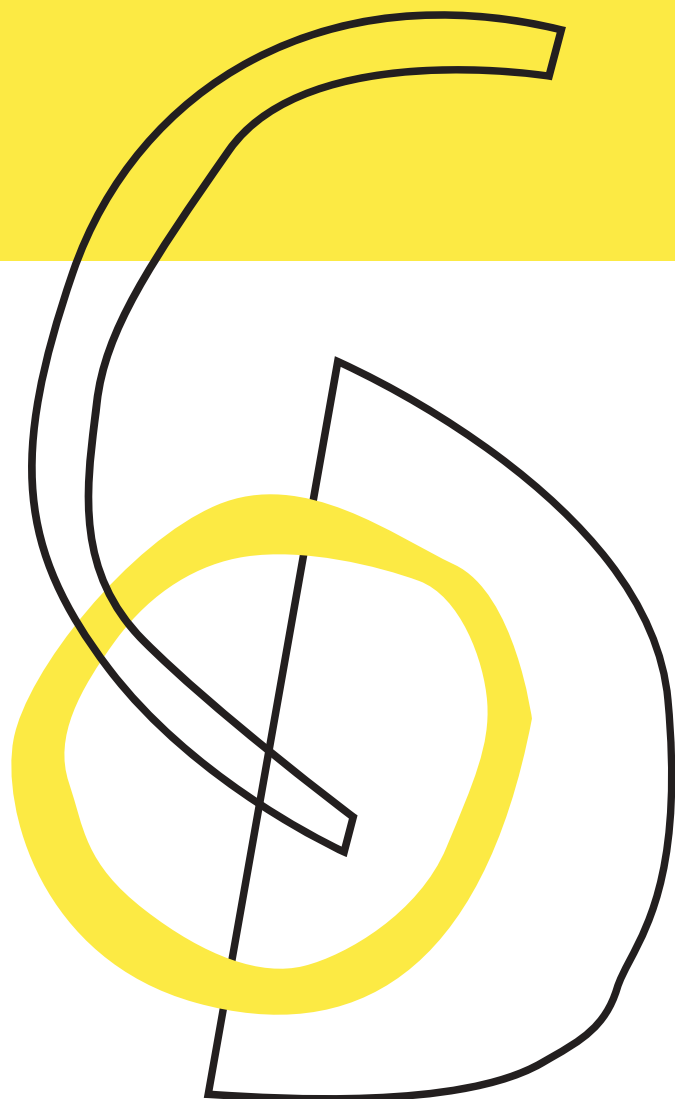


**Guide des
pratiques
inclusives
en santé**



REMERCIEMENTS

Réalisé dans le cadre du chantier santé de Rivière-du-loup grâce au soutien d'ABC des Portages.



Nous souhaitons remercier toutes les organismes qui ont contribué à cet outil:

- ABC des Portages
- Centre d'entraide l'horizon
- Accueil et immigration RDL
- Gériatrie sociale des Basques
- ACEF du Grand Portage
- Lueur d'espoir
- Projektion 16-35
- CISSS du Bas St-Laurent

En partenariat avec les Alliances pour la solidarité et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Avec la participation financière de :



TABLE DES MATIÈRES

Démarche et objectifs.....	1
L'inclusion sociale.....	2
L'exclusion sociale.....	3 · 4
La pauvreté.....	5
La santé mentale.....	6
Les personnes immigrantes.....	7
Les personnes autochtones.....	8
Les personnes à faible niveau de littératie.....	9
La situation de handicap.....	10
Les aîné.e.s.....	10
LGBTQ2S+.....	11
Intersectionnalité.....	12
Quoi faire?.....	13 · 17
Roue de l'accès aux soins de santé.....	18
Être un.e allié.e.....	19
Définitions.....	20 · 21
Références.....	22 · 24



DÉMARCHE ET OBJECTIFS

L'Alliance pour la solidarité du Bas-Saint-Laurent est une concertation régionale visant à contrer la pauvreté et l'exclusion sociale. En 2020, des plans d'action sont mis en œuvre dans les huit territoires de MRC pour la période 2020-2023. Les démarches locales de Rivière-du-Loup et Kamouraska ont, entre autre, ciblé des objectifs reliés à l'accessibilité et à l'inclusion en santé et services sociaux.

