



La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et

---

---

# Table des matières

- Remerciements ..... 4
- Sommaire ..... 4
  - Contexte..... 5
- Introduction ..... 6
  - But ..... 6
  - Distinguer la race de l'ethnie ..... 7
  - L'identité autochtone, la race et l'ethnie ..... 11
  - Norme pour la collecte de données fondées sur la race ..... 13
  - Identité autochtone..... 14
  - Engagement auprès des collectivités : un point important à considérer..... 14
- Annexes..... 16
  - Annexe A : Glossaire ..... 16
    - \$ Q Q H [ H % ) D F W H X U V L Q À X D Q W V X U . O H V . L Q p . J D . O . L W p V U D F L D
    - \$ Q Q H [ H 7 8 [ W H G H U H P S O D F H P H . Q . W . S R X U . O . D . ¿ J X U . H . . . 19
- Références ..... 20

Mise à jour de mars 2022 — Le présent rapport supplémentaire a été publié initialement le 24 juillet 2020 sous forme de document de discussion pour soutenir l'engagement auprès de divers intervenants. Il a fait l'objet d'une mise à jour en fonction des normes révisées du document de l'ICIS intitulé [Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada](#) (2022), qui comprend aussi de l'information sur le processus d'élaboration des normes et les considérations relatives à la mise en œuvre.

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait remercier les collaborateurs des organismes, établissements de recherche et gouvernements qui ont participé activement à la rédaction de ce document. L'ICIS a pris en considération toutes les observations recueillies lors des réunions et des consultations. L'ICIS reconnaît les opinions de l'ensemble des personnes et organismes qui ont collaboré au projet.

## Sommaire

Les systèmes de santé ont pour objectif de fournir des soins de santé de grande qualité à tous les patients, peu importe leur sexe, leur genre, leur revenu, leur race ou leurs autres caractéristiques sociodémographiques. Le fractionnement des indicateurs des soins de santé permet de surveiller les inégalités en santé et de mieux comprendre les incidences des politiques, des programmes et des pratiques. Toutefois, peu de données sociodémographiques sont recueillies dans le milieu des soins de santé au Canada, mis à part l'âge et le sexe, notamment parce que les normes de collecte ne font pas consensus. Les normes de données favorisent la collecte uniforme de données de haute qualité et comparables d'une région, d'un organisme et d'un système à l'autre. L'ICIS fait la promotion de normes permettant de mesurer les inégalités en santé dans les publications suivantes : [Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé](#), [À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité](#) et [Mesurer les inégalités en santé : trousse d'outils](#).

En 2020, l'ICIS a publié les normes proposées pour la collecte des données fondées sur la race et l'identité autochtone dans le milieu de la santé. Ces normes reposent sur une analyse approfondie de la recherche et sur l'opinion de cliniciens, de chercheurs, d'organismes représentant des groupes racialisés et de représentants des gouvernements et des systèmes de santé. Après la publication, l'ICIS a recueilli les points de vue d'intervenants et de partenaires de divers horizons et a publié en 2022 des normes et recommandations à jour dans le document [Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada](#).

Le présent rapport supplémentaire présente une mise en contexte et des considérations importantes en vue de la mise en œuvre des nouvelles normes.

## Contexte

La race et l'ethnie sont 2 concepts distincts :

- La race est une construction sociale utilisée pour classer les personnes selon GHV GLþp UHQFHV SK\VLTXHV SHUoXHV S H[ OD FRXOHXU GH /D FODVVL¿FDWLRQ GHV rWUHV KXPDLQV HQ JURXSHV UDFLDX[ SUREDQW VXU OH SODQ VFLHQWL¿TXH )UDFWLRQQHU OHV GRQ la race peut nous aider à déceler, à surveiller et à éliminer les inégalités qui découlent de préjugés ou de racisme — systémique, interpersonnel ou intériorisé.
- L'ethnie est un concept multidimensionnel qui fait allusion à l'appartenance à un groupe culturel et qui peut être fondé entre autres sur la langue, sur la religion ou sur la nationalité. Les données sur l'ethnie peuvent aider à mettre en place des services de santé adaptés à la culture et à comprendre la diversité.

