ont soulevé de sérieuses préoccupations relativement à l'absence de soutien ou de volonté pour modifier les structures qui perpétuent la stigmatisation : [traduction non officielle] « Les gens sont complaisants à l'égard du statu quo [...] On observe une attitude de "n'en parlez surtout pas" ». De nombreux Canadiens ne reconnaissent pas qu'ils sont [traduction non officielle] « impliqués dans des systèmes racistes » – souvent, ils ne savent pas que ces problèmes existent ou ils choisissent de les ignorer. Par exemple, certaines personnes croient que le racisme peut uniquement survenir par l'intermédiaire d'un comportement « extrême », plutôt qu'à travers un privilège culturel ou un récit qui profite à certains, mais pas à d'autres. En outre, certains professionnels de la santé ont reconnu l'existence d'une complaisance dans leurs milieux de travail ou leur profession dans le but d'apporter les changements nécessaires.

Il est encore difficile d'admettre que l'héritage des injustices historiques et culturelles continue de renforcer la stigmatisation et de perpétuer les inégalités en santé. De nombreux participants ont parlé de la difficulté à faire avancer le dialogue avec le grand public, car de nombreux Canadiens ne veulent pas reconnaître leur partialité, que celle-ci soit consciente ou inconsciente. Les participants ont décrit des exemples, dont l'héritage controversé de certains sites historiques ou la diminution du niveau de violence perpétrée contre les femmes autochtones disparues et assassinées.



CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« Cela remonte au fait que les blancs ont de la difficulté à se faire à l'idée que les personnes qui ne sont pas blanches peuvent influencer et transformer leur environnement. »

– Participant de Montréal

[En tant que médecin noir] « Un médecin voulait que je m'occupe d'une de ses patientes qui avait un accent caribéen très prononcé. Il l'avait décrite comme une "Gitane" et avait indiqué que les Gitans l'effrayaient. En réalité, la difficulté résidait dans le fait qu'il ne parvenait pas à comprendre son accent. »

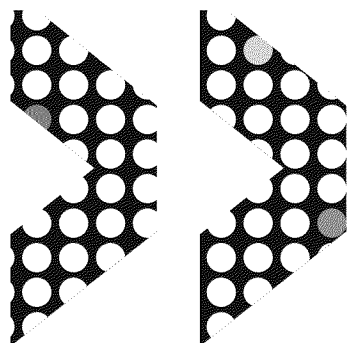
– Participant d'un groupe de discussion

Une rétroaction similaire a été présentée du point de vue des minorités linguistiques, qui se sentent souvent discriminées et obligées de communiquer dans la langue de la majorité pour pouvoir accéder aux services de santé. Par exemple, des participants ont décrit des patients issus de populations anglophones et francophones en situation de minorité faisant l'objet de critiques et se voyant presque refuser des services par des fournisseurs de soins de santé. Selon un participant, cela reflète souvent les attentes non exprimées entre les Canadiens francophones et anglophones en matière d'assimilation.

Politiques et lois désuètes : Plusieurs participants ont abordé la façon dont la stigmatisation est intégrée dans les politiques et les lois actuelles, et façonnée par celles-ci, et que les lois et politiques actuelles peuvent être désuètes et discriminer de façon disproportionnée les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, et les personnes LGBTQ2+. Certains ont insisté sur le fait que les politiques et les lois ne sont pas rédigées pour ou

par des personnes appartenant à ces collectivités. Dans le secteur de la santé, certains exemples comprennent ceux liés à la non-divulgence du VIH, aux critères d'admissibilité pour les donneurs de sang et à la notification du partenaire en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement (ITS). En outre, certains participants ont parlé de la façon dont la *Loi sur les Indiens* a imposé des changements importants à la culture et à la tradition des Premières Nations. À titre d'exemple, mentionnons l'imposition de valeurs coloniales à des collectivités des Premières Nations par le retrait du respect et du « pouvoir des mains de la matriarche ». En conséquence, de nombreux participants ont demandé que les politiques et les lois soient mises à jour pour considérer les nouvelles recherches et données probantes qui tiennent compte des expériences vécues de la stigmatisation.

Préjugés et stéréotypes : similairement aux thèmes précédents, certains participants ont discuté le rôle des attitudes et perspectives à l'égard des préjugés et des biais acceptés dans le processus de stigmatisation. Dans bien des cas, ils



« Le racisme qui a été enchâssé dans la politique est difficile à percevoir. Il est impossible de voir que les politiques ont été rédigées par des personnes ayant une certaine vision – c'est-à-dire des hommes blancs faisant partie de l'élite. Tout le monde a un biais. »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

« Les gens se font des idées sur la capacité des Inuits si ceux-ci ne parlent pas bien anglais [...] Ils considèrent notre population comme étant "inférieure", plutôt que comme une population "ayant besoin d'aide". »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

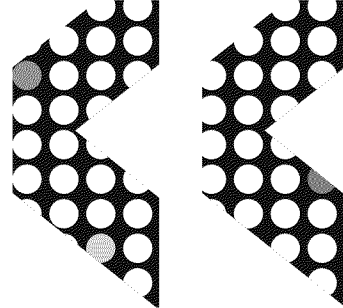
« On semble se dire qu'il est impossible que les gens de ma race soient aussi intelligents qu'eux et, invariablement, il y a toujours quelqu'un qui assume que je ne suis qu'un préposé à l'entretien qui est là pour laver les planchers [...] Avant d'entamer n'importe quelle conversation, je dois toujours me présenter en tant que médecin. »

– Participant de Montréal

incarnent une « peur de la différence » ou une « peur de l'inconnu » chez de nombreux Canadiens. Par exemple, un participant a expliqué que de nombreuses personnes [traduction non officielle] « croient que les personnes qui utilisent de la drogue choisissent de se mettre dans une telle situation à cause de leurs décisions personnelles ». Certains participants partagent comment ils ont été traités différemment dans le système de santé à cause de leur origine ethnique ou culturelle, même s'ils présentent les mêmes besoins de santé que les autres patients. Certains ont expliqué que cela pouvait être le fruit de présumptions ou d'explications erronées, par exemple le fait de croire que les Canadiens d'origine africaine, caribéenne ou de race noire ont un seuil de tolérance à la douleur plus élevé que les autres ou que les femmes de ces groupes sont plus susceptibles de tomber enceintes. Dans le contexte du système de santé, plusieurs participants ont parlé de leurs expériences vécues quant au racisme et à la discrimination. En tant que patient, cela comprend le fait de recevoir des soins fondés sur des idées préconçues, le fait d'être blâmé pour ses problèmes de santé et d'être confrontés à des obstacles pour recevoir des soins pour ses enfants ou les membres de sa famille. Au fil du temps, ces expériences négatives ont fait que de nombreuses personnes se sont montrées réticentes à chercher et à obtenir des soins. Du point de vue d'une minorité linguistique, certains participants ont parlé du fait de ne pas avoir accès à des services dans leur première langue. Dans certains cas, cela amène les fournisseurs de soins de santé à formuler des hypothèses sur les capacités d'un patient, alors qu'il s'agit en fait d'une barrière linguistique.

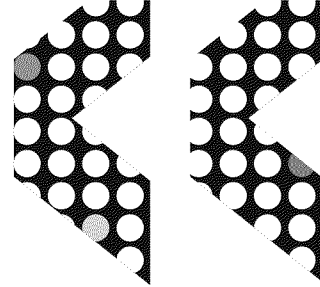
Des fournisseurs de soins de santé ont également fait part d'expériences relatives à des préjugés et à des stéréotypes de la part de patients et de professionnels de la santé. Par exemple, des fournisseurs de services membres des Premières Nations, Inuits et Métis, ainsi qu'appartenant au groupe des Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire ont décrit des expériences où des patients ont refusé qu'ils leur administrent des soins, les ont questionnés sur leur niveau de scolarité et leur profession, et dans le cadre desquelles ils ont été ostracisés par leurs collègues.

Les participants ont également parlé de la façon dont les patients sont catégorisés en fonction de leurs problèmes de santé. Plutôt que d'être perçue comme une personne à part entière et d'être évaluée dans le contexte de la panoplie d'expériences de vie qui peuvent influencer sur la santé (y compris les déterminants sociaux de la santé), les personnes peuvent être « mises à l'écart » et « placées dans un groupe ou étiquetées » comme, par exemple, une personne qui utilise de la drogue, atteinte du VIH ou d'une maladie mentale. Ces catégories sont souvent accompagnées de stéréotypes et de stigmatisation, ce qui peut amener les fournisseurs à faire des conclusions erronées à propos de la personne et ses besoins. La stigmatisation se perpétue encore une fois lorsque les patients sont vus comme une transaction au lieu d'utiliser une approche axée sur la personne et empreinte de compassion.



« Nous sommes bons pour tout compartimenter. Tout est organisé autour d'une chose [...] Cependant, quels sont mes besoins en tant que personne? Je ne suis pas seulement un patient ou un client – je suis bien plus que cela. Notre façon de faire les choses est tout simplement trop transactionnelle. »

– Participant du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP



Déséquilibres de pouvoirs, et manque d'engagement et de représentation :

de nombreux participants ont souligné que des patients, tout particulièrement ceux appartenant aux groupes victimes de stigmatisation, ne sont pas engagés dans le système de santé – que ce soit dans des conversations importantes sur leurs propres soins ou dans les processus décisionnels visant l'amélioration du système de santé. Leurs voix ne sont pas valorisées quand les fournisseurs de soins de santé et les organisations ne les engagent pas activement et ne les écoutent pas. Certains estimaient qu'un meilleur engagement est essentiel pour assurer que les fournisseurs de soins de santé comprennent les facteurs en amont qui peuvent influencer sur la santé d'une personne et pour que les patients soient traités comme des individus uniques, plutôt que de les « traiter comme s'ils étaient leur maladie ». Certains participants ont discuté de la signification d'un engagement valable, pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui consiste à collaborer pour construire des approches personnalisées qui intègrent les savoirs autochtones. Sans cette approche axée sur la personne, ces patients pourraient ne pas chercher les soins dont ils ont besoin, exacerbant ainsi la stigmatisation et aggravant les mauvais résultats de santé.