Deux outils ont été développés en concertation avec des citoyen.ne.s et des intervenant.e.s tant du milieu de la santé et des services sociaux que du milieu communautaire.

- Le **Carnet de santé**: un outil permettant aux citoyen.nes la prise en charge de leur santé. Cet outil inclut quatre sections:
 - L'information générale
 - L'auto-évaluation de sa santé
 - La préparation de ses rendez-vous
 - Les droits en santé et les ressources du milieu
- Le **Guide des pratiques inclusives** en santé et services sociaux vise à donner des outils pour mieux comprendre le vécu des personnes marginalisées et encourager une démarche de réflexion sur l'inclusion.

Ce guide ne représente pas une étude exhaustive sur le sujet, mais un premier pas vers un système de santé plus inclusif. Faire preuve d'inclusion dans nos milieux de santé, tout en évitant la victimisation ou l'infantilisation permet à ceux et celles qui reçoivent des soins de reprendre du pouvoir sur leur santé et de s'impliquer activement dans leur processus de guérison.



INCLUSION SOCIALE

La société dans laquelle nous évoluons est basée sur un système qui représente davantage les groupes dominants et majoritaires.

L'inclusion est le résultat d'une multitude d'actions visant à garantir à toute personne un accès et un partage équitable des ressources, activités, services, informations, organisations et institutions publiques. L'inclusion se manifeste donc par le développement du sentiment d'appartenance et d'autonomisation des individus et des groupes au sein d'une organisation ou d'une société. La réduction des obstacles économiques, sociaux et politiques, qui empêchent certains individus ou groupes d'individus de participer pleinement à la prise de décisions, est un préalable à l'inclusion.(8)

Pourquoi s'intéresser à l'inclusion?



- **Promouvoir la participation et l'implication**
- **Valoriser la diversité des expériences et des savoirs**
- **S'ouvrir à la différence et à la diversité**
- **Apprendre sur les réalités et les enjeux de plusieurs communautés**
- **Enrichir nos connaissances collectives**
- **Promouvoir un système de santé plus juste et équitable**
- **Stimuler la création et l'innovation**



EXCLUSION SOCIALE

L'exclusion sociale est la mise à l'écart et la marginalisation sociale de certains individus qui ne correspondent pas au modèle dominant de la société. Les groupes sociaux minoritaires sont plus à risque de vivre de l'exclusion sociale. Les services publics sont aussi moins bien adaptés à leurs réalités.

La pauvreté est un facteur de risque majeur à l'exclusion et l'exclusion est un frein pour sortir de la pauvreté.



Les principaux facteurs de risque de l'exclusion sociale

- Pauvreté
- Itinérance
- Santé mentale
- Immigration
- Être autochtones
- Faible niveau de littératie
- Situation de handicap
- Âge
- Identité de genre et orientation sexuelle

EXCLUSION SOCIALE



Bien que différents groupes de personnes sont plus à risque de vivre de l'exclusion sociale, ceci ne veut pas dire que toutes les personnes de ces groupes vivent de l'exclusion sociale. Chaque groupe présenté est hétérogène et il se peut que certaines personnes ne se reconnaissent pas dans les caractéristiques présentées.

Aussi, Il est important de garder à l'esprit que bien que les groupes sont présentés de façon séparés, la réalité est souvent différente. Certaines personnes peuvent s'identifier à plusieurs groupes et d'autres rejeter toute forme d'appartenance à un groupe ou à une catégorie, même si elles vivent de la discrimination et de l'exclusion sociale.

Mettre des mots sur les réalités des groupes de personnes à risque de vivre de l'exclusion sociale et de la discrimination n'a pas pour objectif de les catégoriser. Il s'agit plutôt d'une façon de se donner des outils de communication et de compréhension. Il faut aussi garder à l'esprit les interinfluences qui agissent entre les différents facteurs de risque.



PAUVRETÉ

"La pauvreté est la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaire pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration à la société."

La loi québécoise visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, chap.1, article 2

Bien que la pauvreté soit plus complexe que l'insécurité financière, notons qu'au Bas St-Laurent, 16 775 personnes n'ont pas un revenu suffisant pour couvrir leurs besoins de base (se loger, se nourrir, se vêtir).

