



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Vers un cadre d'équité complet et intégré en matière de politiques et de programmes de santé mentale

Rapport d'évaluation des besoins



Remerciements

Le siège social de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) est situé sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine anishinaabe, dans ce que nous appelons aujourd'hui Ottawa, en Ontario. En tant qu'organisation nationale, nous sommes conscients du fait que nous exerçons nos activités sur les territoires traditionnels de nombreuses Nations. Nous tenons à rendre hommage à leur rôle de gardien ainsi qu'à leurs sacrifices, et nous nous engageons à contribuer à bâtir une relation nouvelle et équitable avec les Premières Nations.

Nos travaux de recherche en matière de politiques s'appuient sur une analyse intersectionnelle fondée sur le sexe et le genre en vue de cerner, d'exprimer et de corriger les iniquités sociales et sanitaires au moyen de mesures stratégiques. À cet égard, ils sont guidés par la mobilisation de divers savoirs expérientiels (et d'autres formes d'expertise), qui composent notre synthèse des connaissances et soutiennent nos recommandations stratégiques. Nous sommes voués à l'apprentissage continu et apprécions les suggestions.

La CSMC tient à remercier la communauté de pratique en matière de politiques (CPP), un forum de discussion interne qui a été mis sur pied pour favoriser la cohérence politique au sein de l'organisation, pour avoir promu et encadré cette initiative.

Réviseurs-experts

Ashlee Mulligan, directrice des partenariats et de l'engagement des intervenants, Institut Atlas pour les vétérans et leur famille

Susan Green, consultante en santé mentale et dépendances, Santé mentale et dépendances, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Amy Porath, directrice de la recherche et de la mobilisation des connaissances, Institut des connaissances sur la santé mentale et les dépendances des enfants et des adolescents

Kwame McKenzie, Aamna Ashraf, Paulysha De Gannes, Gideon Quaison et Mercedes Sobers, Bureau de l'équité en matière de santé au Centre de toxicomanie et de santé mentale

Sarah Sanford et Mauriene Tolentino, chercheuses, Institut Wellesley

Kinsey Beck, analyste principale, et Dana Riley, responsable du programme, Institut canadien d'information sur la santé

Personnel de la CSMC

Brandon Hey, Katerina Kalenteridis, Nimesha Elanko, Catherine Willinsky, Francine Knoops, Mary Bartram et des membres de la CPP

This document is available in English.

Citation suggérée

Commission de la santé mentale du Canada. *Vers un cadre d'équité complet et intégré en matière de politiques et de programmes de santé mentale : Rapport d'évaluation des besoins*, 2023. <https://commissionsantementale.ca/>.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2023

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-314-5

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada. La production du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Introduction	1
Objectif.....	1
Méthodologie.....	2
Recommandations.....	2
Analyse documentaire	3
ACS+ et ACSG+	3
Description.....	3
Application	3
Difficultés	5
Analyse intersectionnelle	5
Description.....	5
Application	5
Difficultés	6
Équité en matière de santé	7
Description.....	7
Application	7
Difficultés	7
Antiracisme	7
Description.....	7
Application	9
Difficultés	9
Décolonisation	10
Description.....	10
Application	10
Difficultés	11
Rétablissement après un problème de santé mentale	11
Description.....	11
Application	12
Difficultés	12
Résultats de la consultation	12
Analyse	13
Compréhension et mise en œuvre de divers cadres d'équité	13
Leviers organisationnels permettant de faire progresser un cadre global en matière d'équité.....	15
Recherche et données.....	16
Trousses d'outils et formations.....	16
Conclusion	18
Limites	19
Recommandations et prochaines étapes	20
Références	21
Annexe	29
Tableau A1 : Méthodologie de l'analyse documentaire	29
Tableau A2 : Comparaison des principales caractéristiques des cadres d'équité.....	30
Tableau A3 : Leviers organisationnels permettant de faire progresser les cadres d'équité	32

Introduction

D'une manière générale, [...] les expériences de souffrance émotionnelle et de différences mentales s'inscrivent dans des contextes historiques, structurels, culturels et politiques plus vastes [...] qui influencent considérablement la manière dont les questions de santé mentale sont formulées, nommées et étudiées; la façon dont les traitements, les soins et les services de santé mentale sont conçus et mis en œuvre; ainsi que les effets de tous ces éléments sur les individus, leur famille et leurs amis, de même que la société dans son ensemble (p. 4-5).¹

Des inégalités profondes et inacceptables perdurent au Canada en ce qui concerne les soins de santé mentale et l'état de santé mentale de la population²⁻⁵. Pour remédier à ces inégalités, nous devons reconnaître les pratiques discriminatoires et les violations des droits de la personne qui ont marqué l'histoire du système de santé mentale et prendre en considération les facteurs sociaux, culturels et économiques croisés et systémiques qui ont une incidence sur la santé mentale des individus et des communautés⁶⁻⁸.

En réaction, des mouvements de justice sociale ont créé toute une série de cadres, notamment l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus (ACSG+), l'intersectionnalité, l'équité en matière de santé, la lutte contre le racisme, la décolonisation et le rétablissement à la suite d'un problème de santé mentale. Ces cadres aident de nombreuses organisations, des universitaires et des militants à lutter contre les inégalités dans les secteurs de la santé, de la santé mentale et de la lutte contre l'usage de substances, tout en donnant une indication sur la manière dont les soins sont positionnés et produisant des résultats distincts pour diverses communautés.

Chacun de ces cadres, de manière différente mais complémentaire, cherche à mieux comprendre les répercussions des programmes et des politiques sur diverses populations, non seulement pour prendre en compte et intégrer les déterminants sociaux de la santé, mais aussi pour promouvoir des résultats inclusifs et socialement équitables dans les domaines de la santé, de la santé mentale et du bien-être.

Cependant, la multiplicité des approches que ces cadres représentent pose des défis pour la mise en œuvre des politiques et des programmes, non seulement à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), mais aussi dans les secteurs de la santé mentale, de la santé en contexte d'usage de substances et de la santé publique de manière plus générale.

Objectif

Le présent rapport d'évaluation des besoins a pour but de fournir des conseils précis sur l'intégration d'un éventail d'approches, de cadres et d'expériences en vue de constituer un système global d'équité en matière de politiques et de programmes de santé mentale. Il a été piloté par la communauté de pratique en matière de politiques (CPP) de la CSMC, un forum interne qui a été mis sur pied pour favoriser la cohérence des politiques au sein de l'organisation. Ces orientations sont destinées aux décideurs politiques, aux partenaires et aux autres organisations et programmes œuvrant dans les domaines de la santé mentale, de l'usage de substances et de la santé publique.

Méthodologie

Notre évaluation des besoins a repris les principes de la science de la mise en œuvre, qui vise à réduire les écarts entre les données probantes, les besoins et la pratique. Dans le cadre de cette approche, nous avons pris en compte trois vecteurs de mise en œuvre, à savoir : (1) les compétences (c'est-à-dire l'acquisition, l'amélioration et le maintien des capacités de mise en œuvre), (2) les organisations et les systèmes (c'est-à-dire les milieux permettant de concrétiser les concepts) et (3) le leadership (c'est-à-dire la mobilisation et l'engagement des dirigeants).

Le processus d'évaluation s'est déroulé en trois étapes : (1) une analyse rapide de la documentation relative aux divers cadres; (2) des consultations par l'entremise d'entretiens avec des experts (n = 7), des membres du personnel de la CSMC et des membres du conseil ayant un savoir expérientiel passé et présent (n = 10); et (3) un questionnaire réalisé auprès d'un plus large éventail d'intervenants. Les participants aux consultations externes (virtuelles) et aux questionnaires ont été sélectionnés par l'intermédiaire du réseau de la CSMC. L'échantillon était composé de représentants d'organisations provinciales et nationales de santé mentale et d'usage de substances, d'institutions de politiques fondées sur l'équité et d'organisations pancanadiennes de santé et de données (n = 19).

Reconnaissant que la terminologie utilisée dans le présent rapport est à la fois conceptuellement complexe et sujette à controverse, nous avons eu recours aux glossaires provenant du [Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé](#) et du [Centre canadien pour la diversité et l'inclusion](#).

Recommandations

Cinq recommandations de premier plan concernant les prochaines étapes ont été formulées à partir de cette évaluation des besoins :

1. Combiner les principaux concepts et processus analytiques, notamment l'ACSG+, l'intersectionnalité, l'équité en matière de santé, la lutte contre le racisme, la décolonisation et le rétablissement après une maladie mentale dans un cadre exhaustif permettant de mieux orienter les politiques et les programmes en matière de santé mentale.
2. Incorporer des approches, des cadres et des expériences de mise en œuvre intégrés et intersectionnels provenant de diverses organisations de santé mentale (y compris la CSMC) en s'appuyant sur une approche de « globalité de l'organisation ».
3. Mettre au point des ressources portant sur la mise en œuvre, notamment un modèle, une trousse d'outils et des formations.
4. Déployer les ressources, les outils et les formations nécessaires pour faciliter la mise en œuvre durable de la réforme du système axée sur l'équité au sein de la CSMC et dans l'ensemble du secteur.
5. Appliquer les étapes 1 à 4 pour créer, suivre et contrôler les retombées et les potentialités d'un cadre intégré en matière d'équité et d'outils apparentés.

Analyse documentaire

Cette analyse visait à résumer la documentation universitaire et la littérature grise existantes sur les cadres, les outils, les ressources et les modèles proposés par les organisations et les chercheurs du Canada (consulter le [Tableau A1](#) pour connaître la stratégie de recherche détaillée).

Les questions de recherche suivantes ont servi de point de départ à cette analyse :

1. Quels sont les concepts actuellement utilisés pour faire progresser les différentes formes d'analyse fondée sur l'équité?
2. Quels types de cadres, d'outils, de ressources et de modèles d'équité ont été élaborés et mis en œuvre au Canada? Quelles sont leurs forces et leurs faiblesses comparatives?
3. Quels autres cadres, outils, ressources et modèles ont été produits par d'autres organisations de santé mentale, d'usage de substances et de santé publique lors de l'adoption d'approches fondées sur l'intersectionnalité, l'ACSG+ et l'équité en matière de santé?
4. Parmi ces organisations, existe-t-il des exemples de la façon dont ces cadres, outils, ressources et modèles sont appliqués à la recherche, à l'élaboration de politiques, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes?

La documentation relative à chaque cadre (ACSG+, intersectionnalité, équité en santé, antiracisme, décolonisation et rétablissement suite à une maladie mentale) est présentée sous forme de synthèse distincte. Reconnaisant leurs objectifs et buts respectifs, le [Tableau A2](#) présente une brève comparaison de leurs principales caractéristiques.

ACS+ et ACSG+

Description

Ancré dans le mouvement féministe, le cadre conceptuel de l'analyse comparative entre les sexes (ACS+) continue son évolution. D'abord introduit en tant que politique fédérale en 1995, il a été étoffé pour inclure le « plus » (ACS+) en 2011⁹. L'ACS+ est un outil analytique permettant d'évaluer les inégalités systématiques résultant non seulement de l'intersection du sexe et du genre, mais aussi d'autres caractéristiques identitaires, telles que la race, l'origine ethnique, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle et le handicap mental ou physique¹⁰. Comme les chercheurs et les analystes politiques utilisent également l'ACSG+ pour faire ressortir les différences entre le sexe et le genre, le présent rapport reprend ce terme, sauf lorsqu'il s'agit de cadres précis de l'ACS+^{11,12}.