De plus, certains participants ont partagé leurs préoccupations par rapport aux déséquilibres de pouvoirs existant entre les fournisseurs de soins de santé et les patients. Un participant a insisté sur le fait que ces déséquilibres de pouvoirs constituent la raison pour laquelle la stigmatisation peut avoir un impact réel sur les résultats de santé. Par exemple, les fournisseurs sont habituellement des « personnes de la classe moyenne ou plus privilégiées » qui pourraient ne pas être en mesure de communiquer efficacement avec leurs patients ou de pouvoir comprendre leur situation. On observe souvent une mentalité selon laquelle « le fournisseur est le mieux placé », ce qui signifie que les besoins individuels d'un patient, dont on ne tient pas suffisamment compte dans les discussions sur la planification des soins, cèdent la place aux méthodes qui sont privilégiées par le fournisseur.

Un participant a expliqué que certains fournisseurs ne sont pas toujours conscients du pouvoir et du privilège qu'ils détiennent sur leurs patients. Cela influence les interactions entre le patient et le fournisseur, particulièrement chez les patients qui sont extrêmement stigmatisés. Par exemple, certains patients sont réticents à demander des services dans la langue de leur choix, car ils craignent de créer des problèmes avec leur fournisseur.

[En tant que personne autochtone] « Je constate souvent que les gens ne m'entendent pas, ne m'écoutent pas ou ne me voient pas. »

– Participant de Vancouver

« [Le patient] craint d'être jugé s'il ne reste pas tranquille et n'accepte pas les services. »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

« Le fait de vivre dans une communauté appauvrie augmente la probabilité [des Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire] de s'adonner à des activités criminelles, car elles leur sont offertes. Cela renforce donc la stigmatisation voulant que les personnes noires soient plus susceptibles d'être impliquées dans des crimes. »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

La stigmatisation et les déterminants sociaux de la santé se recoupent pour exercer un impact sur la santé :

plusieurs participants ont décrit comment d'autres facteurs, comme le revenu, l'éducation et la géographie se recoupent et façonnent leurs expériences de stigmatisation. Par exemple, certains ont insisté sur les obstacles que représente un faible revenu, non seulement pour l'accès aux services de santé, mais aussi pour une participation plus large dans la société en ce qui a trait aux systèmes d'éducation, d'emploi, de logement et de justice. De plus, une inégalité des revenus plus importante peut entraîner plus de divisions et pousser les personnes « à moins accepter les différences » : « Lorsque [l'inégalité des revenus] s'accroît, les problèmes sociaux s'aggravent et divisent les sociétés. » Certains participants ont expliqué comment la pauvreté peut mener à la stigmatisation et la discrimination fondée sur la race, par exemple chez les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire.

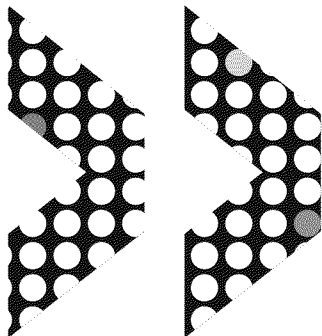
Les participants réagissent similairement à propos des répercussions de faibles niveaux de scolarité (p. ex., moins de perspectives d'emploi) et de l'isolement géographique (p. ex., accès limité aux services dans les collectivités) sur les résultats de santé.

En outre, les participants ont discuté de la façon dont les expériences liées à l'exclusion et à la discrimination peuvent être exacerbées pour les personnes qui sont victimes de stigmatisation à plusieurs niveaux, par exemple être racialisé et gai, ou être sans-abri et atteint de problèmes de santé mentale ou d'utilisation abusive de substances. Dans de tels cas, on blâme souvent ces personnes d'avoir fait de « mauvais choix de vie ».

Certains participants ont insisté sur le fait que la compréhension des répercussions de stigmates multiples demeure difficile, car il ne s'agit pas d'un domaine très étudié à l'heure actuelle et qui est difficile à examiner considérant que de nombreux facteurs sont en jeu.

Limitations des pratiques actuelles liées aux connaissances :

les participants ont discuté des défis entourant les connaissances et comment celles-ci sont valorisées et utilisées pour prendre des décisions sur la santé. Certains participants ont soulevé le manque de disponibilité de données de grande qualité pour les fournisseurs de soins de santé et les décideurs politiques, particulièrement sur les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et les personnes LGBTQ2+. Il y a un besoin d'accroître la collecte et l'administration de données sur la santé afin de représenter les groupes mal desservis. Par exemple, un participant a souligné : [traduction non officielle] « Si vous êtes une personne trans, vous n'êtes pas compté dans un grand nombre de collectes de données; vous n'existez donc pas dans le système. » Certains participants ont également discuté comment dont les pratiques de catégorisation des données (p. ex., catégories épidémiologiques) et l'interprétation inexacte des données contribuent à la stigmatisation en santé. Les participants ont également remis en question la façon dont les systèmes de connaissance eurocentrique sont mis en valeur par rapport à d'autres formes de connaissance. Par exemple, les connaissances et les traditions autochtones, comme les shamans et les tambours sont liés à la santé, même si ces formes de connaissance ne sont pas « rédigées comme une donnée probante réelle ou fondée dans la science ».



« Les personnes sans abri sont souvent perçues comme n'étant pas les bienvenues, des voyageurs fréquents [dans le système de santé], qui se présentent avec des problèmes qu'on n'estime pas comme étant des problèmes légitimes ou réels. »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

Comment lutter contre la stigmatisation dans le système de santé?

Contrecarrer la stigmatisation à partir des déterminants

Engager les personnes ayant une expérience vécue de façon significative

■ Plus grande diversité, inclusion et de leadership dans le système de santé

■ Créer des messages de santé publique plus positifs

Augmenter le financement et les ressources pour le travail communautaire

Améliorer les pratiques de production de connaissances

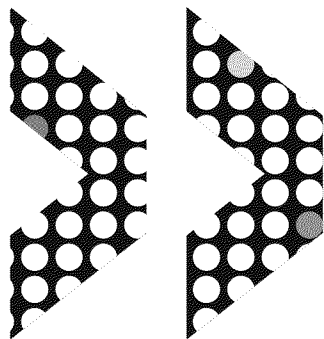
Offrir une formation continue aux fournisseurs de soins de santé pour les conscientiser et sensibiliser aux différences

Rendre visible et lutter contre la stigmatisation

Rendre visible et lutter contre la stigmatisation

systemique: pour de nombreux participants, la lutte contre la stigmatisation nécessite une reconnaissance générale et fondamentale des enjeux systémiques et historiques sous-jacents aux expériences de nombreuses personnes, non seulement

dans le système de santé, mais dans la société en général. Plus particulièrement, l'héritage et les effets continus du colonialisme doivent être reconnus et abordés, car ils renforcent les perspectives et les attitudes discriminatoires à l'égard des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et des Canadiens



« Quiconque fait partie d'un travail racialisé vous dirait que le Canada est profondément raciste et que le fait de modifier [uniquement] les services de santé ne change rien à cela. »

– Participant aux entrevues menées auprès des informateurs clés

[Sur les enjeux systémiques] « Vous pouvez brandir toutes les preuves que vous voulez devant les yeux des personnes – elles refuseront de les croire [...] les Canadiens moyens à qui on enseigne ce genre de comportement doivent se reconnaître et changer leurs habitudes. »

– Participant de Vancouver

d'origine africaine, caribéenne et de race noire, en créant des divisions entre différents groupes dans la société. Certains participants ont insisté sur le fait que les actions visant à réduire la stigmatisation ne se limitent pas au système de santé – elles devraient s'étendre d'une manière plus générale à l'ensemble des structures dans la société. Pour aider à reconnaître et à accroître la sensibilisation aux facteurs sous-jacents à la stigmatisation dans la société canadienne, des participants ont suggéré d'élaborer des campagnes publiques qui pourraient, par exemple, enseigner différentes cultures et histoires aux enfants. En outre, des participants ont souligné que cela constitue un enjeu complexe étant donné qu'un changement doit se produire tant au niveau systémique qu'au niveau individuel.

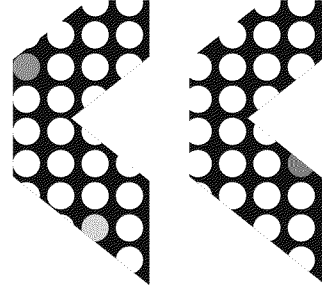
Contrecarrer la stigmatisation à partir des déterminants

sociaux : des participants ont parlé de la nécessité d'adopter des approches plus holistiques qui comprennent la prévention et des mesures visant à traiter les déterminants sociaux de la santé. Cela pourrait comprendre la nécessité de s'attaquer au manque de possibilités d'études et d'emploi pour les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire au moyen de programmes de mentorat et d'études. Chez les participants autochtones, des discussions ont été entamées sur la façon dont, dans des contextes autochtones, le concept de la santé ne devrait pas être un concept distinct du mieux-être, contrairement à la médecine occidentale.

Plusieurs participants ont fait état des réalités associées au fait de travailler dans les limites des systèmes existants qui ne reconnaissent pas les besoins généraux de ses patients ou de ses clients. Par exemple, une organisation communautaire qui reçoit un financement pour des programmes artistiques et qui appuie des travaux en santé mentale, mais qui ne dispose pas des ressources nécessaires pour embaucher des professionnels formés en santé mentale. Des modèles de « financement plus souple et durable » pourraient aider les organisations communautaires à composer avec ces problèmes, car les modèles actuels sont « trop rigides ».

Engager les personnes ayant une expérience vécue de façon

significative : l'importance d'engager les personnes victimes de stigmatisation a été soulevée par les participants dans toutes les séances. Pour engager ce groupe, il faut chercher à communiquer avec les personnes et apprendre de leurs réalités afin d'accroître la sensibilisation chez les fournisseurs de soins de santé et au sein du système de santé en général. La mobilisation pourrait également viser un remaniement du système de santé pour améliorer l'orientation des patients.



