



Introduction à l'équité en santé

Module 4 : Réflexion sur les visions du monde

Table des matières

Contents

Bienvenue.....	1
Objectifs d'apprentissage.....	2
Visions du monde et justice sociale	3
Vision du monde axée sur la justice sociale	3
Vision du monde et santé.....	9
Exercice sur l'échelle des croyances.....	10
Influence de la position sociale sur la vision du monde.....	12
Vidéo : Influence de la position sociale sur la vision du monde.....	13
Comprendre le privilège et l'oppression.	16
Cadre conceptuel pour comprendre les déséquilibres du pouvoir.....	18
Pratique réflexive	24
Rayna — Une étude de cas.....	25
RÉFLEX-ISS — Un outil pour la pratique réflexive	29
Exercice d'application des connaissances	32
Sommaire	34
Ressources, références bibliographiques et terminologie	35
Ressources.....	35
Références bibliographiques	36
Terminologie.....	38

BIENVENUE



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

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Avis de non-responsabilité

Cet outil peut être utilisé librement, sans autorisation et uniquement à des fins non commerciales, à condition de mentionner la source, c'est-à-dire le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario.

Il est formellement interdit d'en modifier le contenu sans l'autorisation écrite explicite du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et de Santé publique Ontario.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est situé à Mi'kma'ki, le territoire ancestral et non cédé du peuple micmac. Il est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans les modules ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario. (2019). *Cours d'introduction à l'équité en santé* (en ligne). CCNDS, SPO : Antigonish (N.-É.) et Toronto (Ont.).

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Dans les organismes de santé publique, la formation et l'expérience personnelle des cadres et des professionnels peuvent influencer la décision et la manière d'agir ou non sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de santé. Dans le présent module, vous aurez à réfléchir à la position sociale et économique que vous occupiez dans la société lorsque vous étiez enfant et à celle que vous occupez aujourd'hui en tant qu'adulte. Vous aurez aussi à en considérer l'influence sur votre perception des iniquités de santé, de leurs causes et des moyens à prendre pour y remédier.

Un travail d'introspection peut venir transformer votre vision de certaines choses, y compris le privilège, l'oppression, votre responsabilité personnelle et sociale, l'égalité et l'équité, et la santé.

À la fin du module, vous saurez :

1. expliquer en quoi les possibilités qu'offre une position sociale sont susceptibles d'influencer les perceptions et la vision du monde des individus;
2. réfléchir à l'influence de votre position sociale et de votre vision du monde sur votre capacité d'agir sur les iniquités de santé;
3. décrire en quoi la pratique réflexive peut se révéler efficace pour faire progresser la démarche vers l'équité en santé.

Il faudra compter environ 30 minutes pour terminer le module.

Le fait de vous livrer à une introspection sur vos valeurs, vos croyances, vos chances dans la vie et vos privilèges personnels — ou le fait de ne pas en avoir — peut provoquer chez vous une réaction émotive, comme de la peur, de la culpabilité, du ressentiment, de l'impuissance ou de la colère. Cela pourrait aussi vous inciter et même vous décider à passer à l'action. Prenez votre temps lorsque vous arriverez aux points de réflexion du module. Arrêtez-vous au besoin, et reprenez au même endroit plus tard.

Pour ce module en particulier, nous vous suggérons d'aborder les questions à débattre avec des collègues de travail.

VISIONS DU MONDE ET JUSTICE SOCIALE

D'où vient notre façon de voir le monde?

Les individus et les sociétés interprètent leur monde à partir de leurs croyances et de leurs idées reçues². Cette vision du monde oriente les attitudes des gens par rapport à leur santé et à la meilleure façon de la promouvoir¹. Bien des facteurs influencent la vision du monde, et ce qui influence celle des cadres et des professionnels de la santé publique par rapport aux déterminants sociaux de la santé et aux rôles de la santé publique pour agir sur ces déterminants s'inscrit dans les trois catégories d'influence ci-dessous.

Éducation familiale et antécédents familiaux :

La façon dont les gens perçoivent la société et, par le fait même, les déterminants sociaux de la santé est le fruit des croyances et des attitudes de leurs parents, de leur classe sociale et de leur groupe d'appartenance raciale, par exemple¹.

Formation :

Le contenu du programme d'études ou des programmes de résidence ou de stage pratique qui concerne les déterminants sociaux de la santé peut contribuer au point de vue qu'auront les cadres et les professionnels de la santé publique par rapport à la question¹.

Expériences professionnelles :

La mesure dans laquelle les déterminants sociaux de la santé ont la priorité dans les lieux de travail des gens façonne leur perception et leur façon d'y travailler¹.

Vision du monde axée sur la justice sociale



« Justice sociale : Renvoie à l'idée d'une société qui considère ses membres et ses groupes également et dont les bienfaits sont distribués de manière équitable. Dans ce contexte, la justice sociale est fondée sur les droits de la personne et l'équité. Selon la justice sociale, tous les groupes et tous les individus ont les mêmes droits fondamentaux, tels que la protection de leur santé et un revenu minimal. L'objectif de la santé publique, soit réduire au minimum les décès et les invalidités évitables pour tous, fait partie intégrante de la justice sociale. »

– Agence de la santé publique du Canada^{3(p.12)}

La justice sociale est l'une des valeurs fondamentales en santé publique³. Une **vision du monde axée sur la justice sociale** repose sur le bien commun, où tout le monde jouit des mêmes droits fondamentaux comme la santé, la nourriture et l'eau potable^{3,4}.

Les valeurs de justice sociale s'inscrivent dans une **vision du monde structurelle** selon laquelle la santé et la maladie dépendent d'une série de facteurs complexes et interalliés, y compris le contexte socioéconomique, la position sociale, les ressources matérielles et le comportement⁴⁻⁶. Ainsi, les iniquités de santé découlent d'un déséquilibre dans les systèmes sociétaux^{4,5}.

Les cadres et les praticiens de la santé publique qui sont d'avis que les déterminants sociaux de la santé et leur répartition sont le résultat des décisions en matière de politiques publiques et des structures économiques et politiques sont plus enclins à agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de santé^{7,8}. Les mesures prises à partir de cette vision du monde vont de plaider directement pour de meilleures politiques publiques et sensibiliser aux déterminants sociaux de la santé publique jusqu'à la mobilisation de la population pour ce faire⁸.

En sachant que la vision du monde des cadres et des professionnels de la santé publique influence la manière d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de santé^{7,8}, Tanis veut aider les membres de son groupe de travail à en savoir plus au sujet de la vision du monde d'autres professionnels et décideurs de la santé publique de manière à ce qu'ils en viennent à se poser des questions sur leurs propres visions du monde et histoires personnelles. Elle entend surtout les amener à explorer le lien de cause à effet entre ces visions du monde et la santé et la maladie, et l'influence de l'éducation familiale et des antécédents familiaux, de la formation et de l'expérience professionnelle sur ces visions du monde. Elle demande aux membres du groupe de travail de communiquer avec des professionnels et des décideurs afin d'en savoir plus sur le sujet. Apprenez-en plus sur leurs récits ci-dessous.



Je suis une praticienne de santé publique et j'ai reçu une formation universitaire dans ce domaine. J'étudie plus particulièrement l'équité en santé depuis quelques années. J'enseigne et je fais des recherches sur la question. Il se trouve aussi que je suis musulmane, visiblement une femme noire musulmane, qui évolue au sein d'un système qui n'accorde aucune priorité aux connaissances, aux compétences et à l'expérience de personnes de même physionomie que moi. J'aborde donc mon travail en m'appuyant à la fois sur mon savoir-faire universitaire et technique, mais aussi sur mes grandes connaissances du terrain.



Bon, alors j'ai commencé à comprendre l'équité en santé et son importance dans la lutte pour la justice sociale en 2010 lorsque je travaillais au Council of Agencies serving South Asians. Nous avons publié un important rapport intitulé Diagnosis for Equity, Looking at South Asian Health Disparities and Looking for Solutions. Jusqu'alors, malgré mes études en développement international et mon travail social, je ne connaissais pas et je ne comprenais pas les problèmes de maladie chronique, d'iniquités tout au long du parcours de vie et d'autres problèmes comme ceux de justice sociale de la manière dont ils étaient présentés dans ce rapport. J'avais appris à comprendre les disparités de santé dans ma propre collectivité, c'est-à-dire celle où j'avais grandi, en voyant et en acceptant en quelque sorte comme des défauts personnels issus de choix alimentaires ou du contexte culturel qui sont des éléments systémiques plus larges nécessitant des solutions plus larges.