8,5%

de la population du Bas St-Laurent

Centraide, 2021

L'ITINÉRANCE

L'itinérance peut prendre de multiples formes et peut aussi être invisible. Le fait d'habiter chez quelqu'un d'autre, de loger dans des ressources d'hébergement ou d'habiter dans sa voiture correspond à différentes formes d'itinérance invisible. L'itinérance augmente les risques de vivre de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Au Québec, les demandes d'aide alimentaire ont augmentées de 30 à 40% et l'insécurité alimentaire à presque doublée depuis le début de la pandémie.

Centraide, 2021

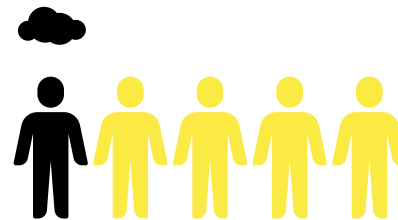


SANTÉ MENTALE

En 2021, le niveau de détresse psychologique a explosé; 1 personne sur 4 vivait avec des symptômes d'anxiété ou de dépression majeure au Canada. Centraide 2021



Au Québec, 1 personne sur 5 souffrira d'un problème de santé mentale au cours de sa vie. Centraide, L'exclusion sociale, article 2019



"Dans un document sur l'état des services en santé mentale (...), on rapporte que, chez les personnes ayant des troubles de santé mentale graves, la maladie serait la principale cause de pauvreté. Ces personnes auraient un revenu, un statut de santé et une qualité de vie inférieure à la moyenne de la population. Les personnes ayant des troubles de santé mentale peuvent avoir un accès partiel ou retardé *aux services de santé*, du fait de la discrimination et de la stigmatisation."

Mémoire du regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), janvier 2016

La stigmatisation fait vivre de la honte et du désespoir à ceux qui la subissent. Elle empêcherait 40% des personnes qui ont un trouble d'anxiété ou de dépression de consulter un médecin (6)



IMMIGRATION

Les personnes immigrantes sont des personnes originaires d'un autre pays et qui souhaitent s'établir de façon permanente dans le pays d'accueil. Au Québec, les immigrants appartiennent généralement à une de ces catégories:

- L'immigration économique
- Les regroupements familiaux
- Les réfugiés

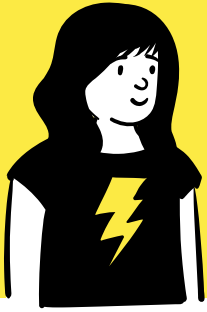
En 2017,
32 %
des bébés nés au Québec ont au moins un parent né à l'étranger

<https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-de-sante-migrants/immigration/>

Les minorités visibles sont les personnes, autres que les Autochtones, qui sont d'une autre ethnie ou qui n'ont pas la peau blanche. Les minorités visibles ne sont pas nécessairement des personnes immigrantes, elles peuvent être nées au Québec.

Malgré leur niveau de scolarité souvent très élevé, les personnes immigrantes et plus particulièrement les minorités visibles ont de la difficulté à intégrer le marché du travail et à se loger convenablement. Elles se retrouvent ainsi souvent en situation de précarité financière occasionnant des symptômes liés au stress et à l'anxiété. Pourtant ces personnes n'utilisent que très peu les services de santé et les services sociaux pour différentes raisons:

- Elles ne bénéficient pas d'une couverture médicale complète.
- Elles n'ont pas de carte d'assurance maladie.
- Elles n'ont pas assez de ressources financières pour faire garder les enfants.
- Elles ne connaissent pas bien le système de santé québécois. (1)



AUTOCHTONE

Le terme « Autochtone » désigne une diversité de nations et de peuples ancrés dans les territoires qu'ils occupent depuis des millénaires. Leurs histoires se rejoignent à travers l'impact de la colonisation et des génocides perpétrés contre eux. Au Canada, on reconnaît comme Autochtones les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Les 11 nations du Québec sont : Abénaki, Anishinabeg, Atikamekw, Cri-Eeyou, Huron-Wendat, Innu/Innu, Inuit, Malécite-Wolastoqiyik, Mi'kmaq, Mohawk-Kanien'kehá:ka, et Naskapi.

