

VOIX SANS ÉCHO : OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET EXPÉRIENCES VÉCUES PAR LES FEMMES NOIRES AU CANADA



Table des matières

Lettre de la directrice générale	V
Sommaire	VII
Thèmes principaux	VIII
Recommandations	IX
Conclusion	IX
L’Institut des femmes noires pour la santé	XI
Remerciements	XII
Introduction	1
Pourquoi les femmes noires au Canada ont-elles besoin des données fondées sur la race?	2
Une approche intersectionnelle des soins de santé	3
Les conséquences du manque d’action: raisons de l’urgence de ce travail	3
Méthodologie	5
Notre méthode de travail	5
Répondantes	6
Limites	6
Analyses et perspectives	9
Problèmes médicaux	14
Hypertension: Un tueur silencieux	14
Fibromes utérins : ignorés et minimisés	15
Le lupus : une lutte pour faire reconnaître cette maladie	16
Santé reproductive	19
Un héritage de souffrance	19
La crise sanitaire des femmes noires enceintes	19
Santé mentale et bien-être	22
Résilience toxique : le fardeau du stéréotype de la « femme noire forte »	23
Stigmatisation culturelle et obstacles aux soins	24

Violence, mauvais traitements et syndrome de stress post-traumatique	26
L'ampleur de la violence dans la vie des femmes noires	26
Les effets de la violence sur la santé mentale	27
Conséquences sur la santé physique	27
Risque plus élevé pour les femmes noires	28
Fatigue émotionnelle et épuisement professionnel	30
Discrimination en matière d'emploi et effets sur la santé	31
Voies d'accès bloquées et exclusion systémique	31
Les femmes noires dans le secteur de la santé: une crise profonde	34
Identité et adolescence des filles noires	34
Les racines et les répercussions durables du racisme chez les enfants	34
L'école: un lieu à risque	34
Comprendre et gérer les stéréotypes et les problèmes liés à l'image corporelle	35
Vivre ses relations et lutter contre la misogynie	35
Recommandations	37
Recommandations fondamentales	37
Principes de mise en oeuvre	38
Gouvernement fédéral	38
Gouvernements provinciaux et territoriaux	40
Hôpitaux, services de santé publique et établissements de santé	43
Associations de réglementation médicale, infirmière et hospitalière	45
Santé mentale et guérison communautaire	48
Employeurs, travail et politique économique	51
Éducation, recherches et universités	53
Racisme envers les Noirs et éducation : protéger les filles, les élèves et le personnel noirs	56
Justice intersectorielle et structurelle	58
Conclusion	60
Références	62

«J'ai l'impression qu'on me demande

sans cesse de fournir un effort

supplémentaire par rapport aux

autres, que ce soit sur

le plan émotionnel,

physique ou mental,

mais quand j'ai

besoin de soutien,

il n'y en a pas.»

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*



Lettre de la directrice générale

Kearie Daniel, Fondatrice, Institut des femmes noires pour la santé

Chaque femme noire vit un moment dans sa vie où elle réalise que sa survie n'a jamais été assurée. Cette prise de conscience ne se fait pas en douceur. Elle survient dans une salle d'urgence où l'on ne prend pas votre douleur au sérieux, ou dans le silence qui suit une consultation psychiatrique qui n'aboutit à rien. Elle résonne à travers les histoires partagées entre sœurs, mères, filles et tantes, les vérités murmurées sur les menstruations trop longues, les consultations trop longues et les rejets trop faciles.

J'ai créé l'Institut des femmes noires pour la santé parce que j'en avais assez d'entendre ces murmures et que je ne pouvais plus vivre dans un pays qui refusait de nous écouter.

Ce travail a commencé bien avant la rédaction de la première question du sondage. Il a germé dans mon for intérieur, au gré des récits de femmes de mon entourage, certaines ayant survécu, et d'autres pas, et de données chiffrées qui n'avaient jamais été recensées, car personne n'avait jamais pris la peine de nous dénombrer. Nous mourions en silence. Et dans la plus grande invisibilité.

Lorsque j'ai lu l'article « The Crisis That Is Killing Black Women » (La crise qui tue les femmes noires), publié en 2023 dans le magazine The Nation, j'ai eu l'impression de me regarder dans un miroir. Cet article exprimait avec des mots ce que je ressentais depuis des années. Il abordait la question de la « misogynoire » et de l'attente incessante de la force qui laisse les femmes noires se sentir sans protection, ignorées et maltraitées. Il révélait que les taux de suicide augmentaient chez les femmes et les filles noires, non pas parce que nous sommes faibles, mais parce que les systèmes ignorent notre souffrance jusqu'à ce que nous venions à disparaître. Bien que cet article ait été écrit à propos des États-Unis, son contenu s'applique tout à fait au Canada. En effet, c'est à la fois une tragédie et un signal d'alarme.

J'ai alors compris que nous avions besoin de nos propres données. Nous devions recueillir nos propres témoignages de manière irréfutable. C'est ainsi que nous avons conçu « Voix sans écho », la toute première enquête nationale sur la santé axée sur les femmes et les filles noires au Canada.



Près de deux mille femmes, filles et personnes allosexuelles noires ont répondu au sondage. Ce n'est pas parce qu'on leur a gentiment demandé de le faire, mais parce qu'elles avaient désespérément besoin d'être entendues. Elles ont notamment raconté avoir été mal diagnostiquées, ignorées, maltraitées ou abandonnées à leur sort, ou encore avoir entendu dire qu'elles étaient « trop fonctionnelles » pour bénéficier de soins de santé mentale. Elles ont également affirmé avoir saigné dans les toilettes des hôpitaux, avoir été ridiculisées pour avoir souffert de dépression post-partum ou avoir survécu à des violences pour ensuite être à nouveau traumatisées par les systèmes censés les soutenir.

Ce rapport est notre témoignage collectif. Il s'agit également d'un signal d'alarme. Si les systèmes ne changent pas et que les données ne sont pas collectées en fonction de la race et du genre, davantage de femmes noires mourront. De plus, de nombreuses filles noires grandiront en pensant que leur vie ne compte pas.

Ce rapport ne se concentre pas uniquement sur les problèmes. Il aborde également les solutions possibles. Les pages qui suivent contiennent des recommandations précises. Il ne s'agit pas de simples suggestions ou de réformes superficielles. Il s'agit d'appels à un changement transformationnel, fondé sur la justice, l'équité et la souveraineté. Ce sont en effet des feuilles de route vers la sécurité.

À toutes les femmes qui ont partagé leur histoire, vous nous avez fourni bien plus que de simples données. Vous nous avez fait découvrir la vérité, le courage et un modèle de guérison collective. Vous n'êtes plus invisibles.

À toutes les femmes, filles et personnes allosexuelles noires, sachez que votre voix compte. Votre douleur est réelle. Votre santé ne devrait jamais être négociable. Voici votre rapport. Vos preuves. Vos témoignages.

Enfin, à toutes les personnes qui liront ce rapport, la voie à suivre est claire. La seule question qui se pose est de savoir si vous souhaitez arpenter ce chemin avec nous.

Proclamons avec amour, passion et une conviction inébranlable, notre droit à la santé,

Kearie Daniel

Sommaire



Les soins de santé sont un droit fondamental qui doit être accessible à tous dans le respect de la dignité, de l'efficacité et de l'équité. Or, ce n'est pas le cas au Canada. Pour les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires, accéder à des soins de qualité signifie souvent se heurter à des systèmes qui ne reconnaissent ni ne comprennent leurs besoins spécifiques. Ce rapport adopte une approche globale de la santé, qui inclut les conditions médicales et les soins cliniques, ainsi que les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les conditions économiques et sociales qui influencent les résultats en matière de santé des individus et des groupes, comme le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement ou encore les expériences de discrimination. Lorsque les systèmes de santé ne parviennent pas à recueillir les données nécessaires pour identifier et combler les disparités dans tous ces domaines, les personnes les plus vulnérables sont victimes d'une forme d'invisibilité institutionnelle qui a des conséquences réelles sur leur qualité de vie et leur bien-être.

Bien que le gouvernement canadien considère la race comme un déterminant social de la santé, il semble accepter que les systèmes de santé fonctionnent sans les données fondamentales permettant d'identifier, de mesurer ou de traiter les inégalités de santé touchant les communautés noires. Ce manque de données perpétue un cycle dans lequel les disparités restent cachées et non traitées, ce qui finit par aggraver la situation avec le temps.

Une approche intersectionnelle des soins de santé reconnaît que les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires évoluent dans un environnement où des identités multiples et systèmes d'oppression se recoupent. Notre expérience des soins de santé est façonnée non seulement par le racisme anti-Noirs ou le sexismme, mais aussi par la manière dont ces forces interagissent pour créer des défis spécifiques qui nécessitent des solutions adaptées. Une telle approche exige une vision holistique des soins de santé qui tienne compte de notre contexte social, culturel et économique, plutôt que de se limiter à traiter des symptômes ou des maladies isolés.

Pour mieux comprendre ce que vivent les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires au Canada, l’Institut des femmes noires pour la santé a réalisé une étude nationale novatrice. Au total, 1966 personnes ont partagé leur expérience avec nous. Ce rapport met en évidence les principales conclusions de l’étude et apporte des preuves convaincantes qu’il est impératif de mettre en place une collecte systématique de données fondées sur la race et le genre dans les systèmes de santé canadiens. Il formule également des recommandations pour lutter contre le racisme anti-Noirs dans le domaine des soins de santé.

Les preuves présentées dans ce rapport sont claires : le besoin est urgent et il est temps d’agir. La santé et la vie des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires en dépendent.

Thèmes principaux

Bien que la plupart des participants aient physiquement accès aux services de santé, nos recherches ont révélé que beaucoup estiment que leurs symptômes ne sont pas pris au sérieux par les prestataires. Les participants ont également identifié d’autres obstacles, tels que les longs délais d’attente, le manque de prestataires compétents sur le plan culturel, la crainte d’être discriminés et les contraintes financières. Ces difficultés ont entraîné une perte de confiance envers le système de santé, des retards dans les soins, des erreurs de diagnostic et un épuisement émotionnel dû à la nécessité de se défendre en permanence.

Ce rapport met en évidence six domaines clés liés aux inégalités en matière de soins de santé :

1. les pathologies qui touchent de manière disproportionnée les femmes et les personnes allosexuelles noires;
2. la santé maternelle des femmes noires et la négligence médicale ;

3. les problèmes de santé mentale graves et complexes ;
4. l'exposition à la violence et aux injures à caractère raciste, et un risque accru de syndrome de stress post-traumatique ;
5. la fatigue émotionnelle et l'épuisement professionnel causés par des environnements de travail toxiques et la discrimination raciale ;
6. les premières expériences de racisme et d'identité chez les jeunes filles noires.

Recommandations

Les recommandations contenues dans ce rapport sont directement liées aux commentaires, aux problèmes et aux préoccupations des participants à la recherche. Que ce soit le gouvernement fédéral, les prestataires de soins de santé, le personnel scolaire ou les employeurs, tous ont un rôle à jouer dans le démantèlement des systèmes qui ont un impact négatif sur la santé des femmes et des filles noires, ainsi que sur celle des personnes allosexuelles noires. Ce rapport doit servir de guide pour aider les principaux intervenants à s'impliquer et à agir.

Les recommandations formulées dans le présent rapport concernent :

- Le gouvernement fédéral
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux
- Les hôpitaux, services de santé publique et établissements de santé
- Les associations médicales, infirmières et hospitalières
- Les employeurs, politiques économiques et politiques du travail
- Les établissements d'enseignement, les institutions de recherche et les universités
- Les ministères et institutions intersectorielles

Conclusion

Les inégalités en matière de soins de santé documentées dans ce rapport ne sont pas des chiffres abstraits. Elles représentent une urgence sanitaire publique qui se produit en temps réel partout au Canada. Lorsque 25 % des femmes noires déclarent avoir des idées suicidaires, contre 4 % à l'échelle nationale lorsque les participantes à l'enquête décrivent des hémorragies qui durent des heures et qu'on leur dit qu'elles exagèrent et que leur douleur est injustifiée ou encore lorsque les premières expériences de racisme déterminent l'état de santé futur des jeunes filles noires, nous sommes témoins des conséquences mortelles de systèmes de santé qui dévalorisent systématiquement la vie des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires. (Liu, Pollock, Contreras, Tonmyr et Thompson, 2022).

Ce rapport fournit des preuves irréfutables que le refus du Canada de recueillir des données sur la santé fondées sur la race est loin d'être neutre, car cette décision permet aux préjudices de se poursuivre sans contrôle. Par conséquent, chaque jour qui s'écoule sans que des données systématiques soient recueillies correspond à un plus grand nombre de femmes, de filles et de personnes allosexuelles noires qui sont confrontées à des problèmes qui auraient pu être évités ou qui sont rejetées lorsqu'elles tentent d'obtenir des traitements et décèdent ainsi de pathologies qui auraient pu être détectées, traitées et évitées. Les quelque 2000 voix représentées dans cette étude ne sont qu'une fraction des nombreuses autres femmes qui demeurent invisibles dans un système conçu pour ignorer nos expériences.

La voie à suivre est claire et réaliste. Il ne s'agit pas de déterminer si la collecte de données fondées sur la race est indispensable, mais plutôt de déterminer le moment où les systèmes de santé canadiens s'engageront à mettre cette pratique en œuvre.

L'Institut des femmes noires pour la santé



L'Institut des femmes noires pour la santé (IFNS) est une organisation nationale dirigée par des personnes noires qui œuvre à améliorer les conditions qui causent préjudice aux femmes, aux filles et aux personnes allosexuelles noires, et qui touchent à tous les déterminants sociaux de la santé au Canada. Nous utilisons la recherche, la défense des droits et des programmes à caractère communautaire pour promouvoir l'équité et renforcer le pouvoir. Notre mission est de permettre aux femmes, aux filles et aux personnes allosexuelles noires d'être visibles, valorisées et en bonne santé.

L'Institut des femmes noires pour la santé (IFNS) a une vision différente de la santé. Nous nous concentrons sur tous les aspects de la santé, y compris le bien-être physique, mental et émotionnel, et nous étudions les facteurs sociaux à l'origine des inégalités en matière de santé. Notre approche unique de l'analyse des soins de santé nous permet de comprendre comment ces disparités fonctionnent à plus grande échelle. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrons commencer à lutter contre les inégalités et la négligence systémique qui mettent en danger la vie des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires.

Nous sommes un groupe de femmes noires unies par des expériences et une vision communes : construire un avenir permettant aux femmes, aux filles et aux personnes allosexuelles noires de ne pas seulement survivre, mais de s'épanouir et de mener une vie caractérisée par la santé, la sécurité, la souveraineté et la joie. Nous aspirons à un monde où nos vérités sont reconnues, où notre leadership est valorisé et où nos systèmes de soins sont conçus par nous et pour nous afin d'améliorer la santé des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires à travers le Canada.

Remerciements

Voix sans écho est le fruit d'un travail collectif exceptionnel. Chaque idée, chaque donnée et chaque page sont le fruit d'une expertise, d'une réflexion et d'une vision communes. Ce rapport n'aurait pas vu le jour sans la collaboration étroite de nombreuses personnes, toutes dotées d'une grande intelligence et d'un grand cœur.

Nous remercions tous les personnes qui ont contribué à la réussite de cette initiative. Chacune d'entre vous a joué un rôle essentiel pour nous aider à franchir un pas historique.

Groupe consultatif:

- Dre Tope Adefarakan, PhD – Professeure adjointe, Études afro-canadiennes, Université de Toronto, éducatrice communautaire, experte en mouvements féministes noirs et afrocentriques
- Koko Bate Agborsangaya – Chercheuse en soins de santé et conseillère politique
- Elsie Amoako – Fondatrice et directrice générale, MinoCare et Mommy Monitor
- Mame Antwi – Gestionnaire du programme, Women's Health in Women's Hands
- Liz Arnason – Consultante principale, Arnason Consulting et fondatrice de la Ase Community Foundation
- Kearie Daniel, Directrice générale, Fondatrice, Institut des femmes noires pour la santé
- Dre Josephine Etowa, PhD, RN, RM, FWACN, FAAN, FCAN, FCAHS – Professeure titulaire, Chaire de recherche du Canada (Niveau 1) sur l'amélioration de la santé des femmes noires, Université d'Ottawa
- Amma Gyamfowa – Fondatrice et directrice clinique, Womanist Healing Counselling Services
- Koko NyeBessi – Promotrice de la santé communautaire
- Deborah Owusu-Akyeeah – Spécialiste des politiques d'égalité des sexes
- Dr. Oluwabukola Salami, PhD, RN, BScN, MN, FCAN, FAAN – Professeure titulaire et titulaire de la Chaire de recherche du Canada (Niveau 1) sur la santé des personnes noires et racialisées, Université de Calgary
- Dionne Sinclair – Vice-présidente, Opérations cliniques et directrice générale des soins infirmiers, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- Lorraine Thomas – Directrice, Bureau de l'inclusion, la diversité, l'équité, l'accessibilité et de l'anti-racisme (IDEAA), Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
- Shequita Thompson – Directrice générale, STR Consulting ; consultante en équité, diversité et inclusion ; leader communautaire

Soutien :

Voix sans écho : première enquête nationale sur la santé des femmes et des filles noires au Canada est soutenue par des organisations qui reconnaissent le besoin crucial de disposer de données ventilées, de mettre en œuvre un changement systémique et de disposer d'un système de santé qui reflète les réalités vécues par les femmes et les filles noires au Canada.

Nous remercions chaleureusement les organisations suivantes pour leur soutien à ce projet :



Leur soutien reflète un mouvement croissant qui vise à mettre l'accent sur la santé des femmes noires, à honorer leur vécu et à promouvoir l'équité par l'action.

Cette recherche a pu être réalisée grâce au soutien financier des institutions suivantes :

- Financière Sun Life
- Fondation Catherine Donnelly
- Fondation McConnell
- Workforce Funder Collaborative
- Fondation canadienne des relations raciales
- Patrimoine Canada
- Fondation Ken Rubin

Élaboration de l'enquête et compilation des résultats de recherche

Ford Global Group – Tiffany Ford, Maryam Golabgir

Illustration de la couverture du rapport « Voix sans écho »

Oeuvre originale de Nicole Alexander, commandée par l'Institut des femmes noires pour la santé en 2025.

Rédaction du rapport et conception graphique

DAYO Media & Communications Inc. – Dayo Kefentse, Natassia Morris, Shellene Drakes-Tull, Sanjana Jones, Sabrina Ramroop, Khalia Badawi, Curtis Hannam

Conception du portail de données de « Voix sans écho »

Noya Designs – Christina Gwira

Soutien à la communication et aux relations publiques pour le lancement du rapport

ChangeMakers Canada – Rob McEwan, Jessica Hardie, Emilita Dela Cruz

Nous tenons à remercier chaleureusement l'équipe de **l'Institut des femmes noires pour la santé**, dont le dévouement exceptionnel et l'engagement profond ont permis de concrétiser cette vision:

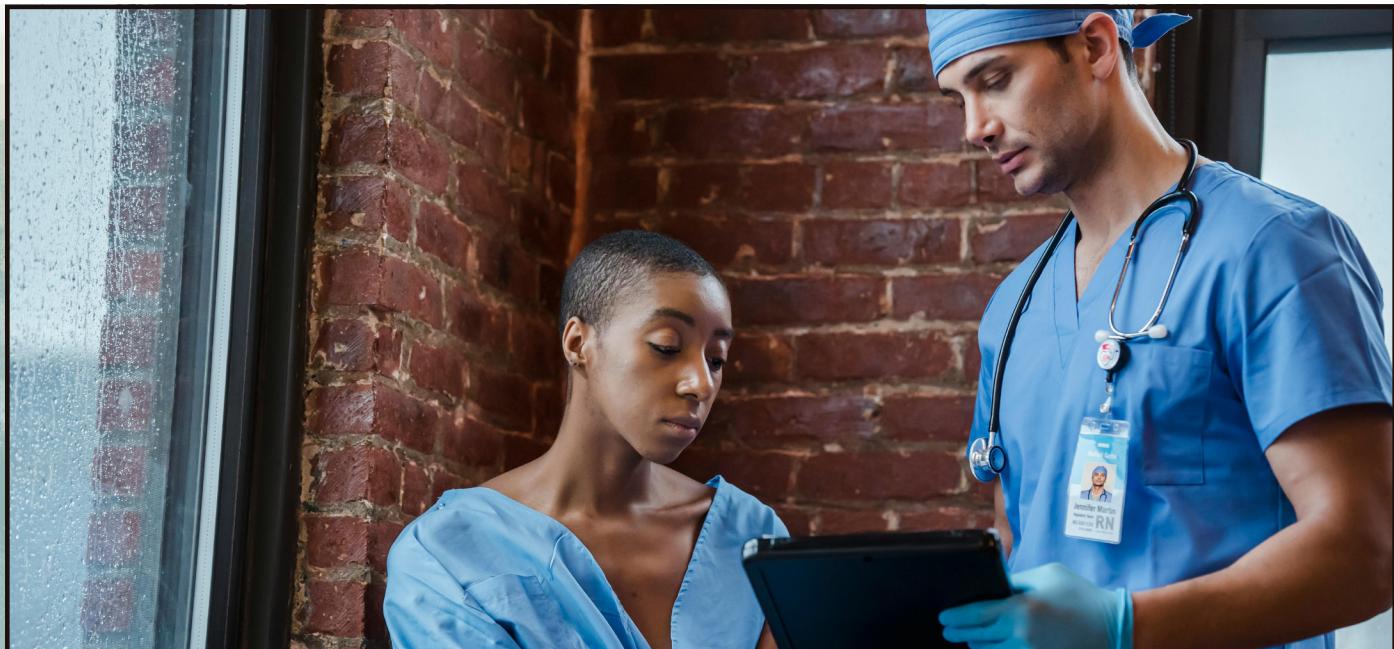
- Ibadho Ali
- Vanessa Ebhohimhen
- Colleen Irowa-Abraham
- Nwando Oranye
- Jenieki Young

Nous remercions également notre **conseil d'administration** pour son leadership, sa confiance et son engagement sans faille dans ce travail:

- Adna Abdulkadir
- Dr. Tope Adefarakan
- Koko Bate Agborsangaya
- Nikita Boston-Fisher
- Debbie Owusu-Akyeeah
- Professor Bukola Salami
- Shequita Thompson-Reid

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux 1966 femmes, filles et personnes allosexuelles noires qui nous ont fait confiance et ont accepté de partager leur histoire. Nous remercions chacune d'entre vous pour le partage de son expérience. Vous avez mis à profit votre temps, votre talent et votre conviction pour donner de la voix aux femmes noires et rendre cette initiative possible.