Video: Groupe de personnes interviewées

Anne Guichard



J'ai commencé mes études en psychologie, mais au cours de ma formation j'ai été amenée à aller beaucoup, beaucoup sur le terrain, par exemple en Afrique subsaharienne, dans les prisons et avec des consommateurs de drogues, et je pense que c'est cette confrontation au terrain qui m'a permis de remettre en question certaines choses, qui m'a montré, par les témoignages des usagers de drogues, les témoignages de gens qui peinaient à avoir accès au système de soins ou l'observation, ce que je pouvais observer, bien que l'explication individuelle n'était pas suffisante pour comprendre un peu les problématiques de santé qui existaient.

Video: Groupe de personnes interviewées



J'ai eu un souvenir très clair des jours où nous faisons des visites à domicile, particulièrement en médecine générale. Nous rendions visite aux enfants, aux aînés et autres membres de la famille dans des quartiers de logements subventionnés parmi les plus pauvres. Il était très évident que nous retournerions traiter et continuer de traiter les problèmes de santé, comme l'asthme, l'hypertension artérielle ou le diabète. Nous devions constamment revenir traiter les mêmes patients parce que, très franchement, leurs conditions de vie étaient déplorables en termes de pauvreté et d'insécurité alimentaire. Il était donc effarant de voir ces gens vivre dans ces conditions et les effets de ces conditions sur leur vie quotidienne.

Video: Groupe de personnes interviewées



Je dois dire que la première et sans doute la plus grande influence que j'ai eue dans ma vie me vient de mon milieu familial et de ce que j'ai vécu en grandissant. J'ai grandi dans une famille où la justice sociale et la mise en valeur de la diversité étaient des valeurs importantes. On m'a enseigné ces valeurs à un très, très jeune âge, d'après mon souvenir. Ma famille était, et est encore, de descendance juive. L'antisémitisme se faisait beaucoup ressentir malheureusement durant mon enfance dans notre société. Par conséquent, j'en étais consciente et je l'ai vécu.

Dès mon plus jeune âge, j'ai été très consciente de l'injustice sociale et très engagée dans les luttes pour la justice sociale, quoique je ne l'aurais pas articulé de cette manière, évidemment. J'ai poursuivi le même chemin jusqu'à l'université, durant mes études en sciences infirmières, et j'ai décidé à ce moment-là que je voulais travailler sur le terrain. C'était mon souhait parce que je voulais travailler avec les groupes de population défavorisée d'une façon quelconque sur le plan social. C'est pourquoi j'ai abouti en santé publique : parce que c'est la nature du travail de santé publique.

VISION DU MONDE ET SANTÉ

Le groupe de travail de Tanis sait que la justice sociale est l'une des valeurs fondamentales de la santé publique. Il veut toutefois en savoir davantage sur le fait que, dans la société canadienne en général, c'est une **vision du monde axée sur la justice commerciale** qui prédomine⁴. Qu'est-ce que ça veut dire? Une telle vision suppose que les conséquences, c'est-à-dire la santé et la maladie, sont le résultat d'un effort **individuel** et d'**une économie de marché**.

Au Canada, la plupart des gens voient la santé comme un cheminement^{4,5}. Ils considèrent donc que la santé ou la maladie résultent inévitablement de leurs décisions en cours de route⁵. Autrement dit, si un individu prend de « bonnes » (c.-à-d. saines) décisions, il aura une bonne santé. S'il prend de mauvaises (c.-à-d. nocives) décisions, il souffrira d'une maladie.

Tanis connaît l'importance de prendre conscience de la vision du monde dominante, quelle que soit celle des individus travaillant dans un organisme de santé publique, parce que les gens résistent ou font la sourde oreille aux messages qui ne correspondent pas à leur propre vision du monde^{4,5}. La « prise de conscience » des membres du groupe de travail de Tanis concerne toutefois le fait que, pour traiter adéquatement des déterminants sociaux de la santé dans leurs messages à la population, les acteurs de la santé auront avantage à mieux comprendre ce qui incitera les gens à passer à l'action. Sans cette connaissance de l'auditoire cible, il faut structurer les messages de manière à faire écho à la vision du monde dominante et à offrir des points de vue différents qui favoriseront le changement souhaité.



Pour en savoir plus sur la manière de communiquer à la population des messages au sujet des déterminants sociaux de la santé tout en tenant compte de la vision du monde dominante, allez à la section Ressources à la fin du présent module.

Exercice sur l'échelle des croyances

À titre d'individus et de professionnels de la santé publique, notre vision du monde se rapproche sans doute de l'une ou l'autre des visions du monde abordées précédemment. Nos croyances comportent sans doute aussi des zones grises⁴. L'exercice ci-dessous vise à vous aider à prendre conscience de l'endroit où vous vous situez sur l'échelle des croyances ou des visions du monde au sujet des iniquités de santé.

Dans le tableau ci-dessous, sélectionnez les affirmations avec lesquelles vous êtes d'accord. Lorsque vos choix seront faits, passez à la page suivante pour connaître votre position sur l'échelle des croyances.

Colonne A	Colonne B	Colonne C
Les gens ont le droit de chercher à obtenir le plus d'avantages possible.	Le Canada est structuré de manière à permettre aux gens d'améliorer leurs conditions de vie.	L'égalité des revenus est juste et favorise la paix, la cohésion sociale, le bonheur, la liberté et la démocratie.
Une société où le revenu serait réparti de manière égale ne constitue pas une véritable panacée.	Tout le monde devrait pouvoir vivre en santé une vie bien remplie.	L'ensemble de la population canadienne devrait être capable de subvenir à ses besoins fondamentaux.
L'égalité des revenus n'est pas juste.	L'égalité des chances est légitime.	La cohésion familiale et sociale joue un rôle important.
Aider les personnes qui ne le méritent pas va à l'encontre de la valeur liée à l'autonomie.	Les gens qui travaillent plus fort ou qui ont plus d'aptitudes devraient avoir plus.	Une nouvelle répartition de la richesse vient reconnaître la contribution de l'ensemble de la population à la richesse du pays.
Une certaine inégalité est le signe d'une bonne économie de marché. Elle est naturelle.		

Exercice - Votre vision du monde et vos croyances au sujet de la santé

L'égalité des revenus est juste et favorise la paix, la cohésion sociale, le bonheur, la liberté et la démocratie.	Le Canada est structuré de manière à permettre aux gens d'améliorer leurs conditions de vie.	Une certaine inégalité est le signe d'une bonne économie de marché. Elle est naturelle.
<div>Vision axée sur le cheminement/ la justice commerciale</div>	Tout le monde devrait pouvoir vivre en santé une vie bien remplie.	<div>Vision structurelle/ axée sur la justice sociale</div>
La cohésion familiale et sociale est importante.	Le gens ont le droit de profiter d'avantages possible.	L'égalité des revenus n'est pas juste.
Aider les personnes qui ne le peuvent pas.	Les gens qui travaillent plus fort méritent plus.	Une nouvelle répartition de la richesse.

Si les affirmations que vous avez sélectionnées proviennent surtout de la colonne A, vous avez probablement tendance à pencher pour une vision axée sur la justice de l'économie de marché et le cheminement par rapport aux iniquités de santé. Au contraire, si les affirmations que vous avez sélectionnées proviennent surtout de la colonne C, vous avez probablement tendance à pencher pour une vision axée sur la justice sociale et structurelle par rapport aux iniquités de santé.

Maintenant que vous avez terminé l'exercice, vous avez probablement une meilleure idée de la vision du monde qui vous tient le plus à cœur. Discutez-en avec vos collègues en débattant des questions ci-dessous à la lumière de cet exercice* :

1. En quoi votre vision du monde façonne-t-elle votre conception et votre interprétation des iniquités de santé?
2. En quoi votre vision du monde oriente-t-elle vos stratégies habituelles pour réduire les iniquités de santé?