« Vous ne pouvez considérer la santé sans regarder l'aspect social. »

– Groupe de discussion de Montréal

« Il faut écouter activement les patients qui racontent ce qu'ils ont vécu... Ils vous présenteront des solutions qui répondront beaucoup mieux à leurs besoins que ce que nous leur proposerons. »

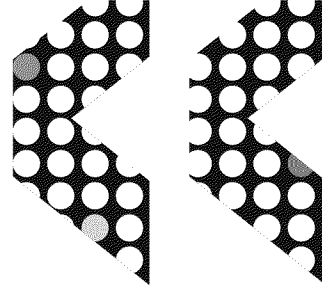
– Participant du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP

Les participants ont suggéré plusieurs façons de parvenir à un véritable engagement. La plupart de ces façons nécessiteront des changements dans le fonctionnement des organisations. Ces façons consistent notamment à :

- Au moyen d'une approche souple, adaptable et axée sur les personnes, reconnaître que les personnes peuvent être victimes de stigmatisation de plusieurs façons.
- Déployer une multitude de méthodes d'engagement pour encourager les individus à raconter leurs propres histoires afin d'éclairer la modification du système de santé de différentes façons, par exemple au moyen de Photovoice – une méthode de recherche participative qui a été utilisée dans différents contextes.
- Offrir des possibilités aux personnes ayant une expérience vécue d'être les leaders, au lieu de simples participants, dans les discussions importantes, par exemple, pour modeler la formation et d'éclairer le processus décisionnel.
- Réunir des personnes ayant une expérience vécue et des acteurs du système de santé à tous les niveaux (p. ex., les administrateurs de soins de santé, les médecins, les infirmiers et les éducateurs) pour partager leurs expériences et pour discuter d'objectifs communs.
- Concevoir des cadres adaptés à la réalité culturelle et construire de réels partenariats pour faciliter un engagement authentique et pour minimiser les gestes purement symboliques, par exemple par le truchement des cercles consultatifs autochtones (CCA). Les rassemblements régionaux du programme de lutte contre le cancer de Tungasuvvingat Inuit organisés avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) représentent un exemple actuel de partenariat culturellement adapté.

De nombreux participants ont identifié la nécessité d'engager les jeunes dans la lutte contre la stigmatisation à long terme. Pour certains participants, cela signifie d'éduquer les jeunes Canadiens au sujet de la diversité et de l'inclusion par des moyens qui sont pertinents pour eux, en se servant de programmes scolaires, par exemple. Cela pourrait aider à réduire au minimum les facteurs de la stigmatisation dans l'avenir. De même, des professionnels de la santé ont abordé la façon dont les installations de soins de santé peuvent mobiliser significativement les jeunes et susciter leur participation afin de façonner l'expérience du patient. Par exemple, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) dispose d'un comité consultatif de jeunes qui participe régulièrement à l'administration et au conseil de l'hôpital, ce qui a mené à des modifications dans les politiques (p. ex., à ses heures de clinique).

Plus grande diversité, inclusion et de leadership dans le système de santé : plusieurs participants ont parlé de la façon dont les obstacles à l'emploi – plus particulièrement pour les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire, et les Premières Nations, les Inuits et les Métis – contribuent à la stigmatisation dans le système



[Sur la mobilisation des Autochtones] « Si nous écoutons les familles et que nous parlons aux bonnes personnes [qui sont touchées par] la stigmatisation... cela conduit à l'autodétermination... Les gens savent ce qu'ils ont besoin, mais nous ne prenons tout simplement pas le temps de les écouter. »

– Participant de Vancouver

« Répétez ce que vous avez fait ici aujourd'hui, mais avec des enfants. Investissez dans nos générations futures pour assurer que la stigmatisation ne se perpétue dans les années à venir »

– Participant de Toronto

de santé, tant pour les patients que pour les fournisseurs et les collègues d'équipes de soins de santé. Pour corriger cela, il doit y avoir une meilleure représentation des différentes origines au sein du staff de tout le système de santé, notamment dans la haute direction et dans les postes de pouvoirs décisionnels. Pour ce faire, les pratiques d'embauche, de rémunération et d'avancement dans le secteur de la santé doivent être plus équitables et, de manière plus générale, on doit « repenser » les compétences qui sont valorisées dans les postes de leadership. Certains participants ont également mentionné l'importance d'une plus grande diversité et inclusion dans les institutions au-delà de la santé, comme le système d'éducation et le secteur de l'emploi. De plus, certains ont soulevé l'importance d'encourager les jeunes à poursuivre des carrières dans le secteur de la santé : [traduction non officielle] « Nos enfants ont besoin de modèles et de soutien. » Ils ont discuté de l'importance de réduire les obstacles aux études postsecondaires, par exemple au moyen de bourses d'études et de programmes de recrutement ciblé (p. ex., le programme de promotion du leadership en santé pour les Néo-Écossais africains de l'Université Dalhousie [PLANS]).

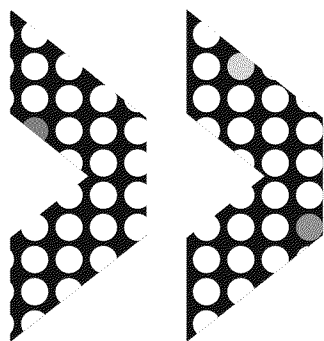
Offrir une formation continue aux fournisseurs de soins de santé pour les conscientiser et sensibiliser aux différences : de nombreux participants ont insisté sur l'importance pour les fournisseurs de soins de santé de recevoir une formation pertinente et significative en début de carrière et tout au long de celle-ci. Les professionnels de la santé doivent être plus conscients de leurs partis pris et devraient être tenus de suivre une formation sur la compétence culturelle afin d'acquérir les aptitudes et les

compétences requises pour assurer la prestation de soins de qualité pour tous, y compris en faisant preuve d'une plus grande acceptation, d'un plus grand respect et d'une plus grande conscience culturelle, et en ayant recours à un langage non stigmatisant auprès de leurs patients. Ils doivent acquérir une meilleure compréhension des répercussions des déterminants sociaux de la santé et des obstacles auxquels certaines personnes peuvent être confrontées. Cela peut impliquer de la formation sur l'antiracisme, en plus de compétences culturelles, pour les fournisseurs de soins de santé de cerner « la source du problème » : « Les blancs sont plus à l'aise de parler de culture que de race. Nous devons modifier le langage. »

La formation doit également se faire de façon perpétuelle – elle ne doit pas correspondre à des « événements uniques » – afin d'aider à soutenir les changements complets et continus dans les attitudes et les comportements nécessaires pour lutter contre la stigmatisation, en plus d'aider à assurer la responsabilisation. La formation pourrait également comprendre plus de « possibilités sur le terrain » pour être exposés aux collectivités et apprendre de celles-ci.

Créer des messages de santé publique plus positifs :

certaines participants ont souligné la valeur de l'utilisation de messages positifs dans les campagnes de santé publique. Cela pourrait comprendre l'utilisation de messages plus axés sur l'espoir et l'habilitation, et la communication d'histoires de récupération et de réussite, par opposition à l'utilisation de « tactiques alarmistes », qui peuvent exacerber la stigmatisation déjà associée à certains problèmes de santé. De plus, certains participants ont parlé du besoin d'apprendre d'initiatives



« Lorsque vous luttez contre la stigmatisation, vous devez commencer au sommet en instaurant des principes équitables qui constituent la norme. »

– Participant de Toronto

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

– Participant du Forum des professionnels de la santé de l'ACSP

prometteuses en santé publique axée sur les forces, plutôt que de mettre l'accent sur les lacunes des personnes. Par exemple, l'Autorité sanitaire des Premières Nations a utilisé une approche basée sur les forces collectives et personnelles pour créer ses messages de santé publique et pour traiter les personnes ayant vécu un traumatisme complexe.

Augmenter le financement et les ressources pour le travail communautaire :

plusieurs participants ont souligné l'impact des mesures appliquées au niveau communautaire dans la lutte contre la stigmatisation à travers des programmes de prévention en amont, de renforcement de capacité en aval et des recherches plus ciblées. De nombreuses organisations et initiatives communautaires ont eu beaucoup de succès dans ce domaine; un participant a expliqué que, contrairement aux grandes organisations, les organisations communautaires ont une meilleure compréhension de la situation et un meilleur rapport avec les personnes victimes de stigmatisation. Cependant, ces organisations communautaires ont besoin de financement et de ressources à long terme, particulièrement dans le cas des petites entreprises. Des participants de Montréal ont souligné la façon dont le financement vise davantage à appuyer les grandes organisations, ce qui [traduction non officielle] « maintient les [organisations communautaires] dans une position de troisième rang ».

Afin de mieux soutenir les organisations communautaires, les participants ont souligné l'importance du financement axé sur les projets et les programmes de formation et d'embauche d'experts pour animer des ateliers de travail avec les fournisseurs de soins de santé (y compris les travailleurs sociaux) et les membres de la communauté. Les modèles de financement à long terme doivent être aussi moins rigides et plus souples pour assurer la durabilité des organisations communautaires. En outre, un participant a abordé la façon dont les demandes de financement doivent

être simplifiées pour augmenter l'accessibilité aux ressources pour ces organisations : [traduction non officielle] « Vous avez pratiquement besoin d'un doctorat pour appliquer pour ces subventions ».

Améliorer les pratiques de production de connaissances :

valoriser les différents modes de connaissance et améliorer la recherche et les données pourraient aider à lutter contre la stigmatisation en renforçant la compréhension des expériences des personnes et en informant l'élaboration de politiques, de pratiques et de programmes plus inclusifs. Des participants représentant ou travaillant avec les communautés des Premières Nations, Inuits et Métis ont insisté sur l'importance d'intégrer les connaissances autochtones dans les approches de soins de santé et au-delà (p. ex., dans le système d'éducation de la maternelle à la 12^e année). De plus, un participant a partagé son expérience avec un projet de recherche sur la prévention du suicide dans la partie est du centre-ville de Vancouver, qui est devenue plus efficace à rejoindre les personnes qui ont besoin d'aide en incluant des Aînés qui travaillent avec les médecins.

Les efforts pour améliorer l'acquisition de connaissances pourrait comprendre la collaboration avec des personnes et des communautés touchées par la stigmatisation pour réduire les biais dans les données en santé (p. ex., santé mentale des Canadiens d'origine africaine, caribéenne et de race noire), et recueillir plus de données sur la stigmatisation et la santé : [traduction non officielle] « Nous avons besoin de données pour être en mesure de dire "c'est là d'où provient la stigmatisation et le racisme" ». Certains participants ont également insisté sur l'importance de l'évaluation et du partage de connaissances pour aider à propager les initiatives prometteuses, à favoriser la collaboration entre les réseaux d'intervenants et à tenir les leaders du système de santé responsables.