La colonisation est l'action de prendre possession d'un territoire étranger dans le but d'en exploiter les ressources.

Les autochtones représentent

2,3%

de la population du Québec

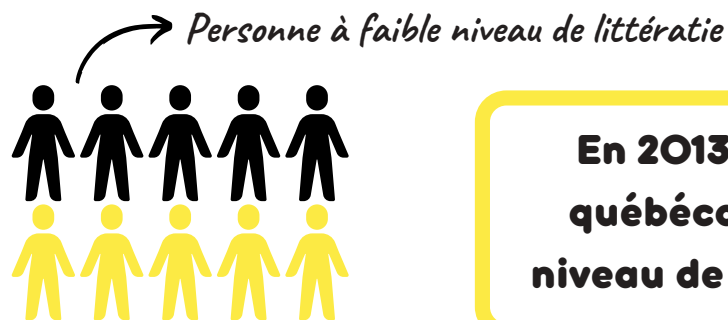
Les peuples autochtones ont dû faire face à de nombreuses violences au cours de la colonisation: les tentatives d'assimilation, la perte de leurs territoires, la perte de leur culture, la violence des pensionnats, la disparition de nombreuses femmes... Toutes ces souffrances ont entraîné des **traumatismes intergénérationnels** qui ont de nombreuses conséquences sur la santé de ces peuples. Ces personnes sont plus à risque de vivre de la pauvreté et d'avoir des problèmes de santé diverses.

Dans le Bas St-Laurent, la première nation est celle des Wolastoquiwig-wahsipekuk. Les personnes faisant partie de cette nation se sont largement métissées avec les colons. Il sont actuellement 215 membres de cette nation au Québec (2022).



FAIBLE NIVEAU DE LITTÉRATIE

La littératie est un déterminant important de santé. Les personnes à faible niveau de littératie sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et d'avoir des problèmes de santé. À cause de mauvaises expériences ou de problèmes de compréhension, elles auront plus de difficulté à trouver de l'information et à aller demander de l'aide auprès des services de santé. (7)



En 2013, 53% de la population québécoise avait un très faible niveau de littératie. (inférieur à 3)

Les niveaux de littératie

- **Niveau 0** : très grande difficulté, voire incapacité, à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite.
- **Niveau 1** : difficulté à lire un texte assez simple et à utiliser de la documentation écrite.
- **Niveau 2** : faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple.
- **Niveau 3** : capacité à utiliser de la documentation écrite.
- **Niveaux 4 et 5** : capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes complexes.

<http://www.education.gouv.qc.ca/adultes/references/litteratie/peica/>

SITUATION DE HANDICAP



"Il est fréquent que les personnes ayant des limitations, particulièrement en milieu rural, ne disposent pas des services médicaux spécialisés ou des services de soutien dont elles auraient besoin pour être autonome. De plus, les professionnels se représentent souvent le handicap comme une déficience physique sans tenir compte de la dimension sociale de l'invalidité. Ceci représente un autre obstacle pour l'accès à des services de santé de qualité (Santé Canada 2001a)" (1).

"Parmi les 42 000 plaintes de discrimination reçues au Canada sur une période de cinq ans, la moitié concernaient le handicap."

Centraide, L'exclusion sociale, article 2019

ÂGE

L'isolement social vécu par les aîné.e.s a toutes sortes de répercussions sur leur santé et leur bien-être et peut éventuellement mener à l'exclusion sociale. L'isolement social peut entraîner des troubles de santé mentale comme la dépression, le déclin des capacités cognitives, des hospitalisations plus fréquentes... On observe que l'isolement chez les aîné.e.s augmentent leurs chances de développer des comportements à risque pour leur santé (ex. sédentarité, consommation abusive d'alcool...) et diminue leur capacité à faire appel à des organismes ou des services qui pourraient leur offrir du soutien (santé et services sociaux, finances, justice...). (2)



IDENTITÉ DE GENRE ET ORIENTATION SEXUELLE

Les personnes s'identifiant à ces groupes sont plus à risque de vivre de la discrimination, de l'intimidation et des micro-agressions, ce qui augmente considérablement leur niveau de stress.