Le statut unique des Premières Nations, des Métis et des Inuits est reconnu dans la Constitution canadienne. Ces peuples ont un droit collectif et inhérent à l'autodétermination en vertu duquel ils demeurent propriétaires de leurs données et en assurent la gouvernance. Pour recueillir et utiliser des données sur l'identité autochtone, il importe de prendre des dispositions particulières, y compris l'engagement auprès des collectivités, et généralement de préparer des ententes de gouvernance des données.

La recherche suggère que les organismes recueillant des données relatives à la race utilisent non seulement des normes de données, mais aussi des mesures pour réduire les risques de préjudices. Ces mesures comprennent notamment la recherche de consentement éclairé; OD SURWHFWLRQ GH OD YLH SULYpH OD VpFXULWp HW OD FRQ, recueille les données; l'utilisation transparente et responsable des données. Il est aussi nécessaire de favoriser l'engagement auprès des collectivités pour éclairer la collecte des données, leur analyse et la production des rapports.



Vous trouverez un glossaire des concepts clés et de la terminologie pertinente [en annexe A](#).

## Distinguer la race de l'ethnie

Les termes « race » et « ethnie » sont souvent employés de manière interchangeable ou pour désigner un seul et même concept : « race/ethnicity »<sup>14-16</sup>. Les 2 notions sont couramment utilisées dans les travaux de recherche en santé comme des indicateurs l'une de l'autre ou pour détecter les inégalités découlant de concepts étroitement liés, comme l'immigration, la culture ou la langue<sup>17-20</sup>. Toutefois, la race et l'ethnie sont des constructions sociales distinctes; la mesure des inégalités raciales et ethniques en santé et la production

GH UDSSRUWV j FH VXMHW GHYUDLPHQW WHQLU FRPSWH GHV GL

Les organismes qui souhaitent surveiller et réduire les inégalités découlant du racisme et des préjugés peuvent envisager de recueillir des données fondées sur la race. Toutefois, ceux qui désirent adapter leurs services ou initiatives pour améliorer les soins (p. ex. prévoir les besoins linguistiques à satisfaire) auraient intérêt à privilégier les données axées sur des concepts ethniques (p. ex. la langue). Il pourrait également s'avérer utile de recueillir GHV GRQQpHV IRQGpHV VXU OD UDFH HW O¶HWKQLH DXSUqV GH diversité de la main-d'œuvre. La collecte et l'utilisation de données fondées sur la race et O¶HWKQLH SHXYHQW DLGHU OHV V\ VWqPHV GH VDQWp j UpSRQG

## Qu'est-ce que la race?

La race est une construction sociale fondée sur des concepts politiques, historiques et sociaux. Elle est liée au contexte et ne peut faire l'objet d'aucune mesure universelle<sup>23, 24</sup>.

Les groupes racialisés généralement reconnus varient d'une région du monde à l'autre et VRXYHQW DX ¿ O GX WHPSV 3G5B. Les personnes sont habituellement FODVVpHV GDQV XQ JURXSH UDFLDOLVp HQ IRQFWLRQ GH GL†pU OBRXOQHODHWFD UDFWp ULVWLTXHWIIRLMDOHV FODVVL¿FDWLRQ êtres humains en groupes raciaux n'a aucun fondement biologique probant sur le SODQ VFLHQWL¿TXH