*Les questions sont adaptées du document intitulé UNNATURAL CAUSES Discussion Guide, un projet de California Newsreel⁹.

Rappelez-vous, si une information ou une activité se révèle pénible ou difficile pour vous émotionnellement, prenez une pause du cours, puis revenez-y plus tard.

INFLUENCE DE LA POSITION SOCIALE SUR LA VISION DU MONDE



J'ai grandi dans une famille à faible revenu. Comme adulte, je suis capable de comprendre ce qui m'a poussé à devenir un travailleur social, et à m'intéresser par la suite au développement communautaire. Je pense avoir une connaissance personnelle de ce que représente le fait d'être pauvre, et surtout de grandir dans la pauvreté. Cela a donc une grande influence sur moi.

— Professionnel de la santé publique^{1(p.5)}



Je ne fais pas partie d'une majorité ethnique, et j'ai rencontré toute sorte de monde. J'ai vécu des problèmes de racisme et affronté des croyances voulant que les personnes issues de familles monoparentales et non Blanches ne réussissent pas aussi bien dans la vie. Je pense que je me montre plus sensible à ces questions que certains de mes pairs.

— Cadre de la santé publique^{1(p.5)}



J'ai grandi dans le nord du pays. Mon père travaillait pour une société minière. J'ai donc été témoin d'enjeux syndicaux, d'incidents miniers, de différends syndicaux-patronaux, des effets des quarts de travail sur la santé et des conséquences d'une ville qui dépend d'un seul employeur lorsque l'entreprise décide de faire passer son personnel de 30 000 à 10 000 personnes.

— Professionnel de la santé publique^{1(p.5)}

Comme vous venez de l'étudier, l'éducation familiale, la formation et d'autres facteurs influencent la vision du monde des cadres et des professionnels de la santé publique en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités de santé¹. Selon leur situation sociale et leurs antécédents, les gens font l'expérience du monde qui les entoure à travers le prisme du privilège et de l'oppression, où l'oppression est un système qui discrimine certains groupes et en privilégie d'autres¹⁰.

La forme de nos privilèges — ou l'absence de privilèges — influence notre interprétation du monde. Habituellement, plus le système favorise une personne, plus les effets en seront invisibles à ses yeux¹⁰.

En effectuant des recherches sur la question, un membre du groupe de travail tombe sur les citations ci-dessus mentionnées qui proviennent d'une étude sur les cadres et les professionnels de la santé publique. Ces commentaires montrent l'influence de l'appartenance à un groupe qui est la cible d'oppression sur la vision du monde, y compris sur la perception des déterminants sociaux de la santé. 1 Examinons de plus près les questions d'oppression et de privilège.

Vidéo : Influence de la position sociale sur la vision du monde



Source d'information de la vidéo : Toronto District School Board. (2010). *Mapping Power Activity: A Facilitator's Guide. Equitable and Inclusive Schools*. Toronto (Ont.) : Toronto District School Board. Récupéré de <https://www.tigurl.org/images/tiged/docs/activities/1491.pdf> (en anglais)

L'oppression est le fruit des préjugés et du pouvoir institutionnel qui, conjugués, créent un système où les groupes dominants ont la latitude d'exercer un contrôle sur des groupes ciblés. L'oppression s'exprime sur divers plans, y compris individuel, institutionnel, et sociétal et culturel.

Sur le plan institutionnel, les organisations et institutions sociales créent et font respecter des politiques, des lois, des règlements, des normes et des coutumes qui favorisent un groupe social aux dépens d'un autre.

Les plans sociétal et culturel renvoient aux idées, aux croyances aux stéréotypes et aux préjugés qui reflètent et renforcent l'idée de la supériorité d'un groupe par rapport à un autre.

Le plan individuel concerne les attitudes et les comportements qui traduisent les préjugés contre un groupe social. L'oppression s'exprime à la fois subtilement et ouvertement.

Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de ces multiples plans :

Discrimination institutionnelle et systémique	Idées reçues, croyances, stéréotypes et préjugés	Discrimination individuelle et actes individuels
Représentation médiatique des stéréotypes, des préjugés et des préjudices.	Handicap : Si une personne est exceptionnelle dans une forme d'intelligence, alors elle est exceptionnelle dans d'autres formes, voire toutes les formes.	Injures : insultes racistes, commentaires homophobes et moqueries au sujet des manières, plaisanteries déplacées.
Représentation de groupes raciaux et ethniques, du genre, des personnes handicapées, des communautés LGBTQ, et du faible statut socioéconomique comme étant inférieurs ou suspects.	Ethnoculturel : Un individu ou un groupe ethnoculturel communique les souhaits de l'ensemble des personnes appartenant au groupe.	Exclusion fondée sur la capacité, la race, le genre, l'orientation sexuelle ou le statut socioéconomique.
Ressources inégales en raison des quartiers riches.	Genre : Les garçons sont sociables, et les filles ont un instinct maternel.	Menaces physiques, cyberintimidation, délaissement.
L'usage du pouvoir institutionnel pour accorder ou refuser d'accorder des droits, une représentation, des ressources et le respect à des groupes ou à des individus en raison de leur race, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur classe sociale ou de leur handicap.	Orientation sexuelle : être de la communauté LGBTQ est une maladie qu'il est possible de traiter.	
	Socioéconomique : Les gens pauvres ne travaillent pas très fort.	

Au quotidien, les actes d'oppression peuvent prendre la forme de **micro-agressions**. Comme l'explique D.W. Sue, les micro-agressions se définissent comme étant les rebuffades, insultes ou affronts verbaux, non verbaux et environnementaux quotidiens, intentionnels ou non, qui communiquent des messages hostiles, désobligeants ou négatifs à l'encontre de quelqu'un

uniquement en raison de leur appartenance à un groupe marginalisé. Souvent, les messages cachés peuvent avoir pour effet d’annihiler l’identité du groupe ou la réalité vécue des personnes ciblées, de les rabaisser en tant qu’individus ou groupe, de leur laisser entendre qu’ils sont des êtres humains inférieurs et qu’ils n’appartiennent pas au groupe majoritaire, de les menacer ou de les intimider, ou de les reléguer à une classe et à un traitement inférieurs.

À l’inverse, le privilège donne des droits acquis et des avantages aux groupes sociaux dominants au détriment des membres des groupes sociaux opprimés. En général, les personnes privilégiées sont incapables de le voir. Elles croient avoir gagné leurs privilèges et que tout le monde a accès aux mêmes privilèges, moyennant un certain effort.

Comment la position sociale influence-t-elle la vision du monde?

Ce qui empêche les gens de se rendre compte de leur privilège^{11(p.15)?}

- Aucune conscience de la réalité de l’oppression
- Aucune conscience de son propre privilège
- Protection consciente de son propre privilège
- Culpabilité ou honte
- Peur de se faire étiqueter d’opresseur
- « La culture de la politesse »
- Renforcement des stéréotypes dans les médias
- Valeurs nationales et dominantes : individualisme, méritocratie et ainsi de suite

Ce schème de pensée s’inscrit dans la vision du marché, de la justice et de la vie que nous avons étudiée plus tôt. En réalité, toutefois, c’est que les privilèges d’une personne sont reçus et accordés en fonction de son appartenance à un groupe dominant.