Les problèmes de santé vécus par ces personnes ne sont pas causés par leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, mais par l'homophobie qui imprègne la société. L'homophobie, l'hétérosexisme, l'intolérance et la discrimination augmentent les probabilités de développer des problèmes de consommation, des troubles de santé mentale comme la dépression, d'avoir des idées suicidaires et d'être victime de violence (1).

Les personnes LGBTQ+ représentent plus de 10% de la population et 50% disent avoir vécu de la discrimination dans leur milieu de travail. (4)

Demander les pronoms à utiliser (elle, il, iel...) permet de respecter l'expression de genre de la personne.

L'homophobie est le mépris, le rejet violent ou la haine envers des personnes, des pratiques ou des représentations homosexuelles

L'hétérosexisme suppose qu'il serait plus normal, moral ou acceptable d'être hétérosexuel·le que d'être gai.e, lesbienne ou bisexuel·le.

LGBTQIA2+ est un acronyme qui signifie: Lesbienne, Gai, Bisexuel·le, Transgenre, Queer, Intersexe, Asexuel·le, Bispirituel·le et +

www.jeunessejecoute.ca/information/2slgbtq-ca-veut-dire/



INTERSECTIONNALITÉ

Plusieurs facteurs influencent l'état de santé des gens. Dans les pages précédentes, différents portraits de l'exclusion ont été présentés. La pauvreté et l'exclusion sociale sont reconnues depuis longtemps comme ayant un impact sur la santé globale. Les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion ont, en général, un niveau de stress plus élevé, sont plus à risque d'adopter des comportements à risque pour leur santé et sont moins enclines à demander de l'aide auprès des services de santé publique. Plus une personne présentera des facteurs de risque liés à l'exclusion plus elle sera susceptible de vivre de la pauvreté et par le fait même d'avoir une moins bonne santé.

L'intersectionnalité est un modèle d'analyse qui permet de reconnaître que des facteurs multidimensionnels et entrecroisés exercent une influence sur la santé. Ces facteurs sont par exemple l'appartenance à une minorité visible, la classe sociale, le revenu, l'éducation, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité genre, la situation d'immigré, l'ethnicité, l'appartenance autochtone et l'emplacement géographique.

L'analyse intersectionnelle cherche à comprendre et à aborder les interactions de diverses positions socialement défavorisées plutôt que de les additionner. Il n'est donc pas question ici d'accumuler les positions sociales défavorisées (ex. femme + noire + faible revenu + immigrante récente, etc.), mais de voir comment ces positions se croisent dans diverses situations et à des moments différents.(10)

QUOI FAIRE?



Face à ces réalités, il est légitime de se demander ce qui peut être fait dans un contexte d'intervention. Bien qu'il n'y ait pas de réponses parfaites voici des pistes de solutions et de réflexions.

1 VOIR LA PERSONNE COMME UN TOUT

- Faire preuve de **bienveillance** et être vigilant.e face à nos jugements et à nos a priori.
- Ne pas oublier que tout le monde a droit à des soins de santé.
- Essayer de **mieux connaître la personne** en lui posant des questions sur sa vie, ses préoccupations, sa culture. Ne pas présumer son identité de genre ou son orientation sexuelle. Discuter de ses besoins et ses craintes.
- **Ne pas catégoriser**. Ne pas juger les habitudes de vie ou les choix de la personne. Ne pas oublier que chacun.e a un parcours de vie unique.
- **Redonner du pouvoir** à la personne en lui fournissant des informations claires et concises, en validant sa compréhension, en laissant de la place pour ses questions et en l'impliquant dans les décisions.
- À la fin de la rencontre **s'informer du niveau de satisfaction**. En effet, plusieurs personnes peuvent être intimidées par le statut social d'un.e professionnel.le et ne pas oser prendre parole.
- **Être conscient.e des facteurs d'inégalités sociales** qui peuvent influencer l'état de santé de la personne: manque de ressources financières, discrimination et exclusion qui rendent sa recherche d'emploi et de logement difficile, sa compréhension vis à vis son état de santé, son réseau de soutien...(voir les déterminants de la santé)

QUOI FAIRE?