Application

L'ACS+ a été mise en œuvre sous la forme d'outil politique fédéral féministe visant à garantir la prise en compte, dans les analyses, de l'incidence des politiques sur diverses populations, sur la base des déterminants sociaux de la santé¹³. L'objectif de l'ACS+ est de faire en sorte que les connaissances politiques qui font autorité soient plus nombreuses et que les résultats soient plus équitables et socialement plus justes à travers les différents domaines politiques¹⁴. Ainsi,

l'ACS+ met l'accent sur la poursuite de l'égalité des genres, tout en adoptant en plus une approche d'intersectionnalité (le « + »).

Le ministère des Femmes et de l'Égalité des genres (anciennement Condition féminine Canada) est investi du mandat de gérer l'ACS+ et est devenu le principal mécanisme administratif responsable de l'égalité entre les femmes et les hommes au sein du gouvernement fédéral^{15,16}. Les principales étapes de la mise en œuvre de l'ACS+ au niveau des politiques sont décrites au Tableau 1.

Tableau 1 : Étapes clés de la mise en œuvre de l'ACS+ dans les politiques¹⁷

Étapes de l'ACS+	Explication
Déterminer l'enjeu	Cerner le contexte entourant la problématique de l'initiative et de la politique, ainsi que les questions de genre et de diversité qui s'y rattachent.
Remettre en question les idées préconçues	Vérifier quels préjugés ont été formulés, si les politiques sont perçues comme étant neutres, si les implications en matière de genre et de diversité sont susceptibles d'être occultées par des présomptions d'uniformité.
Rassembler les faits : recherche et consultation	Obtenir un portrait plus juste de l'enjeu grâce à la recherche et à la consultation : utiliser des données désagrégées, repérer les lacunes dans les données, solliciter des points de vue diversifiés lors de la consultation.
Élaborer des options et formuler des recommandations	Utiliser la recherche pour formuler des conseils, indiquer comment les options résolvent les problématiques liées au genre et à la diversité; suggérer comment adapter la proposition pour tenir compte des différences d'incidences et des obstacles.
Assurer le suivi et l'évaluation	Veiller à ce que le cadre d'évaluation mette en évidence les lacunes dans les données, recense les résultats imprévus et les incidences négatives sur divers groupes et prévoie des ajustements pour remédier aux problèmes.

L'ACS+, qui a été abondamment citée dans la littérature et mise en œuvre au sein d'organisations dont le gouvernement fédéral, a également été adaptée en vue de renforcer les cadres de l'intersectionnalité, de l'équité en matière de santé et de la sécurité culturelle. Pourtant, bien que diverses adaptations de l'ACS+ soient répandues au Canada (dont un outil destiné aux Inuits et aux Métis), sa mise en œuvre et sa réussite n'ont pas été constantes.

La littérature universitaire et les cercles d'activisme communautaire ne s'accordent pas sur l'utilité de l'ACS+ pour faire progresser l'égalité des genres, la justice sociale et l'équité dans l'ensemble des programmes et politiques de santé¹⁸⁻²⁴. Les réponses positives font référence aux avantages des nombreux outils et ressources connexes disponibles (qui sont à la fois flexibles et adaptables)²⁵. D'autres soulignent certaines failles du cadre de l'ACS+, notamment les suivantes :

- le fait de privilégier les genres binaires (en se concentrant sur les femmes) par rapport à d'autres formes d'oppression
- le malaise face au pouvoir, à l'inégalité et aux perspectives de justice sociale
- l'exclusion des points de vue issus des communautés
- l'absence d'inclusion significative de certains groupes de population, tels que les collectivités autochtones et les organisations 2SLGBTQ+

- l'absence de mécanismes de reddition de comptes²⁶⁻²⁹

Difficultés

Certains chercheurs assimilent l'ACS+ à un « radicalisme progressif » qui n'est pas à la hauteur d'une approche intersectionnelle pleinement intégrée³⁰. Bien que des progrès aient été réalisés, il reste encore beaucoup à faire pour renforcer sa valeur vis-à-vis de diverses populations et pour déterminer avec précision qui en bénéficie et qui est exclu des programmes, des politiques et des priorités (y compris de la répartition des ressources afférentes)³¹⁻³³. Les résultats de l'analyse documentaire donnent à penser que l'ACS+ ne doit pas se concentrer uniquement sur le sexe et le genre, mais doit inclure de nombreuses autres variables et dynamiques de pouvoir qui interagissent et ont une influence sur les politiques et les programmes de santé mentale³⁴⁻³⁸.

Analyse intersectionnelle

Description

Proposée en 1989 par Kimberley Crenshaw et fondée sur la recherche et l'activisme féministes noirs, l'intersectionnalité s'inscrit dans une approche des politiques et des programmes qui incite à une réflexion critique sur les relations et les interactions complexes entre les facteurs individuels et sociaux qui engendrent l'inégalité³⁹.

Une approche intersectionnelle porte sur plus d'une catégorie d'identité. Elle considère la race, la condition sociale, le genre, la sexualité, l'ethnicité, la nationalité, les capacités et l'âge comme autant d'éléments de constitution réciproque, au-delà d'une simple liste de déterminants sociaux de la santé^{40,41}. Cette approche remet également en question les relations de pouvoir dans l'intérêt de la justice sociale⁴². Elle est fondée sur un processus visant à « mettre au jour les préjugés, les idées reçues, les stéréotypes, les exclusions et les effets oppressifs des interventions politiques », qui empêchent la réalisation de l'équité en matière de santé aux niveaux individuel et communautaire (p. 4)⁴³. L'analyse intersectionnelle considère les programmes et les politiques comme des domaines structurels de pouvoir qui peuvent être efficacement exploités au profit du changement social, notamment la création de milieux propices au bien-être, à l'inclusion sociale et à l'équité en matière de santé⁴⁴.

Application

Olena Hankivsky a grandement contribué à intégrer l'intersectionnalité dans la recherche en santé au cours de la dernière décennie, de même qu'à établir le cadre de l'analyse des politiques fondée sur l'intersectionnalité⁴⁵, dont les deux composantes principales fournissent des principes directeurs et posent 12 grandes questions visant à structurer l'analyse (voir le Tableau 2). Les principes concernent les catégories intersectionnelles, l'analyse à plusieurs échelons, le pouvoir, la capacité de réflexion, le temps et l'énergie.

Tableau 2 : Questions directrices pour l'analyse des politiques fondée sur l'intersectionnalité⁴⁶

Questions principales :
Descriptives :
1. Quelles connaissances, valeurs et expériences apportez-vous à ce domaine de l'analyse politique?
2. Quelle est la problématique politique examinée?

3. Comment les représentations de la problématique sont-elles apparues?
4. Comment ces représentations de la problématique touchent-elles les différents groupes?
5. Quelles sont les interventions politiques actuelles face à la problématique?

Transformatives :

1. Quelles sont les inégalités liées à la problématique?
2. Où et comment peut-on intervenir pour améliorer la situation problématique?
3. Quelles sont les solutions réalisables à court, moyen et long terme?
4. Comment les interventions politiques proposées réduiront-elles les inégalités?
5. Comment la mise en œuvre et l'adoption seront-elles assurées?
6. Comment saura-t-on si les inégalités ont été réduites?
7. Comment le processus de recours à l'analyse politique fondée sur l'intersectionnalité a-t-il transformé :
 - a. votre réflexion sur les relations et la structure du pouvoir et des inégalités?
 - b. la façon dont vous et d'autres personnes participez à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques?
 - c. les conceptualisations plus générales, les relations et les effets de la disparité des pouvoirs dans la vie de tous les jours?

L'intersectionnalité a entraîné un virage conceptuel dans la manière dont les chercheurs, les professionnels de la santé et les décideurs politiques abordent « les différentes dimensions des contextes politiques, dont l'histoire, la politique, les expériences vécues au quotidien, les savoirs diversifiés et les lieux sociaux qui se recoupent ». Elle fournit en outre une structure novatrice aux fins d'une analyse critique des politiques qui génère « des idées, des connaissances, des solutions politiques et des actions porteuses de transformation qui ne peuvent être extraites d'autres cadres d'action axés sur l'équité » (p. 2)⁴⁷. Ainsi, l'intersectionnalité évolue du descriptif au transformatif sur le plan des politiques de santé publique, de santé mentale et d'usage de substances.

L'intersectionnalité trouve de plus en plus sa place au sein des politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux⁴⁸. Dans ses lettres de mandat 2021 adressées à la ministre des Femmes et de l'Égalité des genres et de la Jeunesse et à la ministre de la Santé mentale et des Dépendances, le Premier ministre affirme l'engagement d'« assurer que les politiques publiques sont élaborées dans une perspective intersectionnelle. » La première lettre prévoit également un appel à améliorer la définition du cadre et des paramètres de l'ACS+ en accordant une attention particulière à « l'analyse intersectionnelle de diverses caractéristiques, parmi lesquelles l'ethnicité, l'identité autochtone, la ruralité, les handicaps et l'identité sexuelle »⁴⁹. Cela témoigne d'une intégration émergente de l'ACS+ et de l'analyse intersectionnelle.

Difficultés

Le consensus actuel veut que le cadre pour l'analyse des politiques fondée sur l'intersectionnalité offre une orientation limitée quant à la mise en œuvre et nécessite des méthodes explicites et conviviales pour mieux transposer l'intersectionnalité dans la pratique⁵⁰⁻⁵².

Équité en matière de santé

Description

Un cadre d'équité en matière de santé favorise la capacité des individus et des communautés à bénéficier de possibilités équitables et justes de réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé⁵³. Selon Santé publique Ontario, la concrétisation de l'équité en matière de santé exige de faire disparaître les différences inutiles et évitables qui sont inéquitables et injustes (par. 1)⁵⁴. Dans ce cadre, les résultats en matière de santé sont imputables à l'inégalité dans les relations sociales, dans la répartition du pouvoir et dans le partage des ressources⁵⁵. Par conséquent, l'équité en matière de santé vise à réduire la prévalence des problèmes de santé parmi les populations socialement et économiquement défavorisées et à redistribuer les ressources de façon à améliorer leurs conditions de vie, pour ainsi permettre à chacun de jouir d'une meilleure santé⁵⁶⁻⁵⁸. À cette fin, l'équité en matière de santé exige une approche reposant sur la justice sociale ainsi qu'une réforme de la manière dont nous opérons les changements institutionnels et politiques^{59,60}.

Les inégalités en matière de santé sont étroitement liées aux déterminants sociaux de la santé et englobent des facteurs comme « le revenu, le statut social, la race, le genre, le niveau d'éducation et l'environnement physique », pour ne citer que ceux-là (par. 1)⁶¹. Ces écarts entre l'état de santé et la distribution des ressources sanitaires sont systématiques, généralisés, prévus, injustes, inéquitables, évitables et observables. Ils sont produits et infligés aux communautés marginalisées en raison de structures d'oppression, de la discrimination, de déséquilibres de pouvoir et de l'exclusion sociale, économique et culturelle, tant au cours des années passées qu'à l'heure actuelle^{62,63}.

Application

Un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé (EIES) soutient la prise de décision en guidant les utilisateurs à travers une série d'étapes, de questions et de processus pour déterminer comment un programme ou une politique pourrait avoir un effet positif sur différents groupes de population⁶⁴. Les outils de l'EIES et de l'équité en matière de santé ont fait l'objet de nombreuses adaptations par des organisations au Canada et à l'étranger^{65,66}. Parmi les exemples, citons un manuel et un modèle d'EIES du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario⁶⁷, ainsi qu'un répertoire d'outils sur l'équité en matière de santé (adaptés à des populations diversifiées et à des problèmes de santé distincts) conçu par des chercheurs de l'Université de Victoria⁶⁸.

Difficultés

En dépit de ce succès, il existe des divergences de points de vue sur la manière d'appliquer et de mettre en œuvre les outils de promotion de l'équité en santé au Canada. Les chercheurs ont recensé des difficultés à choisir, appliquer et évaluer ces outils de manière optimale, et ils ont constaté l'absence d'une compréhension et d'une approche communes^{69,70}.