Conclusion

En mobilisant les principaux leaders et intervenants intéressés au problème de la stigmatisation et à la santé, l'ACSP a recueilli des perspectives utiles pour informer le rapport annuel de l'ACSP de 2019.

Les participants ont généreusement donné de leur temps pour avoir des conversations ouvertes et honnêtes sur les difficultés auxquelles sont confrontés de nombreux Canadiens dans leurs interactions avec le système de santé. Les principales observations énoncées dans le présent rapport réitèrent la nécessité de fondamentalement modifier les différents systèmes et les différentes structures, non seulement dans le système de santé, mais également dans la société en général.

Organisations participantes

Groupe de discussion du Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique

- Association canadienne de santé publique
- Association dentaire canadienne
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
- Association des pharmaciens du Canada
- Association médicale canadienne
- Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Collège des médecins de famille du Canada
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire
- Prévention et contrôle des infections Canada
- Société canadienne de pédiatrie
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- SoinsSantéCAN

Groupe de discussion préalable à la conférence de l'Association canadienne de santé publique

- Assemblées des Premières Nations
- Association canadienne de santé publique
- Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions
- Bureau des services à la jeunesse
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
- Commission de la santé mentale du Canada
- Egale Seniors National Advisory Council
- Institut canadien d'information sur la santé
- Institut national de santé publique du Québec
- Ralliement national des Métis
- Réseau fierté des aîné(e)s d'Ottawa
- Santé publique Ontario
- Université de Toronto
- Université d'Ottawa
- Université Simon Fraser
- Université St. Paul

Groupe de discussion de Montréal

- Afrique au féminin
- Arts, Racines et Thérapies
- Association médicale de personnes de race noire du Québec
- Black Community Resource Centre
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- DESTA, Le réseau de la jeunesse noire (Little Burgundy)
- Général ACCÉSSS
- Ligue des Noirs du Québec
- Maison d'Haïti
- Université Dalhousie
- Université McGill, Institut Lady Davis de recherches médicales

Groupe de discussion de Toronto

- Africans in Partnership Against AIDS
- Black Health Alliance
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- Li Ka Shing Knowledge Institute
- Santé publique liée aux déplacements
- Rainbow Health Ontario
- The Hospital for Sick Children
- Toronto Senior Pride Network
- Université de Toronto
- Université McMaster
- Université Wilfrid Laurier
- Wellesley Institute

Groupe de discussion de Vancouver

- BC Nurses Union
- École des sciences infirmières de l'Université de Colombie-Britannique
- Métis Nation British Columbia
- Pacific AIDS Network
- Provincial Health Services Authority
- Régie de la santé des Premières Nations
- The Cedar Project
- Winnipeg Boldness Project
- YouthCo

Entrevues auprès d'informateurs clés

- Association médicale des personnes de race noire du Québec
- Centre for Urban Health Solutions, St. Michael's Hospital
- Faculté de santé, Université Dalhousie
- Inuit Tapiriit Kanatami
- IWK Health Centre
- Réseau communautaire de santé et de services sociaux
- Tungasuvvingat Inuit
- Wellesley Institute

STIG

MA

TISSA

TION

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

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

Télec. : 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

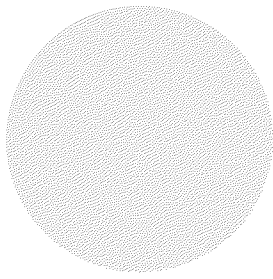


Table des matières

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 autres, 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.

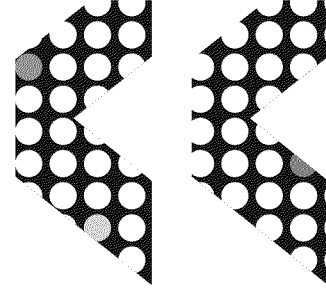
D^{re} Theresa Tam

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 2017,¹ 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.

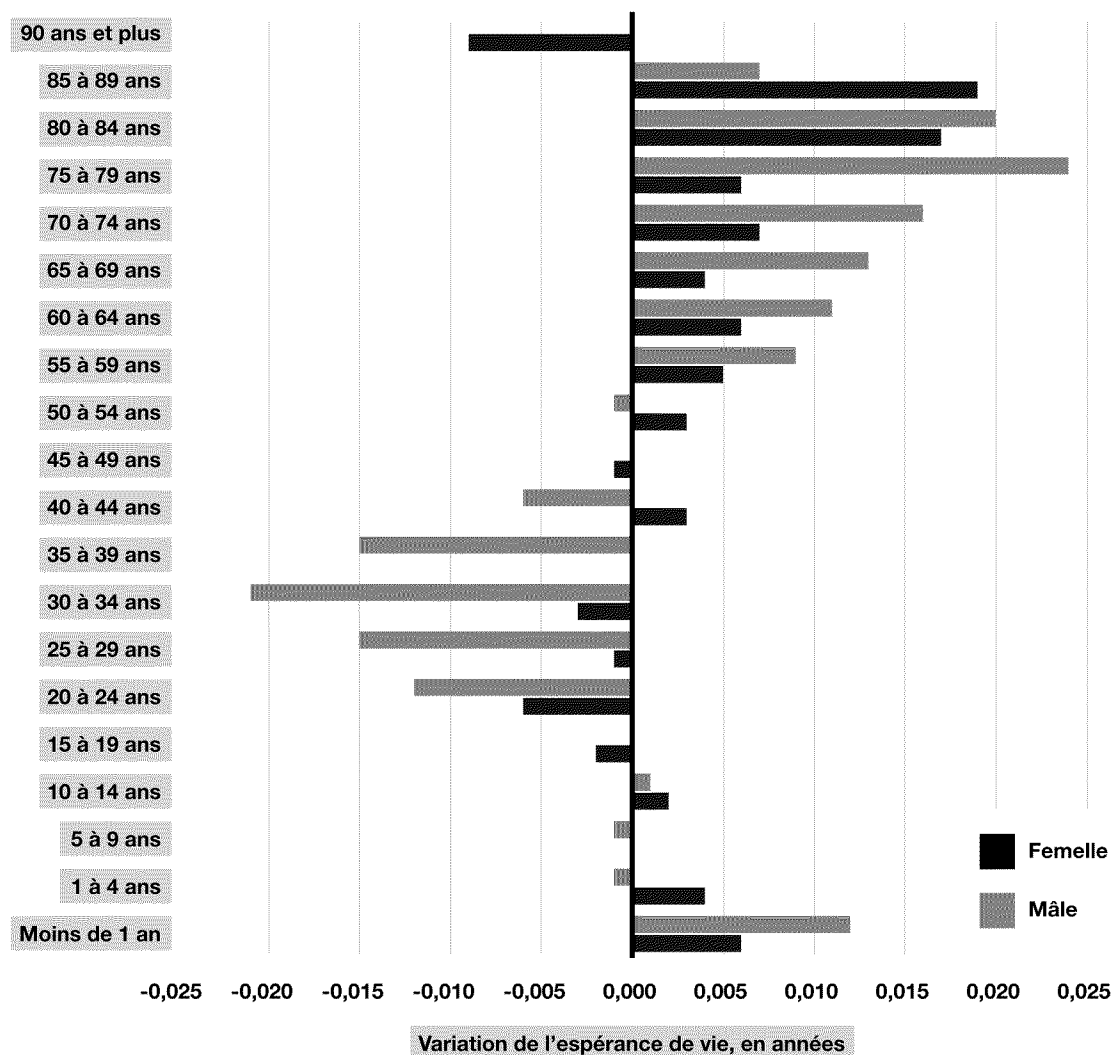
Les inégalités et les iniquités en santé mises en contexte

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.

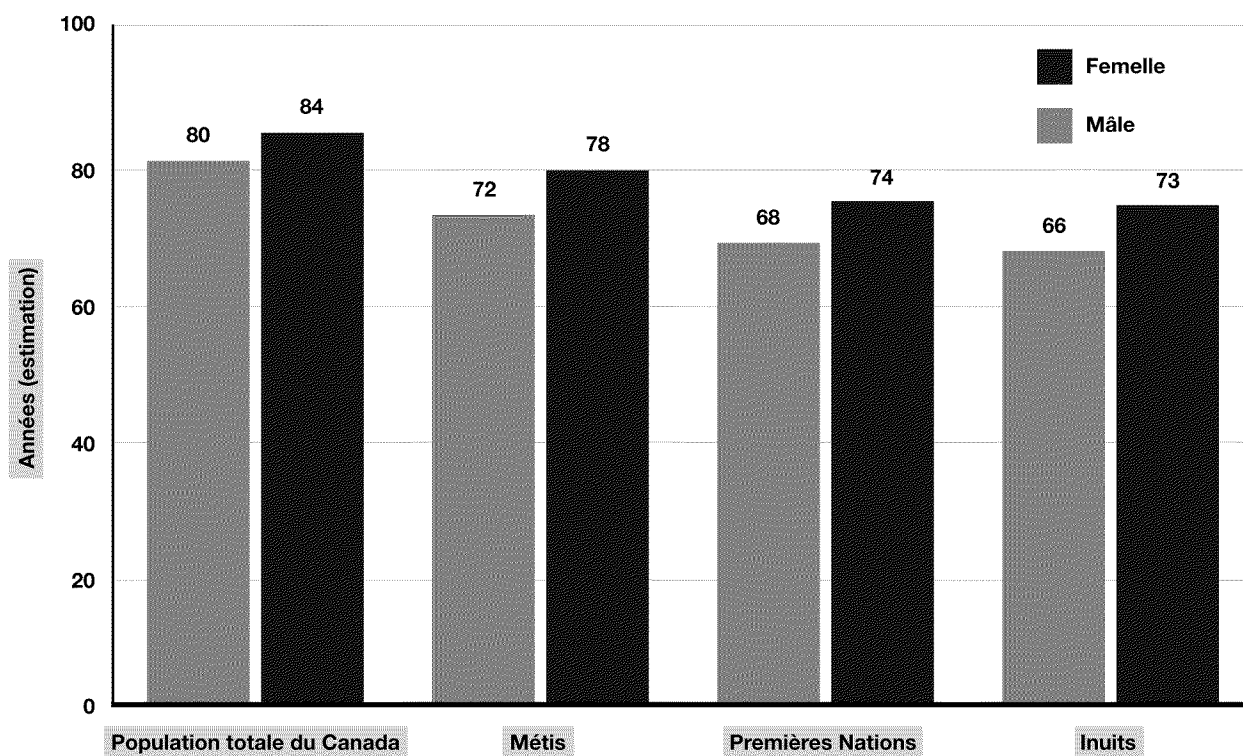
L'augmentation du nombre de décès chez les jeunes adultes est principalement attribuable à l'augmentation du nombre de décès par surdoses liées aux opioïdes, notamment chez les hommes jeunes et d'âge moyen. Les décès liés aux opioïdes ont eu des répercussions particulièrement graves sur l'espérance de 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 connaît 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 canadienne⁴. 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