Introduction



Un mot à propos de la terminologie: Ce rapport utilise les termes «femmes, filles et personnes allosexuelles noires» pour désigner l'ensemble des personnes ayant participé à cette étude. Afin de faciliter la lecture, le terme «femmes noires» est parfois utilisé comme raccourci pour faire allusion à l'ensemble de ce groupe, car les personnes allosexuelles et les filles noires sont confrontées aux mêmes obstacles systémiques dans le domaine des soins de santé.

Le système de santé universel canadien est souvent considéré comme une source de fierté nationale. Cependant, cette réputation dissimule une réalité troublante : le système est toujours incapable de fournir des soins adéquats en matière de santé et de bien-être aux femmes, aux filles et aux personnes allosexuelles noires.

L'équité en matière de soins de santé reste un objectif difficile à atteindre pour les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires au Canada. Malgré les preuves croissantes de l'existence

de disparités importantes en matière de santé touchant les communautés noires, les systèmes de santé canadiens continuent de fonctionner sans les données fondamentales nécessaires pour comprendre, traiter ou prévenir ces inégalités. Ce rapport souligne le besoin urgent de collecter systématiquement des données sur le genre et la race dans le domaine des soins de santé, non pas comme une recommandation politique abstraite, mais comme une question de vie ou de mort pour les filles et les femmes noires canadiennes.

Pourquoi les femmes noires au Canada ont-elles besoin de données fondées sur la race?

Les données sont la base de toute politique, de tout programme et de toute prestation de services de santé efficace. Sans des informations précises et complètes sur la manière dont les différentes communautés perçoivent la santé et les soins de santé, il devient impossible de mettre en place des interventions ciblées, d'allouer efficacement les ressources ou de mesurer les progrès accomplis en matière d'équité. (Rizvic, 2020).

À l'heure actuelle, les systèmes de santé canadiens présentent d'importantes lacunes concernant les expériences des communautés racialisées en matière de santé. Cette défaillance est d'autant plus frappante que le gouvernement du Canada reconnaît officiellement la race comme un déterminant social de la santé . Cependant, cette reconnaissance reste largement symbolique. Il existe très peu, voire aucune recherche ou collecte de données examinant réellement l'influence du genre et de la race sur les résultats en matière de santé dans le contexte canadien. En conséquence, les disparités en matière de santé continuent de passer inaperçues. Les conséquences de cette absence de données se mesurent non seulement en termes

statistiques, mais aussi en termes de détérioration de la santé et de décès prématurés de femmes, de filles et de personnes allosexuelles noires.

La présente recherche se concentre délibérément sur les voix et les expériences vécues par les femmes noires. En effet, ces dernières ont été systématiquement exclues de la recherche en matière de soins de santé et de l'élaboration des politiques pendant trop longtemps. Les décisions concernant la santé des communautés noires sont prises sans que les personnes les plus touchées puissent y contribuer, ce qui se traduit par des interventions inefficaces qui perpétuent les préjugés. Dans cette étude, les rapports de force traditionnels qui ont rendu les expériences des Noirs invisibles dans le discours sur les soins de santé au Canada sont remis en question. La priorité est donnée aux récits à la première personne et aux perspectives communautaires.

Ce rapport préconise spécifiquement la collecte de données ventilées. Seule cette approche nous permettra de démontrer l'impact unique du racisme systémique et du racisme anti-Noir-e-s sur les communautés noires dans les établissements de santé. Les données agrégées regroupent toutes les personnes racialisées ou ne collectent pas de données raciales, rendant ainsi invisibles les expériences des Noir-e-s et empêchant la mise en place d'interventions ciblées qui pourraient sauver des vies.

Données ventilées et données agrégées : Les données ventilées permettent d'analyser les informations en fonction de caractéristiques spécifiques telles que l'origine ethnique, le sexe ou l'âge, révélant ainsi les différences entre les groupes. Les données agrégées permettent de regrouper l'ensemble des groupes en une moyenne globale, ce qui peut masquer d'importantes inégalités affectant ainsi certaines communautés en particulier.

Les données ventilées issues de cette enquête révèlent des tendances qui, autrement, demeuraient dissimulées : des taux de mortalité maternelle plus élevés chez les femmes noires, des diagnostics tardifs de maladies telles que le lupus et les fibromes, les répercussions du racisme médical sur la santé mentale, ainsi que les obstacles à l'accès à des soins adaptés à la culture. Sans une telle précision, les systèmes de santé ont du mal à identifier les problèmes, et encore plus à y remédier.

Une approche intersectionnelle des soins de santé

Pour comprendre les disparités en matière de santé, il faut reconnaître que les individus évoluent dans un environnement où des identités multiples et des systèmes d'oppression se recoupent. L'intersectionnalité, concept développé par la chercheuse américaine Kimberlé Crenshaw, considère que la race, le genre, la classe sociale, l'orientation sexuelle, le handicap et d'autres identités se combinent pour créer des expériences uniques, difficiles à appréhender lorsque chaque facteur est examiné séparément(Crenshaw, 1989).

En matière de soins de santé et de prestations de services, il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle, car celle-ci permet de s'assurer que les interventions tiennent compte de tous les facteurs qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit notamment de comprendre la manière dont les déterminants sociaux de la santé, tels que le revenu, le logement, l'éducation, l'emploi et les réseaux de soutien social, interagissent

avec la race et le genre pour créer des défis inédits en matière de santé. Ces déterminants sont souvent marqués par une discrimination systémique historique et persistante, qui touche en particulier les communautés noires. Cela affecte divers aspects de la vie quotidienne, tels que l'accès à une alimentation saine, les expériences de harcèlement sur le lieu de travail ou encore les défis en matière de santé.

L'adoption d'une approche véritablement intersectionnelle et holistique concernant les soins de santé consiste à prendre en compte les causes profondes des inégalités en matière de santé et non pas uniquement à traiter les symptômes individuels. Les prestataires de soins de santé et les systèmes de santé doivent donc prendre en considération l'influence de facteurs tels que l'insécurité économique, les expériences de discrimination, les traumatismes intergénérationnels et la résilience communautaire sur l'état de santé d'un individu et sa capacité à accéder à des soins adéquats.

Les conséquences du manque d'action: raisons de l'urgence de ce travail

L'absence de collecte de données fondées sur la race dans le système de santé canadien a des conséquences profondes et mesurables. Sans ces informations essentielles, les disparités en matière de santé touchant les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires continueront d'être négligées, ce qui empêchera de traiter efficacement ces problèmes. Cette cécité volontaire perpétue un système de santé qui manque à ses obligations envers ses patients les plus vulnérables.

La collecte de données fondées sur la race permet de mettre en place des interventions ciblées en matière de santé pour répondre aux besoins et aux problèmes spécifiques auxquels les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires sont confrontées. Ces données fournissent les preuves nécessaires pour tenir les institutions responsables de pratiques discriminatoires et de résultats disparates. Elles contribuent à lutter contre l'effacement et l'invisibilité persistants de ces groupes, ainsi que contre l'héritage colonial qui continue d'influencer la prestation des soins de santé au Canada.

De plus, la collecte systématique de données permet aux systèmes de santé de mieux comprendre les services et les expériences en matière de soins de santé dans une perspective intersectionnelle, et de révéler ainsi la manière dont plusieurs formes de discrimination se combinent pour créer des obstacles à l'accès aux soins. Cette

compréhension est essentielle pour élaborer des solutions globales qui s'attaquent aux causes profondes plutôt qu'aux simples symptômes.

Il s'agit avant tout d'un travail qui sauve des vies. Les disparités en matière de santé décrites dans ce rapport représentent des souffrances et des décès qui auraient pu être évités. Chaque jour qui s'écoule sans que des données ne soient systématiquement recueillies voit s'accroître le risque d'un décès évitable d'une femme noire atteinte d'une maladie qui aurait pu être diagnostiquée plus tôt ou traitée plus efficacement. La collecte exhaustive de données fondées sur la race dans le domaine des soins de santé n'est pas qu'une simple recommandation, mais une nécessité pour créer un système de santé qui serve véritablement tous les Canadiens. Les témoignages et les expériences partagés dans ce rapport fournissent les preuves et la feuille de route nécessaires à cette transformation.

Méthodologie



Notre méthode de travail

Lorsque l’Institut des femmes noires pour la santé (IFSN) a offert aux femmes noires la possibilité de s’exprimer librement sur les questions de santé, beaucoup ont saisi cette occasion pour faire entendre leur voix. À l’issue de l’enquête, près de 2000 femmes, filles et personnes allosexuelles noires nous ont fait part de leurs expériences et de leurs points de vue. Les participantes ont été recrutées à l’aide de diverses méthodes de sensibilisation, telles que des publications sur les réseaux sociaux, des publicités payantes et le bouche-à-oreille. La recherche a été menée dans tout le Canada entre octobre et décembre 2024. Des témoignages sur la manière dont les femmes noires gèrent leurs problèmes de santé et leur accès aux services de santé ont été recueillis par le biais de sondages en ligne, de groupes de discussion et d’ateliers de recherche.

Pour l’IFSN, la recherche communautaire était essentielle, car elle mettait l’accent sur les voix, les connaissances et les expériences vécues par les femmes, les filles et les personnes non binaires noires. Cette approche permet aux communautés noires de formuler les questions de recherche, de délimiter les critères de réussite et d’orienter l’interprétation ainsi que la mise en application des résultats. Elle renforce ainsi la confiance et veille à ce que la recherche soit pertinente, adaptée à la culture et à même de provoquer des changements concrets.

L’enquête comprenait une combinaison de questions fermées et ouvertes, permettant aux participants de fournir des données statistiques et des réponses narratives. Les citations textuelles figurant dans le rapport ont été tirées directement de ces réponses et ont fait l’objet d’une révision

minimale pour plus de clarté. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour examiner les tendances et la prévalence, et un codage thématique a permis d'analyser les réponses narratives et de mettre en évidence les thèmes, les problèmes, les solutions et les appels à l'action récurrents.

Répondantes

Ce rapport s'appuie sur les données recueillies auprès de 1966 participantes, soit bien plus que les 385 à 1000 réponses nécessaires pour que cette étude soit considérée comme fiable (Baker, 1982). Cette recherche a été menée auprès de :

- 1 337 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête
- 15 membres de groupes de discussion
- 207 participantes à la réunion publique nationale pour les femmes noires
- 325 participantes à la réunion publique sur la santé mentale des femmes noires
- 82 participantes à la réunion publique sur les filles noires[1] [2]

Les répondantes représentaient des groupes d'âge, des niveaux d'éducation et des catégories de revenus variés. Cette étude nous a permis de dresser un portrait complet des femmes noires au Canada, en mettant l'accent sur leurs expériences en lien avec les différents déterminants sociaux de la santé.

La surveillance éthique et le consentement éclairé faisaient partie intégrante du projet. Toutes les participantes ont été informées de l'objectif de l'enquête et ont donné leur accord pour que leurs réponses soient utilisées de manière anonyme à des fins de recherche, de rapport et de sensibilisation.

Limites

La majorité des répondantes venaient de l'Ontario, soit 82,7 % du total. Les participantes s'identifiaient principalement comme des femmes cisgenres (96,1 %), tandis que 53 d'entre elles (3,9 %) s'identifiaient comme non binaires, allosexuelles ou transgenres. En outre, la majorité des personnes ayant répondu à l'enquête étaient des femmes actives hautement qualifiées, tandis que les groupes de discussion englobaient tous les statuts socioéconomiques.

Cette étude, qui est l'une des plus importantes menées dans ce domaine au Canada, offre un aperçu des expériences vécues par les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires à l'échelle nationale, et ouvre la voie à de futures recherches.

Numérissez le code QR pour accéder à notre plateforme numérique qui contient toutes les données de cette étude.



PORTRAIT OF A BARRIER: BLACK WOMEN AND PRIVATE HEALTH INSURANCE

HEALTHCARE DISMISSAL AND TRUST

66.7% of respondents have felt that their health concerns were dismissed or not taken seriously by a healthcare provider

AVOIDING HEALTHCARE DUE TO ANTI BLACK RACISM

42.4% have delayed or avoided seeking healthcare due to concerns about how they would be treated as a Black woman

PRIMARY HEALTHCARE CONNECTION

84.2% currently have a family doctor or primary healthcare provider Health Insurance Coverage

76.7% have private health insurance

Household income distribution before taxes: **100,000 to 149,999 dollars: 24.9%**

Parental and Caregiving Status: **56.2%** have biological or adopted children

BARRIERS TO HEALTHCARE ACCESS

Primary barriers when trying to access care include:

Long wait times, **29.7%**

Lack of culturally competent providers, **17.6%**

Difficulty finding a provider who is trusted, **14.1%**

EMOTIONAL EXHAUSTION AND BURNOUT IN DAILY LIFE OR WORK

50.9% experience emotional exhaustion or burnout occasionally

42.1% experience it frequently

GENDER BASED VIOLENCE

48.6% have experienced some form of gender based violence including emotional, physical, or sexual abuse

WORKPLACE EXPERIENCE AND DISCRIMINATION PUSHED OUT OR FORCED TO LEAVE A POSITION DUE TO DISCRIMINATION, BIAS, OR LACK OF SUPPORT:

48.5% have been pushed out or forced to leave a position due to discrimination, bias, or lack of support

68.5% have faced discrimination or bias in the workplace

TOP 3 CONDITIONS AND TREATMENT

Mental health conditions, **15.8%**

Hypertension, **14.5%**

Fibroids, **13.5%**

Mental Health and Safety, **27.4%** have struggled with thoughts of self harm

**«À force de devoir
expliquer en permanence
qui vous êtes avant de
recevoir de l'aide,
vous finissez
par renoncer
à [chercher de
l'aide médicale].»**

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

Analyses et perspectives



L'accès à des soins de santé de qualité est un enjeu fondamental pour la santé des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires au Canada. Si la plupart des participantes ont pu physiquement accéder aux services, 76,6 % d'entre elles ont déclaré se sentir ignorées ou rejetées par les prestataires. Cet écart entre l'accès et la qualité des soins souligne le fait que la santé ne se limite pas à un simple traitement, mais qu'elle est liée à la dignité, à la confiance et à des soins adaptés à la culture.

Lorsque les soins sont dispensés sans considération, les résultats immédiats en matière de santé sont compromis, le stress est accentué et toute implication future dans le système est réduite à néant. Cela montre comment les préjugés systémiques créent des obstacles supplémentaires et influencent directement le bien-être général.

Les participants ont identifié plusieurs obstacles à l'accès à des soins de qualité. Près de trois sur dix (29,7 %) ont cité les longs délais d'attente comme principal obstacle, tandis qu'un peu moins d'un sur cinq (17,6 %) a souligné le manque de prestataires de soins de santé ayant des compétences culturelles. Parmi les autres obstacles importants figuraient la difficulté à trouver des prestataires dignes de confiance, la peur de subir de la discrimination ou des préjugés, une connaissance limitée des services disponibles et des contraintes financières.

Le besoin de soins adaptés à la culture est apparu comme un thème d'actualité dans l'ensemble des réponses. De nombreux participants ont déclaré avoir le sentiment d'être invisibles et ignorés dans les établissements de santé. Plusieurs d'entre eux ont indiqué qu'ils auraient préféré être soignés par des professionnels de santé noirs, car ils estiment

SOINS AXÉS SUR LES COMPÉTENCES CULTURELLES:

La compétence culturelle désigne la capacité des prestataires de soins de santé ainsi que des systèmes de soins à comprendre, respecter et répondre efficacement aux besoins culturels et sociaux des patients. Elle nécessite une prise de conscience de l'influence de la culture, de l'origine ethnique, du genre, de la langue et de l'histoire sur les croyances, les expériences et les comportements en matière de santé. Un prestataire de soins doté de compétences culturelles cherche activement à apprendre de ses patients, à adapter ses modes de communication et à intégrer ses connaissances culturelles dans l'évaluation et le traitement. Cette démarche va au-delà de la simple tolérance et vise à favoriser une inclusion intentionnelle, afin de réduire les malentendus, les erreurs de diagnostic et le sentiment de désaffection au sein des milieux cliniques.

SOINS ADAPTÉS À LA CULTURE:

La sécurité culturelle va au-delà de la simple compétence. Elle ne dépend pas du prestataire, mais de l'expérience du patient. Les soins adaptés à la culture visent à ce que les patients se sentent respectés, compris et à l'abri du racisme, des jugements ou des déséquilibres de pouvoir lorsqu'ils reçoivent des soins. Cela nécessite une introspection et une prise de responsabilité de la part des prestataires de soins et des institutions, qui doivent prendre conscience du fait que les soins de santé ne sont pas neutres et que l'oppression systémique influence l'expérience des patients. Les soins adaptés à la culture sont relationnels et axés sur la justice ; ils visent à transformer les structures institutionnelles qui perpétuent les préjugés.

LA RELATION ENTRE LES DEUX:

Alors que la compétence culturelle met l'accent sur le développement des connaissances et des compétences des prestataires, la sécurité culturelle exige une transformation structurelle et une responsabilité relationnelle. La compétence peut exister sans sécurité, mais la sécurité ne peut exister sans compétence. Pour les femmes noires, atteindre ces deux objectifs signifie non seulement disposer de prestataires qui comprennent leurs réalités culturelles, mais aussi de systèmes qui démantèlent le racisme anti-Noirs, tout en affirmant leur humanité et en rétablissant la confiance.

que ces derniers peuvent mieux comprendre leur expérience et leurs préoccupations. Des études ont montré que la satisfaction des patients et la qualité des soins sont meilleures lorsque les patients et les médecins sont de la même origine ethnique (LaVeist & Nuru-Jeter, 2002).

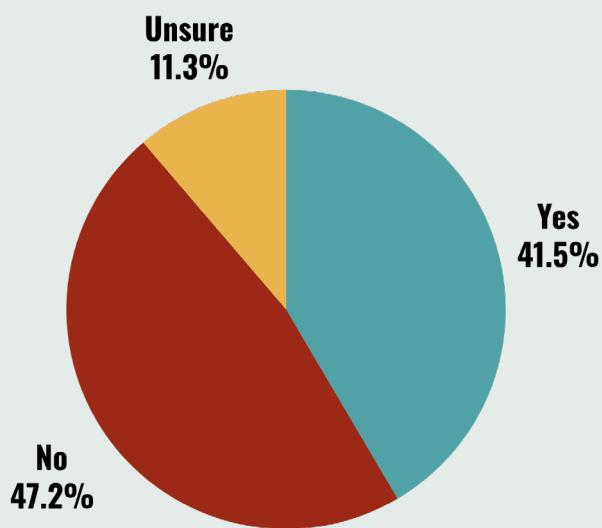
Ce sentiment d'invisibilité et de rejet a des conséquences réelles et mesurables. Plus de 42 % des personnes interrogées ont déclaré avoir retardé ou évité de consulter un professionnel de la santé parce qu'elles redoutaient la manière dont elles seraient traitées en raison de leur identité de femme noire, tandis que 11 % supplémentaires n'étaient

pas sûres (voir graphique 1). Cette hésitation à consulter un professionnel de santé témoigne d'une méfiance profonde et justifiée, forgée par des expériences passées et actuelles de racisme dans le milieu médical. Quand les femmes noires ont peur d'être rejetées, de ne pas être écoutées ou de faire l'objet de préjugés, elles ont tendance à endurer la souffrance, à annuler leurs rendez-vous ou à se désengager complètement des systèmes de santé. Cette situation a des répercussions non seulement sur les résultats individuels en matière de santé, mais elle perpétue également les inégalités systémiques privant les femmes noires de leur droit à des soins, à la sécurité et à la dignité au sein des institutions médicales.

Ces données mettent également en lumière l'impact considérable du rejet médical sur l'expérience de la santé des femmes noires. Comme le montre le graphique 2, deux tiers des personnes interrogées (66,7 %) ont déclaré que leurs préoccupations en

matière de santé avaient été rejetées ou minimisées par un professionnel de santé. Ces expériences ne sont pas des incidents isolés, mais s'inscrivent dans un schéma systémique de méfiance, de minimisation et de stéréotypes qui influence depuis longtemps la manière dont les femmes noires sont traitées dans les établissements de santé. Les participantes ont notamment déclaré qu'on leur avait dit qu'elles ne souffraient pas autant qu'elles le prétendaient, que leurs symptômes étaient « normaux » ou que leurs inquiétudes étaient motivées par l'anxiété plutôt que par un besoin médical légitime. Ces expériences reflètent des recherches plus larges montrant comment les préjugés raciaux et les stéréotypes sexistes peuvent conduire à des erreurs de diagnostic, à un traitement insuffisant et à une négligence, en particulier en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, les soins de santé reproductive et la santé mentale.