Antiracisme

Description

Le racisme est une forme spécifique de discrimination – englobant les structures, les actions et les convictions économiques, politiques, sociales et culturelles – qui instaure une répartition

inéquitable des possibilités, des résultats, des privilèges, des ressources et du pouvoir en faveur des personnes de race blanche. Ces avantages interviennent au détriment d'autres groupes racisés, notamment les personnes et les communautés africaines, caribéennes et noires (ACN), autochtones, asiatiques, latines et celles du Moyen-Orient⁷¹⁻⁷³. Le racisme peut également viser une race précise; citons par exemple le racisme anti-Noirs, qui trouve en partie son origine dans une pathologisation des comportements des personnes qui ont été réduites à l'état d'esclaves⁷⁴. Parmi les exemples de racisme anti-Autochtones, on peut penser aux expériences visant à stériliser les femmes autochtones et à soumettre les enfants autochtones à la malnutrition⁷⁵. En catégorisant les personnes sur la base de « caractéristiques physiques et sociales semblables », la race constitue une « construction sociale sans fondement biologique et dérivée de la suprématie blanche » (p. 3)⁷⁶. Or, le racisme est profondément ancré dans les institutions et les systèmes du Canada, notamment dans les services de santé publique, de santé mentale et d'usage de substances.

Des injustices à caractère raciste omniprésentes continuent d'être perpétrées dans l'ensemble de ces services et contribuent aux disparités en matière de santé mentale pour les populations racisées et mal desservies⁷⁷. Ces injustices sont susceptibles de provoquer un stress et des traumatismes racisés ainsi que des séquelles psychologiques qui « reflètent la gravité et la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique », en plus de produire d'autres effets graves sur la santé, la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances (p. 3)⁷⁸. Dans de précédentes publications, la CSMC a évoqué de nombreuses façons dont la race influe sur la santé mentale des immigrants, des réfugiés, des personnes appartenant à des minorités ethnoculturelles et des personnes racisées^{79, 80}.

L'antiracisme est un mouvement social et un ensemble de pratiques visant à lutter contre le racisme partout où il se manifeste^{81, 82}. Il entend à la fois repérer les cas évidents de discrimination raciale et démanteler les relations de pouvoir au sein des structures du privilège et de la suprématie blanche. Il s'agit notamment de déconstruire d'anciennes institutions, des systèmes et des héritages racistes, profondément enracinés, qui marginalisent et négligent les priorités et le bien-être des personnes et des communautés racisées^{83, 84}. Une analyse documentaire réalisée par Corneau et Stergiopoulos a permis de constater que de nombreux auteurs s'accordent à dire que, pour réduire les répercussions sur la santé, la santé mentale et d'autres résultats, « l'antiracisme doit s'attaquer aux aspects fondamentaux du racisme : ses dimensions institutionnelles, individuelles et culturelles » (p. 268)⁸⁵.

Les politiques contre le racisme demandent une approche stratégique qui donne la priorité à « la suppression de la discrimination raciale dès le tout début de l'élaboration des priorités et lors de l'allocation des ressources aux initiatives politiques » (par. 13)⁸⁶. La responsabilité, l'évaluation et la transparence sont également des aspects essentiels de l'élaboration de politiques antiracistes. Par exemple, les organisations communautaires qui se concentrent sur la santé mentale des enfants et des jeunes ont reconnu la nécessité de collecter des données sur l'équité raciale en vue d'élaborer des programmes adaptés sur le plan culturel et d'améliorer les résultats cliniques et organisationnels⁸⁷. Compte tenu de la surreprésentation chronique des personnes ACN et autochtones dans les décès survenus lors d'interventions policières en cas de crise de santé mentale, il est impératif d'inclure des identifiants raciaux dans les systèmes de données de la police, les rapports des coroners, les institutions sociales et les formulaires de la justice pénale afin de bien saisir la nature et l'étendue des préjudices^{88- 90}.

Application

Il existe de nombreux cadres de lutte contre le racisme au Canada. L'un d'eux, élaboré par Corneau et Stergiopoulos, comprend plusieurs éléments clés, notamment l'autonomisation, l'éducation, la création d'alliances, la langue, les stratégies de guérison alternatives, la défense des droits et la justice sociale ainsi que la promotion de la réflexivité⁹¹. Un autre cadre et une trousse d'outils de Nesbeth pour abordent la question de la discrimination raciale dans les politiques à partir d'une approche fondée sur les droits de la personne⁹². Plusieurs autres répertoires de ressources sont également disponibles⁹³⁻⁹⁶. Tous sont conçus pour aider les individus et les organisations à concrétiser les considérations antiracistes au moyen de changements dans les politiques, les programmes et les services de soins de santé, de santé mentale et d'usage de substances.

Ces cadres et trousse d'outils sont également repris dans des réformes politiques plus ambitieuses. À titre d'exemple, [La stratégie de lutte contre le racisme 2019-2022](#) du gouvernement fédéral entend « construire une fondation pour le changement en éliminant les obstacles et en faisant la promotion d'un pays où chacun peut participer pleinement et avoir une chance égale de réussir », et ce, en s'appuyant sur sa définition de la lutte contre le racisme (Avant-propos, par. 2)⁹⁷.

Du point de vue de la mise en œuvre, une étude de cas portant sur 102 organismes communautaires du secteur de la santé mentale et de l'usage de substances chez les enfants et les adolescents a révélé que le leadership organisationnel était essentiel à l'évolution des pratiques antiracistes (au même titre que les partenariats intersectoriels, la diversité de la main-d'œuvre, l'engagement communautaire et l'amélioration constante de la qualité)⁹⁸. D'autres facteurs importants ont été mentionnés, à savoir l'utilisation d'un langage inclusif au moment de l'embauche et les possibilités de leadership offertes aux personnes racisées⁹⁹. De la même manière, une étude exploratoire des interventions antiracistes dans le domaine des soins de santé a révélé que l'adhésion et l'engagement des dirigeants (avec des ressources, un soutien et un financement dédiés), ainsi que des mécanismes de reddition de comptes revêtaient un caractère primordial¹⁰⁰.

Difficultés

Dans la littérature, les débats sur les points forts et les limites des cadres antiracistes dans la mise en œuvre des changements politiques se poursuivent¹⁰¹. Si des outils pratiques de mise en œuvre sont certes nécessaires, plusieurs s'interrogent sur la capacité de ces cadres à remédier entièrement au racisme, compte tenu de son caractère insidieux et omniprésent¹⁰². Certains estiment également que l'antiracisme est limité parce qu'il « ne parvient pas à conceptualiser et à différencier la race, l'ethnicité, la couleur et la culture comme des constructions fluides et réifie ces termes en catégories fixes et homogènes » (p. 274)¹⁰³. Par ailleurs, la nécessité d'adopter une approche fondée sur les points forts, qui ne considère pas les personnes racisées comme des victimes impuissantes qui ont besoin que des mesures soient prises en leur nom, est à l'origine d'une autre lacune¹⁰⁴. Du point de vue de la mise en œuvre, les enjeux entourant l'engagement des dirigeants, le temps, les ressources et les obstacles liés à l'instauration d'une culture de confiance et de transparence ont également été évoqués¹⁰⁵.

Décolonisation

Description

La décolonisation est un processus axé sur l'instauration d'une « liberté culturelle, psychologique et économique pour les peuples autochtones dans le but de parvenir à la souveraineté autochtone. Il s'agit du droit et de la capacité des peuples autochtones à pratiquer l'autodétermination sur leurs territoires, dans leurs cultures et au sein de leurs systèmes politiques et économiques » (par. 4)¹⁰⁶. Elle est articulée autour de la participation communautaire, des relations respectueuses, de la restitution, de la compassion, de la vérité et de la progression du savoir collectif, de la responsabilisation et de la guérison¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

Le démantèlement du colonialisme en tant que modèle dominant sur lequel repose le fonctionnement de la société canadienne, tout en mettant l'accent sur les besoins et la participation significative des Premières Nations, des Inuits et des Métis, requiert la participation de tous¹¹⁰. La décolonisation nécessite le rapatriement des terres et des cultures des peuples et des collectivités autochtones, de même que des mesures visant à remédier aux formes distinctes et significatives d'oppression et aux effets intergénérationnels des pratiques coloniales passées et présentes¹¹¹. Elle affirme en outre une « éthique de l'incommensurabilité » qui, pour Tuck et Yang, reconnaît ce que la décolonisation a de différent et de souverain par rapport à d'autres projets de justice sociale et souligne l'importance d'aborder de manière critique toutes les formes de pratiques coloniales, même celles qui ne sont pas explicites¹¹².

La décolonisation s'attaque aux inégalités et à l'héritage du colonialisme dans le domaine de la santé mentale et de l'usage de substances en s'appuyant sur les connaissances, l'expertise et les pratiques qui privilégient les intérêts autochtones¹¹³. Mené par ces collectivités, le processus inclut des perspectives holistiques et préventives, des soins tenant compte des traumatismes, ainsi que la culture et la langue autochtones¹¹⁴.

Application

Plusieurs organisations au Canada offrent des exemples de pratiques émergentes en matière de décolonisation. Le Bureau du commissaire aux droits de la personne de la Colombie-Britannique décrit l'approche de son travail en ces termes : « écouter attentivement les peuples autochtones, soutenir l'autodétermination des Nations et travailler au démantèlement des structures qui empêchent la participation entière, égale et juste des peuples autochtones à tous les aspects de la vie économique, sociale, culturelle et politique » (par. 4)¹¹⁵. En ce qui concerne la santé mentale, il peut s'agir de réfléchir à la « souffrance individuelle dans le contexte de forces du passé, de structures sociales ou de dynamiques culturelles »; de créer un espace pour permettre une compréhension autochtone et avisée des traumatismes; et de perturber les systèmes de pouvoir (p. ex. le capitalisme) (par. 14)¹¹⁶.

Dans l'optique des politiques de santé mentale, l'Institut Yellowhead recommande que « les soins de santé mentale destinés aux peuples autochtones soient accessibles, gratuits (et subventionnés), qu'ils tiennent compte des traumatismes coloniaux et qu'ils soient prodigués par des praticiens qualifiés. Les obstacles qui entravent l'accès au soutien en matière de santé mentale doivent être supprimés de façon à ce que les Autochtones qui trouvent la force de demander du soutien puissent y parvenir » (p. 3)¹¹⁷. Une intervention minutieuse en matière de bien-être mental nécessiterait également que l'on se penche sur les conséquences de la colonisation (p. ex. souveraineté foncière, financement des infrastructures communautaires,

renforcement des capacités et lutte contre l'insécurité en matière de logement, d'eau et d'alimentation)¹¹⁸.

La sécurité culturelle par l'humilité

En tant qu'approche de la décolonisation, la sécurité culturelle par l'humilité a jeté les bases d'un travail plus exhaustif et systématique¹¹⁹. En ce qui concerne les politiques, la recherche et l'élaboration de programmes en matière de santé mentale et d'usage de substances, elle entend accorder la priorité à un engagement respectueux afin de rendre le système plus sécuritaire pour tout le monde. En combattant les stéréotypes, le racisme et la discrimination dans l'ensemble du système de santé, elle crée un espace pour les philosophies et les pratiques propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis dans le domaine des soins de santé.