## La race est une construction sociale, pas un attribut biologique

La recherche en génétique a démontré que nous partageons tous les mêmes gènes, à environ 99,9%, et qu'il y a plus de similarité génétique entre les groupes racialisés définis par la société qu'à l'intérieur même de ces groupes.<sup>32</sup> La recherche a également démontré que certains risques de maladie souvent associés à la race reposent en fait sur l'origine géographique et des pressions sélectives environnementales.<sup>33</sup> Par exemple, l'anémie falciforme est communément reconnue comme un trouble qui affecte les populations noires. Cependant, le risque qu'une personne souffre de cette maladie n'est pas associé au fait qu'elle soit noire, mais au fait que ses ancêtres proviennent d'une région du monde où le paludisme est endémique.<sup>34</sup> Ainsi, de nombreuses populations — notamment quelques populations de l'Afrique de l'Ouest, du Moyen-Orient, de Méditerranée et de l'Asie — présentent un risque accru d'anémie falciforme.<sup>35</sup>

### Pourquoi recueillir des données fondées sur la race dans les systèmes de santé canadiens?

Il est important de surveiller et d'éliminer les iniquités qui pourraient découler de préjugés ou de racisme, que ce soit au niveau systémique, interpersonnel ou intériorisé (voir l'[annexe B](#))<sup>37</sup>. Ces niveaux de racisme ont tous des conséquences bien documentées sur l'accès, et le bien-être des populations<sup>38-49</sup>. Le racisme a de multiples incidences sur les possibilités qui se présentent au cours de la vie, comme au chapitre de l'éducation, de l'emploi, du logement et du traitement réservé à la personne par les services publics, ce qui comprend la police, les établissements d'enseignement, la protection de l'enfance et les soins de santé<sup>50</sup>. En raison de la nature subtile et souvent involontaire des préjugés, les fournisseurs de soins de santé peuvent ne pas être conscients des répercussions de leurs pratiques et actions sur les soins aux patients<sup>51, 52</sup>. Les données normalisées fondées sur la race peuvent aider à identifier les iniquités et à les éliminer, ce qui contribue à améliorer l'accès et le bien-être de santé.

Il importe aussi de tenir compte des préjudices potentiels dans la décision d'entreprendre la collecte des données fondées sur la race de manière responsable. Certains sont d'avis qu'il faut éviter les mesures relatives à la race parce que celle-ci n'a aucun fondement biologique et que l'utilisation même du terme « race » risque de perpétuer le racisme<sup>52-56</sup>.

De plus, les préjudices pouvant découler de l'utilisation des données fondées sur la race, l'ethnie et l'identité autochtone, comme le renforcement des stéréotypes et du risque de recevoir des soins de qualité inférieure, peuvent préoccuper les patients<sup>57-59</sup>. Le fait de devoir répondre à des questions sur la race ou l'ethnie peut aussi causer de l'anxiété, de la crainte ou de la colère<sup>55, 60</sup>. En réponse à ces préoccupations, d'autres intervenants soutiennent que l'absence de mesures relatives à la race contribue à soutenir et à protéger les hiérarchies de discours sur le racisme<sup>53, 56</sup>. Diverses stratégies peuvent réduire les risques de préjudices : établir un objectif clair pour la collecte et l'utilisation des données fondées sur la race; fournir une formation rigoureuse au personnel qui recueille les données; veiller à obtenir un engagement favorable auprès des collectivités<sup>57, 61, 62</sup>. Certains organismes de soins de santé recommandent par ailleurs que les organismes et gouvernements qui recueillent ou utilisent des données fondées sur la race s'engagent à les utiliser de manière transparente et responsable<sup>8, 63</sup>.

## Qu'est-ce que l'ethnie?

L'ethnie est une construction sociale multidimensionnelle qui fait allusion à un sentiment d'appartenance à un groupe fondé sur les caractéristiques en commun, comme l'origine géographique, les traditions culturelles, la langue ou la religion<sup>64, 65</sup>. Le fait d'associer une personne à un groupe ethnique particulier peut reposer sur de nombreux facteurs, y compris la connaissance de son contexte familial, le nombre de générations qui ont vécu dans un pays, le temps écoulé depuis l'immigration et le contexte sociopolitique<sup>14, 21, 54, 64-66</sup>. L'information sur l'ethnie peut être recueillie au moyen d'une variété de concepts et de méthodes.