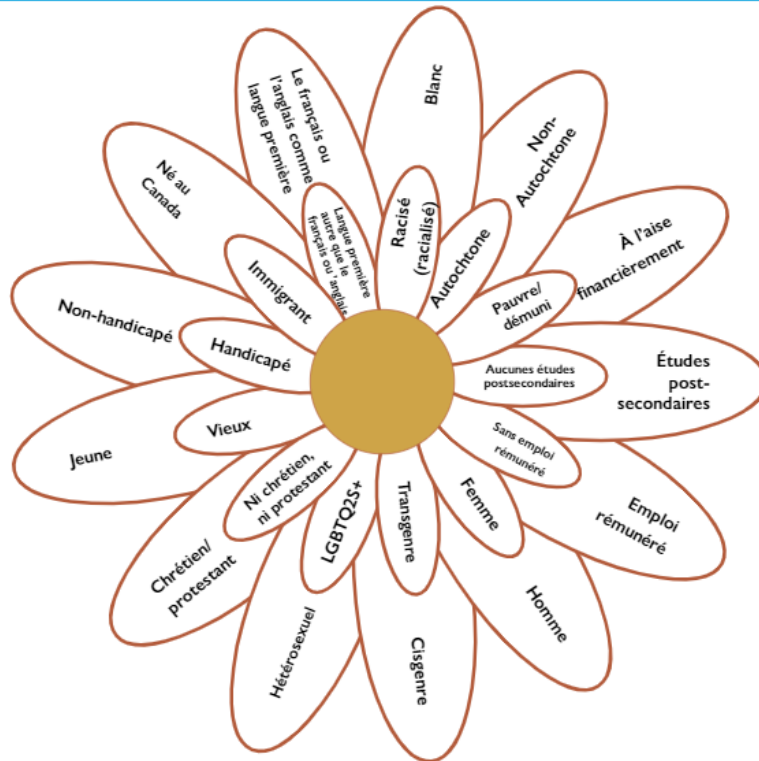


Si vous voulez approfondir votre réflexion au sujet des comportements abusifs, les vôtres ou ceux des autres, consultez le document *To Equalize Power Among Us*, produit par Tools for Change (voir aussi à la fin du module la section Ressources, références bibliographiques et terminologie)

COMPRENDRE LE PRIVILÈGE ET L'OPPRESSION.

Étudions maintenant votre propre modèle de privilège et d'oppression. Sur le dessin de la « fleur du pouvoir » ci-dessous, cliquez sur un pétale qui s'applique à vous pour connaître votre « situation sociale ».

Comprendre le privilège et l'oppression



Source : De nombreuses organisations ont adapté l'outil de la fleur du pouvoir au fil des ans. La version présentée ici est une adaptation de : Ng, W. (2014). *A tool for everyone: Revelations from the "Power Flower"* [Internet]. Endroit inconnu : LGBTQ2S Toolkit [cité le 2 août 2016]. Récupéré de <http://lgbtq2stoolkit.learningcommunity.ca/wp/wp-content/uploads/2014/12/flower-power-exercise.pdf> (en anglais)

Identités dominantes/détenant le pouvoir dans la société	Identités sociales
Blanc	Racialisé (racisé)
Non-Autochtone	Autochtone
À l'aise financièrement	Pauvre/démuni
Études postsecondaires	Aucunes études postsecondaires
Emploi rémunéré	Sans emploi rémunéré
Homme	Femme
Cisgenre	Transgenre
Hétérosexuel	LGBTQ2S+
Chrétien/protestant	Ni chrétien ni protestant
Jeune	Vieux
Non-handicapé	Handicapé
Né au Canada	Immigrant
L'anglais ou le français comme langue première	Langue première autre que le français ou l'anglais

Maintenant que vous connaissez votre « situation sociale », prenez le temps de réfléchir et de répondre aux questions suivantes :

1. Est-ce que vos pétales se trouvent en majorité à l'intérieur ou à l'extérieur de la fleur ou bien sont-elles réparties équitablement?
2. Quels types d'avantages ou de désavantages vous font vivre vos groupes d'appartenance? Les avez-vous vécus directement?
3. En quoi votre propre modèle de privilège et d'oppression influence-t-il votre vision du monde par rapport à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé?
4. D'après vous, quels pétales reflètent le vécu de vos collègues, de votre famille, des autres participants au cours ou de vos clients? En quoi leur modèle de privilèges et d'oppression influence-t-il leur vision du monde par rapport à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé?

Nos identités sont complexes et s'entrecroisent. Cependant, comme vous l'avez appris dans le module 2, l'intersectionnalité des identités n'est pas cumulative. L'intersectionnalité de certaines catégories influence beaucoup plus la santé que l'une ou l'autre des catégories prise à elle seule¹². Autrement dit, si vous avez vécu des désavantages en raison de votre race ou de votre genre, par exemple, l'effet combiné est plus fort que la somme des effets des désavantages vécus en raison seulement de votre race ou bien de votre genre.

Cadre conceptuel pour comprendre les déséquilibres du pouvoir

Jetez un coup d’œil au tableau ci-dessous. On y montre les systèmes d’oppression qui influence le modèle de stratification sociale qui donne lieu aux iniquités de santé dans la société^{13,14} (comme nous l’avons étudié dans le module 2). Si vous faites partie d’un groupe non dominant, vous êtes plus susceptibles de subir l’influence négative du système social correspondant. Si vous faites partie du groupe dominant, vous faites l’expérience du privilège.

Systèmes d’oppression	Variable	Groupes dominants	Cibles de l’oppression
Racisme	Race/couleur	Blancs	Autochtones et personnes racialisées
Colonialisme de peuplement	Statut d’Autochtone	Non-Autochtones	Premières Nations, Inuits, Métis
Classisme	Milieu socioéconomique	Classe moyenne, supérieure	Personnes vivant dans la pauvreté, classe ouvrière
Élitisme	Niveau de scolarité, place dans la hiérarchie	Gestionnaires diplômés, corps professoral	Personnel de soutien, non-diplômés, étudiants
Sexisme	Sexe	Hommes	Femmes
Binarisme	Identité de genre/expression du genre	Cisgenres; apparence et comportement conformes à la bicationnement (classification du genre en deux).	Transgenre; de genre non binaire; queers; androgynes; bispituelles
Discrimination envers les homosexuels	Orientation sexuelle	Hétérosexuels	Gais; lesbiennes; personnes bisexuelles, pansexuelles, asexuelles, en questionnement, bispituelles
Persécutions religieuses/antisémitisme/islamophobie	Religion	Chrétiens/protestants	Musulmans, juifs, agnostiques, hindous, athées, spirituels, Jésus-Christ des saints des derniers jours, témoins de Jéhovah, païens
Âgisme/adultisme	Âge	Jeunes adultes, adultes	Les plus de 40 ans, aînés, enfants
Capacitisme	Capacité physique, mentale, émotionnelle et d’apprentissage	Actuellement non-handicapé	Personnes ayant une incapacité physique, une déficience

Systèmes d'oppression	Variable	Groupes dominants	Cibles de l'oppression
			intellectuelle ou affective ou un trouble d'apprentissage
Xénophobie	Statut d'immigrant	Né au Canada	Immigrants
Discrimination linguistique	Langue	Francophones ou anglophones	Non-francophones ou non-anglophones; personnes dont la langue seconde est l'anglais ou le français

Source : Adaptation au contexte canadien de Visions, Inc. : Batts V. (2017). *Is reconciliation possible? Lessons from combating "modern racism"* [Internet]. Dorchester (MA) : Visions Inc. [cité le 14 mai 2018]. Récupéré de <https://visions-inc.org/wp-content/uploads/2017/09/is-reconciliation-possible-july-2017-3.pdf> (en anglais)

Après avoir passé en revue le cadre conceptuel, prenez le temps de réfléchir à votre propre vécu relativement à chaque type d'oppression ou de privilège. Essayez de penser à des exemples précis par rapport à votre contexte de travail, c'est-à-dire des situations que vous avez vécues, desquelles vous avez été témoin ou bien où vous avez fait preuve de racisme, d'âgisme, de sexisme ou d'autres attitudes oppressives fondées sur des différences perçues. Servez-vous des questions ci-dessous pour orienter votre réflexion.

Quand avez-vous...

- subi de la discrimination?
- été témoin de discrimination ou de racisme à l'égard de quelqu'un?
- simplifié à l'extrême les raisons de la mauvaise santé de quelqu'un?
- attribué la forte incidence d'une maladie quelconque dans un groupe de population à votre perception de ce groupe en général — généralisation à partir d'une seule expérience du groupe de population?

En quoi vos pratiques et vos comportements vont-ils dans le sens ou dans le sens contraire des systèmes d'oppression?

Durant leur propre processus de réflexion, les membres du groupe de travail visionnent la vidéo ci-dessous où des professionnels de la santé publique discutent de l'influence que leur expérience vécue du privilège et de l'oppression a eue sur leurs croyances et leur compréhension de la santé, des iniquités de santé et des déterminants sociaux de la santé et ce qui en a transpiré dans leurs pratiques.