L'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la Colombie-Britannique fait figure de chef de file dans le développement de la sécurité culturelle au moyen de l'humilité, une démarche que de nombreux gouvernements et organismes à travers le Canada ont adoptée. En 2021, l'ASPN s'est associée à l'Organisation des normes de santé pour élaborer une norme provinciale sur la sécurité culturelle et l'humilité^{120,121}. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone maintient également une [Collection sur la sécurité culturelle](#) afin de mobiliser des outils et des ressources à l'échelle du système de soins de santé. De plus, les programmes [San'yas](#) et [Wabano](#) sont parvenus à rendre la formation sur la sécurité culturelle aisément accessible à travers de nombreux réseaux de santé provinciaux.

Difficultés

Au-delà de la sécurité culturelle par l'humilité, il existe au Canada un nombre limité d'outils et de cadres de mise en œuvre fournissant des orientations sur l'intégration des processus de décolonisation dans la pratique de la santé mentale. Les principales trouvailles de l'analyse documentaire sont un cadre de promotion de la santé¹²² et un répertoire de ressources¹²³.

Rétablissement après un problème de santé mentale

Description

Le cadre relatif au rétablissement après un problème de santé mentale oriente les politiques, les programmes et les services vers l'autonomisation des personnes afin qu'elles puissent effectuer des choix en ce qui concerne leur santé mentale¹²⁴. Les systèmes de santé mentale axés sur le rétablissement favorisent donc le choix, la dignité et le respect^{125,126}. À l'intérieur de ce cadre, le rétablissement est à la fois défini par l'individu et centré sur le respect de l'autonomie, de la dignité et de l'autodétermination des personnes ayant un savoir expérientiel passé et présent des problèmes de santé mentale et des maladies mentales. La CSMC l'a défini de la manière suivante :

La notion de « rétablissement » renvoie à la possibilité de mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir, en dépit des inconvénients causés par les maladies et les problèmes en lien avec la santé mentale. Le processus de rétablissement s'inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité. Il peut être favorisé par de nombreux types de services, de mesures de soutien et de traitements (p. 4)¹²⁷.

Application

La notion de rétablissement de la santé mentale est peaufinée et adaptée par diverses organisations à travers le monde. Par exemple, deux trousseaux d'outils accompagnant les lignes directrices de la CSMC en faveur de *Pratiques axées sur le rétablissement* proposent une série de stratégies de mise en œuvre^{128, 129}.

Aux États-Unis, la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) propose plusieurs outils et ressources pour l'adoption du processus de rétablissement¹³⁰⁻¹³². Alors que le rétablissement à la suite d'un usage de substances a été longtemps associé à l'abstinence, des changements s'opèrent pour accompagner les personnes au stade où elles se trouvent (et notamment grâce à des approches de réduction des méfaits) et pour les soutenir dans la reconstruction d'une vie enrichissante au sein de la communauté¹³³⁻¹³⁵.

Difficultés

Les principales critiques émises à l'encontre du rétablissement de la santé mentale portent sur la nécessité d'une plus grande application interculturelle et d'une meilleure compréhension des différences au sein de la société. D'autres voient des failles dans l'approche du rétablissement parce qu'elle peut individualiser les problèmes sociaux et occulter les causes structurelles qui sont à l'origine de la détresse. Ainsi, tout en étant favorables à ce cadre, certains préconisent de redistribuer le pouvoir et les ressources sociales, politiques et économiques pour traiter les problèmes de santé mentale de manière plus efficace¹³⁶⁻¹³⁸. D'autres objections sont formulées quant à l'éventualité que rétablissement de la santé mentale diminue ou mette à l'écart le rôle des aidants et le soutien que ceux-ci apportent aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

En tenant compte de ces remarques et en travaillant au rétablissement de la santé mentale, les chercheurs favorisent le bien-être de la communauté et veillent à ce que les personnes ayant un savoir expérientiel passé et présent soient au cœur de la recherche, des programmes et des politiques¹³⁹. La CSMC a également souligné le rôle des aidants comme partenaires essentiels dans le parcours de rétablissement des gens qui vivent avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales dans ses *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*¹⁴⁰.

Les résultats de la consultation, présentés ci-dessous, fournissent plus de détails sur la mise en œuvre de ces cadres ainsi qu'une analyse comparative.

Résultats de la consultation

Pour mieux comprendre les besoins des organisations et des systèmes et pour mettre en contexte les résultats de notre analyse documentaire, nous avons organisé plusieurs entretiens avec des informateurs clés parmi le personnel de la CSMC (n = 10) et avec des personnes issues d'organisations alliées du domaine de la santé, de la santé mentale et des politiques sociales partout au Canada (n = 7). Nous avons combiné l'échantillonnage en boule de neige et l'échantillonnage ciblé dans le but de repérer des répondants externes possédant une expertise ou une expérience dans les domaines de la direction, de l'élaboration ou de l'implantation de cadres d'équité au sein de leur organisation ou de leurs pratiques. Avant de réaliser les entretiens externes, un questionnaire a par ailleurs été rempli par 19 personnes aux quatre coins du pays. Les informateurs qui ont à la fois répondu au questionnaire et participé à

l'entretien étaient issus de grands centres de santé, de santé publique, de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de santé urbaine partout au Canada.

Nos consultations internes visaient à mieux comprendre les principaux besoins et tensions dans la mise en application et l'utilisation des cadres de l'ACSG+, de l'intersectionnalité et de l'équité en matière de santé par la CSMC, ainsi qu'à dégager les éléments à prendre en compte pour l'élaboration d'une trousse d'outils. Les consultations externes avaient des objectifs semblables, mais avaient pour but de déterminer les besoins, les tensions, les compromis et les éléments à prendre en compte dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances. Le questionnaire visait à connaître la compréhension qu'ont les participants de l'ACSG+ (et de ses concepts apparentés) et à déterminer quelles étaient les ressources pertinentes et les difficultés de mise en œuvre. Comme indiqué dans la section des remerciements, nos conclusions ont été peaufinées après consultation du personnel de la CSMC, des membres du conseil ayant un savoir expérientiel passé et présent ainsi que d'autres experts de l'extérieur.

Analyse

Compréhension et mise en œuvre de divers cadres d'équité

Les répondants au questionnaire ont été invités à évaluer leur niveau perçu de compréhension et leur capacité à appliquer l'ACSG+ ainsi que d'autres concepts d'équité en matière de santé dans le contexte de leur travail. Les Figures 1 et 2 donnent un aperçu de leurs réponses.

Dans l'ensemble, la plupart des répondants ont évalué leur compréhension des concepts d'équité en santé, d'intersectionnalité et d'ACSG+ de « faible » à « moyenne ». Sur une échelle d'évaluation à cinq points, le résultat moyen de compréhension pour ces trois cadres était de 2,51, et seuls quelques participants ont indiqué des niveaux de compréhension plus élevés. Le résultat moyen enregistré pour la mise en œuvre de ces trois cadres était légèrement inférieur, à savoir 2,10, avec une tendance semblable en ce qui concerne la capacité des répondants à appliquer ces concepts. Interrogés sur les sources d'information, les répondants de la CSMC ont déclaré avoir découvert les cadres d'équité de différentes manières, notamment par le biais de ressources externes (p. ex. parcours scolaire, cours en ligne et collaboration avec des partenaires) et de ressources internes (p. ex. ateliers et formations).

Figure 1 : Auto-évaluation de la compréhension des concepts d'ACSG+, d'intersectionnalité et d'équité en matière de santé

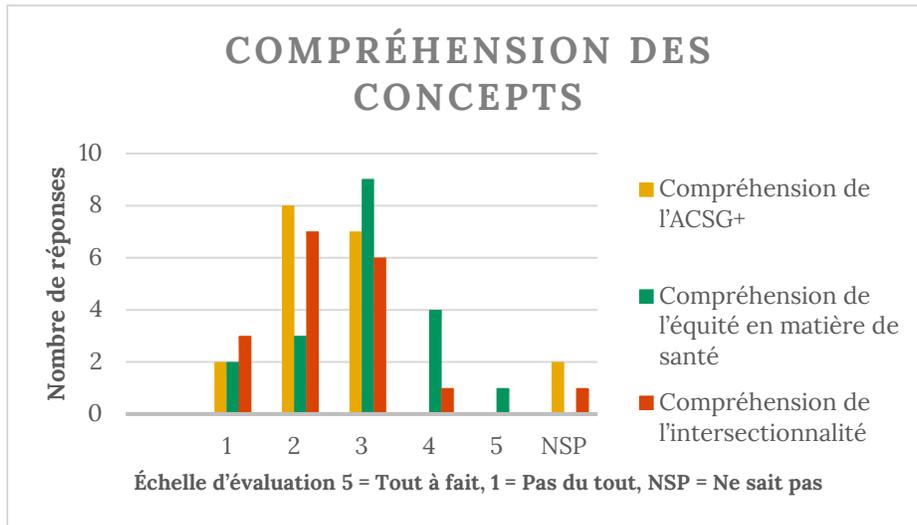
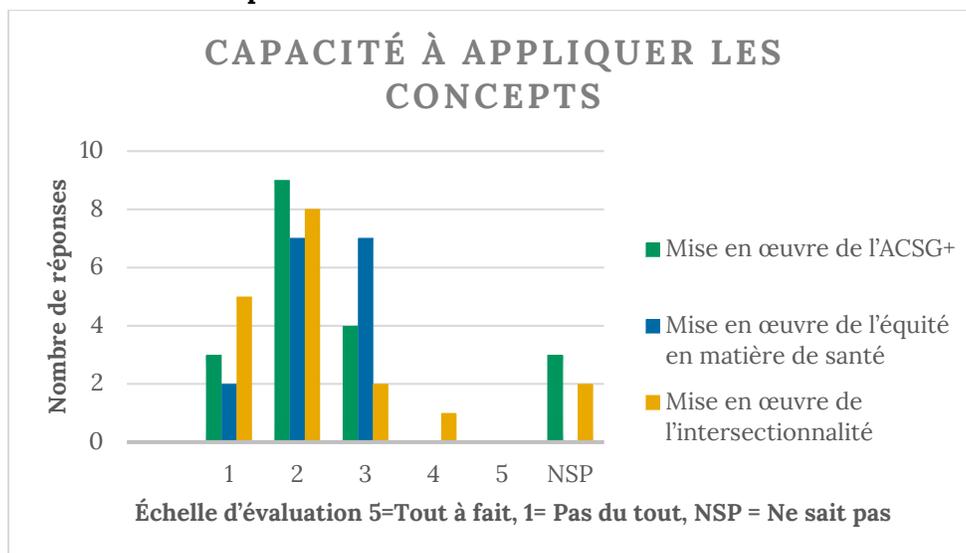


Figure 2 : Auto-évaluation de la capacité à appliquer les concepts de l'ACSG+, de l'intersectionnalité et de l'équité en matière de santé



Les résultats du questionnaire ont mis en évidence toute une série de méthodes et de niveaux d'application des concepts au sein des organisations respectives des répondants. Alors que certains répondants externes ont jugé les cadres d'équité en santé plus accessibles, d'autres ont estimé que l'intersectionnalité permettait une compréhension ou une approche plus approfondie, même s'ils étaient d'avis qu'elle exigeait davantage de ressources. Bien que le terme ACSG+ est communément reconnu, de nombreux participants ont appris à mieux le connaître dans le cadre des normes et des mandats de déclaration de Santé Canada. L'ACSG+ a été perçue comme privilégiant le sexe et le genre, ce qui pourrait exclure ou minimiser d'autres facteurs pertinents tels que la condition sociale, la race et le handicap. Les membres de la CSMC habitués aux concepts de l'ACSG+ ont estimé qu'il était relativement facile de travailler avec cette approche.

Leviers organisationnels permettant de faire progresser un cadre global en matière d'équité

Les répondants ont fait part des moyens dont disposent les organisations pour mettre en œuvre un cadre d'équité (voir le [Tableau 3A](#)). Dans la pratique, ils ont unanimement souhaité la normalisation et l'adoption plus formelle d'un cadre intégré et exhaustif.