## Pourquoi recueillir des données sur l'ethnie dans les systèmes de santé canadiens?

Une question sur le groupe ethnique (p. ex. « À quels groupes ethniques ou culturels vos ancêtres appartenaient-ils? ») fournit de l'information sur la diversité de la population desservie<sup>67-69</sup>, et la réponse peut servir d'indicateur populationnel. Toutefois, son utilité est limitée dans la production de rapports. Par exemple, la grande quantité de réponses possibles (certaines méthodes de collecte comprennent plus de 90 catégories<sup>70, 71</sup>) peut créer des problèmes liés à la faible taille de la population<sup>72</sup>. De plus, une variable de groupe ethnique ne peut pas révéler les écarts importants à l'intérieur même des groupes ethniques qui pourraient être

Les concepts liés à l'ethnie (comme la langue, la religion ou l'immigration) peuvent s'avérer utiles pour adapter les programmes et services à des groupes culturels précis. Par exemple, certains organismes de soins de santé ont utilisé des données sur la langue pour fournir du matériel adapté aux besoins linguistiques et des services d'interprétation<sup>62, 68, 74, 75</sup>. L'information sur la religion peut s'avérer importante, car elle permet aux dispensateurs de soins de santé de fournir des soins qui répondent aux besoins personnels des patients et d'améliorer leur expérience en milieu hospitalier (p. ex. par rapport aux transfusions sanguines, aux lieux

## L'identité autochtone, la race et l'ethnie

Il est courant de tenir compte des catégories comme les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans les normes de collecte de données fondées sur la race et l'ethnie<sup>78-82</sup>. Ces concepts peuvent présenter des caractéristiques communes, par exemple les expériences de racisme et l'appartenance culturelle, mais les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont reconnus par la Constitution canadienne comme des nations souveraines ayant un droit inhérent à l'autodétermination<sup>83, 84</sup>. Le terme « peuples autochtones du Canada » englobe souvent les Premières Nations, les Inuits et les Métis, mais ces catégories peuvent ne pas correspondre au nom que privilégie le peuple ou la nation en question<sup>85, 86</sup>.

Les iniquités en santé qui touchent les Autochtones prennent racine dans le colonialisme et le racisme<sup>87-90</sup> dans tous les secteurs de la société, y compris le secteur de la santé<sup>91, 92</sup>. Les peuples des Premières Nations, inuits et métis ont besoin de données sur la santé pertinentes et acceptées culturellement pour éclairer leurs programmes et services, surveiller leur santé et leur bien-être et corriger les inégalités en santé<sup>93-97</sup>. Toutefois, les données sur les peuples autochtones ont longtemps servi à faire progresser la colonisation<sup>98-100</sup>.

Les méthodes conventionnelles en matière de données et d'analyse ne tiennent pas compte adéquatement des perspectives autochtones en ce qui concerne la santé, le bien-être et les priorités collectives, et il arrive parfois que les systèmes de collecte n'incluent pas des données pertinentes<sup>101, 102</sup>. Pour que les données sur la santé favorisent l'autonomisation des peuples autochtones, ceux-ci doivent participer à la conceptualisation, à la mise en œuvre des activités, à la collecte et à l'analyse des données<sup>87, 99, 103</sup>. Ce processus est notamment mis en lumière par les principes de souveraineté des données autochtones (p. ex. les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession [PCAP<sup>MD</sup>])<sup>99</sup>. La collaboration avec les collectivités autochtones et les ententes de gouvernance des données peuvent éclairer la manière dont ces principes seront mis en œuvre<sup>105</sup>.