Quand on parle d'équité en santé, on parle en réalité de l'impact de la dynamique du pouvoir et du privilège sur la vie des gens, c'est-à-dire très concrètement dans leur quotidien. Pour ce qui est de mon propre vécu par rapport au privilège et à l'oppression, je signale que j'ai grandi dans une famille de la classe moyenne. Au Cameroun où j'ai grandi, le genre détermine beaucoup de choses. Je pense que j'étais très consciente que la discrimination sexuelle pouvait beaucoup nuire d'une façon ou d'une autre à mes aspirations dans la vie.

À l'échelle mondiale, je suis très consciente des forces qui entrent en jeu par rapport à la race et au racisme. Dans ce contexte mondial, je suis Africaine et très consciente de l'influence des décisions prises très loin de l'endroit où nous vivons et qui influencent nos vies. Je parle des décisions prises à l'échelle internationale, le plus souvent par les pays occidentaux, alors j'étais très consciente de cette espèce de séparation. Je n'avais toutefois jamais eu à négocier la question de la proximité de la race dans mon quotidien avant mon arrivée au Canada, à la toute fin de mon adolescence.

Parmi les autres choses que j'ai trouvées très importantes par rapport à notre façon de comprendre les iniquités de santé, je mentionnerais la mesure dans laquelle ces iniquités de santé sont importantes pour ceux d'entre nous qui subissent peut-être de l'oppression en raison

de tout un éventail de facteurs sociaux et aussi comment parvenir à nous exprimer dans ces conversations. Je crois que c'est très important, parce que nous parlons de l'importance des collectivités qui sont directement touchées, de tenir compte de l'expérience vécue des gens dans notre travail. J'essaie donc toujours, lorsque je suis en position de privilège, de savoir bien reconnaître si je laisse aux autres de l'espace, d'être consciente de l'influence de mon propre privilège en raison de mes connaissances, de mon organisme ou de mon poste dans cet organisme. Alors, en quoi cela influence-t-il ma façon d'interagir avec les praticiens, les organismes et les membres de la collectivité? J'ai trouvé sur ce point que d'adopter et de maintenir cette pratique de réflexion constante m'aide beaucoup. Me poser constamment des questions, me questionner avant d'entrer, me questionner pendant le processus et me questionner aussi après. Réfléchir. Alors, dans une rencontre, ai-je fait preuve de sensibilité dans ma façon d'interagir? Me suis-je servie de mon pouvoir de manière positive? Ai-je donné de la place aux autres du mieux que j'ai pu? Ai-je pris du recul là où j'aurais dû en prendre? Est-ce que je laisse de la place aux autres perspectives? En tant que centre de connaissances, notre travail au CCNDS, l'une de nos approches les plus cruciales a été de réunir les différences formes de savoir et d'appeler les privilégiés et les marginalisés à faire entendre leur voix.



Je crois que, pour travailler dans le sens de l'équité en santé, nous devons réfléchir à notre position sociale. Pour ma part, ma position sociale fait que j'ai beaucoup de privilèges. Si vous travaillez sur les situations de défavorisation tout en jouissant indéniablement d'une tonne de privilèges, je crois qu'il faut être très consciente de qui vous êtes et de votre position pour accomplir votre travail. Je ferais aussi un simple commentaire, parce que les gens parlent parfois de la question des alliés : où cela s'imbrique-t-il? Et ce n'est pas moi qui détermine si je suis une

alliée ou non, ce sont les gens avec qui je travaille. Ce qui est génial quand vous travaillez dans ce genre de contexte est que les gens vous ramènent constamment sur terre au début, puis, après un certain temps, ils commencent à reconnaître que, oui, c'est vrai que vous êtes privilégiée, mais aussi que vous êtes une alliée parce que vous vous servez de votre privilège pour les soutenir dans leurs démarches et leurs efforts.



Je viens d'un milieu privilégié. J'ai de l'éducation, un emploi, un bon logement, et j'ai grandi sans manquer de grand-chose en me sentant en sécurité dans mon quartier. Cela dit, je suis constamment la proie de traumatismes collectifs qui prennent la forme de micros et de macros agressions en raison de mon genre, de ma race et de mes croyances religieuses. Je fais de la recherche, j'enseigne et je donne des conférences sur la question. Je suis donc à même de continuellement les vivre, parce que je lis sur le sujet, et qu'il y en a tout un chapitre sur les traumatismes collectifs par procuration. Ce que je fais découle de ma compréhension que les iniquités sont systémiques de nature et qu'elles ont des effets négatifs sur toutes les personnes qui sont repoussées du centre vers la marge. Que ces actions soient intentionnelles ou non, elles sont graves et lourdes de conséquences pour la santé et le mieux-être des personnes touchées.

Video: Groupe de personnes interviewées

Dr. Jeff Masuda

En tant que colon de la classe supérieure,
cisgenre et homme hétérosexuel

En tant que colon de la classe supérieure, cisgenre et homme hétérosexuel issu de souches diverses d'une classe très prolétaire des deux branches de ma famille, ces caractéristiques et d'autres aspects de ma position sociale ont eu une profonde influence sur mon travail professionnel, surtout dernièrement. L'exemple le plus frappant est celui de mon appréciation grandissante des racines historiques de l'injustice du logement. Dans mon cas, en étant dans un endroit où je sais que, ou en faisant partie d'une collectivité où l'injustice sociale est imposée sur le quartier où j'ai le plus souvent travaillé durant la dernière décennie, en l'occurrence l'est du centre-ville de Vancouver. Je suis attaché à ce travail en partie en raison de mon expérience dans ma propre communauté, c'est-à-dire la communauté nippo-canadienne. Avec l'injustice ancrée comme elle a été ancrée dans l'expulsion forcée de ce même quartier il y a 76 ans, c'est ce bagage qui m'a amené à avoir cette appréciation des conséquences intergénérationnelles qui s'ensuivent quand vous prenez 22 000 personnes et que vous portez atteinte à leurs droits fondamentaux comme citoyens, que vous les dépossédez de leurs biens et de leurs sources de revenus, que vous les forcez à vivre comme des animaux et que vous les soumettez ensuite à différents modes de détention ou de travail imposé pendant des années. Cela dit, ces antécédents m'aident en outre à comprendre et aussi à analyser en quoi les cadres physique et social du quartier du centre-ville portent encore aujourd'hui les cicatrices de l'expulsion de la communauté nippo-canadienne il y a plus de 70 ans.

PRATIQUE RÉFLEXIVE

En quoi ce que nous venons d'étudier s'applique à votre travail?

Nous savons que notre vision du monde influence notre travail en matière de déterminants sociaux de la santé et d'iniquités de santé¹. Il est donc très important que les professionnels et les cadres de la santé publique adoptent une pratique réflexive, en évaluant de manière éclairée tous les aspects des pratiques individuelles et organisationnelles qui génèrent et perpétuent les iniquités sociales de la santé¹⁵.

La **pratique réflexive** consiste à continuellement remettre en question la source des croyances, des connaissances et des démarches au sujet des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé et d'essayer de nouvelles stratégies pour reformuler le problème et amener un changement¹⁶. Il s'agit notamment d'examiner notre situation, nos comportements et nos pratiques et d'en évaluer l'efficacité avant, durant et après la démarche.

Voici le genre de questions¹⁶ à poser pour réfléchir individuellement ou collectivement sur les pratiques de santé publique :

- Quelles sont vos ressources ou qui sont vos personnes-ressources les plus utiles? Quels sont vos obstacles les plus pénibles?
- Que serait-il arrivé avec une autre vision du monde ou une formation dans une autre discipline? Qu'auriez-vous fait de différent? Le processus ou le résultat aurait-il été différent? Qu'avez-vous lu ou entendu de similaire?
- Que serait-il arrivé si vous aviez vécu dans ce quartier, si votre enfant avait fréquenté cette école, si vous aviez travaillé dans cet hôpital? En quoi la problématique changerait-elle pour vous?
- Qu'arriverait-il si les collaborateurs travaillaient tous pour le même organisme? avaient tous les mêmes caractéristiques visibles (p. ex. race, genre, talents)? avaient tous le même problème médical? vivaient tous dans le même quartier que vous? En quoi ces différences influencent-elles notre perspective?
- Qu'arriverait-il si vous deviez travailler à ce projet pour plusieurs années à venir? Que ressentiriez-vous? Changeriez-vous vos stratégies ou votre approche?
- Et si l'on vous demandait de le refaire? Le feriez-vous différemment?