L'intégration d'un tel cadre d'équité dans les chartes de projet est la recommandation la plus répandue*. Les répondants internes et externes ont nommé plusieurs leviers organisationnels supplémentaires qui pourraient être perfectionnés. Parmi ceux-ci figuraient (1) des approches plus équitables, diversifiées et inclusives en matière d'approvisionnement, notamment la recherche et la sélection de fournisseurs lors d'appels d'offres (p. ex. l'embauche d'un plus grand nombre d'organisations militantes et de recherche locales ou d'entrepreneurs sans exiger de diplômes d'études supérieures); et (2) des considérations relatives à la propriété intellectuelle (p. ex. repenser les droits et la titularité de la propriété intellectuelle, en particulier en relation avec la lutte contre le racisme et la décolonisation). Parmi les autres suggestions, citons une représentation plus diversifiée dans les groupes consultatifs et les événements, la réalisation d'analyses contextuelles et le recensement des intervenants au début des projets, et ce, afin de repérer les lacunes, de même que la détection et l'élimination des obstacles à la participation et à l'engagement. Plusieurs répondants ont estimé que le manque de responsabilisation, résultant de l'absence d'obligation par une organisation de rendre compte de l'utilisation d'une approche fondée sur l'équité en matière de santé, constituait un obstacle à la mise en œuvre de cette approche.

Au-delà des exigences en matière de rapports, de nombreux informateurs ont souligné qu'il était primordial d'obtenir un soutien sans équivoque de la part des dirigeants dans l'application de l'équité en santé, compte tenu de leur rôle décisif dans l'intendance de la culture d'une organisation. Quelques-uns ont également souligné la nécessité pour les dirigeants de réfléchir à leurs propres privilèges et préjugés comme faisant partie intégrante de leur rôle et de l'élaboration des projets. En outre, plusieurs participants ont constaté que le fait de rendre explicite la dynamique du pouvoir institutionnel, organisationnel et sociétal était une condition indispensable pour traiter les causes profondes des inégalités en matière de santé.

Certains éléments facilitateurs propres à la CSMC comprenaient une collaboration accrue entre les services; la maximisation des initiatives en matière d'équité, de diversité et d'inclusion; et une collaboration étroite avec les gouvernements et les partenaires de l'ensemble du secteur, ainsi qu'avec les organisations communautaires et locales. Un grand nombre de ces répondants ont manifesté leur intérêt à tirer parti de la CPP de la CSMC et de son équipe de politiques et de recherche pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre global dédié à l'équité, notamment par l'intermédiaire de « Premiers adeptes » susceptibles d'inspirer d'autres équipes.

Les répondants de la CSMC considèrent que l'application de ces concepts est l'affaire de tous et que chacun y a un rôle à jouer. Nombre d'entre eux ont exprimé le souhait de renforcer une culture organisationnelle dans laquelle la mise en œuvre d'un cadre global d'équité orienterait le travail à tous les échelons.

La valeur des ressources humaines pour la mise en œuvre des cadres d'équité à l'échelle de l'organisation a également été soulignée, par exemple sous la forme de trousseaux d'intégration

* Cette pratique est déjà appliquée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

assorties de répertoires de ressources et de formations connexes. Les ressources humaines pourraient en outre faire de l'équité une compétence de base et aider le personnel nouveau et actuel à acquérir de telles compétences. Enfin, les ressources humaines pourraient revoir les qualifications requises pour exercer certaines fonctions au sein de la CSMC de manière à garantir la prise en compte d'un spectre de connaissances et d'expériences très diversifié.

Recherche et données

Un sous-ensemble de répondants a souligné le rôle essentiel de la recherche et des données pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des cadres d'équité au sein des gouvernements et des organisations de santé. En même temps, ils ont reconnu la nécessité de disposer de recherches et de données qui rendent compte de manière adéquate des différents effets de l'équité en matière de santé ainsi que des identités multiples ou intersectionnelles ayant un retentissement sur la santé, la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances.

En l'absence d'une infrastructure adéquate en matière de données sur la santé, il est difficile d'engager une discussion pertinente et de prendre des décisions stratégiques éclairées. Deux répondants ayant travaillé sur une stratégie et un projet de mise en œuvre à l'échelle de l'organisation ont évoqué la nécessité d'intégrer des indicateurs d'équité en matière de santé dans la mesure du rendement aux fins de suivi des progrès accomplis. De nombreuses personnes ont également établi un lien entre le rôle des données et une meilleure reddition de comptes.

En outre, les experts ont souligné qu'il serait bénéfique de redéfinir ce que nous considérons comme étant des données de changement. Il conviendrait notamment de mettre davantage l'accent sur le savoir expérientiel passé et présent, les points de vue des communautés, les données qualitatives et les récits (et autres communications verbales) en tant que sources privilégiées pour brosser un tableau plus complet de nos systèmes de santé mentale, de santé publique et de santé liés à l'usage de substances. Ces sources de données et d'autres encore sont nécessaires pour enrichir les données quantitatives et éclairer la planification, les politiques, les programmes et les priorités de financement. Une telle approche plus cohérente pourrait contribuer à pallier d'autres lacunes et à mieux répondre aux besoins de la communauté.

Trousses d'outils et formations

En ce qui concerne les points forts et les faiblesses des trousse d'outils de l'ACSG+ et de l'équité en matière de santé, si certaines personnes interrogées ont reconnu leur rôle important dans la poursuite des progrès, d'autres ont fait état d'une « fixation » sur les outils et ont indiqué qu'il valait mieux les envisager comme un simple « point de départ ».

De nombreuses personnes interrogées ont fait remarquer que les trousse d'outils disponibles ne pouvaient pas être facilement adaptées à leurs besoins précis. Les répondants ont appelé à l'élaboration de trousse d'outils qui fourniraient davantage de conseils sur la langue et des recommandations plus précises en fonction du type d'activité ou de projet, de l'étape du projet et du produit de connaissance. D'autres ont évoqué la nécessité de constituer un référentiel de trousse d'outils et ont mis en garde contre la tentation de « réinventer la roue ».

Des problèmes d'accessibilité et de convivialité ont également été mentionnés, de même que des recommandations en faveur de marches à suivre, d'organigrammes, de trousse d'outils

interactives et de diagrammes de prise de décision, de sorte que les outils soient plus concrets et répondent mieux à des besoins précis.

Par ailleurs, les répondants ont préconisé un perfectionnement continu auprès des utilisateurs finaux et des experts, tout en cherchant à déterminer ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et les raisons qui expliquent ces résultats. Certains ont jugé nécessaire de publier les « leçons apprises » lors de l'élaboration et de la promotion des trousseaux d'outils en fonction des différents secteurs.

Plusieurs répondants de la CSMC considèrent que la CPP est bien placée pour fournir un soutien technique au processus de conception et de mise en œuvre d'un cadre global pour l'équité au sein de la CSMC (p. ex. trousseaux d'outils, perspectives, approches et ressources). La CPP est considérée à la fois comme un centre de formation et de renforcement des capacités de l'organisation à appliquer et à utiliser ses concepts; et comme un espace positif permettant de susciter d'importantes discussions et de trouver des solutions aux problèmes liés à l'équité. Plusieurs répondants ont mentionné que la CPP pouvait faciliter la normalisation d'une approche intégrée dans l'ensemble de la CSMC, ainsi que le suivi et l'évaluation des efforts de mise en œuvre. À titre d'exemple, des indicateurs d'équité supplémentaires pourraient être intégrés dans un cadre interne de mesure du rendement en vue d'assurer le suivi des répercussions de tous les outils créés.

Les répondants internes et externes ont fortement insisté sur la nécessité d'impliquer et de sensibiliser tous les membres de l'organisation concernée. Certains de ceux qui ont commencé par des trousseaux d'outils et des efforts de renforcement des capacités ont noté la facilité d'adoption et de mise en œuvre par l'entremise d'initiatives à l'échelle de l'organisation, en commençant par les Premiers adeptes et les figures de proue. Les répondants de la CSMC étaient très motivés à l'idée de recevoir une telle formation et un tel apprentissage, et nombre d'entre eux l'avaient déjà fait de manière informelle sur le plan individuel ou au sein d'une équipe.

Plusieurs répondants ont vivement insisté sur la nécessité de se concentrer sur le renforcement des capacités (c'est-à-dire d'aller au-delà d'une formation ponctuelle ou de séances individuelles avec un porte-parole), afin que des responsabilités en matière de mise en œuvre puissent être implantées à l'échelle de l'organisation. Une formation obligatoire et continue, adaptée précisément aux différents postes (p. ex. politique, affaires publiques, programmes, mobilisation des connaissances) et étalonnée en fonction des compétences, est considérée comme étant une approche nuancée et viable.

Parallèlement, les répondants ont déclaré que la formation à elle seule n'était pas suffisante. Certains ont fait remarquer que la formation accroît les connaissances mais ne provoque pas de changement de comportement. D'autres ont évoqué les préjugés inhérents aux programmes de formation dans le domaine de la santé et de la politique sociale. Un certain nombre de personnes interrogées ont jugé important de trouver des moyens plus nuancés de réfléchir à la complexité de la nature humaine, et ce, au-delà des facteurs identitaires les plus populaires ou les plus opportuns d'un point de vue politique. Beaucoup ont parlé des limites de la formation didactique (des enseignants qui font la leçon aux élèves), certains remettant en question son applicabilité ou sa durabilité. Toutes les personnes interrogées souhaitaient une formation mieux adaptée à leurs besoins, c'est-à-dire plus en phase avec leur niveau d'expertise et leur rôle au sein de leur organisation et du système de santé.

Conclusion

Les résultats de l'analyse documentaire, du questionnaire et de la consultation présentent une convergence marquée, chaque cadre d'équité étant perçu comme présentant des aspects positifs ainsi que des limites. Parmi les six approches étudiées, l'équité en matière de santé est la plus utilisée, tandis que l'ACS+ et l'ACSG+ ont été davantage adoptées au niveau fédéral (en offrant plusieurs outils flexibles). L'ACS+ a été reconnue comme ayant fait progresser l'égalité des genres, mais elle présente cependant des limites en matière d'analyse intersectionnelle.

Les cadres axés sur la décolonisation et la lutte contre le racisme, qui vont au-delà des déterminants sociaux de la santé, offrent de nouvelles possibilités de promouvoir la santé mentale et la santé dans un contexte d'usage de substances. Ils élargissent nos considérations sur la distribution inégale des ressources sociétales et implantent de nouveaux modes de connaissance lors de l'élaboration de politiques ou de programmes. Ils tiennent par ailleurs plus facilement compte des préjudices implicites, des stéréotypes et des idéologies inscrits à un niveau systémique dans les politiques et les pratiques organisationnelles et dans les mentalités des individus.

Les questions soulevées dans notre évaluation mettent en évidence la nécessité d'une pratique réfléchie en matière d'élaboration de programmes et soulignent la manière dont les dynamiques de pouvoir asymétriques, le racisme et le colonialisme sont reproduits et maintenus en place au sein des organisations, tout comme dans l'ensemble de la société. Le rôle crucial et permanent des déterminants sociaux de la santé – et leur incidence sur la santé mentale et la santé en contexte d'usage de substances – remet également en question l'importance excessive accordée à des facteurs tels que l'accès aux services et aux soins tertiaires.

L'élaboration de cadres d'équité exhaustifs et intégrés est primordiale pour tous les domaines d'activité de la CSMC et d'autres organisations du secteur, de la conception et de la mise en œuvre des programmes au marketing et à la communication, en passant par la mobilisation des connaissances et l'engagement concret des intervenants et des partenaires. Outre la formation continue, des trousseaux d'outils adaptés aux rôles précis des projets aideront les différents services à en faciliter l'adoption.