2 ADAPTER SES COMMUNICATIONS

Étant donné que plus de 50% de la population du Québec a un faible niveau de littératie, il est essentiel de rendre nos communications claires, concises et d'utiliser un vocabulaire simple. La compréhension de la personne face à son état de santé est le point de départ pour favoriser son implication et son engagement par rapport à sa santé.

Conseils pratiques pour une communication simple et efficace

- Utiliser un langage commun et accessible.
- Limiter ou prioriser l'information transmise.
- Faire des démonstrations, des dessins, utiliser des images et des références connues pour appuyer vos propos.
- Répéter, résumer.
- Demander à la personne de reformuler dans ses mots pour valider sa compréhension.
- Lire à voix haute les dépliants avant de les remettre.
- Personnaliser la documentation écrite.
- Être patient.e.

L'accès à l'information, ça implique d'être en mesure de se faire comprendre. Comme professionnels.les, il est de notre responsabilité de s'assurer que l'information que nous communiquons soit claire et bien comprise. (12)
Pour plus d'informations à ce sujet, communiquez avec un groupe en alphabétisation dans votre région.

QUOI FAIRE?



3 RECONNAÎTRE SES BIAIS INCONSCIENS

Les biais inconscients sont la catégorisation instinctive des gens, des choses et de l'information. Ils peuvent être en faveur ou à l'encontre d'une personne, d'un groupe ou d'une idée et sont influencés par les stéréotypes, les préjugés et les "normes" de la société. Les biais influencent constamment nos perceptions, nos décisions, nos relations et nos actions.

<https://briserlecode.telequebec.tv/LeLexique/51517/les-biais-inconscients>

Exemples de biais inconscients

- **Biais de confirmation** est le fait de rechercher inconsciemment les informations qui viennent appuyer ce que nous pensons ou disons.
- **Biais de conformité** est le phénomène qui nous pousse à adapter nos opinions et nos comportements à ceux du groupe ou de la majorité.
- **Biais d'affinité** fait référence à notre tendance à privilégier les personnes qui partagent les mêmes centres d'intérêt, antécédents et expériences que les nôtres.

Nous avons tous des biais inconscients. Être conscients de leur existence et les comprendre est la meilleure façon de trouver comment les combattre.

Quelques piste de solution pour reconnaître ses biais inconscients:

- S'éduquer sur nos biais potentiels et reconnaître qu'ils existent.
- Lire davantage sur le sujet.
- Faire preuve d'autocritique face à nos action et nos pensées.
- Analyser une situation sous différents angles.
- Réfléchir à notre culture et nos idées et reconnaître qu'elles influencent nos actions et nos décisions.

QUOI FAIRE?



4 CONSIDÉRER LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Comme nous l'avons vu, plusieurs facteurs influencent notre santé. Ceux-ci varient d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre de notre vie. Réduire les inégalités en santé, c'est contribuer à donner à tous les mêmes possibilités d'être en santé, peu importe leurs origines ou le lieu de leur résidence. Pour ce faire, nous devons tenir compte des déterminants de la santé:

- le revenu et le statut social;
- l'emploi et les conditions de travail;
- l'éducation et la littératie;
- les expériences vécues pendant l'enfance;
- l'environnement physique;
- le soutien social et la capacité d'adaptation;
- les comportements sains;
- l'accès aux services de santé;
- la biologie et le patrimoine génétique;
- le genre;
- la culture;
- la minorité visible

(Gouvernement Canada)

Ainsi si vous croyez qu'une personne pourrait bénéficier de soutien par rapport à certains déterminants de la santé (emploi, logement, littératie...), vous pouvez lui donner de l'information sur les organismes communautaires qui œuvrent dans ces domaines ou la diriger vers quelqu'un qui pourra lui fournir plus d'informations sur les aides financières et les organismes de soutien de sa région.

QUOI FAIRE?



5 ENCOURAGER L'AUTONOMIE ET LA RESPONSABILISATION

Ce principe est basé sur le fait que toute personne est la seule capable de prendre les décisions relatives à sa santé. Pour pouvoir prendre des décisions éclairées, il est important de respecter les droits en santé de chacun.e :

- Le droit de recevoir de l'information claire et complète.
- Le droit d'accepter ou refuser des traitements.
- Le droit à la confidentialité.
- Le droit d'être accompagné.e ou assisté.e par une personne de votre choix.
- Le droit de porter plainte.