RAYNA — UNE ETUDE DE CAS

Rayna – Une étude de cas

Voici Rayna.



Voici Rayna. Une amie de longue date de Tanis, Rayna est diététiste en santé publique. Elle travaille dans un bureau de santé de la Saskatchewan à sensibiliser les familles à la nutrition prénatale et postnatale. Comme Tanis cherche à aider son groupe de travail à comprendre les iniquités de santé, elle discute avec Rayna de privilège, d'oppression et d'autres sujets connexes. Rayna explique à Tanis comment, grâce à la pratique réflexive, elle a appris à voir ses clients et son travail d'un autre œil.

Elle comprend mieux la dynamique du pouvoir et des privilèges depuis qu'elle a suivi un cours de perfectionnement professionnel sur la « fleur du pouvoir ». Elle a pris conscience que, parce qu'elle est née au Canada, hétérosexuelle, issue de l'empire colonial, cisgenre et blanche, ses positions de privilèges sont multiples et s'entrecroisent. Elle comprend que le titre professionnel obtenu après ses études postsecondaires lui donne encore plus de privilèges. Rayna a effectivement un emploi stable et une stabilité financière. Elle mentionne à Tanis que cet exercice a fait en sorte qu'elle tient davantage compte de ses privilèges dans son travail.

Rayna est responsable des programmes de nutrition prénatale et postnatale dans deux quartiers de sa région où les revenus sont de faibles à moyens. Elle travaille dans un bureau de quartier.

Elle a étudié les statistiques sur le poids des enfants à la naissance. Elle a remarqué qu'un plus fort pourcentage de femmes des deux quartiers où elle travaille accouchent d'un bébé ayant un poids insuffisant à la naissance par comparaison aux femmes d'autres quartiers de la ville où les revenus vont de faibles à moyens. Soixante-quinze pour cent des familles des deux quartiers se définissent comme Autochtones. En examinant la distribution des données de ce quartier en fonction des groupes raciaux et ethniques, elle remarque un écart constant entre le poids des bébés nés d'une mère non autochtone et celui des enfants nés d'une mère autochtone, et ce, même s'il n'y a aucune inégalité de revenu et de scolarité durant la période de grossesse, ni différence dans la consommation de tabac.

Rayna sait que, dans une collectivité, l'état de santé des nouveau-nés constitue un important indicateur de la santé de la population en général et reflète les déterminants sociaux et économiques de la santé sous-jacents. Les études montrent un lien entre l'insuffisance pondérale à la naissance et l'âge, l'accoutumance au tabac et la consommation d'alcool des mères. Auparavant, Rayna aurait concentré ses efforts sur les habitudes de vie des mères en matière d'alimentation saine et de consommation de tabac et d'alcool dans ses quartiers cibles.

Cependant, sa plus grande prise de conscience des privilèges et de l'oppression et de leurs effets potentiels sur la santé l'amène à approfondir le sujet en allant au-delà des comportements de santé pour s'intéresser aux déterminants structurels de la santé. Rayna consulte les toutes dernières recherches montrant un lien entre le poids de l'enfant à la naissance et l'alimentation, le logement, l'emploi et le niveau de scolarité; l'exposition dans l'environnement; et les effets du racisme, du colonialisme et des traumatismes.

Rayna veut mieux comprendre ces liens de cause à effet. Elle consulte des textes qui traitent des effets du racisme et du colonialisme multigénérationnels sur la santé, de la prévalence du racisme dans notre système de soins de santé, et du racisme et du colonialisme multigénérationnels en général. Elle commence à lire et à discuter de plus en plus souvent sur le traumatisme et le stress intergénérationnels que vivent les femmes autochtones de ses quartiers cibles, et qui se perpétuent depuis les écoles résidentielles, ainsi que sur le racisme personnel et institutionnel qu'elles subissent continuellement.

Maintenant, imaginez-vous à la place de Rayna. Comment pourrait-elle s'y prendre pour mieux comprendre les femmes de ses deux quartiers cibles et nouer de meilleures relations avec elles, et faire en sorte que la population puisse vivre en meilleure santé?

N'oubliez pas! Il faut mettre l'accent sur la pratique réflexive. Concentrez votre réflexion sur les mesures concrètes que Rayna pourrait prendre pour atteindre son objectif, tant sur le plan personnel que dans son contexte de travail. Pensez aux résultats positifs que sa démarche pourrait entraîner. Rappelez-vous qu'une foule de mesures pourraient convenir dans ce contexte. Il n'y a pas qu'une seule « bonne » réponse.

Écrivez vos idées de mesures concrètes pour Rayna et les résultats positifs que chacune pourrait entraîner, puis continuer à lire pour savoir ce que Rayna a décidé de faire.



Conseil : Songez à ce que Rayna pourrait faire pour mieux comprendre les déterminants structurels de la santé maternelle et infantile dans sa région.

Démarche de Rayna :

Maintenant que Rayna a acquis des connaissances et qu'elle avance dans sa démarche :

- elle communique avec un chercheur ou un spécialiste en santé des Autochtones dont les travaux traitent de l'incidence plus élevée des cas de nouveau-né de faible poids de naissance chez les mères qui vivent bien en deçà du seuil de pauvreté, mais qui ont en commun le fait de vivre un traumatisme intergénérationnel et de subir continuellement un racisme ciblé ou institutionnalisé;
- elle travaille avec l'épidémiologiste de la région afin d'étudier et d'interpréter les données;
- elle rencontre des mères de la collectivité qui sont d'origine autochtone et d'autres qui sont d'origine non autochtone afin de leur poser des questions sur leurs préoccupations au sujet de la maternité et leurs suggestions quant aux solutions;
- elle collabore avec des personnalités de la région, des groupes de soutien et de défense des droits des Autochtones et la Federation of Saskatchewan Indian Nations pour discuter des politiques prénatales et postnatales en vigueur en Saskatchewan, des barrières auxquelles se heurtent les défenseurs et les alliés des patients et de la manière de multiplier ce genre de services dans sa collectivité.

Adoption d'une pratique réflexive :

En adoptant une pratique réflexive, Rayna en vient à

- reconnaître son privilège et son pouvoir comme femme blanche, professionnelle, et elle modifie ses pratiques et apprend à faire de l'introspection et à devenir une alliée;
- centrer systématiquement sa démarche sur la voix des femmes autochtones avec lesquelles elle travaille et veille à ne pas causer inconsciemment du tort avec son projet ou ses travaux de recherche.

Résultats positifs :

Même si sa démarche n'est pas terminée, Rayna est consciente des nombreux bienfaits qui commencent à se faire sentir :

- elle a l'impression que son projet aura des répercussions sur la santé et le mieux-être de nombreuses personnes, familles et collectivités;
- elle intègre des éléments de nutrition dans un contexte global qui tient compte de la relation entre les aliments, la collectivité, la santé mentale, l'équité, le traumatisme, le racisme, et aussi l'exclusion et l'inclusion;
- elle comprend mieux sa vision et son vécu par rapport au pouvoir et au privilège, et peut ainsi faire plus attention dans ses interactions avec la collectivité, mais aussi avec ses collègues.

Remarque au sujet de l'étude de cas :

L'étude de cas fictive a été composée à partir de l'information contenue dans les documents d'information suivants :

- Australian Institute of Health and Welfare. (2014). Birth weight of babies born to Indigenous mothers [Internet]. Canberra (Australie) : Australian Institute of Health and Welfare [cité le 20 mars 2018]. Récupéré de <https://www.aihw.gov.au/reports/indigenous-australians/birthweight-of-babies-born-to-indigenous-mothers/contents/table-of-contents> (en anglais)
- Smylie, J. (2011). Nos bébés, notre avenir : Les résultats entourant la grossesse chez les Autochtones en Colombie-Britannique [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [cité le 20 mars 2018]. Récupéré de <https://www.ccnsa.ca/docs/health/FS-OurBabiesOurFuture-Smylie-FR.pdf>
- Nestel, S. (2012). Colour coded health care: The impact of race and racism on Canadians' health. Toronto (Ont.) : Wellesley Institute [cité le 2 août 2016]. Récupéré de <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf> (en anglais)

Comme vous pouvez le constater, la réflexion peut se révéler un puissant outil qui peut nous servir à changer non seulement notre compréhension, mais aussi nos pratiques. D'après son récit, Rayna a pu reconnaître, grâce à la réflexion, ses lacunes en termes de connaissances et de compréhension, trouver des façons de combler ces lacunes, puis modifier sa manière d'aborder son travail.