Conformément à la documentation relative à la science de la mise en œuvre, le soutien de la haute direction et de l'administration est obligatoire pour faire progresser les résultats dans l'immédiat et à long terme. Afin d'optimiser les chances de réussite, ces cadres d'équité (et leurs initiatives associées) devraient être liés aux priorités de l'organisation et bénéficier d'une consultation, de conseils et d'un contrôle menés par un ensemble diversifié et pertinent de représentants.

Limites

Malgré l'exhaustivité des résultats de notre analyse documentaire et de nos consultations, de nombreux groupes concernés ont été sous-représentés ou exclus de la collecte de données. En outre, dans les consultations et les réponses au questionnaire, les praticiens des politiques de santé mentale étaient les informateurs les plus familiers avec l'analyse fondée sur le sexe et le genre, et l'essentiel de leur expérience se rapportait à la mise en œuvre de l'équité en matière de santé. Cette asymétrie observée au niveau de la compréhension et de l'utilisation des différents cadres d'équité justifie la prudence à l'égard de la généralisation des résultats et confirme la nécessité de poursuivre les consultations avec les praticiens qui utilisent des cadres d'équité moins bien représentés.

De même, si le [Tableau 2A](#) fournit une analyse comparative préliminaire des principes communs aux différents cadres d'équité, ses concepts ont été recueillis uniquement à partir d'une analyse de contenu. Une consultation plus approfondie auprès de praticiens experts maîtrisant bien ces cadres, en particulier ceux qui sont sous-représentés dans le présent rapport, est nécessaire pour valider leur contenu et comprendre comment les différents principes décrits sont liés, et quels sont (ou sont susceptibles d'être) leurs mécanismes d'action.

Comme le démontre nettement notre évaluation des besoins, il reste encore beaucoup à faire en matière de processus, de conception et d'analyse comparative, de même qu'au chapitre de la mise en œuvre et des vecteurs de changement. La prochaine étape du projet prévoit d'aborder ces limites lors de la création et de la mise en œuvre du modèle et de la trousse d'outils (décrits ci-dessous).

Recommandations et prochaines étapes

Comme indiqué dans l'introduction, cinq recommandations en vue des prochaines étapes ont été formulées à l'issue de cette évaluation des besoins :

1. Combiner les principaux concepts et processus analytiques, notamment l'ACSG+, l'intersectionnalité, l'équité en matière de santé, la lutte contre le racisme, la décolonisation et le rétablissement après une maladie mentale dans un cadre exhaustif permettant de mieux orienter les politiques et les programmes de santé mentale.
2. Incorporer des approches, des cadres et des expériences de mise en œuvre intégrés et intersectionnels provenant de diverses organisations de santé mentale (y compris la CSMC) en s'appuyant sur une approche de « globalité de l'organisation ».
3. Mettre au point des ressources portant sur la mise en œuvre, notamment un modèle, une trousse d'outils et des formations.
4. Déployer les ressources, les outils et les formations nécessaires pour faciliter la mise en œuvre à long terme de la réforme du système de soins en santé mentale axée sur l'équité au sein de la CSMC et dans l'ensemble du secteur.
5. Appliquer les étapes 1 à 4 pour créer, suivre et contrôler les retombées et les potentialités d'un cadre intégré en matière d'équité et d'outils apparentés.

L'objectif de la CSMC est de faire aboutir ces recommandations en élaborant un modèle d'équité exhaustif et intégré, lequel fera l'objet d'un examen public en 2023. Ce modèle servira de point d'ancrage à l'élaboration d'un cadre et d'une trousse d'outils destinés à soutenir la mise en œuvre au sein de la CSMC et dans l'ensemble des secteurs de la santé mentale, de la santé liée à l'usage de substances et de la santé publique. Le processus de création du modèle et de la trousse d'outils s'appuiera sur les conclusions et les limites de la présente évaluation des besoins. La CSMC entend poursuivre le suivi et l'évaluation de ces recommandations et du projet dans son ensemble, et notamment du modèle, du cadre et de la trousse d'outils.

Références

- ¹ Morrow, M. et L. H. Malcoe. « Introduction : Science, social (in)justice, and mental health », dans L. H. Malcoe et M. Morrow (éditeurs), *Critical inquiries for social justice in mental health*, Presses de l'Université de Toronto, 2017, p. 3-30.
- ² Petasis, A. « Discrepancies of the medical, social and biopsychosocial models of disability; A comprehensive theoretical framework », *International Journal of Business Management and Technology*, vol. 3, n° 4 (2019), p. 42-54. <https://www.theijbmt.com/archive/0928/1686534688.pdf>
- ³ Larson, G. « Anti-oppressive practice in mental health », *Journal of Progressive Human Services*, vol. 19, n° 1 (2008), p. 39-54. <https://doi.org/10.1080/10428230802070223>
- ⁴ Evans-Lacko, S., S. Aguilar-Gaxiola, A. Al-Hamzawi, J. Alonso, C. Benjet, R. Bruffaerts, W. T. Chiu, S. Florescu, G. de Girolamo, O. Gureje, J. M. Haro, Y. He, C. Hu, E. G. Karam, N. Kawakami, S. Lee, C. Lund, V. Kovess-Masfety, D. Levinson, G. Thornicroft et autres. « Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys », *Psychological Medicine*, vol. 48, n° 9 (2018), p. 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- ⁵ Morrow, M. et Malcoe, L. H., éditeurs. *Critical inquiries for social justice in mental health*, Presses de l'Université de Toronto, 2017, p. 3-30.
- ⁶ Lewis, M. E., E. E. Hartwell et L. M. Laurelle. « Decolonizing mental health services for Indigenous clients: A training program for mental health professionals », *American Journal of Community Psychology*, vol. 62, n° 3-4 (2018), p. 330-339. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12288>
- ⁷ Larson, G. « Anti-oppressive practice in mental health » (2008),
- ⁸ dans M. Morrow et L. H. Malcoe, éditeurs, *Critical inquiries for social justice in mental health*, 2017.
- ⁹ Femmes et Égalité des genres au Canada. *Introduction à l'ACS Plus*, 2022. https://femmes-egalite-genres.canada.ca/gbaplus-course-cours-acspplus/fra/modA1/modA1_01_03.html
- ¹⁰ Femmes et Égalité des genres au Canada. *Qu'est-ce que l'Analyse comparative entre les sexes plus?*, 2022. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus/est-analyse-comparative-entre-sexes-plus.html>
- ¹¹ Centre of Excellence for Women's Health. *Gender transformative approaches to substance use responses*. <https://cewh.ca/featured-projects/integrating-and-measuring-the-effect-of-sex-gender-and-gender-transformative-approaches-to-substance-use/>
- ¹² Santé Canada. *Plan d'action sur le sexe et le genre plus de Santé Canada 2022-2026*, 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/plan-d-action-analyse-comparative-fondee-sur-sex-gendre-plan-d-action.html>
- ¹³ Hankivsky, O. et L. Mussell. « Gender-based analysis plus in Canada: Problems and possibilities of integrating intersectionality », *Canadian Public Policy*, vol. 44, n° 4 (2018), p. 303-316. <https://doi.org/10.3138/cpp.2017-058>
- ¹⁴ Findlay, T. « Revisiting GBA/GBA+: Innovations and interventions », *Canadian Public Administration*, vol. 62, n° 3 (2019), p. 520-525. <https://doi.org/10.1111/capa.12341>
- ¹⁵ Canada. Cabinet du Premier ministre. *Lettre de mandat de la ministre des Femmes et de l'Égalité des genres et de la Jeunesse*, 2021. <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2021/12/16/lettre-de-mandat-de-la-ministre-des-femmes-et-de-legalite-des-genres>
- ¹⁶ Femmes et Égalité des genres au Canada. *Analyse comparative entre les sexes plus*, 2022. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus.html>

- ¹⁷ Femmes et Égalité des genres Canada. *Suivre le cours sur l'analyse comparative entre les sexes plus*, 2022. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus/suivez-cours.html>
- ¹⁸ Findlay, T. *Revisiting GBA/GBA+: Innovations and interventions*, 2019.
- ¹⁹ Findlay, T. « Public administration and government services: Gendering policymaking in Canada », dans M. Tremblay et J. Everitt (éditeurs), *The Palgrave handbook of gender, sexuality, and Canadian politics*, Palgrave Macmillan, 2020, p. 207-229. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-49240-3>
- ²⁰ Scala, F. et S. Paterson. « Gendering public policy or rationalizing gender? Strategic interventions and GBA+ practice in Canada », *Revue canadienne de science politique*, vol. 50, numéro spécial 2 (2017), p. 427-442. <https://doi.org/10.1017/S0008423917000221>
- ²¹ Hankivsky, O. et L. Mussell. « Gender-based analysis plus in Canada: Problems and possibilities of integrating intersectionality », 2018.
- ²² Hankivsky, O.. « Gender based analysis and health policy: The need to rethink outdated strategies » (2007), dans M. Morrow, O. Hankivsky et C. Varcoe (éditeurs), *Women's health in Canada: Critical perspectives on theory, policy, and practice*, Presses de l'Université de Toronto, 2017, p. 3-30.
- ²³ Christoffersen, A. et O. Hankivsky. « Responding to inequities in public policy: Is GBA+ the right way to operationalize intersectionality? », *Canadian Public Administration*, vol. 64, n° 3 (2021), p. 524-532. <https://doi.org/10.1111/capa.12429>
- ²⁴ Kelly, C., D. Kasperavicius, D. Duncan, C. Etherington, L. Giangregorio, J. Presseau, K. M. Sibley et S. Straus. « “Doing” or “using” intersectionality? Opportunities and challenges in incorporating intersectionality into knowledge translation theory and practice », *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, Article 187 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01509-z>
- ²⁵ Christoffersen, A. et O. Hankivsky. « Responding to inequities in public policy: Is GBA+ the right way to operationalize intersectionality? », 2021.
- ²⁶ Findlay,
- ²⁷ Scala, F. et S. Paterson, « Gendering public policy or rationalizing gender? Strategic interventions and GBA+ practice in Canada », 2017
- ²⁸ Kelly et autres, « “Doing” or “using” intersectionality? Opportunities and challenges in incorporating intersectionality into knowledge translation theory and practice », 2021.
- ²⁹ Findlay, T., « Public administration and government services: Gendering policymaking in Canada », 2020.
- ³⁰ Hankivsky et Mussell, 2018.
- ³¹ Findlay, 2019.
- ³² Findlay, 2020.
- ³³ Kelly et autres, 2021.
- ³⁴ Hankivsky, 2007.
- ³⁵ Christoffersen et Hankivsky, 2021.
- ³⁶ Findlay, 2020.
- ³⁷ Kelly et autres, 2021.
- ³⁸ Scala et Paterson, 2017.
- ³⁹ Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting, O. Ferlatte, N. Clark, A. Fridkin et T. Laviolette. « Intersectionality-based policy analysis », dans O. Hankivsky (éditeur), *An intersectionality-based policy analysis framework*,

Institut de recherche et de politiques sur l'intersectionnalité à l'Université Simon Fraser, 2012, p. 33-45.
<https://tinyurl.com/2st5pm2x>

⁴⁰ Hankivsky et Mussell,

⁴¹ Collins, P. H. « Intersectionality's definitional dilemmas », *Annual Review of Sociology*, vol. 41, n° 1 (2018).
<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>

⁴² Collins, P. H., « Intersectionality's definitional dilemmas », 2015.

⁴³ Hankivsky, O. et J. S. Jordan-Zachery. « Introduction : Bringing intersectionality to public policy », dans A.-M. Hancock et N. Yuval-Davis (éditeurs), *The Palgrave handbook of gender, sexuality, and Canadian politics*, 2019, p. 1-28. Palgrave Macmillan, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-49240-3>

⁴⁴ Hankivsky et autres, « Intersectionality-based policy analysis », 2012.