Pour encourager la responsabilisation et l'autonomie, il est important de donner le plus d'**informations** possible à la personne, d'**accepter ses choix**, de l'encourager à prendre ses propres décisions et de lui **faire confiance** en misant sur ses forces et ses capacités.

6 PRENDRE CONSCIENCE DE SON POUVOIR ET SES PRIVILÈGES

Un **privilège**, c'est un pouvoir ou une immunité particulière que l'on détient sans avoir fait d'effort pour l'obtenir, et qui nous facilite la vie bien que nous n'en n'ayons même pas conscience. Les privilèges, ne sont ni bien ni mal en soi, il est juste important d'en avoir conscience. Se rendre compte de nos propres privilèges permet d'éviter de participer, même inconsciemment, au système oppresseur. L'exercice de la roue de l'accès aux soins (en annexe) vous aidera à prendre conscience des privilèges.

ÊTRE UN.E ALLIÉ.E



Être un.e allié.e, c'est travailler activement aux côtés de personnes issues de groupes marginalisés ou sujettes à l'exclusion pour combattre les inégalités et les oppressions. (4)

Un.e allié.e ne subit pas directement de discrimination, mais prend conscience de celle qui est vécue dans son environnement et s'engage auprès de différents groupes qui luttent contre la violence, l'oppression et la discrimination.

Comment être un.e allié.e

- S'informer sur le sujet.
- Écouter les personnes vivant des injustices.
- Ne pas oublier que les expert.es sont les personnes vivant des injustices.
- Ne pas s'auto-proclamer comme étant un.e allié.e
- Reconnaître ses privilèges.
- Reconnaître ses torts.

Briser le silence

Briser le silence implique d'intervenir lorsqu'on est témoin de paroles ou de gestes offensants. Ceci peut se faire de façon directe: en clarifiant le propos, en expliquant ses effets sur l'autre...ou de façon indirecte: en changeant de sujet, en refusant de réagir ou de rire... (14)

Devenir un.e allié.e peut augmenter la charge mentale et le niveau de stress de la personne qui souhaite prendre action. Vous aurez avantage à aller chercher le soutien de vos collègues et de votre organisation. N'oubliez pas qu'être un.e allié.e est un processus en continuelle évolution qui demande de rester vigilant.e, mais aussi indulgent envers nous-même et les autres.

DÉFINITIONS



Les **biais inconscients** sont des idées erronées et inconscientes basées sur des caractéristiques faciles à observer et qui influencent notre façon de penser et d'agir. (3)

→ *Nous en avons tous!*

La **stigmatisation** consiste en un processus par lequel les individus se trouvent marqués, étiquetés, suite à une expérience de rejet social : la stigmatisation a pour effet de réduire l'identité de l'individu à une seule facette. La stigmatisation est un des facteurs qui empêche les gens de consulter.

Les **stéréotypes** sont des idées toutes faites et des images caricaturales qui influencent négativement notre façon de percevoir les gens, d'interagir avec eux et de les traiter.

Gouvernement du Québec

Le **racisme systémique** est un ensemble d'oppressions vécues particulièrement par les personnes autochtones et racisées qui est inscrit dans l'organisation d'une société qui forme un système. (3)

Une **micro-agression** est un comportement d'apparence banale, qui intentionnellement ou non, perpétue des stéréotypes et des préjudices pernicioeux. (3)

Un **préjugé** est un jugement qui n'est pas fondé ou qui est fondé sur une expérience unique généralisée pour l'appliquer ensuite à un groupe de personnes. (ex. les femmes ne sont pas de bonne directrices puisqu'elles sont douces et gentilles)

DÉFINITIONS



Le **capacitisme** est semblable au racisme, au sexisme ou à l'âgisme, il suppose qu'une personne en situation de handicap est moins digne d'être traitée avec respect et égard, moins apte à contribuer et à participer à la société ou moins importante intrinsèquement que les autres.

L'**autonomie** est le processus où une personne ou une collectivité peut s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel et voir ses droits et sa dignité respectés.