Graphique 1



Responses from *Voices Unheard* participants on delaying or avoiding healthcare due to concerns about treatment as a Black woman

Have you ever delayed or avoided seeking healthcare due to concerns about how you would be treated as a Black woman?

Yes: n=485

No: n=528

Unsure: n=131

Ce souhait n'est pas une simple préférence personnelle, mais une réponse directe au rejet systématique et à l'incrédulité auxquels les femmes noires sont confrontées dans les établissements de santé. Lorsque les prestataires de soins de santé manquent de compétences culturelles, ils négligent souvent l'impact du racisme, de la discrimination et des traumatismes historiques subis par les femmes noires, qui affectent leur santé. Cette situation se traduit par des soins inadéquats et une perte de confiance encore plus importante. Ainsi, ces problèmes systémiques entraînent une détérioration des résultats en matière de santé et des inégalités persistantes dans les soins prodigués aux communautés noires au fil du temps, en particulier pour les femmes, les filles et les personnes allosexuelles.

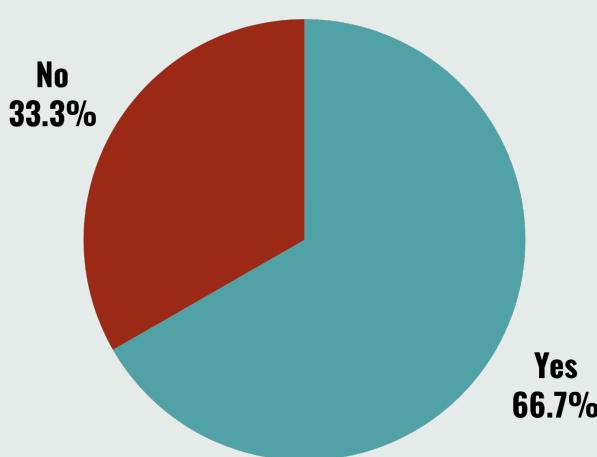
Les résultats de cette enquête ont révélé que les femmes noires sont de plus en plus exposées à

des problèmes de santé graves en raison de leur accès limité à des soins adaptés à leurs besoins. Nous les avons classés en six catégories :

1. Problèmes médicaux
2. Santé reproductive
3. Santé mentale et bien-être
4. Violence et syndrome de stress post-traumatique
5. Épuisement professionnel et fatigue émotionnelle
6. Enfance et identité des filles noires

Ces catégories mettent en lumière les obstacles systémiques dans le domaine des soins de santé, qui représentent des défis majeurs pour la santé des femmes noires. Elles soulignent ainsi l'urgence de mettre en place des services de santé plus équitables et mieux adaptés.

Graphique 2



Responses from *Voices Unheard* participants on the dismissal of health concerns from healthcare providers

Have you ever felt your health concerns were dismissed or not taken seriously by a healthcare provider?

Yes: n=766

No: n=382



«La seule raison pour laquelle je suis encore en vie parce que j'ai su m'affirmer et défendre mes intérêts avec détermination. Les symptômes qui mettaient ma vie en danger ont toujours été ignorés et minimisés, mais j'ai persévétré jusqu'à obtenir un diagnostic pour plusieurs de mes maladies. Lorsque j'ai présenté ces diagnostics à divers professionnels de santé, j'ai réussi à les convaincre de me soigner. »

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

Problèmes médicaux

Par rapport à d'autres groupes de femmes, les femmes noires sont touchées de manière disproportionnée par certaines maladies chroniques et pathologies. Ces disparités en matière de santé sont le résultat d'interactions complexes entre la prédisposition génétique, les facteurs environnementaux et sociaux, les obstacles systémiques et les inégalités persistantes en matière d'accès aux soins et de qualité des soins.

Les résultats de notre enquête confirment ces tendances chez les participantes. Une proportion importante de femmes noires a déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie chronique, dont 22 % pour l'hypertension et les fibromes utérins. Ces chiffres concordent avec les données épidémiologiques générales et soulignent le besoin urgent de collecter des données fondées sur la race dans les systèmes de santé canadiens.

Hypertension: Un tueur silencieux

L'hypertension, également appelée la pression artérielle élevée, se caractérise par une pression sanguine supérieure à la normale dans les artères. Souvent, elle ne présente aucun symptôme notable avant l'apparition de complications graves. Ce «tueur silencieux» augmente considérablement le risque de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et de problèmes rénaux.

De nombreuses femmes souffrant d'hypertension attribuent leur tension artérielle élevée au stress

causé par le travail et les finances. L'hypertension affecte plus d'un cinquième de la population adulte canadienne, mais le fardeau n'est pas réparti de manière égale (Veenstra, 2012). En 2010, une étude a révélé que 17,1 % des Canadiens blancs, contre 23,9 % des Canadiens noirs, étaient atteints d'hypertension ajustée en fonction de l'âge. Une autre analyse réalisée par Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, montre des résultats similaires. Les femmes noires sont particulièrement à risque de souffrir d'hypertension et de troubles connexes, comme la prééclampsie, qui sont souvent liés aux effets combinés du racisme, des inégalités économiques et du racisme envers les Noirs (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, s.d.). Ces facteurs sont souvent négligés lors des consultations médicales.

“

«La cause de mon hypertension est le stress, principalement lié à ma situation financière. Il m'est de plus en plus difficile d'améliorer ma situation financière, ce qui accroît la difficulté de gérer mon stress.»

”

Ces études démontrent clairement le besoin urgent de collecter des données fondées sur la race et les informations qu'elles peuvent nous fournir. Cependant, malgré le fait que les femmes noires présentent des taux élevés d'hypertension, il existe toujours un manque criant d'interventions ou de recherches axées sur la prévention et le traitement de cette maladie au sein de ces communautés. Ce décalage entre les besoins élevés et la faiblesse des réponses révèle une grave lacune du système de santé publique canadien. L'absence de données ventilées par race et d'approches ciblées en matière

de santé publique indique que l'hypertension est toujours considérée comme un problème individuel et non comme un problème systémique.

Concernant les femmes noires, dont l'hypertension est souvent liée au stress chronique, au racisme et aux pressions socio-économiques, l'absence d'interventions adaptées exacerbe les inégalités, entraîne des diagnostics tardifs, une prise en charge inadéquate et des complications évitables. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire d'investir dans la recherche médicale menée par des Noirs, de réformer les politiques et de mettre en place des programmes communautaires qui reconnaissent l'hypertension comme une affection

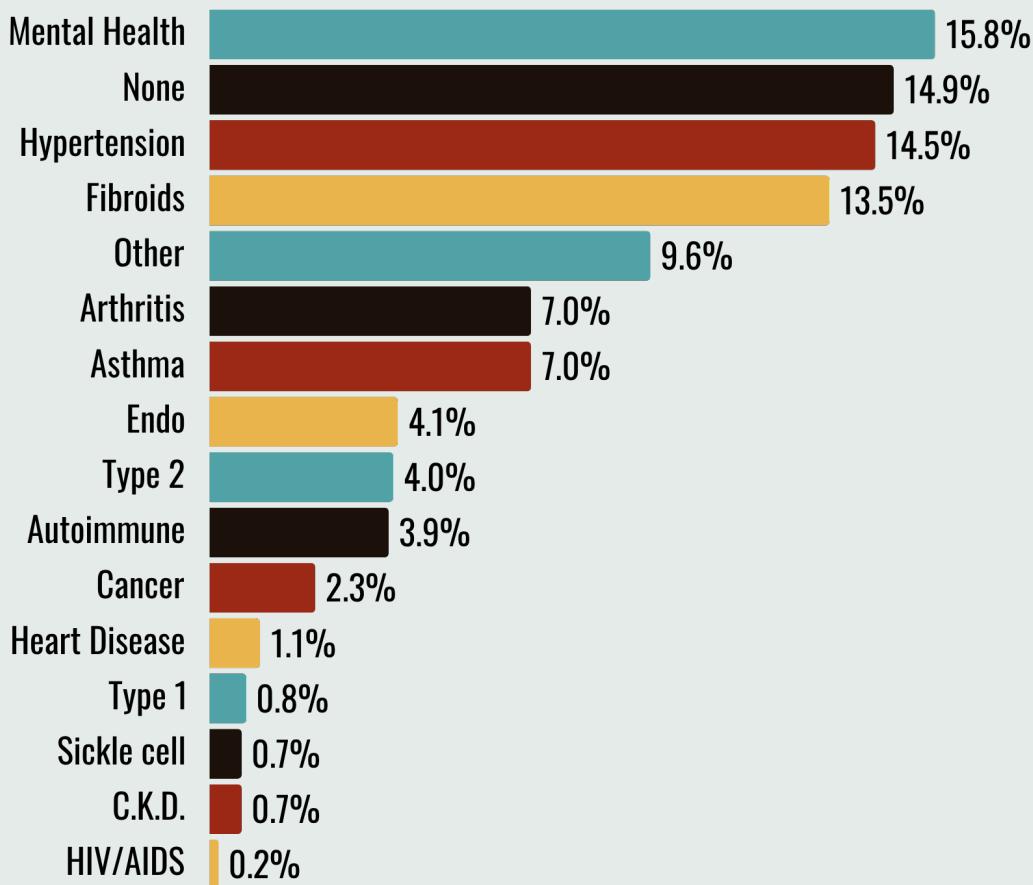
médicale et comme le reflet d'un préjudice structurel plus large.

Fibromes utérins : ignorés et minimisés

Les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes qui se développent dans l'utérus ou autour de celui-ci. Bien qu'ils soient souvent asymptomatiques, ils provoquent généralement des saignements menstruels abondants, des douleurs pelviennes, des mictions fréquentes et des complications pendant la grossesse. Les fibromes sont plus fréquents, plus graves et plus susceptibles

Graphique 3

Diagnosed chronic illnesses and conditions among *Voices Unheard* participants



d'entraîner des complications chez les femmes noires que chez les femmes blanches. Malgré cela, les femmes noires ont souvent du mal à obtenir un diagnostic correct, sans parler d'un traitement, pendant des années.

“

« Pendant des années, on a ignoré mes fibromes. À maintes reprises, on m'a dit qu'il s'agissait simplement de règles abondantes. Quand mon cas a enfin été pris au sérieux, il s'est avéré que j'avais besoin d'une opération. »

”

Plusieurs participantes ont souligné que les problèmes financiers constituaient un obstacle majeur à l'accès aux soins. Elles ont déclaré que les assureurs ne couvraient pas souvent les frais des médicaments nécessaires au traitement des fibromes, ce qui obligeait les patientes à les payer de leur poche. Au fil du temps, ces dépenses augmentent considérablement et il devient impossible de les payer soi-même.

Les participantes ont souligné avec force les inégalités persistantes auxquelles les femmes noires sont confrontées lorsqu'elles cherchent à se faire soigner pour des troubles gynécologiques. Bien que 282 répondantes aient indiqué avoir reçu un diagnostic de fibromes et avoir suivi un traitement, le parcours pour y parvenir a été difficile. Une participante a déclaré ceci : « Pendant des années, les spécialistes canadiens m'ont dit que mes fibromes n'étaient pas graves. »

Elle souffrait de règles abondantes, de fatigue et d'anémie. Elle a passé les huit années suivantes à

se battre pour obtenir des examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et échographie, qui se sont tous révélés négatifs. Finalement, c'est lors d'une de ses interventions chirurgicales qu'on lui a diagnostiqué des fibromes. Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres, illustrés par la recherche. Il est évident que les femmes noires au Canada sont confrontées à des obstacles pour obtenir un diagnostic de fibromes, ce qui se traduit par des années de souffrance et de douleur.

Le lupus : une lutte pour faire reconnaître cette maladie

Le lupus est une maladie auto-immune chronique durant laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque ses propres tissus et organes, provoquant une inflammation pouvant toucher la peau, les articulations, les reins, le cœur, les poumons ou le cerveau. Les symptômes peuvent aller de douleurs articulaires et de fatigue à des lésions organiques potentiellement mortelles.

Le lupus touche de manière disproportionnée les femmes, les filles et les personnes allosexuelles noires. Des recherches montrent que les femmes noires sont deux à trois fois plus susceptibles que les femmes blanches de développer un lupus, et qu'elles présentent des symptômes et des complications plus graves (Lupus Foundation of America, n.d.) . Au Canada, cette vulnérabilité accrue est aggravée par le racisme systémique, le manque de données permettant d'établir un diagnostic efficace, ainsi que par un système de santé qui minimise ou rejette souvent la douleur des femmes noires.

“

« Cela faisait des années que je me plaignais de cette maladie, et il leur a fallu très, très longtemps – plus de 10 ans – pour comprendre que j'avais un lupus. »

”

Les participantes ont notamment évoqué le manque de considération, les erreurs de diagnostic et les injonctions infondées à maigrir, malgré des antécédents médicaux explicites. L'une d'entre elles a déclaré : « On m'a demandé de perdre du poids et de revenir dans un an. Ils n'ont même pas jeté un œil à mon dossier ou à mon historique médical. » Je suis atteinte de lupus. » Ces témoignages illustrent les conclusions plus générales de la documentation médicale et soulignent une dure réalité : les femmes noires doivent se battre pour se faire reconnaître et soigner dans un système de santé qui, trop souvent, ignore leur souffrance.

Les témoignages des participantes révèlent une tendance inquiétante : les symptômes des femmes noires ne sont pas pris au sérieux, leur douleur est minimisée et leurs problèmes de santé sont attribués à leur mode de vie plutôt qu'à des troubles médicaux sous-jacents. Cette manipulation psychologique entraîne souvent un diagnostic de maladies telles que l'hypertension, les fibromes utérins et le lupus avec plusieurs années de retard, ce qui provoque des complications plus graves et des résultats moins bons. Ces disparités observées dans plusieurs pathologies démontrent également l'importance de collecter systématiquement des

données basées sur l'origine ethnique. Sans cette information, les systèmes de santé ne peuvent pas se préparer, prévenir ou traiter de manière adéquate les pathologies qui touchent de manière disproportionnée les femmes noires.

Il est essentiel d'agir pour éviter que cette situation ne perdure. Pour ce faire, il faut mettre en place des approches de soins ciblées et adaptées à la culture, qui tiennent compte des problèmes de santé spécifiques auxquels les femmes noires sont confrontées au Canada et y remédient. Les prestataires de soins de santé doivent posséder les connaissances nécessaires pour identifier avec précision les maladies qui touchent habituellement les femmes noires et prendre en compte leurs symptômes dès leur apparition.

**«C'était ma première grossesse.
j'ai commencé à saigner alors
que je me trouvais dans la zone
de triage de l'hôpital Humber
River. Le bébé est ensuite
né dans les toilettes, car
mon cas n'a pas été
considéré comme
urgent.»**

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

Santé reproductive

Les expériences de nombreuses femmes noires canadiennes en matière de santé reproductive sont marquées par une longue histoire de négligence médicale, de contrainte et de racisme systémique. Ce rapport confirme que les systèmes de santé contemporains ne parviennent souvent pas à fournir aux femmes noires et aux futures mères des soins maternels de qualité, dignes et adaptés à leur culture, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur la santé et provoquer des traumatismes tant pour les parents que pour les enfants.

“

«Après la césarienne, je ne pouvais pas marcher dans le couloir, et ils m'ont dit que je négligeais mon enfant. Ils ont même contacté les services d'aide à l'enfance.»

”

Un héritage de souffrance

Pour comprendre le racisme anti-Noirs contemporain dans le domaine de la santé reproductive, il faut examiner ses racines historiques, qui résident dans la déshumanisation et l'exploitation du corps des femmes noires. Le traitement actuel réservé aux femmes noires par le corps médical est étroitement lié à des siècles de pratiques institutionnalisées considérant les Noirs du monde entier comme des sujets d'expérimentation. Ces fondements historiques ont donné lieu à des mythes persistants sur le corps des femmes noires, notamment en ce qui concerne leur tolérance à la douleur, leur comportement sexuel et leur capacité reproductive.

Le racisme anti-Noirs dans le domaine des soins de santé reproductive remonte à la pseudoscience de l'époque de l'esclavage. Au XIXe siècle, aux États-Unis, le médecin J. Marion Sims, souvent considéré comme le «père de la gynécologie», a soumis des esclaves à des expériences gynécologiques douloureuses et intrusives sans leur consentement. Sims est connu pour ne pas avoir utilisé d'anesthésie sur ses sujets d'expérimentation. En effet, il estimait que les femmes noires pouvaient supporter la douleur mieux que les femmes blanches.

La crise sanitaire des femmes noires enceintes

Ces héritages historiques ne sont pas des vestiges du passé. Ils se manifestent directement dans le système actuel de soins de santé maternelle, à savoir dans les attitudes, les pratiques et les structures institutionnelles qui nuisent aux femmes noires durant la grossesse et l'accouchement (Williams et coll., 2024). Les mêmes préjugés racistes sur la tolérance à la douleur des femmes noires, la même dévalorisation de la vie des Noirs et le même mépris pour l'autonomie des femmes noires qui caractérisaient la médecine à l'époque de l'esclavage continuent de façonner la manière dont les mères noires sont traitées dans les salles d'accouchement à travers le Canada.

“

«Quand je ressentais une douleur et que je devais la signaler au médecin ou à l'infirmière, je parlais en réalité à moi-même. À chaque fois, ils me disaient que c'était dans ma tête et que ce n'était pas si grave.»

”

La grossesse et l'accouchement sont censés être des moments où les mères ou les familles qui accueillent un enfant se sentent en sécurité et soutenus. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour les femmes noires au Canada. En effet, plus de 28 % des participantes ont exprimé leur insatisfaction quant à la prise en charge de leurs problèmes de santé liés à la grossesse. Beaucoup ont déclaré avoir eu peur, avoir été traumatisées et avoir été victimes de négligence. D'autres ont raconté avoir été ignorées alors qu'elles étaient extrêmement vulnérables, avoir subi des interventions inutiles et avoir été tenues pour responsables de complications résultant de défaillances systémiques plutôt que de choix personnels (voir graphiques 4 et 5).

Des données plus générales montrent qu'il existe des disparités importantes dans la qualité des soins maternels reçus par les femmes noires et blanches. Une étude publiée en 2022 dans le Journal de l'Association médicale canadienne confirme ce que de nombreuses mères et accouchées noires savent déjà par expérience : elles sont plus

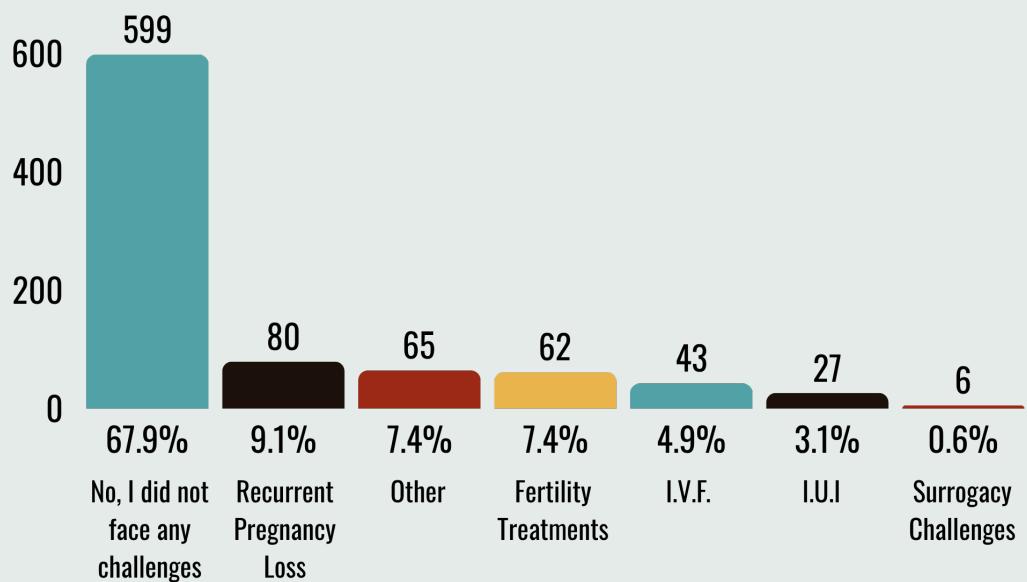
susceptibles de recevoir des soins obstétricaux de moindre qualité, notamment une prise en charge inadaptée de la douleur, des erreurs et des retards de diagnostic, ainsi qu'un traitement dédaigneux de la part des prestataires de soins de santé (Dayo, Christy, & Habte, 2023).

« Je me souviens qu'un psychiatre avait pris mes préoccupations à la légère alors que je souffrais de dépression post-partum après avoir donné naissance à mon fils. »

L'absence de données fondées sur la race au Canada rend difficile la lutte contre ces inégalités. Les récits des participants à cette étude ne sont que quelques exemples parmi tant d'autres à l'échelle nationale, qui démontrent clairement les conséquences de l'inaction. La collecte de données fondées sur la race pourrait améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, et sauver des vies.