RÉFLEX-ISS — UN OUTIL POUR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Les équipes de santé publique ont accès à divers outils pour les aider à réfléchir individuellement ou collectivement sur ce qu’elles peuvent faire pour mieux prendre en compte les iniquités de santé dans leur travail. L’outil [RÉFLEX-ISS](#) en est un.

Il a été créé au Québec, principalement pour inciter le personnel et les partenaires de la santé publique à tenir compte de l’équité en santé au moment d’envisager un nouveau projet, un nouveau programme ou une nouvelle politique¹⁶. Il s’agit d’un outil éprouvé qui existe depuis plus d’une décennie et qui continue de faire l’objet d’améliorations.

Pour aider son groupe de travail à mieux comprendre la valeur de la pratique réflexive et à se familiariser avec l’outil RÉFLEX-ISS, Tanis invite Anne Guichard (professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec) à s’entretenir avec les membres. Lisez les explications ci-dessous.

Video: Anne Guichard



Je pense qu’aujourd’hui devant des problèmes aussi complexes et l’absence de données probantes qu’on n’aura probablement jamais, on est obligé de développer des modèles d’actions très différents de ce qu’on utilise couramment, de ce qu’on sait faire en santé publique pour répondre à ces réalités sociales aussi complexes, et donc la démarche critique, la démarche

réflexive, développer des pratiques professionnelles plus réflexives, c'est juste devenu indispensable — indispensable — pour travailler sur les déterminants sociaux de la santé.

Aujourd'hui, la démarche réflexive ne doit pas se faire seul avec soi-même. Elle doit impérativement mettre autour de la table toutes les parties prenantes d'un problème qui est posé pour que tout le monde puisse justement dialoguer, développer une compréhension commune du problème auquel on a affaire, cheminer, dépasser les obstacles épistémologiques, mettre à plat les conflits d'intérêts et mettre de l'avant les enjeux politiques qui nuisent à l'action. Pour ça, on n'a pas le choix que de se poser, s'arrêter et de remettre de la réflexion dans nos actions, de repenser finalement les... oui, la réflexion sociale finalement autour des communautés, autour de nos interventions, et de repenser notre responsabilité sociale. Donc la démarche réflexive pour moi elle est incontournable parce qu'on a tellement voulu l'occulter en essayant d'appliquer des recettes toutes faites, mais on voit bien qu'on n'y arrivera pas de cette manière.

Alors REFLEX-ISS, on en parle comme d'un outil, mais ce n'est pas réellement un outil au sens psychométrique du terme et ça je pense que c'est le plus important. REFLEX-ISS, c'est beaucoup plus une démarche d'accompagnement de l'action en partenariat. C'est justement... c'est comme un guide d'entretien, c'est comme des questions qu'on devrait tous être amenés à discuter avec nos partenaires pour pouvoir justement transcender les limites dont je parlais plus tôt. Donc c'est vraiment une liste d'éléments de réflexion qu'il faudrait discuter tous ensemble pour pouvoir développer une vision convergente de notre problème et pouvoir aller jusqu'à une prise de décision et agir de concert. Donc c'est vraiment un outil pour soutenir, pour ouvrir le dialogue finalement entre partenaires et soutenir l'action partenariale à chacune des étapes du développement d'un projet, que ce soit au moment de sa planification ou que ce soit même au moment de sa mise en œuvre, de son évaluation, quand on veut le pérenniser, voilà. On devrait pouvoir s'arrêter un petit peu entre partenaires pour analyser ce qu'on est en train de faire et pouvoir mettre à plat toutes ces questions pour pouvoir dépasser les obstacles à l'action.

Donc voilà, REFLEX-ISS, ce que j'aime bien dire, c'est surtout ce qu'il n'est pas. Souvent, comme il est présenté de façon un peu linéaire, on a l'impression qu'on... ou on en attend des recettes; non, ce n'est pas ça. Ce n'est pas un outil d'évaluation des résultats, ce n'est pas un outil ni une démarche qui va vous dire ce que vous devez faire, c'est un outil... il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de réponse toute faite, c'est pas un outil normatif non plus, c'est pas un référentiel, c'est plus un accompagnement qui est proposé à des équipes avec toutes les parties prenantes d'un projet pour les aider à mener ce dialogue, à développer un esprit critique, à développer des pratiques professionnelles réflexives pour pouvoir amener à une prise de décision et à trouver au sein même de l'équipe les solutions aux problèmes qui concernent cette équipe-là.

L'outil RÉFLEX-ISS est conçu pour servir dès l'étape de la planification d'un projet et tout au long des autres étapes de développement. Des questions de réflexion sont proposées à chaque étape¹⁶.

Les six étapes de développement d'un projet sont les suivantes :

1. la planification;
2. la mise en œuvre;
3. le pouvoir d'agir;
4. l'évaluation;
5. la pérennisation;
6. le bilan global¹⁶.

Maintenant, vous allez vous exercer à suivre les étapes du processus.

Exercice d'application des connaissances

1. Pensez à une équipe dont vous faites partie ou dont vous avez fait partie récemment dans le cadre d'un projet, d'un programme ou d'une politique.
2. Maintenant, allez à la page de l'outil [RÉFLEX-ISS](#).
3. Sélectionnez l'une des étapes de développement qui s'applique au sujet que vous avez choisi pour l'exercice. Répondez au questionnaire proposé pour l'étape que vous avez sélectionnée, en évaluant l'état d'avancement de votre projet pour chaque élément énuméré dans l'outil. Dans la mesure du possible, demandez à d'autres personnes de votre équipe de vous donner leur avis sur ce que vous avez rédigé dans les cases de commentaires et de pistes d'amélioration.

Pour chaque étape de développement, vous devez évaluer l'état d'avancement de votre projet en fonction d'une série d'énoncés¹⁶.

Vos choix de réponse sont...

0 « N'a pas été considéré » : *Cet aspect n'a pas été considéré dans l'intervention ou l'équipe n'est pas en mesure de s'exprimer sur cet énoncé. Il faut amorcer une réflexion!*

1 « Réflexion amorcée » : *Cet aspect a fait l'objet de brèves discussions, et la réflexion est à l'état embryonnaire!*

2 « Proposition d'actions concrètes » : *Cet aspect fait l'objet d'une longue discussion. Des propositions concrètes sont à l'étude, mais aucune mesure n'a encore été prise. Il faut unir nos efforts afin de consolider les acquis et avancer vers la réalisation de mesures concrètes!*

3 « Des actions concrètes sont entreprises » : *Plusieurs actions concrètes sont entreprises, mais jugées encore insuffisantes pour atteindre le plein potentiel de votre action pour réduire les ISS. Vous êtes sur la bonne voie, encore un petit effort!*

4 « Élément pris en compte » : *L'élément est bel et bien pris en compte dans les actions réalisées. Il faut désormais travailler à maintenir les acquis!*

Une fois que vous aurez terminé l'exercice, réfléchissez aux questions suivantes :

- Quelle grande leçon tirez-vous du processus proposé avec l'outil RÉFLEX-ISS?
- Que gardez-vous à l'esprit de la réflexion que vous avez faite grâce à l'outil?
- Que pensez-vous pouvoir faire avec cet apprentissage?
- Pour ce qui est de vous concentrer davantage sur l'équité, à quelles mesures aimeriez-vous accorder la priorité par rapport à votre projet actuel ou futur?
- Qu'est-ce qui influence (sur le plan personnel ou organisationnel) vos réponses aux questions de réflexion?
- Si vous pouviez reprendre un processus lié à un projet, à un programme ou à une politique auquel vous avez travaillé récemment, utiliseriez-vous une démarche différente?