Les organismes de soins de santé, en plus de favoriser l'engagement auprès des collectivités et de préparer des ententes de gouvernance des données, peuvent mettre en œuvre des stratégies qui peuvent par exemple créer un comité consultatif autochtone, tisser des liens avec des détenteurs de connaissances autochtones et des Anciens, embaucher du personnel et des dispensateurs de soins autochtones, et instaurer un environnement respectueux des valeurs autochtones pour les patients et le personnel (p. ex. en publiant une déclaration d'engagement, en donnant une priorité à la santé autochtone)<sup>106, 109</sup>.

## Les données en action : des données fondées sur la race qui améliorent les soins de santé et les résultats pour les collectivités aux États-Unis

La collecte normalisée de données fondées sur la race, l'ethnie et la langue est courante dans les hôpitaux américains<sup>110-112</sup>. L'accumulation de preuves indiquant que les patients des groupes minoritaires recevaient de moins bons soins que les patients blancs a incité les organismes de soins de santé à chercher des façons d'utiliser les données fondées sur la race, l'ethnie et la langue pour améliorer les soins.

Depuis 2005, le Massachusetts General Hospital (MGH) publie dans ses rapports annuels des résultats, stratifiés selon la race, l'ethnie et la langue, concernant des mesures des processus de soins ainsi que des résultats et de l'expérience des patients. Par exemple, les responsables du MGH ont découvert que le taux de césarienne était plus élevé chez les femmes noires que chez les femmes blanches, même après ajustement selon des facteurs comme l'âge et l'obésité. En 2016, l'hôpital a lancé une campagne pour sensibiliser les dispensateurs de soins aux iniquités dans les résultats et les soins, y compris une formation sur les préjugés inconscients à l'intention du personnel. En 2018, l'écart entre les taux de césarienne était toujours présent, mais n'était plus statistiquement significatif. L'hôpital continue de travailler avec son service d'obstétrique pour comprendre les variations et l'évolution des tendances au fil du temps. Le MGH a aussi sondé ses patients sur leurs expériences afin de trouver des occasions d'améliorer ses communications et la coordination des soins pour les populations asiatiques.

Pour réduire les iniquités en santé, il faut aussi agir à l'extérieur du secteur de la santé en encourageant le changement en amont<sup>113</sup>. Par exemple, des partenariats intersectoriels ont été conclus dans diverses villes américaines pour remédier aux inégalités raciales en santé et promouvoir la santé de la population grâce à des initiatives en matière de logement, d'éducation et d'économie<sup>114, 117</sup>.

**Message clé** les données fondées sur la race recueillies devraient éclairer les mesures de réduction des iniquités.

# Norme pour la collecte de données fondées sur la race

Il est important d'adopter une méthode cohérente pour uniformiser la collecte des données, les activités de mesure et la production de rapports sur les inégalités

— — — — —

## Identité autochtone

Dans le contexte de la norme pour les données relatives à la race, « Autochtone » constitue

X Q H F D W p J R U L H G L V W L Q F W H O D Q R U P H



Analyse : Il est pertinent de faire participer les collectivités à l'établissement des priorités  
d'analyse, à l'interprétation des résultats et à la recherche de solutions. Prenons pour

exemple la sélection d'une catégorie de référence pour comparer les inégalités vécues

SDU GL†p UHQWV JURXSHV (Q SUDWLTXH OD FDWpJRULH GH Up  
qui présente les résultats les plus souhaitables ou idéaux pour la mesure visée. Bien que

la catégorie « Blanc » soit souvent utilisée dans ce contexte, il ne faut pas supposer que sa  
sélection est appropriée dans tous les cas. Il est recommandé d'engager le dialogue avec

OHV JURXSHV UDRXSHV JURXSHV SUDWLTXH OD FDWpJRULH GH Up  
auprès des collectivités peut également s'avérer avantageux dans d'autres cas d'analyse,