La **grossophobie** est l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grosses, en surpoids ou obèses. (5)

L'**identité de genre** est l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres. Tandis que l'**orientation sexuelle** est l'attraction physique ou émotionnelle d'une personne selon son genre.

Gouvernement du Canada

La **discrimination** est une distinction, exclusion ou préférence fondée sur la couleur de peau, le sexe, l'identité et l'expression de genre, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, l'origine ethnique ou nationale, la religion, la condition sociale, la langue, une conviction politique, une grossesse ou un handicap qui a pour effet de détruire ou compromettre l'exercice de droits et libertés. (4)

RÉFÉRENCES



- 1** Hippolyte, S.-R. Groupes de citoyens particulièrement touchés par les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale. Expériences, données statistiques, études. Document complémentaire au rapport du directeur régional de santé public sur les inégalités sociales de santé, 2012
- 2** Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement. Québec : FADOQ - Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ - RQCA)
- 3** Briser le code, Télé Québec, <https://briserlecode.telequebec.tv/>
- 4** Génération inclusion, Enquête sur les stéréotypes sexistes et racistes en emploi au Canada, OXFAM Québec, financée par le gouvernement du Québec / secrétariat à la condition féminine, oxfam.qc.ca/generation-inclusion.
- 5** Grossophobie.ca, infos et référence, <https://grossophobie.ca/>
- 6** <https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/lutte-contre-la-stigmatisation>
- 7** Pour qu'on se comprenne, guide de littératie en santé, Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique, Direction de santé publique, 2014
- 8** Pistes de réflexion et d'action pour des milieux jeunesse accessibles et inclusifs, Inclusion jeunesse, 2019
- 9** Pratiques plus égalitaires en santé, Isabelle Mimeault, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2010
- 10** Morrison, V. (2015). Inégalités de santé et intersectionnalité. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- 11** Table des groupes de femmes de Montréal, 2021, Communauté de pratiques, Santé des femmes, pauvreté et discriminations, Roue de l'accès au soins de santé.

RÉFÉRENCES



- 12** La Jarnigoine, Centre d'alphabétisation populaire de Villeray, Montréal, 2013, www.jarnigoine.com/langage-clair/
- 13** <https://asana.com/fr/resources/unconscious-bias-examples>
- 14** Intervenir en tant qu'allié.e, Égal, <https://egale.ca/awareness/allie-lgbtqi2s/>
- 15** Trousse d'outils pour les alliées aux luttes autochtones, Dakota Swiftwolfe, Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal, www.reseaumtlnetwork.com
- 16** Tu n'a pas l'air autochtone et autres préjugés (2019), Mikana, Amnistie internationale, <https://www.mikana.ca/ressources/>
- 17** Guide de bonnes pratiques pour l'inclusion des personnes LGBTQ+ en milieu de travail, ProAllié, Fondation Émergence, www.fondationemergence.org
- 18** Intégrer les personnes trans en milieu de travail, Fond Émergence, www.fondationemergence.org
- 19** Chamberland, Line et Puig, Ami. (2015). Guide des pratiques d'ouverture à la diversité sexuelle et de genre en milieu collégial et universitaire. Montréal, Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal
- 20** Mimeault, Isabelle. (2008) Changeons de lunettes, pour une approche globale et féministe de la santé.
- 21** Greta Bauer. Ph. D., Février 2021, Conception d'études intersectionnelles quantitatives et collecte de données primaires. Chaire en science du sexe et du genre des IRSC.

RÉFÉRENCES



- 22** Association canadienne de santé publique. (2019) LE POIDS DES MOTS :Pour un langage respectueux en matière de santé sexuelle, de consommation de substances, les ITSS et de sources de stigmatisation intersectionnelles
- 23** Poulin, Véronique et Leclerc, Céline. (2011–2012) Simplifier nos écrits, ça simplifie la vie! Alphare. <http://alphare.alphabetisation.ca>
- 24** Hassad Raphaël (juin 2019). Manuel d'écriture inclusive, faite progresser l'égalité femmes hommes par votre manière d'écrire.
- 25** La littératie en santé, d'un concept à la pratique. Guide d'animation. Culture et santé asbl, Bruxelles. Promotion de la santé 2016
- 26** Tam, Thérèse, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019, Lutte contre la stigmatisation, vers un système de santé plus inclusif.