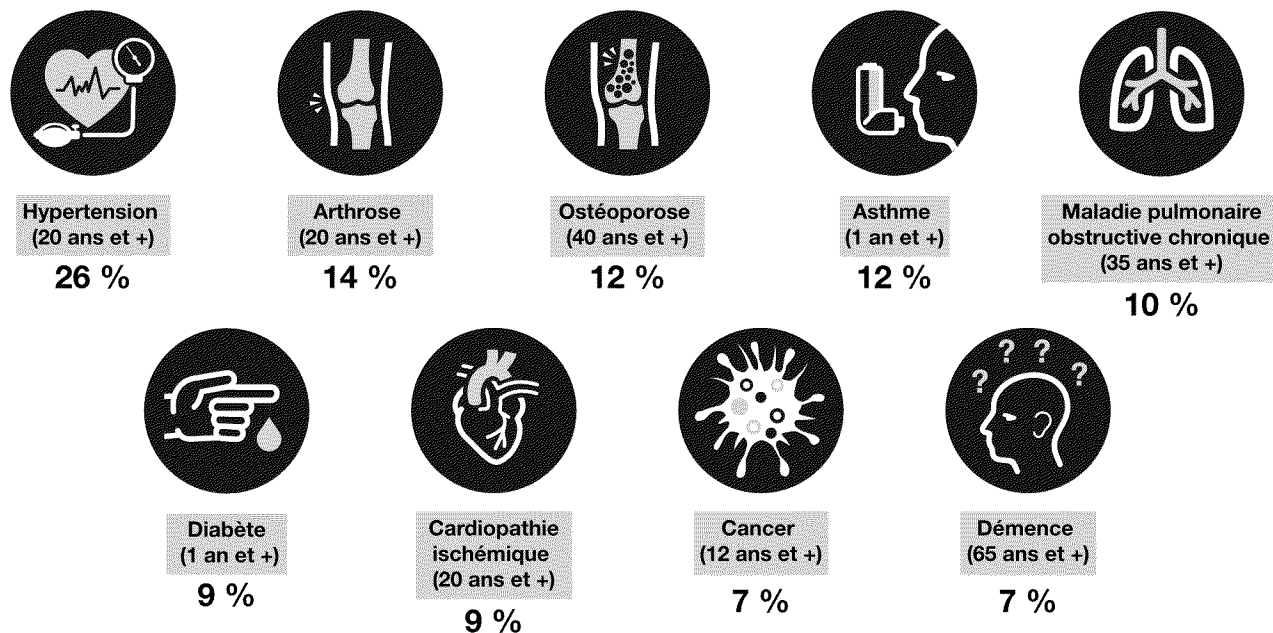
FIGURE 2 : Espérance de vie prévue à la naissance, par sexe, selon l'identité autochtone, Canada, 2009-2011



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 prévalenceⁱⁱ parmi certaines des maladies chroniques les plus courantesⁱⁱⁱ 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

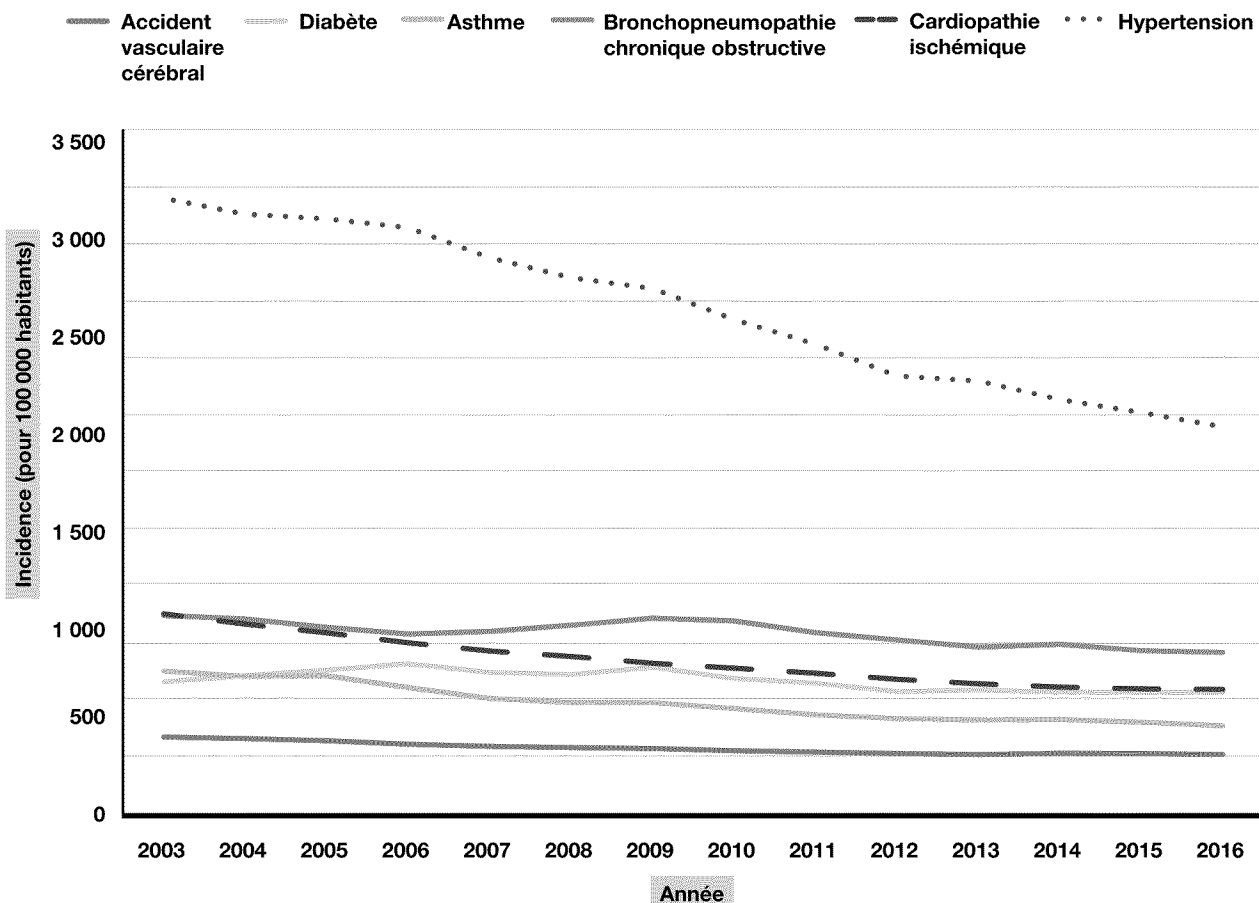
Les maladies chroniques demeurent la plus grande cause de morbidité au Canada. Près de la moitié des adultes canadiens âgés de plus de 20 ans rapportent être atteints d'au moins une des dix maladies ou conditions de santé chroniques courantes (Figure 3).⁷

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 persistant), 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 électroniques²⁶. 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

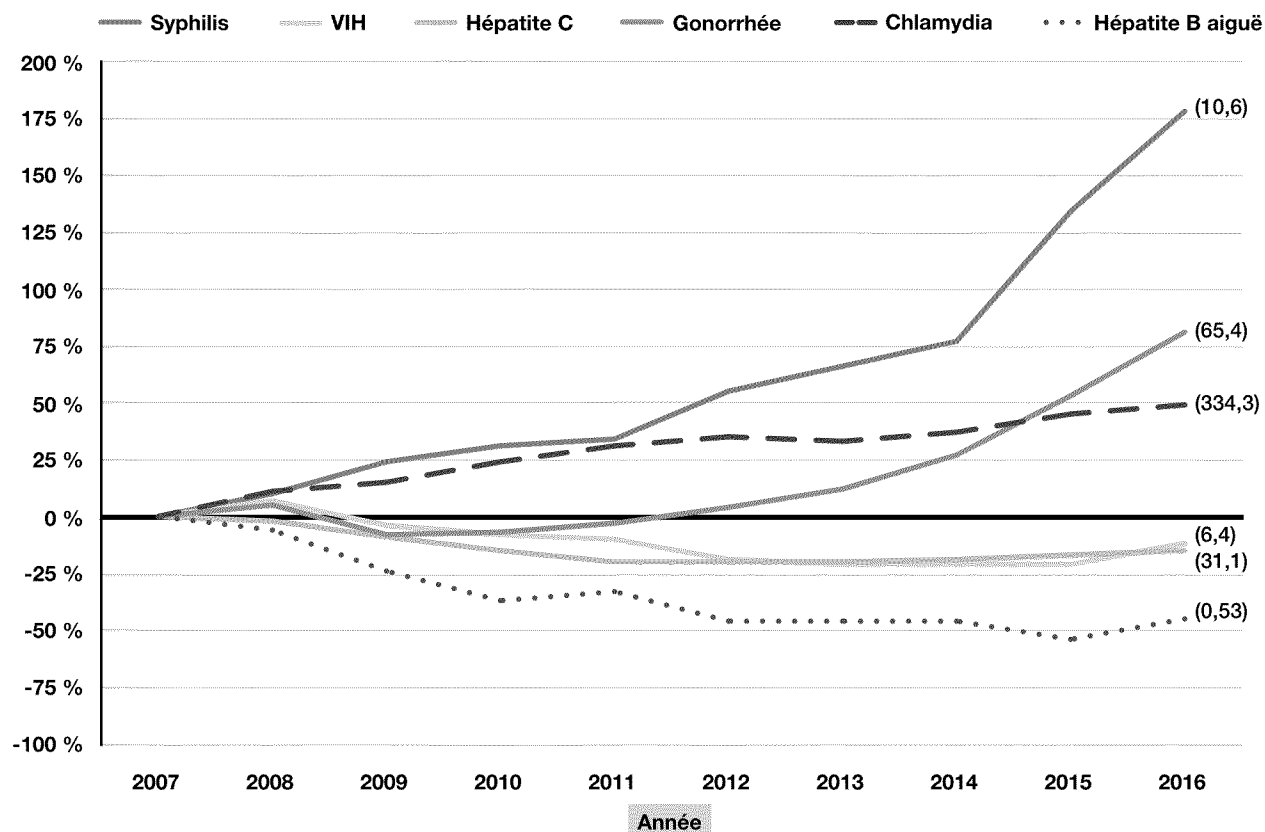
que la plupart des données disponibles sur la consommation de cannabis sont antérieures à la légalisation du cannabis au Canada en 2018.²⁸ Par conséquent, la déclaration de la consommation de cannabis s'est améliorée avec la mise en place du Centre de statistiques sur le cannabis en 2018, qui surveille 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 %) comparative-ment 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. Quarante-six pour cent (46 %) 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