FRPPH SRXU GpWHUPLQHU OD GpWHUPLQHU

# Annexes

## AnnexeA

Concept	Définition
préjugé inconscient	3 H Q V p H D W W L W X G H R X U p D F W L R Q L U U p À p F K L H T X L H Q W U I discriminatoire non intentionnel <sup>134</sup> .
race (ou groupe racial)	Construction sociale utilisée pour juger et catégoriser les personnes selon des G L † p U H Q F H V S H U o X H V G D Q V O † D S S D U H Q F H S K \ V L T X H G H I G H V p F D U W V G H S R X Y R L U G D Q V O H V K L p U D U F K L H V V R F L D C U D F L D X [ Q † D D X F X Q I R Q G H P H Q W E L R O R J L T † X H S U R E D Q W V X
racialisaton	Processus par lequel les gens sont jugés et catégorisés en groupes raciaux S U L Q F L S D O H P H Q W j S D U W L U G H G L † p U H Q F H V G D Q V O H X U I S U R F H V V X V O H V V R F L p W p V S H U o R L Y H Q W O H V U D F H V F R P P inégales, ce qui a des incidences économiques, politiques et sociales <sup>121</sup> .
racisme	Pensées ou actions qui établissent ou renforcent la supériorité ou la dominance d'un groupe racialisé par rapport à un autre <sup>121</sup> . Le racisme est vaste et existe à plusieurs niveaux — intériorisé, interpersonnel et systémique.  racisme intériorisé : Acceptation par les membres d'un groupe racialisé et marginalisé des messages négatifs concernant leurs habiletés et leur valeur <sup>37</sup> .  racisme interpersonnel : Comportement discriminatoire envers une personne <sup>37</sup> .  racisme systémique : Racisme qui sévit aux niveaux sociétal et organisationnel et qui donne lieu à d'autres formes de racisme <sup>37, 137</sup> . Ce racisme, souvent G L † X V H W V X E W L O Q † H V W S D V W R X M R X U V L Q W H Q W L R Q Q H idéologies, lois et règlements sociétaux et institutionnels qui perpétuent les injustices raciales <sup>137, 138</sup> .
souveraineté des données sur les Autochtones	Droits collectifs et individuels des peuples autochtones liés à l'autonomie gouvernementale et à la gestion des données concernant leurs collectivités, leurs terres et les membres de leurs peuples <sup>99, 125, 135</sup> .

## Annexe B : Facteurs influant sur les inégalités raciales en santé

La discrimination ainsi que d'autres déterminants sociaux de la santé. La race contribue aux inégalités en santé indépendamment et conjointement avec d'autres caractéristiques sociodémographiques (p. ex. le revenu, le genre)<sup>142</sup>; les inégalités en santé entre les groupes racialisés persistent souvent même après ajustement selon ces facteurs sociodémographiques<sup>65, 143</sup>. Vu le lien étroit entre la race et d'autres déterminants sociaux

## Annexe C : Texte de remplacement pour la figure

Figure B1 : )DFWHXUV LQÀXDQW VXU OHV LQpJDOLWpV UDFLDOHV H

/D ¿JXUH LOOXVWUH O¶LQÀXHQFH PXWXHOOH HQWUH OD GLVFU y compris le racisme systémique, interpersonnel et intériorisé, les préjugés inconscients et le colonialisme — et les désavantages dans d'autres domaines socioéconomiques et sociodémographiques, par exemple sur le plan du revenu, de la scolarité, du sexe et de la PDvWULVH GH OD ODQJXH &HV IDFWHXUV LQÀXHQW VXU OD VDQW cours de sa vie, notamment le manque de services respectueux de la culture et de services de soins de santé appropriés (p. ex. de services de dépistage ou d'orientation vers des soins). Le racisme, la discrimination et les désavantages socioéconomiques entraînent aussi une augmentation des besoins au chapitre des soins de santé en raison de leurs conséquences néfastes sur la santé, par exemple le stress mental et physique accru, et les mécanismes G¶DGDSWDWLRQ HW FRPSRUWHPHQWV LQÀXDQW VXU OD VDQWp des conséquences sur la santé et les soins de santé. Ils peuvent être décelés et mesurés dans le système de santé, entre autres à l'aide de mesures d'accès aux soins de santé, GH TXDOLWp GHV VRLQV HW GH UpVXOWDWV SRXU OD VDQWp V santé et du bien-être des Autochtones peuvent aussi permettre de caractériser les mesures de la santé pertinentes pour les collectivités autochtones. Les données probantes sur les inégalités raciales et ethniques en santé peuvent donc servir à surveiller les soins de santé, à mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité et à améliorer l'équité en santé.