Pour en savoir plus sur le processus ou la manière dont d'autres personnes ont utilisé l'outil, consultez le [site Web RÉFLEX-ISS](#).

SOMMAIRE

Maintenant que vous avez terminé le module 4, vous devriez mieux comprendre les mécanismes sociaux dominants qui tendent à placer la responsabilité d'une mauvaise santé sur l'individu, et non pas sur les systèmes ou les politiques. Vous aurez saisi que la prise de conscience de vos valeurs, de vos idées reçues et de vos intérêts, c'est-à-dire de votre expérience du privilège et du pouvoir, influence votre capacité d'agir positivement sur les causes profondes des iniquités de santé.

Vous avez aussi étudié :

- ce sur quoi vous avez — ou non — du pouvoir et des privilèges, comme individu ou dans vos groupes d'appartenance, ou si vous vivez de l'oppression;
- la difficulté pour nous tous de prendre conscience de nos propres privilèges;
- la mesure dans laquelle nous participons d'une certaine façon à cette oppression;
- les constatations quant aux changements dans nos gestes et nos résultats lorsque nous percevons et comprenons les facteurs systémiques qui mènent à une bonne ou à une mauvaise santé.

À partir de ces apprentissages, il est évident que, pour agir en ce sens au travail, chaque personne devra pouvoir compter sur le soutien et la direction de son organisme de santé publique.

Dans le dernier module du cours, nous examinerons ce que les organismes de santé publique peuvent faire et ce que font déjà pour travailler dans le sens de l'équité en santé. Nous verrons le genre de soutien organisationnel qu'il faut pour y arriver. Nous étudierons aussi les outils, méthodes et pratiques qui peuvent faciliter la démarche pour l'équité en santé.

RESSOURCES, RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET TERMINOLOGIE

Ressources

- [Traiter des déterminants sociaux de la santé : Inégalité du revenu et santé](#) (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Association canadienne de santé publique)
- [Communiquer les déterminants sociaux de la santé : Guide pour la création de messages communs](#) (Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé)
- [UNNATURAL CAUSES Discussion Guide](#) (California Newsreel, en anglais)
- [A tool for everyone: Revelations from the “Power Flower”](#) (trousse d’outils LGBTQ2S en anglais)
- [Healthy living: Public policy makes a difference](#), vidéo en anglais (Vancouver Coastal Health)
- [Outil RÉFLEX-ISS : Mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé](#)

Références bibliographiques

1. Raphael, D. et J. Brassolotto. (2015). Understanding action on the social determinants of health: a critical realist analysis of in-depth interviews with staff of nine Ontario public health units. *BMC Research Notes* [Internet]. Vol. 8, no 105, 14 p. doi : 10.1186/s13104-015-1064-5
2. Tilburt, J.C. (2010). The role of world views in health disparities education. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. Vol. 25(suppl. no 2), p. 178-181. doi : 10.1007/s11606-009-1229-9
3. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
4. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Association canadienne de santé publique. (2014). *Traiter des déterminants sociaux de la santé : Inégalité du revenu et santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) et Ottawa (Ont.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada), ACSP [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/income-inequality-and-health>
5. Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé. (2013). *Communiquer les déterminants sociaux de la santé : Guide pour la création de messages communs* [Internet]. CCDSS [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de http://ccsdh.ca/images/uploads/Communiquer_les_de%CC%81terminants_sociaux_de_la_sante%CC%81.pdf
6. Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (Suisse) [cité le 16 octobre 2018]. 75 p. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489> (en anglais)
7. Brassolotto, J., D. Raphael et N. Baldeo. (2013). Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: a qualitative inquiry. *Critical Public Health* [Internet]. Vol. 24, no 3, p. 321-336. doi : 10.1080/09581596.2013.820256
8. Raphael, D., J. Brassolotto et N. Baldeo. 2015). Ideological and organizational components of differing public health strategies for addressing the social determinants of health. *Health Promotion International* [Internet]. Vol. 30, no 4, p. 855–867. doi : 10.1093/heapro/dau022
9. Rogow, F., L. Adelman, R. Poulain et J. Cheng. (2008). *UNNATURAL CAUSES Discussion Guide*. California Newsreel [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de https://unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/UC_DiscussionGuide_All.pdf (en anglais)

10. Allies for Change. (2017). *Glossary of Terms* [Internet]. East Lansing (MI) : Allies for Change [cité le 10 avril 2018]. Récupéré de <https://static1.squarespace.com/static/5b314942b27e391ec744656b/t/5bddf6980ebbe857b71fea53/1541273241143/glossary-terms-doow-2017.pdf> (en anglais)
11. Bloss, D. (2011). *Under the Skin: Preparing ourselves to tackle the root causes of health inequity explicitly*. Lansing (MI) : Ingham County Health Department [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de http://archive.dialogue4health.org/php/CHPHLI/PDFs1_24_11/Bloss_Presentation.pdf (en anglais)
12. Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International Journal of Equity in Health* [Internet]. Vol. 10, no 3, 11 p. doi : 10.1186/1475-9276-10-3
13. Batts, V. (2017). *Is reconciliation possible? The question remains* [Internet]. Dorchester (MA) : Visions Inc. [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de <https://visions-inc.org/wp-content/uploads/2017/09/is-reconciliation-possible-july-2017-3.pdf> (en anglais)
14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 18 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/common-agenda-for-public-health-action-on-health-equity>
15. Boutilier, M. et R. Mason. (2018). Chapter 17: The reflexive practitioner in health promotion: From reflection to reflexivity. Dans Rootman, I., A. Pederson, K.L. Frohlich et A.S. Dupere (dir.). *Health Promotion in Canada*. 4^e éd. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars, p. 328–342.
16. Guichard, A., V. Ridde, K. Nour et G. Lafontaine. (2015). *Outil REFLEX-ISS : Mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé* [Internet]. Longueuil (Qc) : CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie [cité le 30 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/reflex-iss/>

Terminologie

Terme	Définition
Discrimination	L'expression d'une partialité ou d'un préjudice dans la façon de traiter une personne; politiques ou mesures précises au détriment du bien-être d'un groupe. La discrimination raciale consiste à traiter une personne de manière injuste en se fondant sur la race ^{10 (p.1)} .
Oppression	La combinaison du préjudice et du pouvoir institutionnel, qui crée un système de discrimination à l'égard de certains groupes (souvent appelés des « groupes cibles »). Par exemple, le racisme, le sexisme, l'hétérosexisme, le capacitisme, le classisme et l'âgisme sont de tels systèmes. Ces systèmes permettent aux groupes dominants d'exercer un pouvoir sur les groupes cibles en limitant les droits, la liberté et l'accès aux ressources de base comme les soins de santé, l'éducation, l'emploi et le logement ^{10 (p.1)} .
Préjudice	Un jugement ou une opinion qui se forme sans fondement raisonnable avant de connaître les faits ou en ignorant les faits indiquant le contraire. Les préjudices sont appris et il est possible de les désapprendre ^{10 (p.1)} .
Privilège	Le privilège opère sur les plans personnel, interpersonnel, culturel et institutionnel. Il fait qu'on accorde des avantages, des faveurs et des bienfaits aux membres des groupes sociaux non ciblés. Par exemple, le privilège est accordé aux gens qui font partie de l'un ou de plusieurs des groupes d'identité sociale suivants : <ul style="list-style-type: none"> • personnes blanches • personnes non handicapées • hétérosexuels • hommes • chrétiens • gens de la classe moyenne ou riche • personnes de langue anglaise^{10 (p.1-2)}
Justice sociale	Renvoie à l'idée d'une société qui considère ses membres et ses groupes également et dont les bienfaits sont distribués de manière équitable. Dans ce contexte, la justice sociale est fondée sur les droits de la personne et l'équité. Selon la justice sociale , tous les groupes et tous les individus ont les mêmes droits fondamentaux, tels que la protection de leur santé et un revenu minimal ^{13(p.12)} .
Stéréotype	Une croyance exagérée ou déformée au sujet d'un groupe par laquelle on attribue des caractéristiques aux membres d'un groupe particulier, tout simplement en généralisant et en refusant de reconnaître les différences entre les membres de ce même groupe ^{10 (p.1)} .