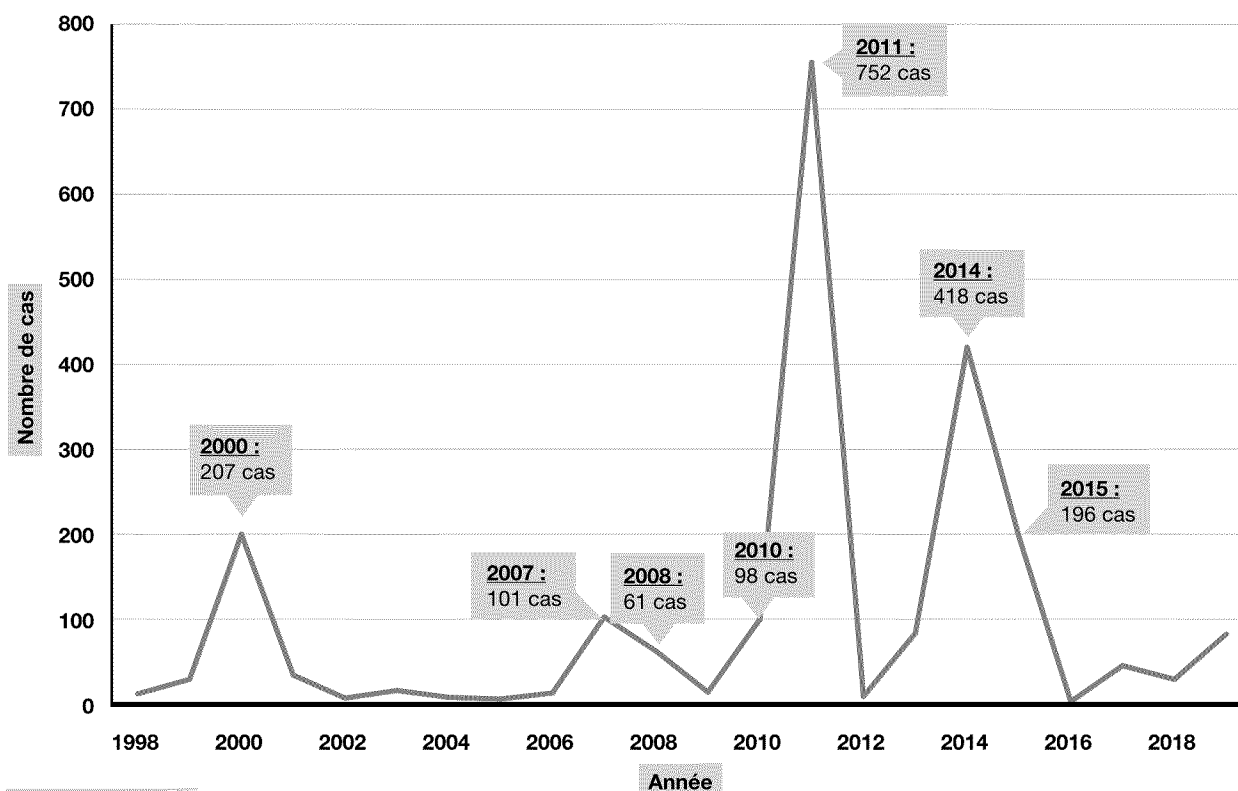
(SARM) acquises dans la communauté ont augmenté de 62 % entre 2012 et 2017, tandis que les infections à *Neisseria gonorrhoeae* résistant à l'azithromycine ont augmenté de 50 % entre 2015 et 2016.⁵² Bien que les taux d'infection à certains des organismes les plus résistants, dont les entérobactéries 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 écloison 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 sérotype 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.

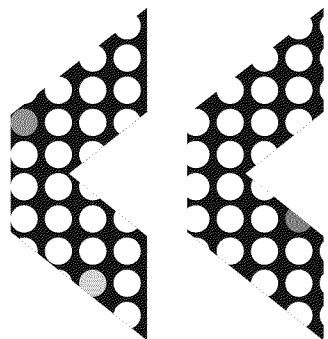
régime sans l'aiguiller vers des analyses supplémentaires. Charles quitte les lieux frustré et en éprouvant le sentiment d'avoir été ignoré. Il ne cherche pas à obtenir d'autres soins, car il s'inquiète de ne pas être pris au sérieux encore une fois. Plusieurs mois plus tard, Charles subit une crise 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 néonataux 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 influencer 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.

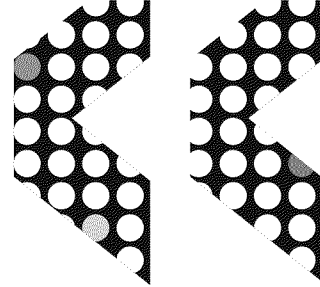
En tenant les personnes « à l'écart », afin d'éviter une maladie ou une menace perçue.

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.

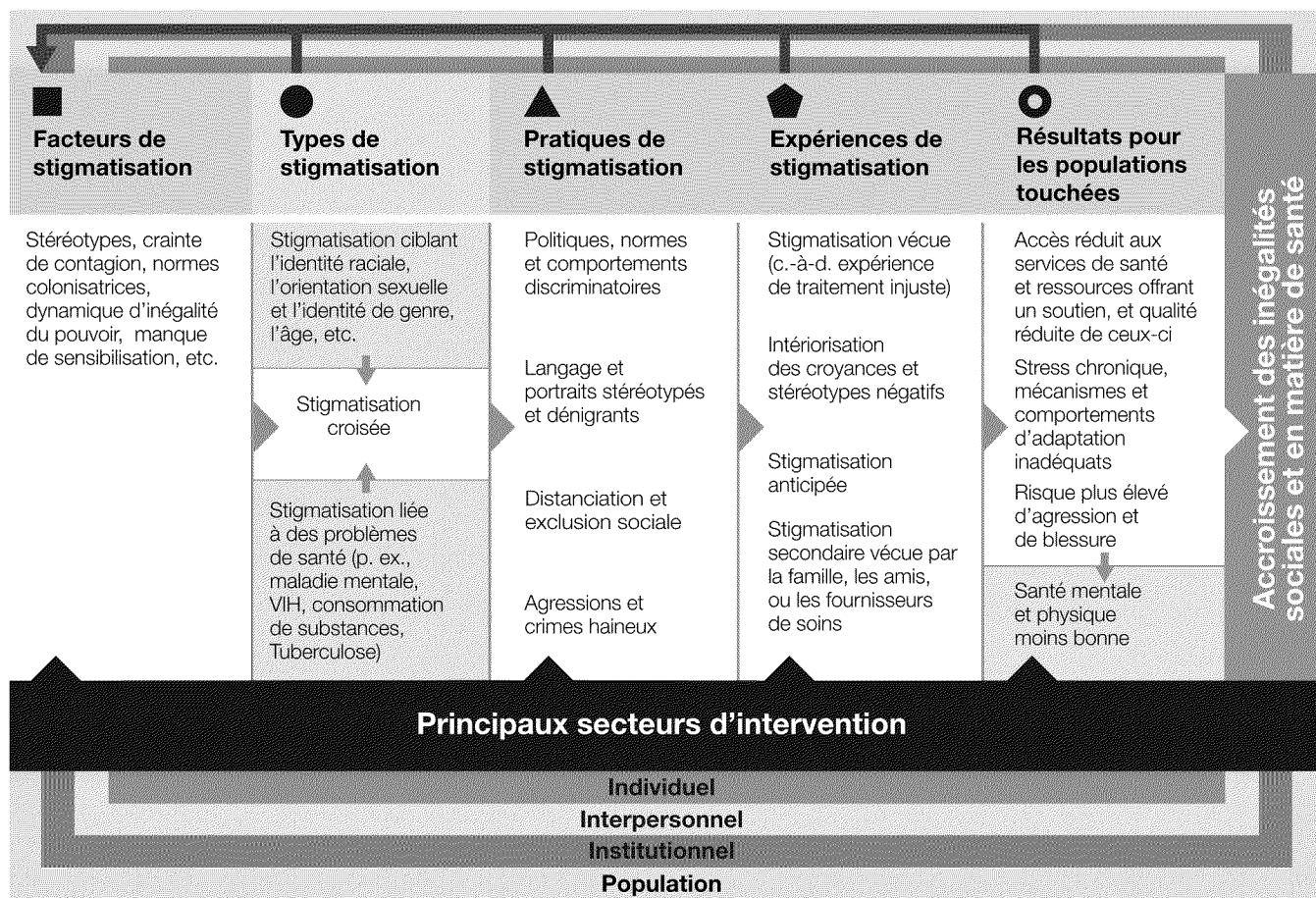
Pourquoi il est nécessaire d'avoir recours à un nouveau modèle en matière de stigmatisation

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 consentis 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.

Notamment, 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.⁹⁶

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.