### Remarque

Les notions de racisme interpersonnel, de racisme systémique et de racisme intériorisé sont tirées du cadre théorique de compréhension du racisme de Camara Phyllis-Jones<sup>37</sup>.



15. Hunt LM, Megyesi MS. [The ambiguous meanings of the racial/ethnic categories routinely used in human genetics research](#). Social Science and Medicine. Janvier 2008.
16. Afshari R, Bhopal RS. [Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005](#). International Journal of Epidemiology. Décembre 2010.
17. Jones CP. [Invited commentary: “Race,” racism, and the practice of epidemiology](#). American Journal of Epidemiology. Août 2001.
18. Manly JJ, Echemendia RJ. [Race-specific norms: Using the model of hypertension to understand issues of race, culture, and education in neuropsychology](#). Archives of Clinical Neuropsychology. Mars 2007.
19. Kaplan J, Bennett T. [Use of race and ethnicity in biomedical publication](#). JAMA. Mai 2003.
20. Veenstra G. [Mismatched racial identities, colourism, and health in Toronto and Vancouver](#). Social Science and Medicine. Octobre 2011.
21. Ford CL, Harawa NT. [A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research](#). Social Science and Medicine. Juillet 2010.
22. \* U L ^ W K [An intersectional approach to men’s health](#). Journal of Men’s Health. Juin 2012.
23. Balestra C, Fleischer L. [Diversity Statistics in the OECD: How Do OECD Countries Collect Data on Ethnic, Racial and Indigenous Identity?](#). 2018.
24. Nations Unies. [Ethnocultural characteristics](#). Consulté le 29 mai 2020.
25. White PM; Statistique Canada. [Testing 1991 Census Ethnic Ancestry, Ethnic Identity and Race Questions: Results of Two Surveys](#). 1988.
26. Statistique Canada. [Minorité visible de la personne](#). Consulté le 29 mai 2020.
27. Boxhill W; Statistique Canada. [Choisir les données de recensement à utiliser dans le cadre du dénombrement des minorités visibles : une tâche peu facile](#). Décembre 1990.
28. Schwartzman LF. [Does money whiten? Intergenerational changes in racial classification](#)

30. Diez Roux AV. [Conceptual approaches to the study of health disparities](#). Annual Review of Public Health. Avril 2012.
31. Zubaran C. [Human nomenclature: From race to racism](#). World Health & Population. 2009.
32. Bamshad M, et al. [Deconstructing the relationship between genetics and race](#). Nature Reviews: Genetics. Août 2004.
33. Jorde L, Wooding S. [Genetic variation, classification and “race”](#). Nature Genetics. Octobre 2004.
34. % H G L D N R 6 0 ~~© R C W W~~ [Race and social attitudes about sickle cell disease](#). Ethnicity & Health. Août 2011.
35. Williams DR, et al. [The concept of race and health status in America](#). Public Health Reports. 1994.
36. Piel FB, et al. [Global distribution of the sickle cell gene and geographical confirmation of the malaria hypothesis](#). Nature Communications. Novembre 2010.
37. Jones CP. [Levels of racism: A theoretic framework and a gardener’s tale](#). American Journal of Public Health. Août 2000.
38. Krieger N. [Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach](#). American Journal of Public Health. Mai 2012.
39. ) H D J L Q - % H G L D N R 6 0 ~~© R C W W~~ [Socioeconomic and U.S. health care](#). Social Science and Medicine. Février 2014.
40. Williams DR, Mohammed SA. [Racism and health I: Pathways and scientific evidence](#). The American Behavioral Scientist. Août 2013.
41. Williams DR, Mohammed SA. [Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research](#). Journal of Behavioral Medicine. Février 2009.
42. Bailey ZD, et al. [Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions](#). The Lancet. Avril 2017.
43. Paradies Y, et al. [Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis](#). PLOS One. Septembre 2015.
44. \_\_\_\_\_