Graphique 4

Challenges with conception among Voices Unheard Participants



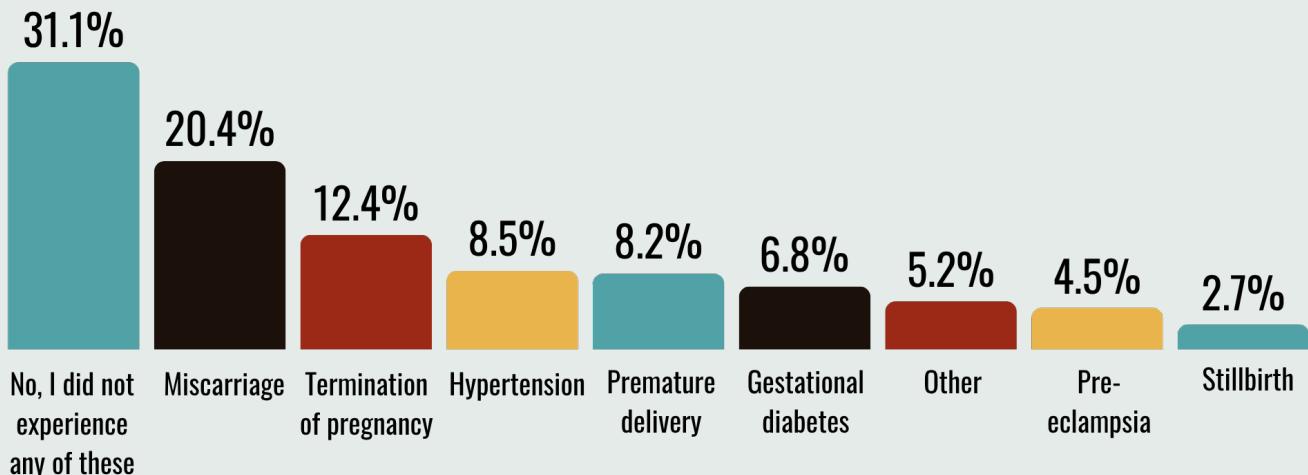


« J'ai reçu un diagnostic de dépression, mais on m'a dit que j'étais « trop fonctionnelle » pour pouvoir bénéficier de services. Qu'est-ce que cela peut bien vouloir dire ? »

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

Graphique 5

Challenges with carrying a child, identified by *Voices Unheard* Participants



Santé mentale et bien-être

Les problèmes de santé mentale chez les femmes noires au Canada sont le résultat de la combinaison du racisme envers les Noirs, des attentes culturelles et des obstacles systémiques. L'ampleur de cette crise est évidente lorsque l'on se penche sur les taux d'idées suicidaires : alors que Statistique Canada indique que 4,0 % des femmes au niveau national ont des pensées suicidaires, nos recherches ont montré que 25 % des femmes noires ont pensé à s'automutiler, soit plus de six fois la moyenne nationale, comme illustré dans le graphique 6 (Liu, Pollock, Contreras, Tonmyr et Thompson, 2022). Cela signifie qu'une femme noire sur quatre au Canada a déjà songé à mettre fin à ses jours, un chiffre stupéfiant que les professionnels de la santé doivent s'efforcer de réduire.

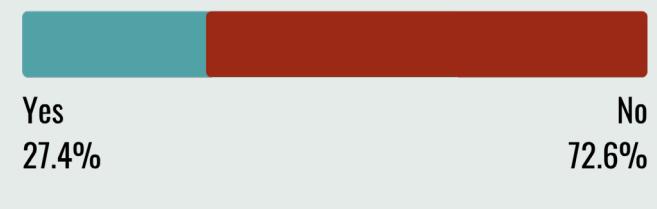
Les femmes noires sont confrontées à des défis uniques liés à leur identité intersectionnelle. Elles doivent en effet composer avec des systèmes qui ne les prennent pas en compte, et faire face à des

Graphique 6

Responses from *Voices Unheard* study participants on thoughts of self harm

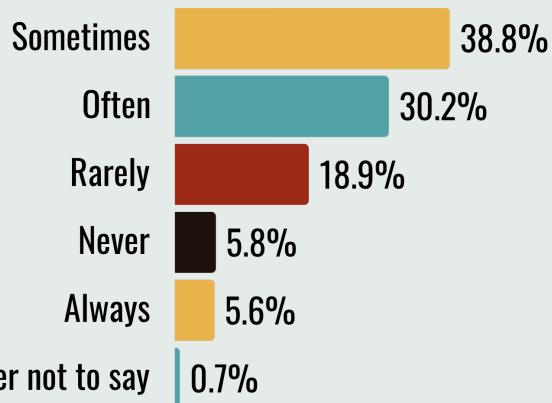
Have you ever struggled with thoughts of self-harm?

Yes: n=321 No: n=852



institutions qui, dans le passé, les ont marginalisées, pathologisées et ont porté atteinte à leur bien-être. Ces systèmes perpétuent les préjuges par une discrimination active et une négligence délibérée, créant ainsi des environnements dans lesquels les femmes noires doivent défendre leur propre dignité, tout en subissant le poids psychologique de vivre au sein de structures conçues pour les exclure.

Graphique 7



Frequency of feeling down, depressed, or hopeless among *Voices Unheard* study participants

In the past year, how often have you felt down, depressed or hopeless?

Rarely: n=222 Sometimes: n=455

Often: n=354 Never: n=68

Always: n=66 Prefer not to say: n=8

Cette pression peut avoir des conséquences dévastatrices, qui mènent souvent à la dépression comme illustré dans le graphique 7.

Une étude menée par l'université d'Ottawa révèle que les Canadiens noirs présentent des taux nettement plus élevés de symptômes de dépression graves, en particulier les femmes, les personnes ayant un emploi, celles nées au Canada et presque toutes celles ayant été victimes d'une discrimination raciale importante (Cénat et coll., 2021).

Pour comprendre ces disparités raciales, il faut examiner les systèmes externes qui nuisent aux femmes noires, ainsi que les pressions internes et les attentes culturelles qui les empêchent de demander de l'aide ou d'exprimer leur vulnérabilité. L'une des plus répandues et des plus néfastes est l'idée que les femmes noires doivent toujours paraître fortes et résilientes, quel que soit l'impact sur leur vie personnelle.

Résilience toxique : le fardeau du stéréotype de la « femme noire forte »

Le stéréotype néfaste de la « femme noire forte » est né des attentes de la société selon lesquelles les femmes noires doivent « persévérer » quel que soit le traitement qui leur est réservé. Ce stéréotype dépeint les femmes noires comme naturellement résilientes et prêtes à se sacrifier. Si certains y voient une source d'émancipation, ce stéréotype occulte la vulnérabilité, décourage la recherche d'aide et contribue au stress chronique, à l'anxiété et à la dépression (Godbolt, Opara, & Amutah-Onukagha, 2022). Ce stéréotype tue littéralement les femmes noires, que ce soit sur le plan physique, mental ou émotionnel.

De nombreuses personnes interrogées ont déclaré que la pression pour paraître forte les avait incitées

« On pense souvent que les femmes noires sont fortes, alors j'avais peur d'admettre que je n'allais pas bien. C'est seulement lorsque j'ai touché le fond que j'ai fini par demander de l'aide. »

à reporter la recherche de soins et à s'isoler. Elles ont déclaré persévéérer malgré l'épuisement et la souffrance liés à une mauvaise santé mentale, plutôt que de prendre le risque d'être perçues comme faibles. Ce discours culturel a influencé leur parcours en matière de santé mentale, créant ainsi des obstacles importants à l'accès à des soins essentiels. Toutefois, le fait de ne pas traiter les problèmes de santé mentale peut avoir des conséquences dévastatrices, comme un risque accru de suicide (Gould et coll., 2025). Comme les femmes noires sont censées souffrir en silence, elles se voient refuser le soutien et l'intervention qui pourraient leur sauver la vie.

Stigmatisation culturelle et obstacles aux soins

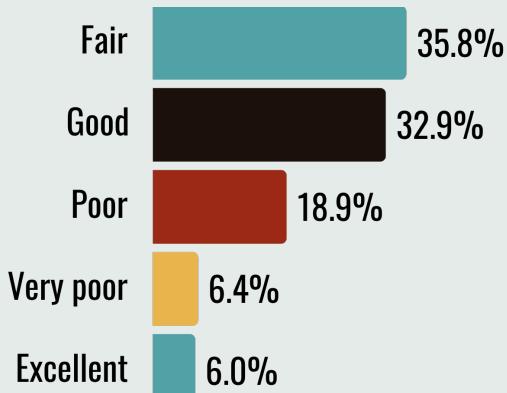
La stigmatisation culturelle liée à la santé mentale constitue un obstacle supplémentaire pour les femmes noires qui souhaitent obtenir de l'aide. Dans de nombreuses communautés noires, les troubles mentaux sont considérés comme un sujet tabou depuis longtemps, ce qui rend particulièrement difficile d'aborder le sujet de la santé mentale ou de demander l'aide d'un professionnel (Commission de la santé mentale du Canada, 2021 ; Waldron et coll., 2023) . Cette stigmatisation intériorisée

et communautaire peut pousser les femmes noires à souffrir en silence plutôt que de demander l'aide dont elles ont désespérément besoin.

Heureusement, les choses commencent à changer. Comme le montrent les participantes à cette étude, de plus en plus de femmes noires osent demander de l'aide. Ce qui les en empêche, ce n'est pas la stigmatisation, mais les obstacles auxquels elles sont confrontées. Que ce soit l'accessibilité financière, le manque de prestataires de soins de santé mentale dotés de compétences culturelles ou l'impression d'être trop performantes, tout crée de multiples obstacles auxquels les femmes noires sont confrontées lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins de santé mentale.

Le lien entre l'oppression historique, le racisme anti-Noirs persistant et l'exclusion systémique des soins de santé de qualité crée une situation catastrophique qui continue de nuire à la santé mentale des femmes noires. Il est essentiel de comprendre ces schémas grâce à la collecte de données fondées sur la race, afin de mettre en place des interventions ciblées permettant de remédier à la crise actuelle de la santé mentale et aux facteurs systémiques sous-jacents qui la perpétuent à long terme.

Graphique 8



Self-reported mental health status in the past year among *Voices Unheard* participants

How would you describe your overall mental health in the past year?

Excellent: n=70 Good: n=386 Fair: n=420
Poor: n=222 Very poor: n=75



« J'ai demandé de l'aide après avoir été victime d'un acte de violence sexiste, mais **mon cas** a été ignoré au travail.

On m'a dit que ma robe s'était soulevée et que mon collègue avait regardé dessous parce qu'il était d'une autre époque. »

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

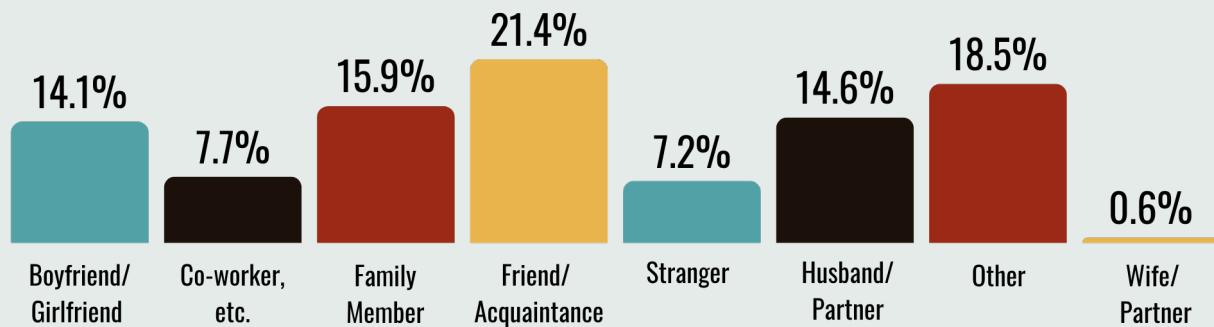
Graphique 9

Who was the perpetrator of the violence?

Boyfriend/Girlfriend: n=198 Co-worker, etc.: n=108 Family member: n=300

Friend/Acuaintance: n=300 Stranger: n=101 Husband/Partner(male): n=204

Other: n=259 Wife/Partner (femlae): n=8



Violence, mauvais traitements et syndrome de stress post-traumatique

La violence et les mauvais traitements subis par les femmes constituent une crise sanitaire omniprésente qui va bien au-delà des dommages physiques. La violence subie par les femmes provoque des blessures mentales, émotionnelles et psychologiques durables qui peuvent perdurer longtemps après la fin de la situation. Pour les femmes noires victimes de violence, les répercussions sont souvent graves et plus difficiles à surmonter en raison du lien entre la discrimination et les obstacles systémiques.

L'ampleur de la violence dans la vie des femmes noires

Notre enquête a révélé que près de 50 % des personnes interrogées avaient été victimes de

violence ou de mauvais traitements de la part d'un conjoint, d'un membre de leur famille ou d'un ami (voir graphique 9). Ces données alarmantes révèlent des schémas plus vastes de violence sexiste et soulignent la vulnérabilité particulière des femmes noires dans leurs relations personnelles et familiales.

Les participantes ont subi une ou plusieurs formes de mauvais traitements (voir graphique 10) : 37 % d'entre elles ont déclaré avoir subi des violences psychologiques, 29,8 % des violences sexuelles, 22,1 % des violences physiques et 11,1 % des violences financières. Chacune de ces formes de violence a des conséquences et provoque des réactions traumatiques. Il est donc impératif que les professionnels de santé comprennent pleinement l'impact de ces actes de violence sur le bien-être des femmes noires pour leur prodiguer des soins adéquats.

Les effets de la violence sur la santé mentale

Les conséquences psychologiques de la violence sont graves et bien documentées. Les femmes victimes de violence sont trois à cinq fois plus susceptibles de développer une dépression, des troubles liés à la toxicomanie, un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou d'avoir des idées suicidaires que les femmes qui n'ont pas subi de violence (Conroy, 2021).

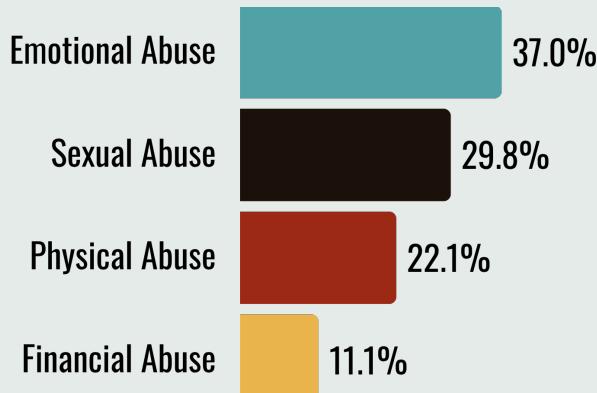
Les conséquences émotionnelles et psychologiques de la violence se manifestent par un isolement profond, une anxiété écrasante, une insomnie chronique, une dépression et des pensées suicidaires. Ces symptômes peuvent persister des mois, voire des années après la fin de la violence, en particulier lorsque les victimes n'ont pas accès à des soins adaptés aux traumatismes. Le développement d'un syndrome de stress post-traumatique est fréquent chez les survivants. Il se manifeste par des souvenirs envahissants, des cauchemars, de l'hypervigilance et le refus de tout ce qui rappelle les expériences traumatisantes.

Conséquences sur la santé physique

Les effets de la violence dépassent largement le cadre de la santé mentale, car ils entraînent des problèmes de santé physique durables auxquels les survivants doivent faire face en plus de leur guérison émotionnelle. Ils souffrent souvent de troubles du sommeil qui agravent d'autres problèmes de santé, de douleurs chroniques dont l'origine n'est pas toujours clairement identifiée et de changements importants dans leur appétit pouvant entraîner des carences nutritionnelles ou des troubles alimentaires.

Ces symptômes physiques peuvent dérouter les professionnels de santé qui ne les identifient pas nécessairement comme des réactions à un traumatisme. Cela peut conduire à des diagnostics erronés ou à des traitements inadaptés. Les professionnels de santé doivent être conscients de l'importance de dépister les cas de violence et de comprendre l'impact des traumatismes sur le corps des femmes noires, car il existe un lien entre traumatisme et santé physique.

Graphique 10



Types of violence identified by *Voices Unheard* participants

If yes, what type(s) of violence did you experience?

Emotional: n=438 Sexual: n=353

Physical: n=262 Financial: n=132

Risque plus élevé pour les femmes noires

Le risque de violence et ses conséquences durables pour les femmes noires peuvent être accentués par des facteurs croisés, tels que le handicap, la pauvreté ou le statut immigrant (Duhaney, 2022). Ces identités multiples créent de la vulnérabilité à plusieurs niveaux, tout en limitant l'accès aux services d'aide et aux soins de santé de qualité.

Le racisme qui existe au sein des systèmes judiciaires et de santé du Canada peut empêcher les femmes noires de demander de l'aide ou de recevoir les soins appropriés. Les obstacles économiques peuvent également les piéger dans des situations de violence, tandis que le statut d'immigrante peut créer des craintes supplémentaires chez les nouvelles arrivantes quant à la recherche d'un soutien officiel. Par ailleurs, les femmes handicapées sont davantage exposées à la violence et disposent de moins de ressources pour pouvoir y échapper et se rétablir.

La combinaison de ces facteurs signifie que les femmes noires victimes de violence ont souvent besoin de plus de temps pour se rétablir, présentent des symptômes plus graves et rencontrent davantage de difficultés pour accéder à des soins adaptés aux traumatismes. Cette réalité souligne l'importance cruciale de collecter des données basées sur l'origine ethnique afin de comprendre comment la violence affecte différemment les différentes communautés et de mettre en place des interventions ciblées pour surmonter les obstacles spécifiques auxquels les femmes noires sont confrontées.

Pour soutenir les femmes noires au Canada, les prestataires de soins de santé doivent être en mesure de reconnaître les signes de traumatisme liés à la violence, de comprendre ses effets à long terme et de leur fournir des soins adaptés à leur culture et tenant compte des traumatismes subis, ainsi que des difficultés spécifiques auxquelles elles sont confrontées.



**« À chaque fois que je
m'exprime sur le racisme,
on me dit de faire preuve de
professionnalisme.**

Pourtant, le racisme

**n'a rien à voir avec le
professionnalisme. »**

*-Participante à l'enquête
« Voix sans écho »*

Fatigue émotionnelle et épuisement professionnel

Les expériences professionnelles des femmes noires sont marquées par des facteurs de stress persistants qui dépassent largement les pressions professionnelles habituelles. Le racisme systémique, la discrimination et l'exclusion dans les milieux professionnels engendrent un stress chronique qui a un impact significatif sur la santé mentale et physique. Les femmes noires sont confrontées à la discrimination au travail et à d'autres facteurs de stress dans leur vie, ce qui crée un terrain propice à l'épuisement professionnel et à la fatigue émotionnelle (voir graphique 11).

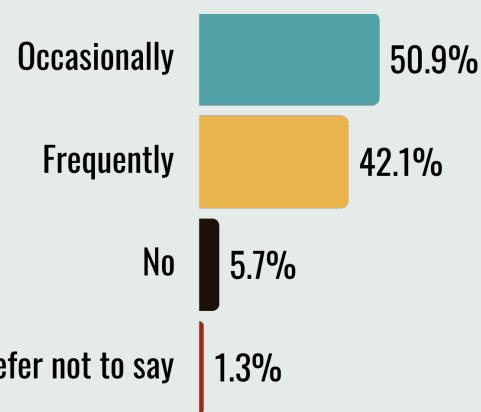
Discrimination en matière d'emploi et effets sur la santé

De nombreuses participantes ont déclaré avoir été victimes de discrimination dans le domaine de l'emploi, ce qui a directement contribué à leurs problèmes de santé. Les occasions manquées,

les environnements de travail hostiles et le stress constant lié au fait de devoir prouver leur compétence dans des milieux où ils sont confrontés au scepticisme et aux préjugés sont la cause d'une tension psychologique chronique. Au Canada, des études ont montré que les femmes racisées sont sous-représentées dans les postes de direction et qu'elles subissent d'importants écarts salariaux par rapport à leurs collègues blanches (Canadian Women's Foundation, 2022; Block, Galabuzi, & Tranjan, 2019). Un peu plus de 700 personnes interrogées ont déclaré avoir quitté leur emploi ou changé de carrière en raison d'un manque de possibilités d'avancement. Lorsque les possibilités d'emploi sont systématiquement supprimées ou lorsque les femmes noires sont victimes de harcèlement persistant sur leur lieu de travail, le stress qui en résulte a des effets immédiats et à long terme sur leur santé.

La suppression systématique des possibilités d'emploi ou le harcèlement persistant dont sont victimes les femmes noires sur leur lieu de travail peuvent avoir des conséquences immédiates et à long terme sur leur santé, en raison du stress qui en résulte.

Graphique 11

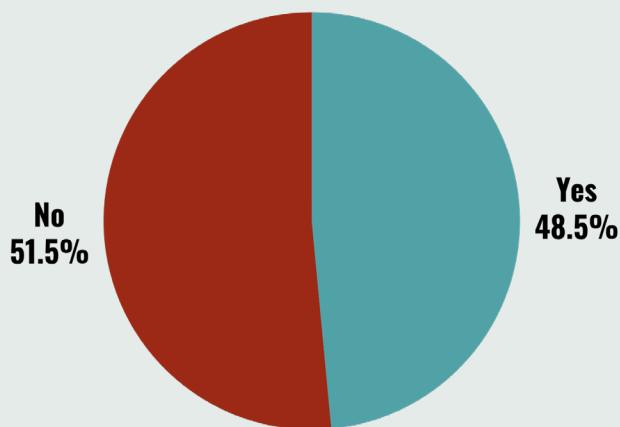


Self-reported frequency of experiences with feelings of burnout and emotional exhaustion among *Voices Unheard* participants

Have you ever experienced feelings of emotional exhaustion or burnout in your daily life or work?