TABEAU 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)				
<p>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.</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p> <p>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).</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Stress chronique menant à des stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool et de substances).</p> <p>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.</p>
Identités racialisées : Canadiens d'origine africaine et caribéenne et Canadiens de race noire (racisme)				
<p>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.</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p> <p>Système de santé : Comportement interpersonnel discriminatoire des professionnels de la santé; formation professionnelle en santé eurocentrique.</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Stress chronique menant à des stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool et de substances).</p> <p>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.</p>


 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)

<p>Hétéronormativité (l'orientation sexuelle attendue est hétérosexuelle); criminalisation historique des relations 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.</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
--	---	---	---	---

Stigmatisation liée à la santé mentale

<p>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.</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., déni, auto-isollement et consommation de substances).</p> <p>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.</p>
--	--	---	---	--

 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}

<p>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 ».</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p> <p>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 atteintes d'un trouble de consommation de substances; manque de formation ayant trait à la réduction des méfaits</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>
---	---	---	---	--

Stigmatisation liée au VIH

<p>Crainte d'infection ou de contagion; renseignements erronés concernant la transmission du VIH; suppositions inexactes à propos du pronostic et du traitement.</p>	<p>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)</p>	<p>Criminalisation de la non-divulgation; divulgation forcée; évitement et distanciation sociale; représentations négatives dans les médias.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex., retrait social, consommation de substances, déni, non-adhésion aux régimes de médicaments).</p> <p>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.</p>
--	---	--	---	--

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				
<p>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</p>	<p>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)</p>	<p>Évitement physique et exclusion par les autres; harcèlement; exclusion de la force de travail; représentations négatives dans les médias.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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).</p> <p>Stratégies d'adaptation nocives pour la santé (p. ex, troubles de l'alimentation).</p> <p>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).</p>

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

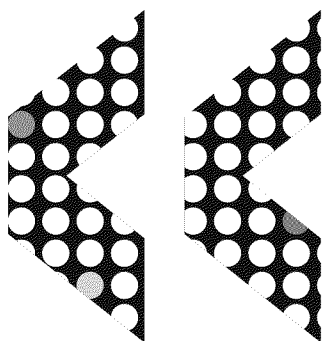
Comprendre la façon dont la stigmatisation peut se manifester dans les pratiques courantes du système de santé peut s'avérer utile lors de l'élaboration d'interventions à l'échelle du système. Ce qui suit est une description des pratiques clés et des principaux facteurs interdépendants qui favorisent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

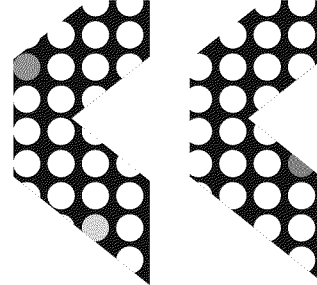
Préjugés implicites et conscients

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 inévitables 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

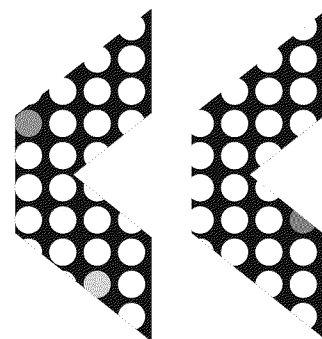
En 2009, Brian Sinclair, un homme autochtone de 45 ans, est décédé d'une sepsie évitable et traitable dans une salle d'urgence. Il avait été renvoyé à l'urgence par un médecin de sa communauté pour une infection de la vessie. À son arrivée, on ne l'avait pas bien évalué au triage et on lui a dit d'attendre 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. »

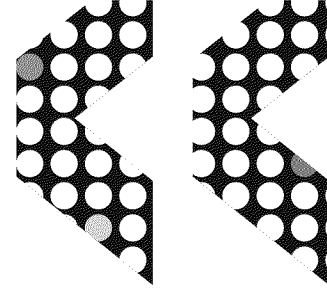
“You need education throughout your career. Not one day on cultural sensitivity, or mental health sensitivity.”

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 paraître 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 »

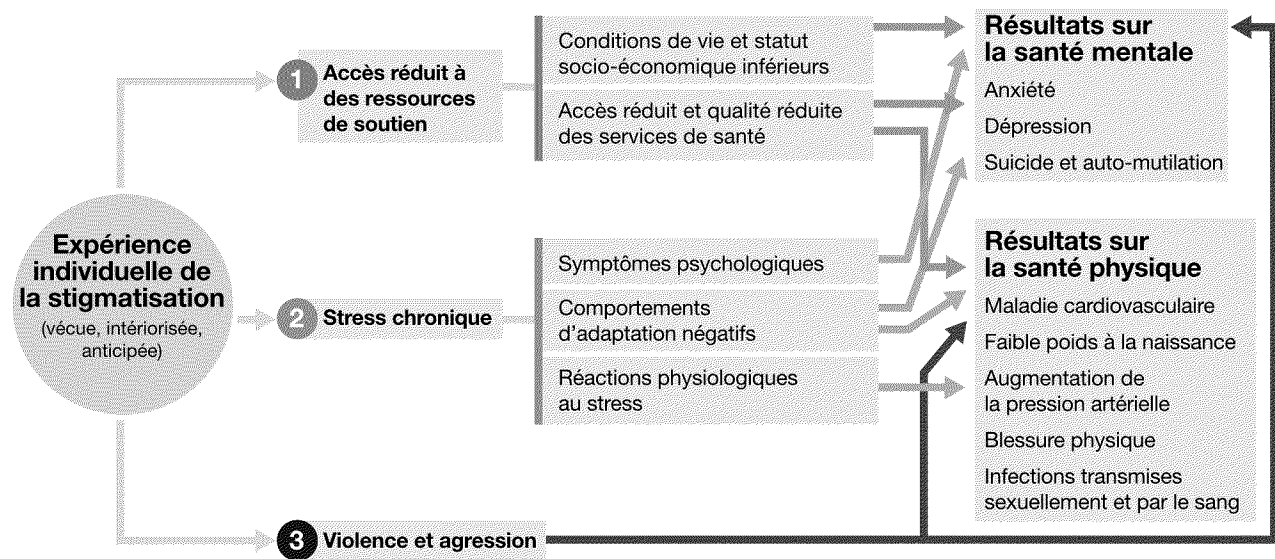
“When you challenge [cultural norms] in your practice, you can get boxed in... For example, when I talk about race, religion, gender, there is a defense mechanism that kicks in.”

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 proposés¹⁴⁹

Source : Adapté de Paradies et coll. 2013¹⁴¹

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

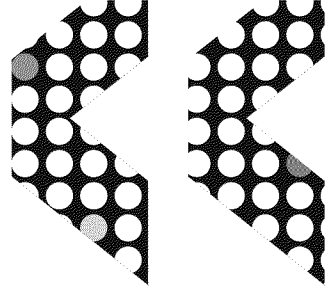
La stigmatisation peut représenter un obstacle à l'accès à des ressources essentielles et à des possibilités dans la vie, notamment le logement, les emplois, l'éducation, les relations interpersonnelles et les soins de santé. Ces obstacles peuvent découler d'une exclusion directe et active par la discrimination 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

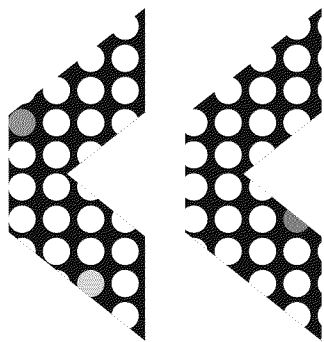
La stigmatisation est une grande source de stress psychologique, qu'elle soit vécue, internalisée ou anticipée. En raison de leur état stigmatisé, les gens issus de groupes stigmatisés peuvent éprouver de la honte, une faible estime de soi et de la culpabilité, en plus de courir un risque accru d'exposition 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

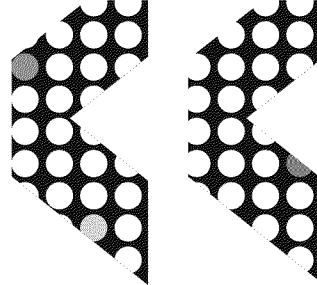
3 **La stigmatisation peut exposer des personnes à de la violence ou à des agressions**

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'acquiescer 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

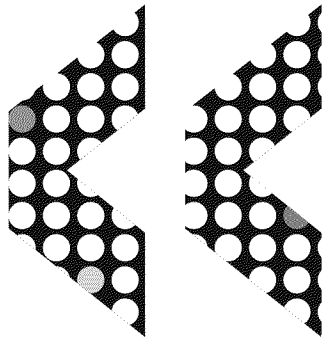
(« Vivre en étant noir ») :

« 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 stressseurs.^{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}

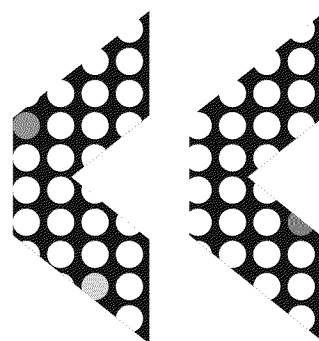
Lien avec la collectivité

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 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

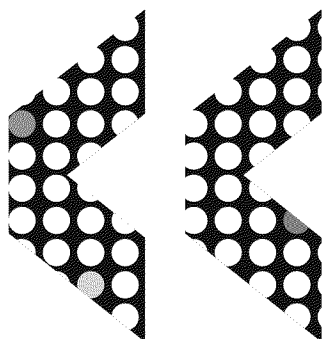
Les personnes atteintes de VIH se sont mobilisées tôt dans le cadre de l'épidémie du sida afin de mettre en place un puissant mouvement social ayant contribué à atténuer la stigmatisation associée au VIH et au



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

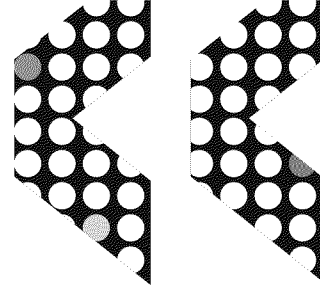
« [...] nous devons retrouver notre gentillesse et notre humanité, et reconnaître que si nous étions tous identiques, ce serait un endroit très ennuyeux; la diversité nous rend plus forts et nous donne la force pour atteindre nos objectifs. »

“...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 désinstitutionnaliser 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

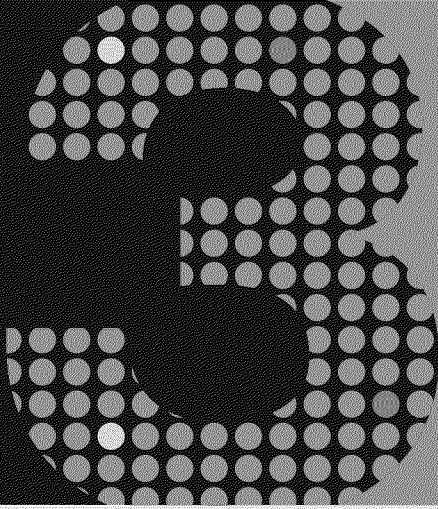
« Les membres des communautés qui sont touchées par la stigmatisation doivent participer. Ce sont eux qui devraient diriger la conversation. »

“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 assujéti 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 prénom

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

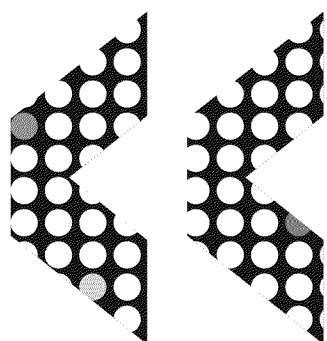
Les processus complexes qui se renforcent qui alimentent des facteurs et des pratiques en matière de stigmatisation exigent que nous ayons recours à des interventions à l'échelle du système. À l'aide d'un point de vue axé sur la santé publique, il est important de privilégier des interventions générales 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.