⁴⁶ Hankivsky et autres, « An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity », 2014.

⁴⁷ Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting, M. Giesbrecht, A. Fridkin, S. Rudrum, O. Ferlatte et N. Clark. « An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity », *International Journal for Equity in Health*, vol. 13, Article 119 (2014), p. 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>

⁴⁸ Kelly et autres, 2021.

⁴⁹ Canada. Cabinet du Premier ministre. *Lettre de mandat de la ministre des Femmes et de l'Égalité des genres et de la Jeunesse*, 2021.

⁵⁰ Hankivsky, O. et J. S. Jordan-Zachery, « Introduction : Bringing intersectionality to public policy », 2019.

⁵¹ Hankivsky, O. et R. Cormier, « Intersectionality and public policy: Some lessons from existing models », 2011.

⁵² Kelly et autres,

⁵³ Santé publique Ontario. *Équité en matière de santé*, 2020.

<https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-equity>

⁵⁴ Santé publique Ontario. *Équité en matière de santé*, 2020.

⁵⁵ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'équité en santé : Parlons-en*, 2013.

<https://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>

⁵⁶ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *L'équité en santé : Parlons-en*, 2013.

⁵⁷ Sadare, O., M. Williams et L. Simon. « Implementation of the health equity impact assessment (HEIA) tool in a local public health setting: Challenges, facilitators, and impacts », *Canadian Journal of Public Health*, vol 111, n° 2 (2020), p. 212-219. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00269-2>

⁵⁸ Pauly, B., W. Martin, K. Perkin, T. van Roode, A. Kwan, T. Patterson, S. Tong, C. Prescott, B. Wallace, T. Hancock et M. MacDonald. « Critical considerations for the practical utility of health equity tools: A concept mapping study », *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, Article 48 (2018), p. 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0764-6>

⁵⁹ Sadare, O., M. Williams et L. Simon, « Implementation of the health equity impact assessment (HEIA) tool in a local public health setting: Challenges, facilitators, and impacts », 2020.

⁶⁰ Pauly et autres, « Critical considerations for the practical utility of health equity tools: A concept mapping study », 2018.

- ⁶¹ Santé publique Ontario, 2020.
- ⁶² Organisation mondiale de la Santé. « Health inequities and their causes », News: Facts in Pictures, 22 février 2018. <https://tinyurl.com/34z5akst>
- ⁶³ Ottersen, O. P., J. Dasgupta, C. Blouin, P. Buss, V. Chongsuvivatwong, J. Frenk, S. Fukuda-Parr, B. P. Gawanas, R. Giacaman, J. Gyapong, J. Leaning, M. Marmot, D. McNeill, G. Mongella, N. Moyo, S. Møgedal, A. Ntsaluba, G. Ooms, E. Bjertness, A. L. Lie, S. Moon, S. Roalkvam, K. L. Sandberg et I. B. Scheel. « The political origins of health inequity: Prospects for change », *Lancet*, vol. 383, n° 9917 (2014), p. 630-667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- ⁶⁴ Pauly et autres, 2018.
- ⁶⁵ Anne, G., É. Tardieu, N. Kareen, L. Ginette et R. Valéry. « Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada) », *Health Promotion International*, vol. 34, n° 6 (2019), p. e71-e83. <https://doi.org/10.1093/heapro/day047>
- ⁶⁶ Sadare, Williams et Simon, 2020.
- ⁶⁷ Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)*, 2021. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heaia/tool.aspx>
- ⁶⁸ Université de Victoria. *Equity lens in public health (ELPH)*, 2019. <https://www.uvic.ca/research/projects/elph/>
- ⁶⁹ Pauly et autres, 2018.
- ⁷⁰ Sadare, Williams et Simon, 2020.
- ⁷¹ Corneau, S. et V. Stergiopoulos. « More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services », *Transcultural Psychiatry*, vol. 49, n° 2 (2012), p. 261-282. <https://doi.org/10.1177/1363461512441594>
- ⁷² Commission des droits humains d'Australie. *What is racism?*, sans date. <https://humanrights.gov.au/our-work/race-discrimination/what-racism>
- ⁷³ Roy, J. *Acknowledging and defining racism*, Fondation canadienne des relations raciales, sans date. <https://www.crrf-fcrr.ca/images/stories/pdf/ePubFaShAckRac.pdf>
- ⁷⁴ Hassen, N., A. Lofters, S. Michael, A. Mall, A. D. Pinto et J. Rackal. « Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: A scoping review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n° 6, Article 2993 (2021). <https://doi.org/10.3390/ijerph18062993>
- ⁷⁵ Hassen et autres, « Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: A scoping review », 2021.
- ⁷⁶ Williams, M. T., S. Holmes, M. Zare, A. Haeny et S. Faber. « An evidence-based approach for treating stress and trauma due to racism », *Cognitive and Behavioral Practice*, 2022. Publication en ligne anticipée. http://www.sonyafaber.com/papers/Williams_TreatingRacialTrauma-preprint.pdf
- ⁷⁷ American Psychiatric Association. *Advocating for anti-racist mental health policies with a focus on dismantling anti-black racism*, 2021. <https://tinyurl.com/bdhc5bhz>
- ⁷⁸ Williams et autres, « An evidence-based approach for treating stress and trauma due to racism », 2022.
- ⁷⁹ Commission de la santé mentale du Canada. *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racisés*, 2016. <https://commissionsantementale.ca/resource/arguments-en-faveur-de-la-diversite>

- ⁸⁰ Commission de la santé mentale du Canada. *Les populations d'immigrants, de réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racisés et les déterminants sociaux de la santé. Examen des données du recensement de 2016, 2019.* <https://tinyurl.com/a4925au4>
- ⁸¹ Deggans, E. « "Me and white supremacy" helps you do the work of dismantling racism », NPR, 9 juillet 2020. <https://www.npr.org/2020/07/06/887646740/me-and-white-supremacy-helps-you-do-the-work-of-dismantling-racism>
- ⁸² Corneau, S. et V. Stergiopoulos, « More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services », 2012.
- ⁸³ Nesbeth, K. *Moving toward effective anti-racist policy analysis*, Options politiques, 1^{er} décembre 2021. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/december-2021/moving-toward-effective-anti-racist-policy-analysis/>
- ⁸⁴ Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ⁸⁵ Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ⁸⁶ Nesbeth, K., *Moving toward effective anti-racist policy analysis*, 1^{er} décembre 2021
- ⁸⁷ Kurzawa, J., E. Danseco, G. Lucente, C. Huang, P. Sundar et A. Allen-Valley. « Advancing racial equity, diversity, and inclusion in Ontario's child and youth mental health sector: Perspectives of agency leaders », *Canadian Psychology*, vol. 63, n° 4 (2022), p. 500-510. <https://doi.org/10.1037/cap0000336>
- ⁸⁸ Société royale du Canada. *Les limites de ce que nous savons : suivi de l'ampleur et de la portée des interactions entre la police et les personnes atteintes d'une maladie mentale*, 2021. <https://rsc-src.ca/fr/covid-19-policy-briefing/la-sante-mentale-le-maintien-de-lordre/les-limites-de-ce-que-nous-savons>
- ⁸⁹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Étude sur la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19 [Détails de la réunion]*, 3 juin 2020. <https://sencanada.ca/fr/comites/SOCI/Avisdeconvocation/541232/43-1#?filterSession=43-1>
- ⁹⁰ Wortley, S. et A. Owusu-Bempah. « The usual suspects: Police stop and search practices in Canada », *Policing and Society*, vol. 21, n° 4 (2011), p. 395-407. <https://doi.org/10.1080/10439463.2011.610198>
- ⁹¹ Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ⁹² Nesbeth, 1^{er} décembre 2021.
- ⁹³ Alliance de la fonction publique du Canada. *Ressources éducationnelles sur l'anti-racisme*, sans date. <https://syndicatafpc.ca/ressources-educationnelles-sur-lanti-racisme>
- ⁹⁴ Université de Waterloo. Office of Equity, Diversity, Inclusion, and Anti-racism. *Anti-racism resources*, sans date. <https://uwaterloo.ca/equity-diversity-inclusion-anti-racism/resources/anti-racism>
- ⁹⁵ Santé Ontario. *Équité, inclusion, diversité et antiracisme*, 2022. <https://www.ontariohealth.ca/fr/nos-travaux/programmes/equite-inclusion-diversite-et-antiracisme>
- ⁹⁶ Trying Together. *Anti-racism tools*, 2022. <https://tryingtogether.org/community-resources/anti-racism-tools/>
- ⁹⁷ Patrimoine canadien. *Construire une fondation pour le changement : La stratégie canadienne de lutte contre le racisme 2019-2022*, 2019. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/mobilisation-contre-racisme/strategie-contre-racisme.html>
- ⁹⁸ Kurzawa et autres, « Advancing racial equity, diversity, and inclusion in Ontario's child and youth mental health sector: Perspectives of agency leaders », 2022.
- ⁹⁹ Kurzawa et autres,
- ¹⁰⁰ Hassen et autres, 2021.

- ¹⁰¹ Nesbeth, 1^{er} décembre 2021.
- ¹⁰² Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ¹⁰³ Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ¹⁰⁴ Corneau et Stergiopoulos, 2012.
- ¹⁰⁵ Kurzawa et autres,
- ¹⁰⁶ Belfi, E. et N. Sandiford. « Decolonization series part 1: Exploring decolonization », dans S. Brandauer et E. Hartman (éditeurs). *Interdependence: Global solidarity and local actions*, The Community-based Global Learning Collaborative, 2021. <https://www.cbgcollab.org/access-toolkit-pages>
- ¹⁰⁷ Zapata, K. « Decolonizing mental health: The importance of an oppression-focused mental health system », *Calgary Journal*, 27 février 2020. <https://calgaryjournal.ca/more/calgaryvoices/4982-decolonizing-mental-health-the-importance-of-an-oppression-focused-mental-health-system.html/>
- ¹⁰⁸ Eni, R., W. Phillips-Beck, G. K. Achan, J. G. Lavoie, K. A. Kinew et A. Katz. « Decolonizing health in Canada: A Manitoba First Nation perspective », *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, Article 206 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01539-7>
- ¹⁰⁹ Corntassel, J. « Re-envisioning resurgence: Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination », *Decolonization: Indigeneity, Education and Society*, vol. 1, n° 1 (2012), p. 86-101. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/des/article/view/18627/15550>
- ¹¹⁰ Eni et autres, « Decolonizing health in Canada: A Manitoba First Nation perspective », 2021.
- ¹¹¹ Tuck, E. et K. W. Yang. « Decolonization is not a metaphor », *Decolonization: Indigeneity, Education and Society*, vol. 1, n° 1 (2012), p. 1-40. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/des/article/view/18630>
- ¹¹² Tuck, E. et K. W. Yang, « Decolonization is not a metaphor », 2012.
- ¹¹³ Eni et autres, 2021.
- ¹¹⁴ Eni et autres, 2021.
- ¹¹⁵ Bureau de la Commission des droits de la personne de la Colombie-Britannique. *Decolonization*, sans date. <https://bchumanrights.ca/key-issues/decolonization/>
- ¹¹⁶ Zapata, K. *Decolonizing mental health: The importance of an oppression-focused mental health system*, 27 février 2020.
- ¹¹⁷ McGuire, M. M. *Let's talk about Indigenous mental health: Trauma, suicide and settler colonialism (note de politique)*, n° 112, Institut Yellowhead, 2022. <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2022/02/indigenous-mental-health-yi-brief-mcguire-1.22.pdf>
- ¹¹⁸ McGuire, M. M. *Let's talk about Indigenous mental health: Trauma, suicide and settler colonialism*, 2022.
- ¹¹⁹ Régie sanitaire des Premières Nations. *Anti-racism, cultural safety and humility framework*, 2021. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-FNHC-FNHDA-Anti-Racism-Cultural-Safety-and-Humility-Framework.pdf>
- ¹²⁰ Autorité sanitaire des Premières Nations, 2021.
- ¹²¹ Organisation des normes en santé, HSO 75000:2022 – *Sécurisation culturelle et humilité pour la Colombie-Britannique*, 2023. <https://healthstandards.org/fr/norme/securisation-culturelle-et-humilite-pour-la-colombie-britannique/>
- ¹²² Chandanabhumma, P. P. et S. Narasimhan. « Towards health equity and social justice: An applied framework of decolonization in health promotion », *Health Promotion International*, vol. 35, n° 4 (2019). <https://doi.org/10.1093/heapro/daz053>