Occasionally: n=597 Frequently: n=494
No: n=67 Prefer not to say: n=15

Graphique 12



Self-reported experiences with feeling pushed out from a job as identified among *Voices Unheard* participants

Have you ever felt "pushed out" of a job or forced to leave a position due to discrimination, bias, or lack of support?

Yes: n=576 No: n=612

Le stress et la discrimination ne s'arrêtent pas à la fin de la journée de travail. Lorsqu'elles rentrent chez elles, les participantes expliquent que ces facteurs de stress ont un impact sur leur sommeil, leurs relations et leur bien-être général. L'hypervigilance constante requise pour évoluer dans un environnement de travail discriminatoire engendre un état de stress chronique que le corps ne peut tolérer sans en subir les conséquences.. (Fante-Coleman, Plowman, Chira, Booker, & Gabbidon, 2025).

Voies d'accès bloquées et exclusion systémique

Les femmes noires au Canada affirment souvent que leurs ambitions professionnelles sont entravées par un manque de possibilités de développement professionnel, ce qui constitue une source de stress et de découragement. Le racisme dont sont victimes les personnes noires dans le milieu professionnel se manifeste par l'ignorance de leurs candidatures pour les postes à responsabilité, leur exclusion des réunions ou des projets importants,

ainsi que par la minimisation de leurs contributions ou l'attribution de celles-ci à d'autres.

Ces expériences d'exclusion systémique créent ce que de nombreuses participantes à l'enquête ont décrit comme une fatigue émotionnelle, c'est-à-dire l'épuisement qui résulte d'une lutte constante pour obtenir reconnaissance, respect et possibilités professionnelles de base. Le fait de se heurter sans cesse à des obstacles, alors que des collègues moins qualifiées progressent, a des répercussions psychologiques et crée une forme particulière de traumatisme professionnel qui affecte tous les aspects de la vie personnelle.

Les femmes noires dans le secteur de la santé : une crise profonde

Au Canada, une femme noire sur trois travaille dans le secteur de la santé. Sachant que c'est l'un des secteurs qui emploie le plus de femmes noires, nous avons voulu examiner de plus près leur

expérience dans ce domaine, en nous concentrant plus particulièrement sur les travailleuses de la santé de la région du Grand Toronto. C'est pourquoi, en plus de ce rapport, l'IFNS a créé un sous-rapport intitulé « Les femmes noires dans les postes de direction du secteur de la santé : obstacles et perspectives dans la région du Grand Toronto », afin de mettre davantage l'accent sur les témoignages des femmes travaillant dans le secteur de la santé.

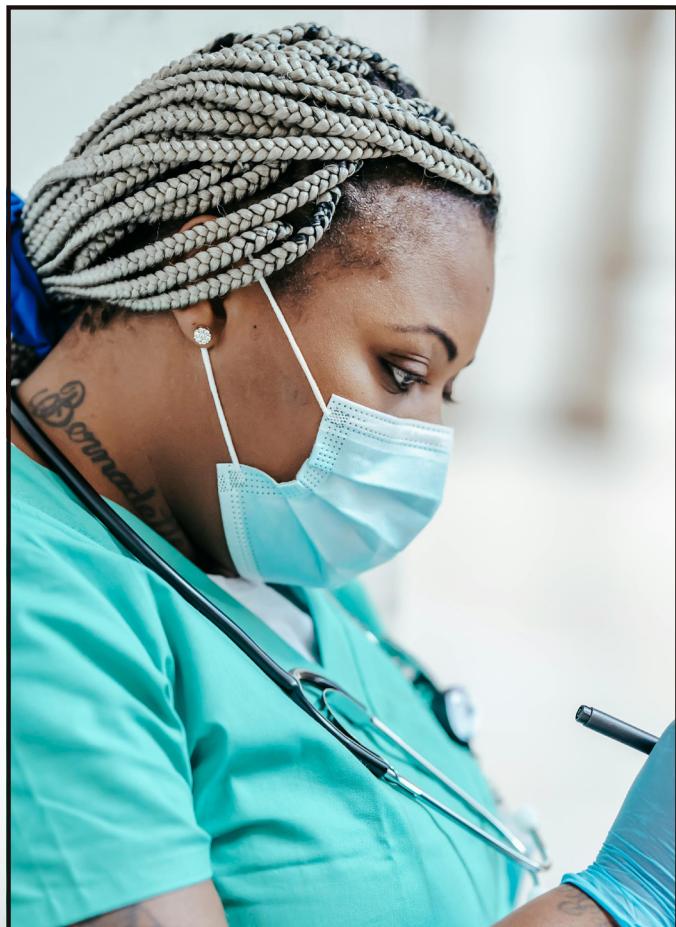
Des femmes noires travaillant dans le secteur de la santé ont partagé des expériences préoccupantes qui soulignent la nécessité impérieuse d'opérer un changement systémique au sein des établissements de santé. Bien qu'elles œuvrent dans un domaine dédié à la guérison et à la prestation de soins aux autres, ces professionnelles ont fait état d'un épuisement professionnel accablant, d'un racisme persistant de la part de leurs collègues et des patients, d'obstacles à l'évolution de leur carrière et d'un manque de soutien pour leur perfectionnement professionnel et leur bien-être.

Les témoignages recueillis auprès de professionnelles noires de la santé révèlent une tendance inquiétante : beaucoup d'entre elles expriment le désir profond de quitter complètement le secteur en raison du milieu de travail toxique dans lequel elles évoluent. Si la décision de quitter l'emploi relève de chaque travailleuse, le départ d'une professionnelle noire qualifiée représente une perte importante pour l'ensemble du système de santé. Les professionnelles noires de la santé apportent en effet l'expertise et les compétences culturelles indispensables pour servir une population de patientes diversifiée.

Les professionnelles noires de la santé ont déclaré se sentir isolées et privées de soutien. Elles ont

le sentiment de devoir constamment prouver leur compétence, alors que les capacités de leurs collègues blancs sont simplement présumées. Elles ont également déclaré avoir été victimes de racisme de la part de patients qui remettaient en question leurs qualifications, ainsi que de la part de collègues qui les excluaient des processus décisionnels. L'ironie d'être soignante au sein d'un système qui cause une profonde détresse émotionnelle et des blessures morales est une triste réalité pour beaucoup d'entre elles.

Une collecte exhaustive de données s'avère donc essentielle pour comprendre les expériences professionnelles des femmes noires, mais aussi pour mettre en place des mesures qui s'attaquent non seulement à l'épuisement professionnel individuel, mais aussi aux facteurs systémiques à l'origine de ces défis professionnels écrasants.





«Dans certains livres et informations utilisées, les réalisations et l'excellence des Noirs sont ignorées, voire dépeintes de manière péjorative. Comme il y a peu de Noirs dans les salles de classe, lorsqu'on aborde un tel sujet, on se sent isolée, faute de représentation adéquate.»

*-Participante à l'enquête
«Voix sans écho»*

Identité et adolescence des filles noires

Les jeunes filles noires sont confrontées à des défis qui leur sont propres et qui diffèrent considérablement de ceux rencontrés par les femmes noires adultes et les personnes allosexuelles. La combinaison du racisme, du sexismme et de l'âgisme crée des vulnérabilités particulières durant les années cruciales de la construction de l'identité, des relations avec les pairs et de la réussite scolaire, qui sont fondamentales pour le bien-être futur. Il est donc essentiel de comprendre ces premières expériences, car elles jettent souvent les bases des défis sanitaires auxquels les femmes noires sont confrontées tout au long de leur vie.

“

« Nous sommes punies pour les motifs mêmes qui valent des éloges à nos camarades de classe qui ne sont pas noires. »

”

Les racines et les répercussions durables du racisme chez les enfants

Les problèmes de santé dont souffrent de nombreuses femmes noires à l'âge adulte trouvent leur origine dans le racisme anti-Noirs qu'elles ont subi durant leur enfance et leur adolescence. Dès leur plus jeune âge, les filles noires sont exposées à des traitements discriminatoires et à des stéréotypes préjudiciables, qui leur causent un stress chronique durant des périodes cruciales de leur développement. Cette exposition

précoce au racisme peut avoir des conséquences psychologiques à long terme sur tous les aspects de leur vie, de l'estime de soi aux résultats scolaires, en passant par leur capacité à nouer des relations saines.

Une étude de 2022 sur le racisme au Canada a révélé que les filles racialisées qui sont victimes de racisme continu font souvent état de détresse, de troubles du sommeil, d'une baisse de l'estime de soi, d'un sentiment omniprésent d'insécurité, d'une colère refoulée et de mécanismes d'adaptation inadaptés, notamment des troubles alimentaires. Ces premières réactions au stress peuvent entraîner des problèmes de santé mentale et physique qui perdurent à l'âge adulte. (Williams, Khanna Roy, MacIntyre, & Faber, 2022).

Ces défis ne disparaissent pas avec l'âge. Ils créent des schémas durables qui influencent la santé des adultes. Les premières expériences de discrimination, de stress et de lutte identitaire mettent en place des mécanismes d'adaptation, des schémas relationnels et des comportements en matière de santé qui peuvent durer toute la vie. La collecte exhaustive de données fondées sur la race est essentielle pour mettre au point des interventions susceptibles de rompre les trajectoires négatives en matière de santé et de mettre fin aux cycles de traumatismes.

L'école : un lieu à risque

Pour de nombreuses filles noires, l'école devient un lieu de discrimination et de préjudice plutôt qu'un espace sûr où elles peuvent apprendre et s'épanouir. Les participantes ont exprimé leur sentiment d'insécurité dans les milieux éducatifs, où elles sont confrontées à des disparités dans

le cadre de la discipline, à des attentes moins élevées de la part des enseignants, ainsi qu'à leur exclusion des activités scolaires et sociales.

Les filles noires sont disproportionnellement suspendues et expulsées de l'école, souvent pour des comportements qui sont traités avec plus d'indulgence lorsqu'ils sont adoptés par leurs camarades blanches. Ces premières expériences de racisme et de punition peuvent perturber leur scolarité et avoir une incidence durable sur leurs résultats scolaires et leurs perspectives d'avenir. Le stress lié au fait d'évoluer dans un environnement scolaire discriminatoire peut entraîner des problèmes de santé mentale qui persistent à l'âge adulte

Il existe un lien bien établi entre les résultats scolaires et la santé : un faible niveau d'éducation est directement lié à une santé moins bonne tout au long de la vie. (Agence de la santé publique du Canada, 2022) Lorsque les filles noires sont systématiquement exclues des possibilités d'éducation, elles se voient privées non seulement de la possibilité de progresser sur le plan scolaire, mais aussi d'avoir des bases nécessaires pour mener une vie saine et prospère.

Comprendre et gérer les stéréotypes et les problèmes liés à l'image corporelle

Au cours de leur adolescence, période où elles sont particulièrement influençables, les jeunes filles noires au Canada sont confrontées à une pression énorme due à des messages contradictoires et à des stéréotypes néfastes qui tentent de définir leur identité. Les médias traditionnels et les réseaux

sociaux manifestent toutefois un intérêt croissant pour la représentation et la diversité. Cependant, les normes de beauté eurocentriques continuent de dominer. Les jeunes filles noires sont également confrontées à la fétichisation de leur corps, ce qui rend difficile la construction de leur identité. Elles sont en effet tiraillées entre les stéréotypes raciaux néfastes et l'accusation de ne pas assumer leur identité raciale.

La surveillance constante de l'authenticité, combinée aux pressions liées à l'image corporelle, peut entraîner une profonde confusion identitaire et un stress chronique durant les années critiques de développement. Les filles noires sont contraintes de se définir par rapport aux stéréotypes racistes et aux attentes contradictoires de la communauté, sans toujours bénéficier du soutien ou des conseils nécessaires. Le poids psychologique de ces messages contradictoires et les efforts pour se conformer à des normes qui ne leur correspondent pas peuvent entraîner du stress, une perte d'identité authentique et des problèmes de santé mentale durables susceptibles de perdurer à l'âge adulte.

“
« On nous dit constamment ce qu'il est interdit de porter, de faire ou de dire. C'est comme si nous étions condamnées à échouer. »

Vivre ses relations et lutter contre la misogynie

Au Canada, les jeunes filles noires sont confrontées à un défi unique : la misogynie. Ce terme désigne la forme spécifique de discrimination dont sont victimes les femmes et les jeunes filles noires.

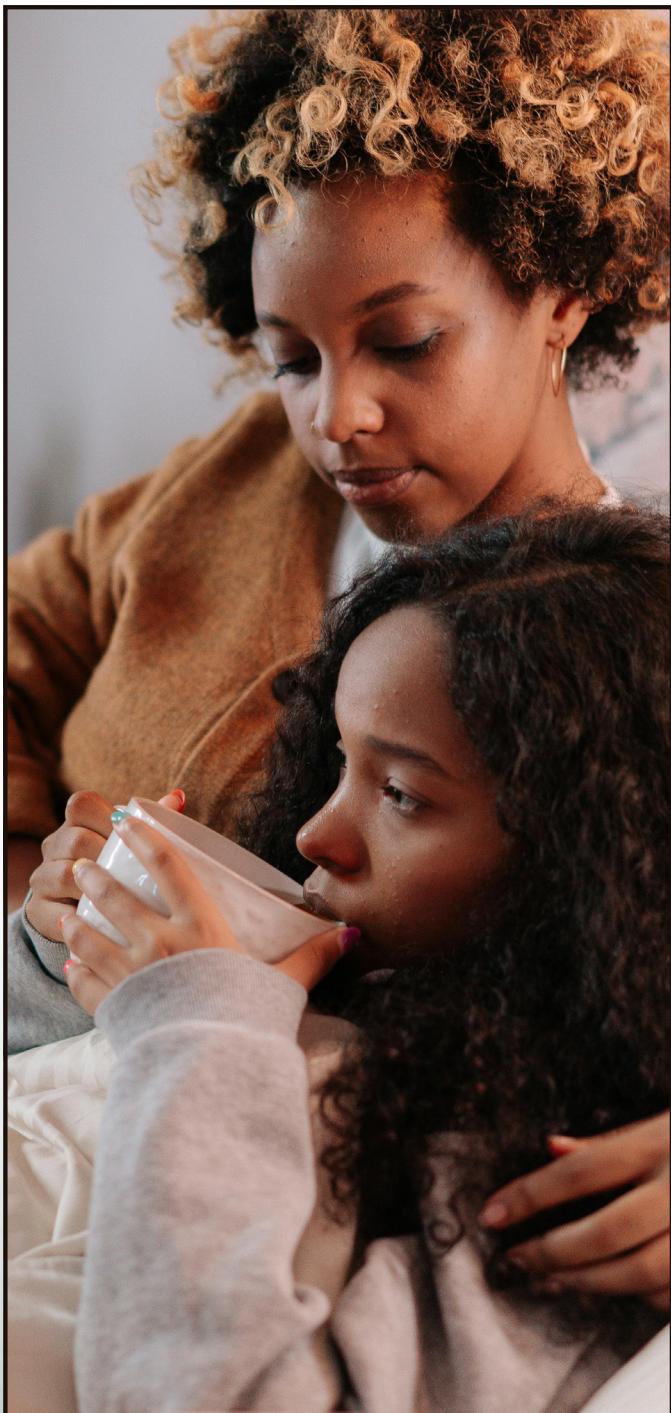
Il combine le racisme anti-Noirs et le sexism, créant ainsi des formes particulières de préjugés et de marginalisation. Les jeunes filles noires sont souvent confrontées à l'adultisation, c'est-à-dire qu'elles sont perçues comme étant plus âgées, plus mûres et moins innocentes que leurs camarades blanches. Dans leurs relations amoureuses ou amicales, les filles noires sont confrontées à des stéréotypes néfastes concernant leur sexualité, leur agressivité et leur désirabilité, qui peuvent avoir des répercussions considérables sur leur estime de soi et leurs schémas relationnels.

Dans le sondage, les filles noires ont déclaré que les relations amoureuses, en particulier entre personnes de races différentes, pouvaient être source de jugement et de critique culturels. Beaucoup ont évoqué l'absence d'espaces sûrs et exempts de jugement où elles peuvent parler librement de leurs relations amoureuses sans craindre d'être jugées ou critiquées. Pour éviter les réactions négatives de leurs pairs ou des membres de leur communauté, certaines ont estimé qu'elles devaient cacher leurs intérêts amoureux ou même taire leurs sentiments.

Alors que tous les adolescents ont du mal à entrer dans l'âge adulte, les filles noires doivent également apprendre à faire face au racisme et au sexism. Pour combler ces écarts, il ne suffit pas de renforcer les capacités. Cela nécessite des enseignants et des politiques qui tiennent compte des différences culturelles et luttent contre le racisme, ainsi qu'une nouvelle conception du bien-être qui donne la priorité aux besoins et aux vécus des filles noires.

Pour prévenir les disparités en matière de santé auxquelles les femmes noires sont confrontées à l'âge adulte, les systèmes de santé et les

communautés doivent reconnaître les défis uniques auxquels les filles noires sont confrontées et y remédier. Les expériences vécues par les jeunes filles noires sont à l'origine de nombreux problèmes de santé à l'âge adulte et constituent ainsi une occasion d'intervention précoce qui pourrait améliorer les indicateurs de santé tout au long de la vie des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires au Canada.



Recommandations



Ces recommandations ne constituent pas un appel à la réforme, mais à un changement profond. Elles s'appuient sur les témoignages de femmes et de filles noires recueillis lors de l'enquête sous forme de récits qualitatifs. Elles visent à repenser, restructurer et redéfinir des systèmes qui n'ont jamais été conçus pour protéger la vie des personnes noires. Les principes de lutte contre le racisme anti-Noirs, d'équité, de justice pour les personnes handicapées, de justice reproductive et de souveraineté sont les bases sur lesquelles ces recommandations sont fondées.

Recommandations fondamentales

- 1. Définir la santé des Noires de manière holistique**, en tenant compte du bien-être physique, mental, émotionnel, culturel, économique et spirituel, en s'appuyant sur l'expérience vécue, la pensée féministe noire, la justice en matière de handicap et les systèmes de connaissances afrocentriques..
- 2. Adopter une perspective d'équité en matière de santé des Noires** à tous les niveaux du gouvernement, dans les politiques institutionnelles et la législation. Cette perspective doit inclure la souveraineté en matière de santé mentale, la justice reproductive et les réalités des parents célibataires au sein de la communauté noire.
- 3. Incrire la souveraineté des données concernant les Noirs** dans la législation, afin de protéger les droits de ces communautés à collecter, gérer et interpréter leurs propres données..
- 4. Reconnaître et financer les organisations communautaires noires** en tant qu'infrastructures sanitaires essentielles.
- 5. Veiller à ce que les personnes ayant vécu ou vivant actuellement cette expérience** soient incluses dans toutes les instances, en particulier celles issues de la communauté des personnes handicapées et celles impliquées dans le système de protection de l'enfance.

Principes de mise en œuvre

Toutes les recommandations doivent être mises en œuvre selon les principes directeurs suivants :

- **Autodétermination** les communautés noires doivent avoir le pouvoir de diriger, de façonner et de gérer les politiques qui ont un impact sur leur vie.
- **Réhabilitation culturelle:** tous les programmes doivent être fondés sur les connaissances culturelles, spirituelles et ancestrales des communautés noires.
- **Rien ne peut être décidé à notre sujet si nous ne sommes pas consultés:** les expériences passées et présentes, y compris le handicap et la monoparentalité, doivent être au centre de tous les processus.
- **Justice pour les personnes handicapées:** le handicap doit être considéré sous l'angle de la justice raciale, et non pas uniquement sous l'angle médical ou individuel.

- **Intersectionnalité en action:** il ne s'agit pas d'une théorie, mais d'un engagement pratique et structurel dans chaque système.
- **Pérennité:** le financement doit être à long terme, renouvelable, et ne pas reposer sur des projets pilotes.
- **Transparence et responsabilité:** chaque recommandation doit être assortie d'une responsabilité publique, mesurable et exécutoire.

Ces recommandations ne sont pas une liste de suggestions, mais un impératif politique et moral. Elles reflètent une vision de la souveraineté, de la dignité et de la responsabilité selon laquelle les communautés noires ne demandent plus aux systèmes de prendre soin d'elles, mais construisent des systèmes qui placent leurs soins, leur pouvoir et leur guérison au centre. L'époque de l'incrémentalisme est révolue. Le moment est donc venu pour les communautés noires de mener une transformation révolutionnaire.

Gouvernement fédéral

1. Mettre en place une **stratégie nationale pour promouvoir l'équité en matière de santé des Noirs**, élaborée, dirigée et gérée par les communautés noires, en collaboration avec Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, dont le rôle se limiterait à fournir l'infrastructure et le financement.
2. Créer un **secrétariat permanent et indépendant dédié à la santé des Noirs**, dirigé par un conseil composé de leaders noirs dans le domaine de la santé, de chercheurs, de défenseurs communautaires et de personnes expérimentées, doté d'une indépendance structurelle totale et d'un pouvoir d'exécution.
3. Allouer **au moins 30 millions de dollars par an**, sous forme d'engagements fédéraux pluriannuels, pour soutenir la stratégie, avec un plan opérationnel quinquennal élaboré lors d'un sommet national sur la santé des Noirs.
4. Promulguer une **loi sur l'équité en matière de santé des Noirs**, rédigée en collaboration avec les communautés noires, qui reconnaîtrait légalement le droit à des soins équitables et adaptés à la culture, et qui garantirait la conformité institutionnelle, notamment par la création d'un organisme national chargé de contrôler l'équité en matière de santé des Noirs.