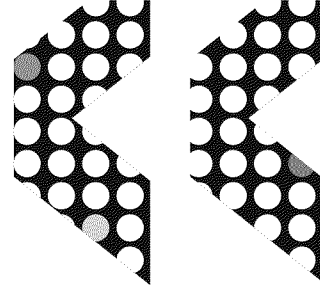
CITATION D'ENTREVUE

« 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 move forward.”

TABEAU 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		
<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien de groupe pour changer les croyances stigmatisantes, améliorer les capacités d'adaptation, favoriser l'autonomisation et créer un soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des croyances et attitudes stigmatisantes, et comportement attentif 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 interprètent 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. »

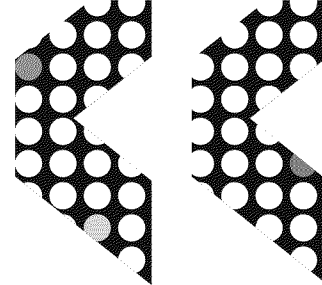
“I think that kind of dialogue is starting to occur, I would say and it is largely led by Indigenous communities who are saying that it is not appropriate to just focus on deficiencies. We need to focus on strength-based models, look at groups that are thriving and look at that as models for other groups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



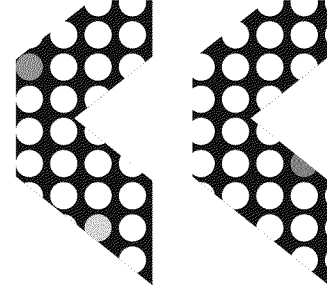
CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« [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 invitait 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.”

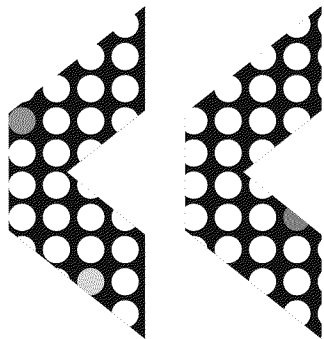
Initiative « Changer les mentalités » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)

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 ressemblerait 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. »

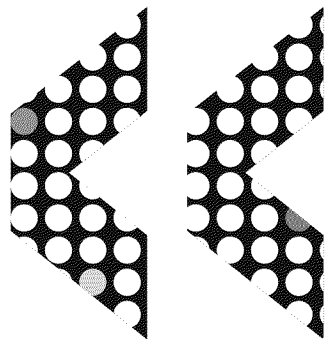
“What we have found is that education programs that share stories... We call it contact-based education or social contact. People hearing from individuals with lived experiences of mental health problems and mental illness who talk about their stories share what it was like when they had a mental illness, 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

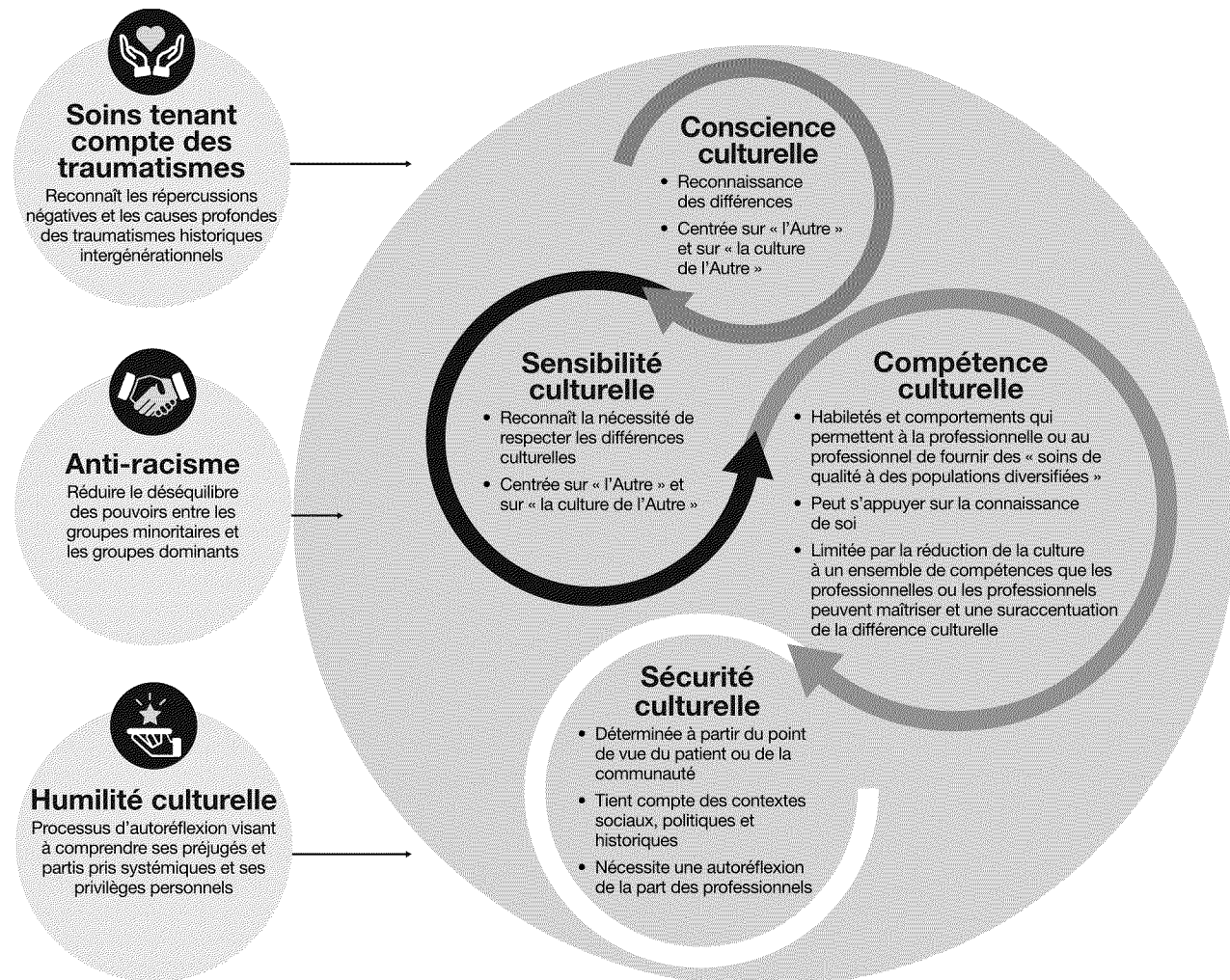
Le domaine de la compétence culturelle offre une autre approche pour traiter la stigmatisation dans les institutions de soins de santé. En termes généraux, les interventions de compétence culturelle portent sur le développement de la sensibilisation, des connaissances et des attitudes parmi les fournisseurs 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

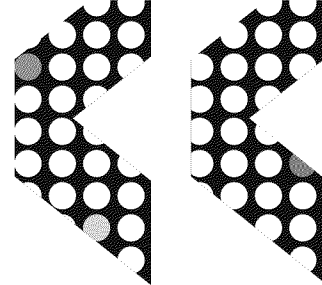
d'un focus sur les différences culturelles et se rapproche à une vision du système de santé comme un lieu propice au changement (figure 9). ²⁰⁴ Mis sur pied par des infirmiers enseignants autochtones en Nouvelle-Zélande en guise de modèle de soins de santé, la sécurité culturelle a été conçue afin de 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 transgenres²²³ et les populations racialisées.^{108, 174}



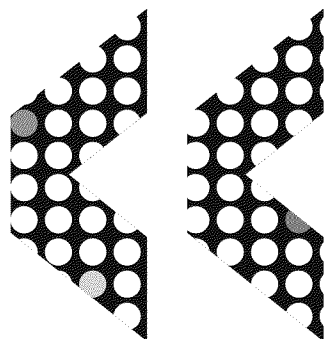
CITATION D'UN GROUPE DE DISCUSSION

« [...] 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.”

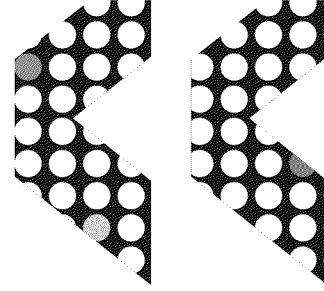
Réflexions d'un groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

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 nous 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 adaptés 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

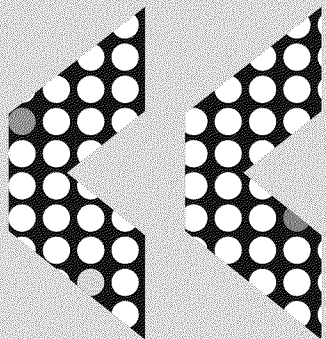
Réflexions d'un groupe de discussion sur la façon d'aborder la stigmatisation

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 habilent 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.”