57. Hasnain-Wynia R, Baker DW. [Obtaining data on patient race, ethnicity, and primary language in health care organizations: Current challenges and proposed solutions](#). Health Services Research. Août 2006.
58. Baker DW, et al. [Patients' attitudes toward health care providers collecting information about their race and ethnicity](#). Journal of General Internal Medicine. Octobre 2005.
59. Hasnain-Wynia R, Pierce D, Pittman MA. [Who, When, and How: The Current State of Race, Ethnicity, and Primary Language Data Collection in Hospitals](#). 2004.
60. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Khan KB. [Can ethnicity data collected at an organizational level be useful in addressing health and healthcare inequities?](#). Ethnicity & Health. 2014.
61. Pinto AD, Bloch G. [Framework for building primary care capacity to address the social determinants of health](#). Le médecin de famille canadien. Novembre 2017.
62. Sinai Health System. [Measuring Health Equity: Demographic Data Collection and Use in Toronto Central LHIN Hospitals and Community Health Centres](#). 2017.
63. Robertson A, et al. [Black health leaders respond to CMOH](#). Consulté le 2 juin 2020.
64. Bhopal R. [Glossary of terms relating to ethnicity and race: For reflection and debate](#). Journal of Epidemiology and Community Health. Juin 2004.
65. Nations Unies. [Principes et recommandations concernant les recensements de la population et des logements](#). 2017.
66. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







115. Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox & Addington. [Health Inequities Series](#). 2019.
116. Robert Wood Johnson Foundation. [Broward County's "destination": Health equity](#). Consulté le 29 mai 2020.
117. Robert Wood Johnson Foundation. [In Kansas City, health becomes the driving force](#). Consulté le 29 mai 2020.
118. Commission ontarienne des droits de la personne. [Politique et directives sur le racisme et la discrimination raciale](#). 2009.
119. Réseau européen contre le racisme. [Measure, Plan, Act: How Data Collection Can Support Racial Equality](#). 2014.
120. The Upstream Lab. [Screening for Poverty And Related social determinants and intervening to improve Knowledge of and links to resources \(SPARK\)](#). Consulté le 29 mai 2020.
121. Direction générale de l'action contre le racisme. [Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique](#). 2018.
122. Veenstra G. [Black, White, Black and White: Mixed race and health in Canada](#). Ethnicity & Health. 2017.
123. Bratter JL, Gorman BK. [Does multiracial matter? A study of racial disparities in self-rated health](#). Demography. 2011.
124. Kiran T, Sandhu P, Aratangy T, Devotta K, Lofters A, Pinto AD. [Patient perspectives on routinely being asked about their race and ethnicity](#). Le médecin de famille canadien. 2019.
125. Smylie J. [La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis](#). 2010.
126. Smylie J, Anderson M. [Understanding the health of Indigenous peoples in Canada: Key methodological and conceptual challenges](#). CMAJ. 2006.
127. Barrera J. [First Nations COVID-19 cases undercounted, says AFN national chief](#). CBC News. 8 mai 2020.
128. Black Experience Project. [The Black Experience Project in the GTA: Overview Report](#). 2017.





ICIS Ottawa  
495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
613-241-7860

ICIS Toronto  
4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
416-481-2002