5. Créer un **pôle national de connaissances sur la santé des Noirs**, dirigé par des institutions universitaires et communautaires noires, doté d'un budget annuel de 15 millions de dollars, chargé de la recherche, du suivi des politiques, de la transparence des données et de l'éducation.
6. Inscrire dans la législation fédérale l'**obligation de collecter des données ventilées par origine ethnique**, de conclure des accords sur la souveraineté des données relatives aux Noirs et d'assurer la transparence dans la communication des informations.
7. Mettre en place une **feuille de route fédérale-provinciale-territoriale pour l'équité en matière de santé des personnes noires**, avec des objectifs SMART, des obligations de publication d'informations et des conséquences claires en cas de non-respect.
8. Promouvoir la **parité et l'équité en matière de santé mentale** en vertu de la Loi canadienne sur la santé.
9. Modifier la **Loi canadienne sur la santé** afin d'y inscrire la **parité en matière de santé mentale**, en veillant à ce que les soins de santé mentale soient pris en charge avec le même degré d'urgence, de financement et de responsabilité que les soins de santé physique. Cela implique notamment d'établir des normes nationales claires qui garantissent un accès équitable à des services de santé mentale adaptés à la culture et axés sur la communauté pour les femmes noires et les autres populations marginalisées. Plus précisément :
 - a. Inclure les services de santé mentale dans les régimes provinciaux d'assurance maladie. Exiger que les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie couvrent les services de santé mentale adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes, fournis par des professionnels qualifiés, tels que des thérapeutes, des travailleurs sociaux et des praticiens communautaires.
 - b. Financer des programmes de santé mentale dirigés par des Noirs et adaptés à leur culture. Mettre en place des transferts fédéraux réguliers pour soutenir les organisations qui fournissent des soins adaptés aux besoins des femmes et des filles noires.
 - c. Veiller à ce que la responsabilité soit intégrée au système fédéral de financement de la santé. Il s'agit d'associer le financement fédéral de la santé à des résultats mesurables en matière d'équité, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale, mais aussi leur utilisation et leur qualité au sein des communautés racialisées.
 - d. Reconnaître la santé mentale comme une question relevant de la souveraineté en matière de santé et non comme un privilège. Adopter des politiques fédérales qui promeuvent la santé mentale comme un droit humain et une composante essentielle du bien-être général.
10. Créer un **flux de financement permanent dédié à la recherche sur la santé des Noirs** au sein des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et des organismes tripartites, afin de garantir un financement durable pour la recherche menée par et pour les communautés noires, notamment :
 - a. Le financement permanent pour les étudiants noirs de premier cycle et de troisième cycle qui étudient la santé, les sciences sociales et la recherche médicale, en donnant la priorité aux projets traitant du racisme anti-Noirs, des inégalités en matière de santé et des soins adaptés à la culture.

b. Les chaires de recherche, bourses postdoctorales et subventions dédiées à la promotion des études sur la santé des Noirs, à la mobilisation des connaissances et à la collecte de données.

c. Le financement des organisations communautaires dirigées par des Noirs qui mènent

des recherches participatives et appliquées dans le domaine de la santé.

d. Le financement opérationnel à long terme des instituts et réseaux de santé des Noirs pour soutenir les infrastructures, l'évaluation et l'innovation.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

11. Adopter des lois provinciales sur l'équité en matière de santé pour les Noirs. Chaque province et territoire doit adopter une **loi sur l'équité en matière de santé pour les Noirs** qui codifie le droit des résidents noirs à un traitement équitable, antiraciste et adapté à leur culture et antiracistes. Ces lois doivent :

a. Exiger la création de plans provinciaux pour promouvoir l'équité en matière de santé des Noirs, liés au financement public

b. Exiger des audits annuels sur l'équité raciale pour tous les établissements de santé financés par des fonds publics ;

c. Établir une responsabilité juridique exécutoire pour les établissements qui ne respectent pas les critères de référence.

d. Habiliter les organismes d'application indépendants à enquêter et à sanctionner.

b. Exiger la création d'unités de défense et de protection des patients gérées par des Noirs dans chaque hôpital (ou équivalent régional).

c. Lier la performance des dirigeants au financement et à des résultats en matière d'équité raciale.

d. Exiger la collecte de données fondées sur la race et la publication de rapports dans tous les secteurs des soins de santé.

13. Créer et financer des conseils provinciaux pour l'équité en matière de santé des Noirs.

Chaque province doit créer un conseil pour l'équité en matière de santé des Noirs, dirigé par des organisations, des cliniciens, des chercheurs et des représentants communautaires noirs. Ces conseils doivent :

a. Tenir les institutions et les organismes gouvernementaux responsables de la réalisation des objectifs en matière d'équité.

b. Examiner les budgets, les politiques et la législation sous l'angle du racisme anti-Noirs.

c. Accorder un pouvoir de supervision officiel et l'intégrer dans les structures ministérielles.

14. Intégrer les services de santé mentale dans les régimes provinciaux d'assurance maladie.

Les provinces doivent:

- a. Couvrir entièrement les services de santé mentale adaptés à la culture dans le cadre de l'assurance publique (p. ex., Assurance-santé de l'Ontario).
- b. Financer les prestataires de soins de santé mentale et les programmes de bien-être dirigés par des Noirs.
- c. Former les prestataires en matière de traumatismes raciaux et de racisme anti-Noirs et leur délivrer une certification.
- d. Considérer les soins de santé mentale comme une forme de souveraineté sanitaire et non comme un privilège.

15. Mettre en place des unités régionales de défense et de protection dirigées par des Noirs. Lorsque la mise en place d'unités intégrées aux hôpitaux n'est pas possible pour des raisons géographiques, les provinces doivent financer des unités régionales de défense et de protection des patients dirigées par des Noirs. Celles-ci doivent :

- a. a. Être mobiles, dotées de pouvoirs légaux et accessibles en ligne et en personne.
- b. Relever du ministère de la Santé et faire l'objet d'une surveillance indépendante.
- c. Assurer la couverture de plusieurs établissements dans les zones mal desservies et garantir la continuité des soins et la justice.

16. Créer des services d'inspection provinciaux pour lutter contre le racisme anti-Noirs dans le secteur de la santé. Les provinces doivent mettre en place des services d'inspection chargés de veiller à l'équité en matière de santé des Noirs, notamment:

- a. Le pouvoir d'enquêter et d'intervenir dans les institutions qui causent un préjudice racial.
- b. Le mandat de veiller au respect de la législation sur l'équité en matière de santé et des plans institutionnels.
- c. La capacité d'imposer des sanctions financières en cas de non-respect et de rendre publiques les conclusions.

17. Financer les programmes de formation du personnel de santé dirigés par des Noirs.

Les provinces doivent concevoir conjointement des programmes d'accès aux professions de santé pour les jeunes Noirs et les travailleurs Noirs, notamment :

- a. Les programmes de formation gratuits pour les étudiants noirs dans les domaines cliniques et paramédicaux.
- b. Les stages rémunérés, stages pratiques et mentorat au sein du système de santé.
- c. Les mesures de soutien pour évoluer dans le milieu de travail, progresser dans des rôles de direction et maintenir le personnel en poste.
- d. Une base de données provinciale répertoriant les talents issus de la communauté noire afin de favoriser un recrutement équitable

18. Intégrer des mesures de protection pour lutter contre le racisme anti-Noirs dans les conventions collectives du secteur de la santé. Les provinces doivent collaborer avec les syndicats, les établissements postsecondaires et les organismes de réglementation pour :

- a. Intégrer les mesures de protection contre le racisme anti-Noirs dans les conventions collectives

- b.** Intégrer l'équité raciale dans les pratiques d'embauche, de maintien en poste et de promotion
- c.** Protéger le personnel noir contre les représailles lorsqu'il signale des préjugés
- d.** Intégrer le racisme comme élément à signaler dans les protocoles concernant la violence au travail.

19. Mettre en place une infrastructure provinciale de données sur la santé des Noirs et des protocoles sur la propriété:

- a.** Exiger que tous les établissements de santé recueillent, conservent et publient des données ventilées par race
- b.** S'associer aux communautés noires pour définir l'utilisation éthique et la gestion responsable des données.
- c.** Veiller à ce que les données éclairent les décisions de financement et les réformes structurelles.
- d.** Publier les indicateurs de santé des Noirs sur les tableaux de bord des ministères.

20. Financer des centres de ressourcement pour le mieux-être des Noirs dans tout le continuum de soins. Chaque province doit financer des centres de guérison pour les Noirs axés sur :

- a.** Les soins cliniques, les doulas et l'accompagnement à la naissance, le soutien par les pairs et les aînés.
- b.** L'orientation juridique, la justice alimentaire, le mieux-être communautaire et le récit.
- c.** Les Services for les services destinés aux jeunes Noirs, aux mères célibataires, aux personnes LGBTQ2S+, aux nouveaux arrivants et aux aînés.

- d.** La gouvernance par des organisations des Noirs, et non par les organismes de santé traditionnels.

21. Appliquer les normes d'équité raciale dans les services et organismes de santé publique :

- a.** Exiger que chaque service de santé publique dispose d'un plan d'action pour lutter contre le racisme anti-Noirs.
- b.** Embaucher des agents spécialisés dans les questions d'équité en matière de santé pour les Noirs.
- c.** Recenser les inégalités raciales en matière d'accès à la vaccination, au dépistage et à la promotion de la santé.
- d.** Intégrer l'équité raciale comme un critère incontournable dans l'évaluation des performances en matière de santé publique.

22. Créer des voies pour la justice réparatrice et la réparation des préjudices :

- a.** Créer des systèmes formels permettant aux victimes de racisme anti-Noirs dans le domaine des soins de santé d'accéder à la justice.
- b.** Prévoir une compensation financière, une reconnaissance publique et des réformes systémiques.
- c.** Veiller à ce que les processus soient menés par les survivants et fondés sur la dignité, la vérité et la responsabilité.
- d.** Surveiller la participation des institutions et publier des rapports de conformité.

Hôpitaux, services de santé publique et établissements de santé

23. Exiger que les institutions élaborent des plans de mise en œuvre garantissant l'équité en matière de santé pour les Noirs. Chaque hôpital, bureau de santé publique et établissement de santé doit élaborer et mettre en œuvre publiquement un plan de mise en œuvre de l'équité en matière de santé pour les Noirs. Ces plans doivent notamment comprendre:

- a. Des résultats mesurables et des calendriers.
- b. Des audits indépendants réalisés par des équipes d'évaluation dirigées par des Noirs.
- c. Une gouvernance conjointe avec les parties prenantes de la communauté noire.
- d. Des indicateurs de référence liés à la rémunération des dirigeants et au financement des institutions.

24. Crée des services de défense et de protection des patients dirigés par des Noirs (modèles institutionnels et régionaux). Chaque hôpital doit donner accès à un service de défense et de protection des patients dirigé par des Noirs et habilité à intervenir en cas de préjudice ou de discrimination raciale à l'encontre de patients ou de membres du personnel noirs.

- a. Dans les centres urbains à forte population noire, ces services doivent être directement intégrés aux hôpitaux.
- b. Dans les régions où la population noire est moins importante, il faut créer des services régionaux de défense des droits des Noirs, financés par le ministère de la Santé, qui soient en mesure d'intervenir rapidement, d'apporter un soutien virtuel et de défendre les droits des patients dans plusieurs institutions.

c. Ces services doivent relever directement des directeurs généraux des hôpitaux concernés et doivent soumettre des rapports trimestriels au ministère provincial de la Santé.

d. Ces rapports doivent comprendre les tendances des cas, les questions de conformité et les recommandations institutionnelles, et être intégrés à un tableau de bord provincial sur l'équité en matière de santé pour les Noirs.

e. Les services doivent être légalement protégés contre les représailles et avoir le pouvoir de transmettre les cas non résolus à des organismes de contrôle externes, notamment à un service d'inspection de l'équité en matière de santé pour les Noirs.

25. Crée des voies de signalement sécurisées, centrées sur les survivants et traitant des préjudices anti-Noirs. Les hôpitaux doivent mettre en place des systèmes accessibles, pérennes, multilingues et adaptés à toutes les cultures, permettant au personnel et aux patients de signaler les préjudices liés au racisme. Ces voies de signalement doivent:

- a. Proposer des options anonymes, une aide par des tiers et des ressources juridiques.
- b. Veiller à ce que les réponses soient adaptées aux traumatismes subis et protéger les victimes contre les représailles institutionnelles..
- c. Prévoir la mise en place de processus de résolution assortis de délais et comportant une obligation de présenter publiquement les résultats.

26. Mettre en place une formation obligatoire et une certification sur le racisme anti-Noirs.

Tous les établissements de santé doivent proposer une formation obligatoire et rigoureuse en matière de sécurité culturelle et de lutte contre le racisme anti-Noirs :

- a. La formation doit être conçue et dispensée par des organismes dirigées par des Noirs.
- b. La réussite à cette formation doit être un critère obligatoire pour l'embauche, l'avancement professionnel et le renouvellement des licences.
- c. Les dirigeants doivent suivre des modules intensifs, qui portent sur le racisme institutionnel, la responsabilité et les rapports de force.

27. Exiger les audits sur l'équité raciale et la publication des résultats des patients.

Les hôpitaux doivent collecter, vérifier et publier des données ventilées par race en ce qui concerne les résultats en matière de santé, l'accès aux soins, les schémas diagnostiques, la prise en charge de la douleur et les décisions de sortie d'hôpital :

- a. Tous les algorithmes et protocoles existants doivent être revus et corrigés afin d'éliminer tout préjugé racial (p. ex, DFGe, échelles de douleur, scores de risque AVAC).
- b. Les données doivent être utilisées pour établir des critères de performance et des plans de mesures correctives.

28. Protéger et promouvoir la santé des travailleurs noirs. Chaque hôpital doit mettre en place un programme officiel dûment financé en faveur de l'équité pour le personnel noir, comprenant :

- a. Des possibilités d'avancement professionnel à des postes de direction, cliniques et de recherche.

b. Des mesures de protection des lanceurs d'alerte et des systèmes de signalement par des tiers pour les employés noirs victimes de préjudices.

c. La transparence salariale et des audits pour garantir l'égalité salariale.

d. Des services de soutien dédiés au mentorat, à la formation et au bien-être.

29. Mettre en place des centres de guérison et de bien-être traditionnels pour les Noirs sur le terrain.

Les hôpitaux doivent financer et développer conjointement des espaces dédiés au bien-être des Noirs proposant des soins cliniques, une guérison holistique, un soutien en matière de santé mentale, des programmes entre pairs et une éducation communautaire. Ces centres doivent être ouverts aux patients et aux professionnels de santé noirs et être conçus en collaboration avec des praticiens et des membres de la communauté noire.

30. Mettre en place des comités d'examen de décès et de préjudices subis par les patients noirs.

Chaque hôpital doit créer ou participer à un comité indépendant chargé d'examiner les décès et les préjudices subis par les patients noirs. Ces comités doivent être automatiquement saisis en cas de décès, de préjudice grave ou de négligence impliquant des patients noirs.

a. Les comités doivent disposer d'un accès complet aux enquêtes.

b. Leurs résultats doivent être publiés.

c. Les hôpitaux doivent mettre en œuvre les recommandations des comités dans un délai de six mois.

31. Créer des conseils consultatifs pour les patients et les familles (CCPF) dédiés spécifiquement aux Noirs.

Chaque hôpital doit créer et financer un CCPF dédié aux Noirs. Ces conseils doivent :

- a.** Être codirigés par des patients, des soignants et des défenseurs des droits en matière de santé des Noirs issus de la communauté noire.
- b.** Disposer d'un pouvoir décisionnel dans les domaines politiques concernés.
- c.** Participer à l'examen des données sur les résultats selon l'origine ethnique et des pratiques institutionnelles.
- d.** Être rémunérés pour leur temps, leurs connaissances et leur travail.

32. Mettre en place des bulletins sur l'équité en matière de santé des Noirs au niveau des hôpitaux. Les établissements de santé doivent publier chaque année un bulletin sur l'équité en matière de santé des Noirs, élaboré en collaboration avec les membres de la communauté noire et examiné par le ministère de la Santé provincial.

- a.** Ces bulletins doivent évaluer l'accès aux soins, les résultats, l'expérience du personnel et les réformes institutionnelles.
- b.** Ils doivent être accessibles au public et examinés dans le cadre des processus d'évaluation des performances des dirigeants.

33. Financer une réforme radicale des programmes d'études dans le domaine de la formation des professionnels de la santé.

Tous les hôpitaux universitaires et centres de santé universitaires doivent collaborer avec des organismes éducatifs et communautaires dirigés par des Noirs afin de réviser les programmes d'études et la formation des professionnels de la santé et des professions paramédicales.

Notamment :

- a.** Un apprentissage basé sur des cas concrets et ancré dans l'expérience vécue par les Noirs.
- b.** Des approches décentralisées et ancrées dans la culture en matière d'anatomie, de diagnostic et de soins.
- c.** Une formation par simulation reflétant les préjuges systémiques et la justice réparatrice.

34. Intégrer l'équité dans l'accréditation des hôpitaux et la supervision ministérielle. Les ministères de la Santé doivent faire de la mise en œuvre de l'équité en matière de santé pour les Noirs une condition préalable à :

- a.** L'accréditation des hôpitaux.
- b.** Le renouvellement des nominations à des postes de direction.
- c.** L'attribution des fonds.

35. L'accès aux projets d'expansion du capital.

Associations de réglementation médicale, infirmière et hospitalière

Tous les organismes de réglementation de la santé et les conseils d'agrément du Canada, y compris le Collège des médecins et chirurgiens, le Collège des médecins de famille, les collèges provinciaux d'infirmières et infirmiers et les organismes de réglementation des professions paramédicales,

doivent officiellement reconnaître le racisme anti-Noirs comme une crise de santé publique et une norme professionnelle préjudiciable:

Pour y parvenir, les organismes de réglementation doivent :

- 36. Déclarer le racisme anti-Noirs comme une crise de santé publique et une norme de préjudice professionnel.**
- 37. Intégrer les préjugés liés au racisme comme une infraction à signaler et passibles de sanctions** dans les codes de déontologie, les normes professionnelles et les directives pratiques.
- 38. Créer une nouvelle catégorie dans les procédures de plainte** concernant spécifiquement la discrimination raciale, la négligence fondée sur des préjugés et les traumatismes raciaux.
- 39. Exiger que les membres fassent preuve d'auto-évaluation, de réflexion et de correction** lorsque les conclusions relatives aux préjugés raciaux sont fondées.
- 40. Publier les données agrégées** sur les plaintes et les mesures disciplinaires liées au racisme afin de promouvoir la transparence et la responsabilité.
- 41. Élaborer et mettre en œuvre un cadre national de compétences en matière de santé des Noirs.** En partenariat avec les leaders noirs du secteur de la santé et les organisations dirigées par des Noirs, les associations doivent co-créer un cadre national de compétences en matière de santé des Noirs portant sur :
- a.** Les examens d'agrément et critères de certification pour toutes les professions de santé réglementées.
 - b.** Les exigences en matière de formation médicale et professionnelle continue.
 - c.** Les lignes directrices relatives aux programmes d'études et aux stages pratiques pour les institutions académiques.
- d.** La formation spécialisée sur les liens existant entre le racisme anti-Noirs, les préjugés diagnostiques et la négligence systémique.
- Ce cadre doit être obligatoire et intégré aux processus d'accréditation, de recertification et d'avancement.
- 42. Procéder à un audit et à une réforme de toutes les directives cliniques et normes de pratique dans une optique de lutte contre le racisme anti-Noirs.**
- a.** Procéder à des examens approfondis des outils de diagnostic, des algorithmes de traitement et des directives cliniques afin d'éliminer les pratiques discriminatoires fondées sur la race (p. ex., corrections liées à la race dans les tests de fonction rénale, évaluations de l'échelle de la douleur).
 - b.** Collaborer avec des instituts de recherche dirigés par des Noirs afin de créer des normes de soins adaptées qui tiennent compte de la race.
 - c.** Publier les résultats et les changements dans des revues évaluées par des pairs et distribuer les outils mis à jour dans l'ensemble du système.
- 43. Créer des services de protection des médecins, des infirmiers et infirmières et des professionnels paramédicaux noirs au sein des ordres professionnels.**
- a.** Créer des unités de protection internes chargées d'enquêter sur les préjugés subis par les professionnels de santé noirs dans les hôpitaux, les programmes de formation et les milieux cliniques.
 - b.** Offrir une protection juridique, psychologique et professionnelle aux membres noirs victimes de représailles ou de violences raciales.

c. Exiger que les professionnels noirs ne soient pas tenus de « prouver » le racisme en cas d'absence de soutien et de supervision systémiques.

d. Publier des rapports publics sur la complicité institutionnelle à l'origine des préjugés ou de la stagnation professionnelle des professionnels de santé noirs

44. Financer les programmes de leadership, d'éducation et d'innovation dirigés par des Noirs

a. Allouer une partie des revenus annuels au financement de bourses d'études pour les étudiants et les praticiens noirs, de programmes de formation au leadership et de laboratoires d'innovation.

b. Établir des partenariats entre des initiatives d'éducation sanitaire et des réseaux étudiants dirigés par des Noirs afin d'accroître la représentation et de réduire le taux de décrochage.

c. Garantir une aide financière pour les frais de scolarité, un mentorat et des possibilités d'accès aux postes de direction tout au long de la carrière. Que ce soit pour les études pré-médicales, les conseils médicaux ou les postes de direction.