- ¹²³ Racial equity tools. *Decolonization theory and practice*, 2020. <https://www.racialequitytools.org/resources/fundamentals/core-concepts/decolonization-theory-and-practice>
- ¹²⁴ Services de santé de l'Alberta. *Harm reduction: Recovery oriented care*, 2019. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-recovery-oriented-care.pdf>
- ¹²⁵ Island Health. *Recovery-oriented practice framework*, Recovery-Oriented Practice Regional Working Group, 2017. <http://www.islandcrisiscaresociety.ca/wp-content/uploads/2019/06/ROP-Framework.pdf>
- ¹²⁶ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Recovery oriented approach teaching activities and resources*, 2017. <https://mharesource.rnao.ca/section-five/recovery-oriented-approach-teaching-activities-and-resources>
- ¹²⁷ Commission de la santé mentale du Canada. *Élaboration d'une trousse pour la mise en œuvre du Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* [Demande de propositions], 2020. <https://tinyurl.com/yfkr7ap5>
- ¹²⁸ Commission de la santé mentale du Canada. *Pratiques axées sur le rétablissement : Trousse de mise en œuvre*, 2021. <https://commissionsantementale.ca/resource/pratiques-axees-sur-le-retablissement-trousse-de-mise-en-oeuvre>
- ¹²⁹ De la parole à l'action. *De la parole à l'action est une boîte à outils visant à transformer les services vers le rétablissement*, 2021. <https://delaparolealaction.ca/>
- ¹³⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Recovery support tools and resources*, 2022. <https://www.samhsa.gov/brss-tacs/recovery-support-tools-resources>
- ¹³¹ International Mental Health Collaborating Network. *Recovery tools, measures and instruments*, sans date. <https://imhcn.org/bibliography/recovery-an-introduction/recovery-star/>
- ¹³² Sampietro, H. M., V. R. Carmona, E. Rojo et J. Gómez-Benito. « Mapping mental health recovery tools developed by mental health service users and ex-users: Protocol for a scoping review », *BMJ Open*, vol. 10, n° 11 (2020). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33184090/>
- ¹³³ M. Bartram. « Toward a shared vision for mental health and addiction recovery and well-being: An integrated two-continuum model », *Journal of Recovery in Mental Health*, vol. 2, n° 2-3 (2019), p. 55-72. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/32749>
- ¹³⁴ McQuaid, R., A. Malik, K. Moussouni, N. Baydack, M. Stargardter et M. Morrissey. *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada (Rapport technique)*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017. <https://www.ccsa.ca/fr/la-vie-en-retablissement-de-la-toxicomanie-au-canada-rapport-technique>
- ¹³⁵ Best, D. et A. B. Laudet. *The potential of recovery capital*, RSA Projects, 2010 <https://www.thersa.org/globalassets/pdfs/reports/a4-recovery-capital-230710-v5.pdf>
- ¹³⁶ Tse, S. et R. M. K. Ng. « Applying a mental health recovery approach for people from diverse backgrounds: The case of collectivism and individualism paradigms », *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, vol. 1 (2014), p. 7-13. <https://doi.org/10.1007/s40737-014-0010-5>
- ¹³⁷ Harper, D. et E. Speed. « Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience », *Studies in Social Justice*, vol. 6, n° 1 (2012), p. 9-26. <https://doi.org/10.26522/ssj.v6i1.1066>

¹³⁸ Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J. et Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, vol. 76, Article 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>

¹³⁹ Belkin, G., S. Appleton et K. Langlois. « Reimagining mental health systems post COVID-19 » (éditorial), *Lancet Planetary Health*, vol. 5, n° 4 (2021), p. e181-e182. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00037-1)

¹⁴⁰ Commission de la santé mentale du Canada. *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*, 2013. <https://tinyurl.com/bdhafczi>

Annexe

Tableau A1 : Méthodologie de l'analyse documentaire

Analyse des revues spécialisées et de la littérature grise	
Termes de recherche	« intersectionnalité » OU « ACS+ » OU « IDE » OU « équité en santé » ET « santé publique » OU « santé mentale » OU « usage de substances » OU « politique de santé mentale » OU « antiracisme » OU « sécurité culturelle » OU « décolonisation » OU « rétablissement » OU « programme de santé mentale » OU « recherche en santé mentale » OU « élaboration de programme » OU « mise en œuvre de programme » OU « évaluation de programme » OU « changement organisationnel » OU « capacité organisationnelle » ET « Canada »
Paramètres d'inclusion et d'exclusion	Dates : 2012-2022
Bases de données	Les bases de données utilisées sont à la disposition du public (p. ex. Google Scholar) et du secteur privé (p. ex. bases de données universitaires et ProQuest).
Littérature grise provenant d'organisations précises	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bureau de l'équité en santé du CAMH 2. Centre of Excellence for Women's Health 3. Institut Wellesley 4. Agence de santé publique (ASPC), à l'échelle municipale, provinciale et fédérale 5. Tables de planification des systèmes : Programme de soutien au système provincial, Initiative sur la capacité organisationnelle pour l'équité en santé du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Tableau A2 : Comparaison des principales caractéristiques des cadres d'équité

Domaine/cadre	Analyse fondée sur le sexe et le genre ¹	Intersectionnalité ²	Équité en matière de santé ³	Antiracisme ⁴	Décolonisation ⁵	Rétablissement de la santé mentale ⁶
Recherche la justice sociale : cible les barrières systémiques, l'accès à la santé et les résultats pour un ou des groupes d'intérêt précis						
Pose le problème de la segmentation des problèmes, des populations, de la recherche et des réponses politiques						
Prête attention au pouvoir						
Insiste sur les conditions structurelles plutôt que sur les conditions individuelles						
Implique inévitablement la restitution des terres						
Prend racine dans les droits de la personne						
Fait preuve de réflexivité : attention aux préjugés inconscients, aux idées reçues, aux préjudices et à la discrimination						
Interroge les intérêts acquis en prêtant attention au cadre sociohistorique et contemporain et en veillant à bien formuler et communiquer le domaine problématique						
Dirigé ou piloté par la communauté : représentation, inclusion et engagement significatifs des personnes les plus marginalisées ou affectées par les politiques, les programmes et les initiatives						
Objectifs d'émancipation : l'autodétermination est considérée comme un objectif ou comme un élément de la saine gestion publique						
Représentation diversifiée au sein de la main-d'œuvre, des structures organisationnelles et de la direction						
Mise en évidence des multiples oppressions qui se chevauchent et des marqueurs identitaires dynamiques interagissant avec les facteurs structurels						
Concentre la sensibilisation, le perfectionnement des ressources et le renforcement des capacités en tant que vecteurs de changement						

Domaine/cadre	Analyse fondée sur le sexe et le genre ¹	Intersectionnalité ²	Équité en matière de santé ³	Antiracisme ⁴	Décolonisation ⁵	Rétablissement de la santé mentale ⁶
Certaines trousse d'outils proposent des pistes de réflexion pour guider la mise en œuvre ou l'utilisation						
Appels à un meilleur alignement des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur civil						
Engagement en faveur du pluralisme épistémique						
Préoccupations relatives à la possibilité d'être coopté, déplacé ou exploité (en tant que cadre)						
Au-delà de l'élaboration des politiques : rôle précis de la mobilisation des connaissances et des communications stratégiques						
Suivi des progrès par l'entremise de changements dans les affectations de fonds ciblés (par rapport aux disparités en matière de santé)						
Suivi des progrès grâce à des outils de mesure du rendement et de reddition de comptes						
Accumulation de données probantes : les données actuellement disponibles ou les méthodes statistiques constituent des entraves						

Légende

- Explicitement référencé
- Vaguement ou indirectement référencé
- Non référencé

¹ Santé Canada. *L'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus en action à Santé Canada*, 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/plan-d-action-analyse-comparative-fondee-sur-sex-genre.html>

² Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting, M. Giesbrecht, A. Fridkin, S. Rudrum, O. Ferlatte et N. Clark. « An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity », *International Journal for Equity in Health*, vol. 13, Article 119 (2014), p. 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>

³ Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé*, 2011. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/docs/workbook.pdf>

⁴ Nesbeth, K., *Elevate policy. Anti-racism policy analysis framework*, 2021. <https://tinyurl.com/82ajpcs7>

⁵ Tuck, E. et W. Yang. « Decolonization is not a metaphor », *Decolonization: Indigeneity, Education and Society*, vol. 1, n° 1 (2012), p. 1-40. <https://tinyurl.com/yc6rbdyu>

⁶ Commission de la santé mentale du Canada. *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, 2015. <https://commissionsantementale.ca/resource/guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement>

Tableau A3 : Leviers organisationnels permettant de faire progresser les cadres d'équité

Leviers organisationnels	Exemples
Culture organisationnelle diversifiée et inclusive	<ul style="list-style-type: none"> • Main-d'œuvre diversifiée, inclusive et représentative • Accès équitable aux possibilités de perfectionnement professionnel • Partage du pouvoir et élaboration concertée de projets • Engagement, adhésion et sensibilisation à tous les niveaux de l'organisation, y compris ceux du conseil d'administration, des cadres supérieurs et des directeurs • Politiques garantissant un accès équitable aux avantages sociaux et une rétribution juste • Pratiques inclusives sur le lieu de travail (p. ex. pronoms dans les signatures électroniques)
ACSG+ et équité en matière de santé intégrés aux priorités de l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des exigences des bailleurs de fonds (p. ex. Santé Canada) • Application et évaluation systémiques des priorités stratégiques • Établissement d'un lien entre les activités de programme et les travaux de l'organisation en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme
Partenariats stratégiques et approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Approches équitables pour l'obtention de conseils d'experts externes (p. ex. soutien et renforcement équitables des petites organisations ayant moins de capacités; participation active de groupes souvent tenus à l'écart du processus décisionnel) • Rétribution appropriée et adéquate • Approches anti-oppressives et décoloniales en matière de recrutement et dans le cadre des appels d'offres (p. ex. prise en compte des diplômés autres que ceux de l'enseignement supérieur, possibilités de renoncer aux droits de propriété intellectuelle)
Ressources et formations	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies à l'échelle de l'organisation nécessitant une formation et une évaluation des compétences en matière d'équité en santé (p. ex. approvisionnement, recherche, élaboration de projets, évaluation de projets) • Alternance de formations régulières obligatoires et de formations autodidactes (p. ex. déjeuners-conférences)
Imputabilité et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un lien entre, d'une part, les efforts d'intégration de la planification stratégique ou des priorités et, d'autre part, la mesure du rendement et l'établissement de rapports • Suivi permanent des progrès



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210

Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613-683-3755

Télééc. : 613-798-2989

 [@CSMC](https://twitter.com/CSMC)  [/laCSMC](https://www.facebook.com/laCSMC)

 [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC)  [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

 [/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)

 [/theMHCC](https://www.pinterest.com/theMHCC)