45. Rendre compte publiquement des inégalités raciales dans la profession. Toutes les associations et tous les ordres professionnels doivent collecter et publier des données ventilées sur :

a. Les taux de recrutement, d'admission et d'obtention de diplôme des étudiants noirs.

b. L'embauche, la promotion et la rémunération des professionnels de santé noirs.

c. Les tendances en matière de mesures disciplinaires, ainsi que les personnes les plus

susceptibles d'en faire l'objet ou de perdre leur licence.

d. La représentation démographique des dirigeants au sein des hôpitaux, des systèmes de santé et des universités.

Ces données doivent être liées à des critères d'équité et figurer dans les rapports annuels et les tableaux de bord publics.

46. Intégrer une formation obligatoire sur le racisme anti-Noirs dans le cadre de l'obtention et du renouvellement des licences. Pour obtenir une licence, les médecins, les infirmiers et infirmières, les sages-femmes et tous les autres professionnels de santé réglementés doivent remplir certaines conditions, notamment :

a. L'achèvement d'une formation accréditée sur le racisme anti-Noirs, la négligence médicale, les préjugés historiques et la justice réparatrice.

b. La mise en œuvre avérée des normes de compétence en matière de santé des Noirs dans la prestation des soins.

c. Des exigences de renouvellement périodique qui évaluent la rétention, la mise en œuvre et la responsabilité dans la pratique clinique.

47. Élaborer un code de pratique pour la justice en matière de santé des Noirs. Chaque association doit co-créer un code de pratique pour la justice en matière de santé des Noirs avec les leaders noirs du domaine de la santé, qui :

a. Décrit les responsabilités éthiques des professionnels de la santé lorsqu'ils s'occupent de patients noirs.

b. Comprend les soins fondés sur la prise en compte des traumatismes, l'humilité culturelle et la réduction des préjugés raciaux considérés comme des principes fondamentaux.

c. Peut être appliqué et intégré aux programmes de formation, aux procédures d'embauche et à l'évaluation des performances.

48. Collaborer à la surveillance nationale et aux recours juridiques contre le racisme médical. Les associations doivent collaborer avec Santé Canada, les ministères provinciaux de la Santé et les secrétariats pour la santé des Noirs pour :

a. Créer un système national de surveillance pour traquer le racisme médical.

b. Mettre en place des voies juridiques permettant aux patients et aux professionnels noirs d'obtenir justice pour les préjudices subis.

c. Soutenir des initiatives de vérité et de réconciliation qui documentent et réparent l'apartheid médical au Canada.

Santé mentale et guérison communautaire

Cette section met l'accent sur la **souveraineté des Noirs en matière de santé mentale, les soins définis par la communauté et la réparation structurelle**, rejetant ainsi les modèles de soins qui individualisent les traumatismes sans démanteler les systèmes qui en sont la cause.

49. Faire de la souveraineté en matière de santé mentale des Noirs un droit fondamental.

Les gouvernements à tous les niveaux doivent reconnaître la souveraineté en matière de santé mentale des Noirs, c'est-à-dire le droit des communautés noires de définir, de régir et de fournir leurs propres services de soutien en matière de santé mentale, comme un principe d'équité en matière de santé qui doit :

a. Rejeter les modèles axés sur les déficits qui présentent le deuil, la colère ou la survie chez les Noirs comme pathologiques.

b. Considérer l'accès à la santé mentale non pas comme une forme de charité, mais comme une forme de justice réparatrice..

c. Placer l'expérience vécue et vivante, les connaissances ancestrales et la sagesse des pairs informée par les traumatismes au centre de

l'élaboration de tous les programmes de santé mentale.

50. Créer et financer des écosystèmes de santé mentale dirigés par des Noirs. Les gouvernements doivent allouer des fonds durables et à long terme pour développer des écosystèmes de santé mentale dirigés par des Noirs partout au pays, notamment :

a. Des cercles de soutien par les pairs, la thérapie narrative et des espaces de guérison intergénérationnels.

b. Des praticiens du bien-être afro-spirituel, des art-thérapeutes, des thérapeutes somatiques, des herboristes et des conseillers guidés par des aînés.

c. Des modèles communautaires ancrés dans la sécurité culturelle et la psychologie de la libération.

Le financement doit être versé directement à des organismes dirigés par des Noirs qui jouissent d'une autonomie en matière de conception des services, de dotation en personnel et d'évaluation.

51. Créer un registre national sur la santé mentale des Noirs et un conseil des praticiens.

52. Créer un registre financé par des fonds

publics et géré par des Noirs, répertoriant les prestataires de soins de santé mentale pour les Noirs et accessible dans tout le Canada, qui comprend :

- a.** Des Thérapeutes, travailleurs sociaux cliniques, guérisseurs traditionnels, sages-femmes et conseillers en deuil.
- b.** Des filtres régionaux, des options de services virtuels et une disponibilité à échelle mobile.
- c.** Des systèmes de vérification et des évaluations communautaires, fondés sur la résonance culturelle et la sécurité.

Ce registre doit être supervisé par un conseil national des prestataires de soins de santé mentale pour les Noirs, composé de praticiens, de leaders de soutien par les pairs et de chercheurs.

53. Lancer une initiative nationale pour la justice réparatrice. Créer un fonds pour la justice réparatrice afin d'aider les communautés noires à concevoir, diriger et évaluer leurs propres pratiques en matière de santé mentale. Cela doit inclure :

- a.** Un financement de base pour les collectifs de guérison dirigés par des Noirs.
- b.** Un espace pour mettre en pratique des modèles de soins non cliniques ancrés dans la communauté.
- c.** Des subventions de démarrage pour l'innovation dans les rituels de deuil, la justice somatique et la guérison des traumatismes intergénérationnels
- d.** Un engagement à redéfinir ce qui constitue une « preuve » afin de tenir compte de l'expertise ancestrale, orale et vécue.

54. Exiger la mise en œuvre de l'équité en matière de santé mentale et la sécurité psychologique sur les lieux de travail. Tous

les lieux de travail réglementés par les autorités fédérales et provinciales doivent :

- a.** Mettre en œuvre des politiques de santé mentale tenant compte des traumatismes qui traitent des préjugés raciaux, des microagressions et de l'épuisement professionnel.
- b.** Assurer les aménagements pour les travailleurs noirs confrontés à des traumatismes liés à la race.
- c.** Exiger une formation de sensibilisation aux traumatismes raciaux pour les professionnels des ressources humaines et les cadres supérieurs.
- d.** Réaliser des audits sur l'équité en matière de santé mentale dans le cadre de toutes les révisions des normes d'emploi.

55. Financer intégralement les programmes de santé mentale maternelle dirigés par des Noirs. Financer les programmes de santé mentale maternelle dirigés par des sages-femmes, des doula, des pairs mentors et des thérapeutes noirs. Ces programmes doivent être :

- a.** Fondés sur la justice reproductive.
- b.** Basés sur la communauté et axés sur la culture.
- c.** Conçus pour soutenir les mères noires de la conception à la période post-partum, y compris en cas de perte, de traumatisme à la naissance et de deuil identitaire.
- d.** Évalués par les participantes elles-mêmes à l'aide d'indicateurs de bien-être holistiques et relationnels.

56. Intégrer les services de santé mentale destinés aux Noirs dans les services de soins primaires et les espaces communautaires.
Il s'agit de:

- a.** Recruter des thérapeutes et des professionnels noirs de bien-être pour travailler dans les écoles, les bibliothèques, les refuges et les centres communautaires.
- b.** Rattacher ces services aux banques alimentaires, aux cuisines communautaires, aux espaces artistiques et aux centres spirituels.
- c.** Privilégier la sensibilisation à l'accueil dans le cadre des normes de soins, en allant à la rencontre des personnes concernées dans leur environnement.
- d.** Les soins de santé mentale destinés aux communautés noires ne doivent pas être concentrés dans les hôpitaux ou dans les cliniques.

57. Supprimer les obstacles à l'obtention d'un permis d'exercice pour les professionnels de la santé mentale noirs formés à l'étranger. Mettre en place des voies d'accès claires, rapides et abordables pour permettre aux praticiens noirs formés à l'étranger d'obtenir un permis d'exercice au Canada. Notamment :

- a.** La reconnaissance des diplômes délivrés par les établissements africains et caribéens.
- b.** Le financement de programmes de transition et de stages pratiques.
- c.** Des examens d'obtention du permis d'exercice adaptés à la culture.
- d.** Un soutien pour adhérer à des ordres professionnels et y occuper des postes de direction.

58. Légiférer sur la couverture des soins de santé mentale dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance maladie. Les soins de santé mentale doivent être codifiés comme essentiels et couverts par l'assurance publique (p. ex., Assurance-santé de l'Ontario, PSM).

- a.** La couverture doit englober les services de santé mentale cliniques et ceux qui sont axés sur la culture.
- b.** Les services doivent être accessibles sans diagnostic ni aiguillage.
- c.** Les cliniques et centres de bien-être dirigés par des Noirs doivent pouvoir facturer directement et équitablement.
- d.** Ce changement ne doit pas considérer la santé mentale comme un avantage discrétionnaire, mais plutôt comme un droit constitutionnel au bien-être.

59. Créer des cadres de responsabilisation et de guérison pour les préjudices subis en matière de santé mentale. Financer des enquêtes publiques nationales et provinciales sur les préjudices systémiques subis par les communautés noires au Canada en matière de santé mentale, notamment :

- a.** L'institutionnalisation, les erreurs de diagnostic, la surmédication et les traitements imposés.
- b.** La perte de la famille en raison de l'enlèvement discriminatoire d'enfants, sous prétexte que leurs parents souffriraient de problèmes de santé mentale.
- c.** Le manque d'accès aux soins lors d'une crise qui entraîne l'intervention de la police, des violences ou la mort.
- d.** Le lien entre le racisme, la pauvreté et l'emprisonnement.

Ces enquêtes doivent aboutir à des excuses officielles, à des réparations et à la mise en place d'une structure permanente de surveillance pour assurer l'équité en matière de santé mentale.

Employeurs, travail et politique économique

60. Exiger l'adoption d'une loi sur la protection contre le racisme anti-Noirs sur le lieu de travail. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent légiférer sur des normes de sécurité au travail concernant le racisme anti-Noirs, en reconnaissant la discrimination envers les Noirs comme un danger et un préjudice psychologique sur le lieu de travail. Ces mesures de protection doivent :

- a. Être intégrées dans les lois sur la santé et la sécurité au travail.
- b. Exiger que les employeurs prennent des mesures pour prévenir, remédier et réparer les préjudices fondés sur la race.
- c. Reconnaître les traumatismes fondés sur la race comme une forme de violence au travail.
- d. Protéger les employés contre les représailles lorsqu'ils signalent des cas de racisme, d'intimidation, d'exclusion ou de tokénisme.

61. Créer un congé pour traumatisme racial assorti d'une protection juridique. Toute législation en matière d'emploi doit inclure le congé payé en cas de traumatisme racial parmi les catégories protégées. Ce congé doit :

- a. Être reconnu dans les codes du travail provinciaux et fédéraux.
- b. Être accordé sans obligation de fournir un certificat médical.
- c. Permettre de se remettre d'un traumatisme racial personnel, collectif ou professionnel.
- d. Être accessible aux travailleurs contractuels, intermittents et à temps partiel, tant dans le secteur public que privé.

62. Exiger des mesures de transparence salariale et d'équité salariale. Tous les employeurs bénéficiant d'un financement fédéral et provincial doivent :

- a. Réaliser et publier des audits ventilés par race et par sexe concernant les écarts salariaux.
- b. Fixer des délais et des stratégies pour combler les écarts salariaux.
- c. Être tenus financièrement responsables en cas de non-respect des objectifs d'équité salariale
- d. Inclure des exigences de transparence salariale dans les contrats d'approvisionnement et les contrats avec les fournisseurs.

63. Mettre en place des audits obligatoires pour évaluer l'équité raciale en matière de normes du travail. Les audits sur l'équité au travail doivent devenir obligatoires et réguliers dans tous les secteurs, notamment :

- a. Les institutions publiques, les sociétés d'État et les grands employeurs privés.
- b. Le recrutement, le maintien en poste, la promotion et la composition des équipes de direction.
- c. Les indicateurs de qualité de l'emploi, notamment la précarité, l'accès aux avantages sociaux et les niveaux d'épuisement professionnel.
- d. Les audits doivent être réalisés par des cabinets indépendants dirigés par des Noirs et intégrés aux évaluations des performances des dirigeants et aux contrats gouvernementaux.

64. Légiférer pour protéger les travailleurs noirs dans le cadre des codes du travail et des

conventions collectives. Les gouvernements doivent :

- a. Modifier les codes du travail de façon à reconnaître le racisme systémique et les préjudices cumulatifs.
- b. Mettre en place des mesures de protection contre la discrimination fondée sur la race, le tokénisme et l'exploitation.
- c. Exiger l'intégration des clauses antiracistes dans les conventions collectives.
- d. Veiller à ce que les syndicats soient tenus responsables de représenter équitablement les travailleurs noirs en cas de doléances et de promotions.

65. Créer un fonds national pour la justice économique et l'emploi des Noirs. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent créer un fonds pour promouvoir la justice économique et soutenir l'emploi des Noirs afin de :

- a. Financer les centres d'emploi, les initiatives entrepreneuriales et les programmes de préparation à l'emploi gérés par des Noirs.
- b. Soutenir les femmes noires, les travailleurs 2SLGBTQIA+, les travailleurs handicapés et les survivants de traumatismes sur le lieu de travail.
- c. Donner la priorité à un financement flexible pour l'innovation communautaire en matière de génération de revenus, de rétablissement financier et de réhabilitation du lieu de travail.
- d. Mettre en place un soutien à l'accès aux infrastructures et aux capitaux pour les coopératives et les entreprises sociales noires.

66. Créer des centres communautaires d'emploi et de rétablissement économique. Les organisations dirigées par des Noirs doivent être

financées afin de créer des centres de guérison et d'emploi qui proposent :

- a. Une aide juridique, des services de santé mentale et une reconversion professionnelle pour les travailleurs évincés de lieux de travail toxiques.
- b. Un accès à des services de garde d'enfants, de transport et à un revenu de base pour ceux qui réintègrent le marché du travail.
- c. La littératie financière, l'économie coopérative et le mentorat en entrepreneuriat, qui reposent tous sur les principes afrocentriques.
- d. Une éducation financière, une économie coopérative et un mentorat en entrepreneuriat fondés sur les principes afrocentristes.

67. Exiger la participation des employeurs à des formations sur la lutte contre le racisme et créer des structures de responsabilisation. Tous les employeurs recevant des fonds publics ou des contrats doivent :

- a. Participer à des formations obligatoires sur la lutte contre le racisme anti-Noirs, conçues et dispensées par des organisations dirigées par des Noirs.
- b. Créer des comités internes sur l'équité raciale dotés d'un pouvoir décisionnel.
- c. Publier des rapports annuels sur les progrès réalisés en matière de lutte contre le racisme, liés au renouvellement des financements ou aux incitations fiscales.
- d. Créer des voies d'accès au leadership et des plans de succession spécifiquement destinés aux employés noirs.

68. Protéger les travailleurs temporaires, immigrés noirs et ceux en situation de précarité. Les gouvernements doivent étendre les protections sociales aux travailleurs noirs les plus vulnérables, notamment :

- a.** Garantir l'accès aux prestations sociales, aux congés maladie payés, à l'aide psychologique et aux protections sociales.
 - b.** Créer des voies de régularisation et protéger les travailleurs immigrés qui signalent des abus contre l'expulsion.
 - c.** Financer des centres d'aide juridique et de défense des droits dirigés par des Noirs pour ces communautés.
- 69. Créer des bureaux de médiation au niveau provincial et fédéral pour les travailleurs noirs.** Des bureaux de médiation indépendants pour les travailleurs noirs doivent servir à:
- a.** Enquêter sur le racisme systémique dans les

pratiques d'embauche, de maintien en poste et sur le lieu de travail.

- b.** Faire respecter les normes en matière de protection du travail et d'équité.
- c.** Produire des rapports publics, des fiches d'évaluation pour les employeurs et mettre en place des mécanismes de recours
- d.** Mettre l'accent sur l'expérience vécue, la sécurité culturelle et la dignité économique dans toutes les mesures d'application de la loi

Éducation, recherche et universités

70. Créer des instituts de recherche sur les Noirs financés par le gouvernement fédéral et entièrement gérés par des Noirs. En partenariat avec les établissements d'enseignement supérieur, le gouvernement du Canada doit créer et soutenir le réseau national d'instituts de recherche sur les Noirs. Ces instituts doivent :

- a.** Être entièrement gérés par des universitaires, des chercheurs, des cliniciens, des leaders communautaires et des aînés noirs.
- b.** Mettre l'accent sur l'équité en matière de santé, les traumatismes intergénérationnels, la justice reproductive, le handicap, la justice économique et le racisme environnemental.
- c.** Disposer de mandats de recherche indépendants et du pouvoir d'influencer les politiques publiques.
- d.** Bénéficier d'un financement de base à long

terme et d'une autonomie totale en matière d'orientation de la recherche, de dotation en personnel et de diffusion.

La présence d'un partenaire universitaire ou hospitalier ne doit pas compromettre la gouvernance des Noirs ni étouffer la réflexion critique.

71. Exiger la mise en place de comités d'éthique pour la recherche sur la santé des Noirs (CER-SN) pour toutes les recherches financées par le gouvernement fédéral impliquant les communautés noires. Toutes les recherches impliquant des populations noires et financées par des fonds fédéraux doivent être soumises à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche sur la santé des Noirs (CER-SN). Ceci concerne particulièrement:

- a.** Les recherches biomédicales, cliniques, sociales, éducationnelles et de santé publique.

b. La supervision assurée par un comité d'éthique dirigé par des Noirs et composé de membres de la communauté, de chercheurs, de défenseurs des droits des personnes handicapées et d'experts en matière de traumatismes.

c. L'obligation à laquelle sont soumis les chercheurs de démontrer la sécurité culturelle, en recueillant le consentement au-delà de l'individu (p. ex., le consentement de la communauté) et en assumant leurs responsabilités après l'étude).

d. Le non-respect de ces obligations qui doit avoir pour conséquence la suspension immédiate du financement et la divulgation publique.

72. Renforcer la souveraineté des données sur les Noirs et la propriété communautaire de la recherche. Tout institut de recherche bénéficiant des fonds fédéraux ou provinciaux doit :

a. Établir et respecter les accords sur la souveraineté des données relatives aux Noirs dans le cadre des recherches menées auprès des communautés noires.

b. Reconnaître les communautés noires comme copropriétaires de toutes les données collectées, en leur donnant le pouvoir de décider de leur utilisation, leur publication et leur stockage

c. Donner à ces communautés l'accès aux données brutes, aux résumés et aux outils d'évaluation.

d. Exiger un plan clair pour le transfert des connaissances aux participants, au-delà des publications universitaires.

73. Financer la conception de programmes d'études afrocentriques à toutes les étapes de la formation sanitaire. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent subventionner les

organisations dirigées par des Noirs, ainsi que les formateurs et les chercheurs de cette communauté afin de:

a. Élaborer et dispenser des programmes d'études afrocentriques sur la santé dans l'enseignement secondaire, postsecondaire et professionnel.

b. Tenir compte des cadres féministes noirs, la théorie critique de la race, la justice reproductive, la justice pour les personnes handicapées, ainsi que la relation entre les Autochtones et les Noirs.

c. Veiller à ce que l'élaboration du contenu inclue les étudiants, les formateurs, les aînés et les survivants.

d. Exiger l'intégration de ce contenu dans les programmes de formation menant à l'obtention d'un permis d'exercice dans le domaine de la santé ainsi que dans les programmes de formation continue.

74. Restructurer la répartition des fonds destinés à la recherche en santé dans un souci de transparence et d'équité. Les trois conseils et autres organismes de financement publics doivent:

a. Réaliser et publier des audits annuels sur les financements accordés aux chercheurs principaux, aux assistants de recherche et aux projets communautaires issus de la communauté noire.

b. Tenir compte des données ventilées par race, sexe et handicap à chaque étape du financement, de la soumission à l'évaluation par les pairs.

c. Exiger la mise en place de comités d'évaluation par les pairs diversifiés, comprenant des chercheurs noirs, des membres de la communauté noire ainsi que des jeunes Noirs.

d. Réaffecter les fonds alloués aux institutions qui excluent systématiquement les chercheurs noirs ou qui réduisent la participation de la communauté noire à un simple geste symbolique.

75. Intégrer la gouvernance communautaire dans toutes les structures de gouvernance de la recherche en santé. Les institutions postsecondaires et les réseaux de recherche doivent se restructurer pour mettre en place :

- a. Des tables de gouvernance communautaire dotées d'un pouvoir décisionnel contraignant en matière de recherche sur la santé des Noirs.
- b. Des protocoles visant à prévenir la recherche extractive et le voyeurisme académique.
- c. Des rôles de leadership partagés entre les organisations de base, les jeunes et les aînés pour définir les priorités de recherche.
- d. Des mécanismes d'application pour les institutions qui ne parviennent pas à mettre en œuvre l'équité au-delà de la rhétorique.

76. Créer des bourses de réparation et des programmes d'avancement professionnel pour les chercheurs noirs. Les institutions financées par des fonds publics doivent mettre en place des bourses, des chaires et des programmes d'avancement spécifiquement destinés aux chercheurs noirs dont les travaux ont été sous-financés ou réprimés en raison du racisme systémique à l'égard des Noirs. Notamment :

- a. Des postes permanents pour les chercheurs et les professionnels de santé issus de la communauté noire.
- b. Des évaluations en matière d'égalité salariale et des processus de compensation rétroactive.
- c. Des fonds discrétionnaires pour des congés

sabbatiques thérapeutiques, des retraites de recherche ou des bourses de recherche en milieu communautaire

77. Mettre fin à l'édition prédatrice et à l'exclusion des chercheurs noirs du processus d'évaluation par les pairs. Les revues universitaires et les organismes de financement doivent être tenus responsables de l'exclusion systématique des chercheurs noirs. Cela implique notamment :

- a. d'interdire les pratiques de sélection discriminatoires sur le plan racial dans le processus d'évaluation par les pairs
- b. de financer la création de revues et de maisons d'édition à accès libre dirigées par des Noirs
- c. d'exiger que les comités de rédaction suivent une formation sur le racisme anti-Noirs et sur les pratiques universitaires qui tiennent compte des traumatismes.

Racisme envers les Noirs et éducation: protéger les filles, les élèves et le personnel noirs

78. Adopter une législation provinciale et fédérale pour protéger les élèves noirs contre les préjuges raciaux dans le domaine de l'éducation. Toutes les provinces doivent adopter une législation qui reconnaît officiellement le racisme anti-Noirs comme une forme de violence éducative. Celle-ci doit comporter :

- a. Des définitions claires des notions de harcèlement racial, d'exclusion, de négligence et de mesures disciplinaires disproportionnées.
- b. Des obligations légales en matière de prévention et de réponse aux préjuges s'appliquent à tous les conseils scolaires et établissements privés.
- c. Une responsabilité exécutoire pour les enseignants, les directions d'écoles, les conseillers scolaires et les conseils scolaires.
- d. La déclaration publique obligatoire des incidents racistes, des suspensions, des regroupements par niveau et des expulsions, ventilés par race et par sexe.
- e. Des procédures de plainte indépendantes menées par des organismes dirigés par des Noirs et offrant des voies vers la justice réparatrice.

79. Crée des services de protection des élèves noirs au niveau des conseils scolaires. Mettre en place des services de protection des élèves noirs dans tous les conseils scolaires, notamment ceux qui bénéficient du financement fédéral ou provincial en matière d'équité. Ces services doivent :

- a. Fonctionner indépendamment des équipes chargées de l'équité déjà en place au sein des conseils scolaires.

b. Comporter des avocats, des pairs accompagnateurs et des conseillers spécialisés dans les traumatismes.

c. Fournir un soutien en temps réel aux élèves noirs et aux tuteurs qui signalent des préjuges.

d. Être dirigées par des familles, des jeunes, des enseignants et des aînés noirs.

80. Interdire le profilage contre les Noirs et retirer la police des écoles. Éliminer immédiatement toutes les pratiques de suivi, de profilage ou de groupement par aptitudes qui poussent de manière disproportionnée les élèves noirs vers des filières non académiques ou peu exigeantes:

- a. Imposer une pédagogie décolonisée, afrocentrique qui tient compte des questions de justice pour les personnes handicapées.
- b. Supprimer toute forme de présence policière dans les écoles, y compris les agents de sécurité en milieu scolaire (ASMS).
- c. Réorienter les fonds destinés à la police vers des modèles de sécurité communautaires et des mesures de soutien au bien-être dans les écoles.

81. Crée des conseils de responsabilité dirigés par des jeunes Noirs au sein de chaque conseil scolaire. Chaque conseil scolaire doit financer et soutenir un conseil indépendant composé de jeunes Noirs chargé de surveiller, d'examiner et de formuler des recommandations sur les politiques d'équité. Ces conseils doivent :

- a. Disposer d'un pouvoir décisionnel leur permettant de rejeter les politiques qui perpétuent les préjuges.

- b.** Recevoir des allocations et bénéficier de mentorat.
- c.** Disposer de ressources nécessaires pour recueillir des témoignages, mener des enquêtes sur les expériences des élèves et publier des rapports communautaires.
- d.** Siéger aux tables du conseil et participer aux processus d'embauche et d'évaluation de la direction.

82. Exiger la mise en place de mesures de soutien en santé mentale conçues par et pour les élèves noirs. Chaque conseil scolaire doit s'associer à des organisations dirigées par des Noirs en vue de proposer des programmes de santé mentale en milieu scolaire spécialement conçus pour les jeunes Noirs. Ces programmes doivent comprendre:

- a.** L'accès à des thérapeutes, à des pairs aidants et à des praticiens culturels.
- b.** Un programme d'études sur la justice réparatrice, la littératie émotionnelle et la gestion des traumatismes raciaux.
- c.** Des voies d'accès au traitement confidentielles, basées sur le consentement et sans intervention des enseignants ou du personnel de direction.
- d.** Une formation du personnel scolaire sur la manière d'éviter de provoquer un nouveau traumatisme chez les jeunes qui demandent de l'aide.

83. Légiférer sur les normes de sécurité au travail pour le personnel et enseignants noirs. Les enseignants, les éducateurs de la petite enfance et les travailleurs de soutien noirs doivent être protégés par des lois antiracistes au travail qui sont propres au secteur de l'éducation, notamment:

- a.** Le droit de signaler les actes de racisme envers les Noirs sans crainte de représailles.

b. L'accès à des congés en cas de traumatisme, à une aide juridique et à des services de guérison culturelle.

c. L'intégration de ces normes à tous les comités chargés de l'équité du personnel et de l'amélioration scolaire.

d. Des stratégies de promotion et de maintien en poste axées sur le leadership noir et l'équité salariale.

84. Modèles de ressources éducatives alternatives et écoles afrocentriques. Le gouvernement doit financer des écoles alternatives et des centres d'apprentissage dirigés par des Noirs qui s'inspirent de la pédagogie afrocentrique et féministe noire. Le financement doit appuyer :

- a.** L'apprentissage sur le terrain, le mentorat intergénérationnel et la gouvernance communautaire.
- b.** Des partenariats formels avec les écoles publiques afin d'offrir des programmes à double crédit et des possibilités de réintégration.
- c.** Des services de soutien permettant aux élèves expulsés, exclus ou suspendus de réintégrer l'école sans stigmatisation.
- d.** L'intégration des apprenants noirs handicapés, queers et neurodivergents dans la conception de tous les programmes.

85. Rendre obligatoire l'enseignement des programmes afrocentriques et en assurer la gestion conjointe avec la communauté. Les programmes scolaires doivent inclure des contenus afrocentriques obligatoires à tous les niveaux qui honorent l'histoire des Noirs canadiens, aux contributions de la diaspora mondiale et aux questions contemporaines. Ces programmes doivent :

- a. Être élaborés conjointement avec des pédagogues, des jeunes, des historiens, des artistes et des parents noirs.
- b. Comporter des éléments relatifs à la théorie critique de la race, à la justice de genre et à

l'histoire de la résistance.

- c. Être régulièrement évalués par des conseils scolaires noirs afin d'en mesurer l'impact et l'authenticité.

Justice intersectorielle et structurelle

La santé des Noirs ne commence pas dans un lit d'hôpital. Elle commence par la liberté, un air pur, un logement sûr, un salaire équitable, des écoles favorisant le bien-être, des communautés sans police et la possibilité d'élever nos enfants sans crainte.

Chaque secteur doit être tenu responsable des conditions qui favorisent ou nuisent au bien-être des Noirs pour améliorer les résultats en matière de santé des communautés noires. Il ne s'agit pas de soutien social, mais d'une question de survie. Ainsi les gouvernements doivent agir de manière décisive pour intégrer l'équité en matière de santé dans tous les ministères, politiques, budgets et mesures de réussite.

86. Établir les critères d'équité en matière de santé des Noirs dans tous les ministères et tous les secteurs. Légiférer pour rendre obligatoires les objectifs d'équité en matière de santé des Noirs dans tous les ministères, y compris ceux de l'éducation, du logement, des transports, de la justice et de la protection de l'enfance. Ces objectifs doivent être mesurables et appliqués au moyen de cadres de responsabilité publique, avec des allocations de financement qui y sont liées. Des données ventilées par race et par sexe doivent être collectées et publiées chaque année, et des sanctions doivent être mises en œuvre en cas de non-respect.

87. Mettre en place des tables interministérielles sur l'équité en matière de

santé pour les Noirs. Organiser en permanence des tables interministérielles au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, avec des représentants des ministères de la Santé, du Travail, de l'Éducation, des Services à l'enfance, du Logement et de la Justice. Ces tables doivent être gérées conjointement avec des organismes de surveillance dirigés par des Noirs et avoir pour mandat de coordonner des stratégies axées sur l'équité. Exiger une budgétisation partagée, des rapports conjoints et des engagements exécutoires afin d'éliminer les cloisonnements et d'obtenir des résultats mesurables.

88. Financer les initiatives innovantes en matière de santé, gérées par les Noirs et ancrées dans la communauté, sans intermédiaires. Créer des voies de financement directes accessibles aux organismes de santé, aux réseaux de soins et aux praticiens culturels dirigés par des Noirs. Mettre fin à la pratique consistant à acheminer les ressources par l'intermédiaire d'institutions dirigées par des Blancs qui perpétuent les préjugés envers les Noirs. Financer des modèles à long terme, fondés sur les relations, qui privilient la confiance, la sagesse communautaire et les approches ancrées dans la culture. Supprimer les outils de conformité coloniale des cadres d'évaluation et laisser les communautés noires définir elles-mêmes ce qu'est la réussite.

89. Mettre en œuvre des modèles de financement réparateurs pour les infrastructures de santé destinées aux Noirs.

Considérer l'accès à la terre, à l'espace et au capital comme une forme d'équité en matière de santé. Accorder des concessions foncières, des baux à long terme et des capitaux d'infrastructure aux espaces de santé et de bien-être dirigés par des Noirs. Financer des cliniques, des centres de naissance, des centres de conseil et des centres de guérison traditionnels, non pas comme des projets pilotes, mais comme des institutions permanentes. Prévoir un financement opérationnel et durable afin d'assurer un impact générationnel.

90. Créer un Conseil national pour la santé et le bien-être des Noirs doté d'un pouvoir législatif. Mettre en place un conseil national pour la santé et le bien-être des Noirs, mandaté par le gouvernement fédéral et dirigé par des Noirs, composé de jeunes, d'aînés, de chercheurs, de sages-femmes ou d'accoucheuses, de guérisseurs, d'artistes et de personnes ayant une expérience vécue. Ce Conseil doit disposer du pouvoir législatif de façonner, de surveiller et d'évaluer publiquement les politiques fédérales et provinciales qui ont un impact sur les communautés noires. Il doit disposer d'un budget de fonctionnement annuel garanti de 25 millions de dollars et d'un accès direct aux ministres fédéraux et aux responsables des agences. Ce conseil doit agir comme une conscience et un catalyseur, et tenir les systèmes responsables envers les personnes qu'ils sont censés servir.

91. Adopter une définition élargie de la santé en tant que déterminant social, centrée sur les Noirs. Modifier toutes les lois relatives à la santé, à l'éducation, au logement et aux services sociaux afin d'y inscrire une définition de la santé centrée sur les Noirs, qui inclut :

- a.** Le bien-être mental et émotionnel.
- b.** La justice reproductive.
- c.** La sécurité économique et le logement.

d. La sécurité environnementale.

e. L'absence de criminalisation..

f. Le lien culturel et spirituel.

Cette définition devrait guider l'élaboration des politiques, les décisions de financement, l'accréditation et la prestation des services de santé dans toutes les juridictions. Il est essentiel que les Noirs reconnaissent que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais qu'elle englobe également la justice, la sécurité, la dignité et la joie.

Conclusion



Ce rapport témoigne du courage extraordinaire des femmes, des filles et des personnes allosexuelles noires qui ont accepté de partager leurs expériences personnelles en matière de services de santé. Nous tenons à remercier les quelque 1 900 personnes qui ont pris le temps de documenter leurs difficultés, de revivre des moments douloureux, en ayant confiance que leurs récits pourraient entraîner des changements importants. Votre volonté de participer à ce dialogue a jeté les bases d'un changement transformateur qui dépasse le cadre de ces pages.

Il importe donc de souligner à quel point ce travail est essentiel et urgent. Tant que les systèmes de santé canadiens continueront de fonctionner sans recueillir de données fondées sur la race, les femmes noires continueront d'être victimes de rejet, d'erreurs de diagnostic et de soins inadéquats. Les tendances documentées dans le présent rapport représentent des souffrances évitables qui pourraient être atténuées par une collecte systématique de données.

Les inégalités en matière de services de santé touchant les communautés noires ne sont pas inévitables. Elles sont le résultat prévisible de systèmes qui refusent de reconnaître l'influence de l'origine ethnique sur la santé. Les établissements sanitaires choisissent d'ignorer des disparités qui pourraient être identifiées, mesurées et corrigées grâce à des interventions ciblées en décidant de ne pas collecter de données basées sur l'origine ethnique.

Ce travail s'appuie sur le plaidoyer inlassable d'organisations et de citoyens canadiens qui se battent pour garantir l'équité des services de soins de santé pour les communautés noires. Le Réseau pour l'avancement des communautés noires et la Black Health Alliance ont mené des actions cruciales pour mettre la santé des Noirs au cœur des débats. Des chercheurs et des défenseurs individuels, comme la professeure Josephine Etowa, le Dr Chika Stacy Oriuwa, Jenelle Ambrose Dash et le Dr Bukola Salami, continuent de mettre en lumière l'urgence de démanteler le racisme systémique dont les Noirs sont victimes dans le domaine des soins de santé. Nous leur sommes reconnaissants de tout ce qu'ils ont fait et continuent de faire pour mettre en lumière les inégalités dont sont victimes les femmes noires en matière d'accès aux soins.

Les données présentées dans ce rapport devraient servir de signal d'alarme et de guide pratique à toute personne engagée dans la promotion de la collecte systématique de données sur le genre et la race dans le domaine des services de santé. Les administrateurs de ces services, les décideurs politiques, les chercheurs, les défenseurs des communautés et les citoyennes et citoyens concernés disposent désormais de réponses à toutes les questions qu'ils pouvaient se poser sur les besoins des femmes et des filles noires au Canada en matière de soins.

La voie à suivre est claire : les établissements de santé doivent commencer immédiatement à collecter des données ventilées par race et par sexe. Ils doivent également former les prestataires aux compétences culturelles et aux pratiques antiracistes. Ils doivent également mettre en place des mécanismes de responsabilisation pour assurer le suivi des disparités et y remédier.

Les femmes noires se sont exprimées. Dans ce rapport, elles affirment que le temps des changements progressifs est révolu. Les éléments démontrant la nécessité de collecter systématiquement des données fondées sur la race dans le domaine des soins de santé sont accablants et incontestables. La seule question qui reste en suspens est de savoir si les systèmes de santé canadiens seront à la hauteur de ce défi.

Références

- Baker, P. T. (1982). Human population biology: A viable transdisciplinary science. *Human Biology*, 54(2), 203–220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7047359/>
- Block, S., Galabuzi, G.-E., & Tranjan, R. (2019, December 9). Canada's colour coded income inequality. Canadian Centre for Policy Alternatives.
<https://www.policyalternatives.ca/wp-content/uploads/attachments/Canada%27s%20Colour%20Coded%20Income%20Inequality.pdf>
- Canadian Women's Foundation. (2022, May 30). The facts about women and leadership in Canada. <https://canadianwomen.org/the-facts/women-and-leadership-in-canada/>
- Cénat, J. M., Kogan, C. S., Noorishad, P.-G., Hajizadeh, S., Dalexis, R. D., Ndengeingoma, A., Guerrier, M., & Gagné, M.-P. (2021). Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: The major role of everyday racial discrimination. *Depression and Anxiety*, 38(9), 886–895.
<https://doi.org/10.1002/da.23158>
- Conroy, S. (2021, October 6). Spousal violence in Canada, 2019. Statistics Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00016-eng.htm>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics (Univ. of Chicago Legal Forum, Vol. 1989, Article 8). University of Chicago Legal Forum.
<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Dayo, E., Christy, K., & Habte, R. (2023). Health in colour: Black women, racism, and maternal health. *The Lancet Regional Health – Americas*, 17, 100408.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100408>
- Duhaney, P. (2022, May 17). Unravelling the complexities of domestic violence and criminalization in Black women's lives [Webinar]. Gender-Based Violence Learning Network.
<https://www.gbvlearningnetwork.ca/webinars/recording-webinars/2022/webinar-2022-5.html>

Fante-Coleman, T., Plowman, S., Chira, M., Booker, M., & Gabbidon, T. (2025). Seeing both sides: Detailing the experiences of Black individuals in the United States and Canada. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-025-01500-4>

Godbolt, D., Opara, I., & Amutah-Onukagha, N. (2022). Strong Black women: Linking stereotypes, stress, and overeating among a sample of Black female college students. *Journal of Black Studies*, 53(6), 609–634. <https://doi.org/10.1177/00219347221087453>

Gould, M. S., Lake, A. M., Port, M. S., Kleinman, M., Hoyte-Badu, A. M., Rodriguez, C. L., Chowdhury, S. J., Galfalvy, H., & Goldstein, A. (2025). National Suicide Prevention Lifeline (Now 988 Suicide and Crisis Lifeline): Evaluation of crisis call outcomes for suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(3), e70020. <https://doi.org/10.1111/sltb.70020>

Heart and Stroke Foundation. (n.d.). A closer look: Black women's health risks.
<https://www.heartandstroke.ca/women/womens-risk-factors/black-women>

Houle, R. (2020, August 13). Changes in the socioeconomic situation of Canada's Black population, 2001 to 2016. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020001-eng.htm>

LaVeist, T. A., & Nuru-Jeter, A. (2002). Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *Journal of Health and Social Behavior*, 43(3), 296–306.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12467254/>

Liu, L., Pollock, N. J., Contreras, G., Tonmyr, L., & Thompson, W. (2022, May 18). Prevalence of suicidal ideation among adults in Canada: Results of the second Survey on COVID-19 and mental health (Health Reports, 33(5), 13–21). Statistics Canada. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202200500002-eng>

Liu, R., So, L., Mohan, S., Khan, N., King, K., & Quan, H. (2010). Cardiovascular risk factors in ethnic populations within Canada: Results from national cross-sectional surveys. *Open Medicine*, 4(3), e143–e153. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-58>

Lupus Foundation of America. (n.d.). Lupus facts and statistics.
<https://www.lupus.org/resources/lupus-facts-and-statistics#:~:text=Lupus%20is%20two%20to%20three,537%20young%20African%20American%20women>

Mental Health Commission of Canada. (2021, February). Shining a light on mental health in Black communities [PDF].
https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-02/covid_19_tip_sheet%20_health_in_black_communities_eng.pdf

Public Health Agency of Canada. (2022, March 16). What makes Canadians healthy or unhealthy? Government of Canada.

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/what-makes-canadians-healthy-unhealthy.html>

Public Health Agency of Canada. (2024, July 18). Social determinants of health and health inequalities. Government of Canada.

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>

Rizvic, S. (2020, July 15). Why race-based data matters in health care. ForCitizenship.

<https://forcitizenship.ca/article/why-race-based-data-matters-in-health-care/>

Salami, B., Wellington, C., Lehman, J., Tunde-Byass, M., Bailey, P., Renzaho, A., Sekyi-Otu, A., Olukotun, M., King, R., Amodu, O., Richter, S., Ladha, T., & Ospina, M. B. (2024, April). Improving Black women's health in Canada [PDF]. House of Commons Standing Committee on Health.

<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR13066759/br-external/Jointly07-e.pdf>

Stewart, E. A. (2001). Uterine fibroids. *The Lancet*, 357(9252), 293–298.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03622-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03622-9)

Veenstra, G. (2012). Expressed racial identity and hypertension in a telephone survey sample from Toronto and Vancouver, Canada: Do socioeconomic status, perceived discrimination, and psychosocial stress explain the relatively high risk of hypertension for Black Canadians? *International Journal for Equity in Health*, 11, Article 58. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-58>

Waldron, I., Senger, B., Cookey, J., Crown, M., & Tibbo, P. (2023). Addressing stigma and promoting help-seeking among African Nova Scotian youth experiencing psychosis and other mental health problems. *Canadian Journal of Psychiatry*, 68(11), 819–828. <https://doi.org/10.1177/07067437221125305>

Williams, K. K. A., Baidoo-Boenso, S., Lofters, A., Haggerty, J., Leblanc, I., & Adams, A. M. (2024). Anti-Black racism in Canadian health care: A qualitative study of diverse perceptions of racism and racial discrimination among Black adults in Montreal, Quebec. *BMC Public Health*, 24(1), 3152.

<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20636-0>

Williams, M. T., Khanna Roy, A., MacIntyre, M. P., & Faber, S. (2022). The traumatizing impact of racism in Canadians of colour. *Current Trauma Reports*, 8(2), 17–34.

<https://doi.org/10.1007/s40719-022-00225-5>